

Mayo, 2022

Síntesis Rápida de Evidencia

¿Qué tan efectivas son las medidas de índole comunicacional para aumentar la adherencia de la vacunación por COVID-19?

Chile ha experimentado diversos desafíos comunicacionales asociados a la vacunación contra la COVID-19. Noticias falsas, incertidumbre sobre la seguridad y efectividad de las vacunas, y falta de información respecto a sus beneficios individuales y colectivos, son sólo algunas de las barreras a la adherencia a la vacunación.

Considerando la importancia de mantener la inmunidad de rebaño a través de nuevas dosis de refuerzo, es que la Mesa de Respuesta Pandémica sobre Vacunas y el Consejo Asesor han determinado relevante evaluar la efectividad de estrategias comunicacionales para incrementar la adherencia a la vacunación contra COVID-19.

Componentes de la pregunta

Población: Población general.

Intervención: Medidas o estrategias de índole comunicacional

Comparación: No se especifica.

Outcome: Adherencia a vacunación contra COVID-19.

Mensajes clave

- Sobre el contenido del mensaje, se observa que:
 - Con moderada certeza de la evidencia, entregar contenidos de diversa índole comparado con no entregar ningún tipo de información, aumenta la vacunación o intención de vacunación. Una excepción a esto es lo relacionado al desarrollo de vacunas, el cual con baja certeza de la evidencia, tiene un efecto imperceptible.
 - Con alta certeza de la evidencia, existe un efecto imperceptible sobre la vacunación o intención de vacunación contra COVID-19, al comparar la entrega de distintos tipos de contenidos relacionados con beneficios y desarrollo de la vacuna. Lo mismo ocurre, pero con baja certeza de la evidencia, al entregar información sobre efectividad o seguridad de la vacuna y norma o tendencia social.
- Sobre la entrega del mensaje se observa que:
 - Con moderada certeza de la evidencia, enviar un recordatorio aumenta la vacunación, mientras que, con baja certeza de la evidencia, añadir un video (o no) tendría un efecto imperceptible.
 - Con baja certeza de la evidencia, usar un/a mensajero/a representativo de la población aumenta la intención de vacunación.
- Sobre la presentación de la información, se observa que:
 - Con baja certeza de la evidencia, usar mensajes personalizados aumenta la vacunación, mientras que usar frecuencias absolutas o relativas tiene un efecto imperceptible en la intención de vacunación.
 - No es posible establecer el efecto de comunicar información con incertidumbre o no, o usando un marco conceptual positivo o negativo sobre la intención de vacunación debido a que la certeza de la evidencia existente es muy baja.

¿Qué es una síntesis rápida de evidencia?

Es una recopilación de la evidencia disponible para evaluar la pertinencia o efectos de una intervención. Su ejecución es en un plazo no mayor a 20 días hábiles.

✓ Esta síntesis incluye

- Breve contextualización del problema.
- Evidencia respecto a la efectividad.

✗ Esta síntesis no incluye

- Recomendaciones explícitas de cómo desarrollar una política pública o modo de organización.

Se utilizan 3 revisiones sistemáticas

Certeza de la evidencia GRADE

ALTA ⊕⊕⊕⊕

La evidencia entrega una muy buena indicación del efecto verdadero. La probabilidad de que este efecto sea sustancialmente diferente al estimado es baja.

MODERADA ⊕⊕⊕○

La evidencia entrega una buena indicación del efecto verdadero. La probabilidad de que este efecto sea sustancialmente diferente al estimado es moderada.

BAJA ⊕⊕○○

La evidencia entrega alguna indicación del efecto verdadero. Sin embargo, la probabilidad de que este efecto sea sustancialmente diferente al estimado es alta.

MUY BAJA ⊕○○○

La evidencia no entrega una indicación confiable del efecto verdadero. La probabilidad de que este efecto sea sustancialmente diferente al estimado es muy alta.

METODOLOGÍA

¿Cómo se realizó la búsqueda de evidencia?

Se buscaron revisiones sistemáticas que respondieron la pregunta en las bases de datos MEDLINE, EMBASE a través de OVID y en Epistemonikos, con fecha 10 de mayo de 2022. Ver estrategia de búsqueda en [Anexo 1](#). Además, se buscó en Health System Evidence con fecha 13 de mayo de 2022, se construyó una [matriz de evidencia](#) con el objetivo de encontrar literatura adicional y se realizó citación cruzada a través Google Scholar utilizando como referencia a cada uno de los estudios incluidos en la síntesis (fecha 31 de mayo de 2022).

¿Cómo se seleccionó la evidencia?

Dos revisores independientes seleccionaron las revisiones sistemáticas y estudios primarios según abordaran los siguientes criterios:

Inclusión:

- Vacuna COVID-19
- Efectividad de estrategias comunicacionales
- Existencia de un grupo de intervención y control que permitiera aislar el efecto de la medida evaluada.

Exclusión:

- Otras vacunas (HPV, influenza, MMR, entre otras)
- Otros tipos de preguntas (motivos o factores que afectan la adherencia o resistencia a vacunarse. prevalencia de adherencia o resistencia a la vacuna, efecto de desinformación o información falsa, entre otros).
- Barreras y facilitadores a la implementación de estrategias comunicacionales.

¿Cómo se realizó la extracción de datos?

La extracción la realiza una persona, priorizando la información extraída por las revisiones sistemáticas. Cuando éstas no reportaban adecuadamente los resultados presentados o existían inconsistencias, se recurrió a los estudios primarios para complementar la información faltante.

¿Cómo se sintetizó la evidencia?

No fue posible realizar un metanálisis debido a la heterogeneidad de las intervenciones evaluadas y a los datos reportados. Por este motivo, se realizó un resumen narrativo de los hallazgos, agrupándolos por la dirección del efecto y *outcome* evaluado.



Resumen de hallazgos

A partir de la metodología descrita anteriormente, se identificaron inicialmente 731 revisiones sistemáticas. De éstas se excluyeron 245 por duplicados y 366 durante la revisión de título y abstract. Luego de la revisión de los artículos potencialmente elegibles a texto completo (ver temas en [Anexo 2](#)), finalmente se incluyeron **3 revisiones sistemáticas (RS)**(1–3) publicadas entre 2021 y 2022.

A los estudios primarios incluidos en las RS utilizadas, se aplicaron los mismos criterios de inclusión y exclusión que los aplicados en las RS (cuadro de metodología).

Para estimar el efecto de los hallazgos de esta SRE, se aplicaron los criterios EPOC para estimar el efecto de la intervención (4). Luego de revisada la metodología y diseño de los estudios primarios, tres estudios fueron excluidos de la síntesis dado que correspondían a estudios transversales(5–7) y 2 estudios a experimentos de elección discreta (DCE, por sus siglas en inglés)(8,9).

Con estos criterios, se consideraron finalmente 24 estudios primarios reportados en 21 referencias(10–30), siendo todos ensayos controlados aleatorizados (ECAs) (10–28,30). Sólo 1 ensayo aleatorizado fue excluido del análisis dado que su comparación (entrega de videos con información sobre beneficios de la vacuna vs. videos mencionando incentivos económicos a la vacunación como participación en lotería u obtención de vouchers) se consideró muy lejana a la de la pregunta inicialmente priorizada(30). Las características de los estudios incluidos se encuentran en la Tabla 1.

Los hallazgos aquí presentados se han separado de acuerdo al ámbito de comunicación evaluado: contenido, entrega y presentación de información. Cada hallazgo contiene además una tabla resumen con los resultados, mostrando la certeza en la evidencia de cada uno de los desenlaces encontrados, de acuerdo a GRADE (ver recuadro en portada).

Tabla 1. Descripción de los estudios incluidos en esta Síntesis Rápida de Evidencia (SRE)

Objetivos de la SRE: Evaluar la efectividad de las medidas comunicacionales para incrementar la adherencia a las vacunas contra COVID-19	
Fecha de búsqueda de las RS incluidas en esta SRE: 10/05/2022	
Componentes	Descripción
Diseños de estudio	20 estudios fueron ensayos controlados aleatorizados (10–29).
Población	14 estudios evaluaron a población general (10,11,13–18,20–23,25,29) y 6 estudios evaluaron a poblaciones específicas: 2 fueron en población no vacunada (12,26), 1 en población con tendencias republicanas (24), 1 en adultos de 18-30 años (19), 1 en trabajadores de salud sin vacunación de COVID-19 (28) y 1 en individuos con nivel intermedio de indecisión a vacunarse (27). Los estudios fueron realizados en distintos países: 11 fueron en Estados Unidos (10,13,16,17,20,22–24,26,28,29), 5 en Reino Unido (14,18,19,21,27), 1 en China (11), 1 en Alemania (15) y 1 en Israel (12). Solamente uno incluyó 23 países (25).
Intervención	Los artículos incluyeron diversas intervenciones relativas a estrategias comunicacionales respecto a la vacuna/vacunación de COVID-19, las cuales fueron clasificadas en 3 categorías por la RS (1): <ol style="list-style-type: none"> 1. Contenido de la comunicación: relacionado a beneficios de la vacunación (12,14,15,17,23), efectividad y seguridad de vacunación (11–13,19–21,27,28), desarrollo de la vacuna (13,14,23,29), normas sociales (12,19,20,25,28), e inmunidad de rebaño (22) 2. Entrega de la comunicación: relacionado al uso de herramientas tales como mensajeros (10,23,24), videos (17) y recordatorios (12,17) 3. Presentación de la comunicación: relacionado a si la información se entregaba personalizada (17), con un encuadre (<i>framing</i>) positivo o negativo (11,26,29), tipo de formato numérico (11,26) o transmisión de incertidumbre (16,18,21).
Comparación	9 estudios compararon sus intervenciones frente a un grupo control sin intervención (10,13–16,20,22,23,28), 11 compararon entre distintas intervenciones o escenarios de la intervención (11,12,17–19,21,24–27,29).
Desenlaces	Los estudios evaluaron 2 tipos de desenlaces: comportamiento frente a la vacunación de COVID-19 o intención de vacunación de COVID-19.
Ámbitos (setting)	Los estudios primarios fueron realizados entre 2020 y 2021, por lo que su desarrollo fue durante la pandemia y, por tanto, durante el desarrollo e implementación de las vacunas de COVID-19.



Hallazgo 1. Contenido del mensaje

Resultado de salud (outcome)	Número de participantes (Estudios)	Efectos	Certeza en la evidencia (GRADE)	Mensaje clave
BENEFICIOS O RIESGOS SOCIALES Y PERSONALES ASOCIADOS A VACUNACIÓN				
Vacunación*	Nº de participantes: 869.066 (2 ECA)(12,17)	<p><u>Beneficios personales vs. beneficios sociales</u></p> <p>Un ensayo (17) reportó que no hubo diferencias en la adherencia a vacunación al comparar mensajes con beneficios personales y sociales.</p> <p>El segundo ensayo (12) reportó que hubo un aumento en la adherencia en aquellos que recibieron mensajes sobre beneficios personales vs. aquellos que recibieron información sobre beneficios sociales.</p>	⊕⊕○○ BAJA ^{a,b}	Con baja certeza de la evidencia, se observa que el entregar información sobre los beneficios personales aumenta la vacunación en comparación con información sobre beneficios sociales.
Intención de vacunación**	Nº de participantes: 7.064 (1 ECA)(23)	<p><u>Intervención vs. no información</u></p> <p>El ensayo reportó que la intención de vacunación aumenta cuando se incluye información sobre los riesgos sociales o personales de no vacunarse, en comparación a no recibir información sobre vacunación***.</p>	⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	Con moderada certeza de la evidencia, se observa que entregar información sobre beneficios personales o sociales aumenta la intención de vacunación en comparación con no entregar información.
	Nº de participantes: 17.804 (2 ECA)(14,15)	<p><u>Intervención vs. otro tipo de información</u></p> <p>Dos ensayos (14,15) encontraron que no hubo diferencias entre los grupos que recibieron información breve o estándar sobre la vacuna vs. aquellos que recibieron información sobre beneficios sociales o personales.</p> <p>Sin embargo, uno de estos ensayos (14) reportó que sí hubo una disminución en la resistencia a la vacunación en aquellos participantes que inicialmente se mostraron muy inseguros de vacunarse.</p>	⊕⊕⊕⊕ ALTA ^c	Con alta certeza de la evidencia, se observa que entregar información sobre beneficios personales o sociales tiene un efecto imperceptible sobre la intención de vacunación al compararlo con entregar información breve o estándar.
DESARROLLO DE LA VACUNA				
Intención de vacunación**	Nº de participantes: 8.139 (2 ECA)(13,23)	<p><u>Intervención vs. no información</u></p> <p>Un ensayo(13) reportó que no hubo diferencias entre el grupo que recibió la intervención y el grupo que no recibió ningún mensaje.</p>	⊕⊕○○ BAJA ^{a,d}	Con baja certeza de la evidencia, se observa que entregar información sobre el desarrollo de la vacuna tiene un

Resultado de salud (outcome)	Número de participantes (Estudios)	Efectos	Certeza en la evidencia (GRADE)	Mensaje clave
		Un ensayo(23) reportó que añadir la rigurosidad de los ensayos clínicos de las vacunas no generaba un aumento estadísticamente significativo en la intención de vacunación ($p>0,05$) en comparación al grupo de control.		efecto imperceptible sobre la intención de vacunación en comparación a no entregar información.
	Nº de participantes: 17.530 (2 ECA)(13,14)	<p><u>Intervención vs. otro tipo de información</u></p> <p>Dos ensayos(13,14) reportaron que no se encontraron diferencias entre las personas que recibieron un mensaje sobre desarrollo de vacuna (línea de tiempo) o que se refiriera a la seguridad de ellas a pesar de su rápido desarrollo, respectivamente, con aquellas personas que recibieron mensajes sobre riesgos de vacunarse o contraer COVID-19(13) o información estándar de NHS(14).</p> <p>Sin embargo, uno de estos ensayos (14) reportó que sí hubo una disminución en la resistencia a la vacunación en aquellos participantes que inicialmente se mostraron muy inseguros de vacunarse.</p>	⊕⊕⊕⊕ ALTA _c	Con alta certeza de la evidencia, se observa que entregar información sobre el desarrollo de la vacuna tiene un efecto imperceptible sobre la intención de vacunación en comparación a entregar otro tipo de información.
EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA VACUNA				
Vacunación*	Nº de participantes: 9.723 (1 ECA)(28)	<p><u>Intervención vs. no información</u></p> <p>Un ensayo(28) reportó que hubo un aumento en la vacunación en aquellos que recibieron este tipo de información por sobre aquellos que no contaron con ninguna información.</p>	⊕⊕⊕○ MODERADA _d	Con moderada certeza de la evidencia, se observa que entregar información sobre efectividad o seguridad de la vacuna aumenta la vacunación en comparación con no recibir información.
	Nº de participantes: 778.127 (2 ECA) (12,28)	<p><u>Intervención vs. otro tipo de información</u></p> <p>Un ensayo (12) reportó que hubo un aumento en la vacunación en aquellos que recibieron mensajes que incluían efectividad de la vacuna vs. aquellos que sólo recibieron información sobre la tendencia social.</p> <p>El segundo ensayo(28) reportó que al comparar la efectividad del mensaje de seguridad vs. norma o tendencia social, no se observaron diferencias.</p>	⊕⊕○○ BAJA ^{a,b}	Con baja certeza de la evidencia, se observa que entregar información sobre efectividad o seguridad de la vacuna aumenta la vacunación en comparación con entregar otro tipo de información.
Intención de vacunación**	Nº de participantes: 5.167	<p><u>Intervención vs. no información</u></p> <p>Dos ensayos (20,27) reportaron que informar que la vacuna es efectiva y segura aumentó la</p>	⊕⊕○○ MUY BAJA _{a,b,d}	No es posible establecer el efecto de entregar información sobre

Resultado de salud (outcome)	Número de participantes (Estudios)	Efectos	Certeza en la evidencia (GRADE)	Mensaje clave
	(4 ECA) (13,20,21,27)	<p>intención de vacunación en comparación a quienes no recibieron ninguna información.</p> <p>Dos ensayos (13,21) reportaron que no hubo diferencias entre los que recibieron la intervención y los que no.</p> <p>Adicionalmente, un ensayo(20) evaluó el efecto que tendría el decir que la vacuna es inefectiva e insegura, y esta no mostró diferencias con el grupo de control (no información).</p>		<p>efectividad y seguridad de la vacuna sobre la intención de vacunación, debido a que la certeza de la evidencia existente es muy baja,</p>
	Nº de participantes: 1.729 (2 ECA)(13,19)	<p><u>Intervención vs. otro tipo de información</u></p> <p>Los ensayos reportaron que no hubo diferencias entre los grupos que recibieron información de la seguridad y efectividad de la vacuna comparado con información sobre el desarrollo de la vacuna(13) o tendencias sociales(19).</p>	<p>⊕⊕⊕○ MODERADA_{d,e}</p>	<p>Con moderada certeza de la evidencia, se observa que entregar información sobre seguridad y efectividad tiene un efecto imperceptible sobre la intención de vacunación en comparación con entregar otro tipo de información.</p>
	Nº de participantes: 413 (1 ECA)(11)	<p><u>Alta vs. baja efectividad</u></p> <p>El ensayo reportó que no hubo diferencias entre quienes recibieron información que indicaba un 80% de efectividad de la vacuna en comparación con un 20% de efectividad.</p>	<p>⊕⊕○○ BAJA^{a,d}</p>	<p>Con baja certeza de la evidencia, se observa que entregar información sobre una alta efectividad y seguridad de la vacuna tiene un efecto imperceptible sobre la intención de vacunación en comparación con entregar una baja efectividad y seguridad.</p>
NORMA O TENDENCIA SOCIAL				
Vacunación*	Nº de participantes: 9.723 (1 ECA)(28)	<p><u>Intervención vs. no información</u></p> <p>Un ensayo (28) reportó que en aquellos que recibieron este tipo de mensajes presentaron mayor vacunación que el grupo que no recibió información.</p>	<p>⊕⊕⊕○ MODERADA_d</p>	<p>Con moderada certeza de la evidencia, se observa que entregar información sobre la norma o tendencia social de vacunación aumenta la vacunación en comparación con no</p>

Resultado de salud (outcome)	Número de participantes (Estudios)	Efectos	Certeza en la evidencia (GRADE)	Mensaje clave
				entregar información.
	Nº de participantes: 778.127 (2 ECA)(12,28)	<p><u>Intervención vs. otro tipo de información</u></p> <p>Los ensayos(12,28) compararon mensajes que incluían la tendencia social de vacunación con otro mensaje que trataba sobre la efectividad y seguridad(12) o riesgos de la vacuna(28). Uno de ellos reportó que no hubo diferencias(28) y el otro(12) reportó que este tipo de información fue menos efectiva.</p>	⊕⊕○○ BAJA ^{a,b}	Con baja certeza de la evidencia, se observa que entregar información sobre la norma o tendencia social de vacunación tiene un efecto imperceptible sobre la vacunación en comparación con entregar otro tipo de información.
Intención de vacunación**	Nº de participantes: 438.359 (2 ECA)(20,25)	<p><u>Intervención vs. no información</u></p> <p>Dos ensayos (20,25) reportaron que recibir información sobre la aceptación o disposición de otros aumenta la intención(20) y aceptabilidad(25) de la vacuna comparado con no recibir información. Cuando el mensaje reporta una tendencia contraria (el resto de la sociedad NO está dispuesto a vacunarse), la intención de vacunación disminuye (20).</p>	⊕⊕⊕○ MODERADA ^a	Con moderada certeza de la evidencia, se observa que entregar información sobre la norma o tendencia social aumenta la intención de vacunación en comparación con no entregar información.
	Nº de participantes: 654 (1 ECA)(19)	<p><u>Norma social alta vs. baja</u></p> <p>Un ensayo(19) reportó que un mensaje que expresa una mayor norma o adherencia social aumenta la intención de vacunación (85% vs. 45%).</p>	⊕⊕⊕⊕ ALTA	Con alta certeza de la evidencia, se observa que entregar información sobre una alta norma social aumenta la intención de vacunación en comparación con entregar una baja norma social.
	Nº de participantes: 654 (1 ECA)(19)	<p><u>Intervención vs. otro tipo de información</u></p> <p>Un ensayo(19) reportó que no existirían diferencias en la intención de vacunación al comparar mensajes de norma o adherencia social con aquellos con información estándar de la vacuna (NHS).</p>	⊕⊕⊕⊕ ALTA	Con alta certeza de la evidencia, se observa que entregar información sobre la norma o tendencia social de vacunación tiene un efecto imperceptible sobre la intención de vacunación en comparación con

Resultado de salud (outcome)	Número de participantes (Estudios)	Efectos	Certeza en la evidencia (GRADE)	Mensaje clave
				entregar otro tipo de información.

INMUNIDAD DE REBAÑO

Intención de vacunación**	Nº de participantes: 1.003 (1 ECA)(22)	<p><u>Añadir intervención vs. no añadir</u></p> <p>El ensayo reportó que los participantes que recibieron información adicional sobre la cobertura necesaria para alcanzar la inmunidad de rebaño se vacunarían antes que aquellos que no la recibieron.</p>	<p>⊕⊕⊕○ MODERADA^a</p>	Con moderada certeza de la evidencia, se observa que entregar información sobre la inmunidad de rebaño aumenta la intención de vacunación en comparación con no entregar información.
---------------------------	--	--	--------------------------------------	---

IC: Intervalo de confianza; **ECA:** Ensayo controlado aleatorizado; **GRADE:** Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation; **p:** valor p

* El desenlace vacunación fue medido según si el participante se registraba o recibía la vacuna contra COVID-19 a los 3(28), 6(17) o 7(12) días después de la intervención.

** El desenlace intención de vacunación incluye mediciones sobre intención o probabilidad de vacunarse, aceptabilidad de la vacuna, escalas de resistencia a la vacunación y cuándo estarían los participantes dispuestos a vacunarse (inmediatamente a nunca).

*** Noticia sobre *baseball*.

a. Se disminuyó un nivel de certeza de la evidencia por riesgo de sesgo, dado que el conjunto de evidencia presentó varias limitaciones asociadas a la aleatorización, ciego de los evaluadores, sesgo de desgaste o medición del desenlace. Esta evaluación la realizaron las autoras de este resumen a partir del análisis efectuado por la revisión sistemática(1) con la herramienta *NHLBI (National Health Lung and Blood Institute) quality assessment tool*.

b. Se disminuyó un nivel de certeza de la evidencia por inconsistencia, dado que los distintos estudios llegaron a diferentes conclusiones.

c. Se decidió no disminuir la certeza de la evidencia, dado que el estudio de mayor peso (n= 16.455)(14) presenta un bajo riesgo de sesgo y presenta la potencia suficiente (80%) para haber detectado diferencias entre los grupos.

d. Se disminuyó un nivel de certeza de la evidencia por imprecisión, dado que en el conjunto de evidencia no se establece si hubo un cálculo de tamaño muestral que permitiera identificar diferencias en caso de haberlas (potencia estadística 80%) según la evaluación de la revisión(1) con la escala NHLBI.

e. Se decidió no disminuir la certeza de la evidencia por riesgo de sesgo, dado que tanto el estudio evaluado como bajo riesgo de sesgo(19) como aquel que sí presenta limitaciones(13), llegan a la misma conclusión, reforzando la dirección del efecto.

Hallazgo 2. Entrega de la comunicación

Resultado de salud (outcome)	Nº de participantes (Estudios)	Efectos	Certeza en la evidencia (GRADE)	Mensaje clave
VIDEO - AÑADIR VIDEOS VS. NO AÑADIR				
Vacunación*	-- Nº de participantes: 203.891 (2 ECA) (17)	Dos ensayos (17) no encontraron diferencias respecto a la vacunación al añadir un video educacional a un recordatorio de vacunación comparado con no añadir el video.	⊕⊕○○ BAJA _{a,b}	Con baja certeza de la evidencia, se observa que añadir un video educacional a un recordatorio, tiene un efecto imperceptible sobre la vacunación en comparación con no añadir un video.
Intención de vacunación**	-- Nº de participantes: 2.003 (1 ECA) (17)	Un ensayo (17) encontró que añadir un video educacional a recordatorios de vacunación comparado con no añadirlo aumentó la probabilidad de que los participantes agendaran una cita.	⊕⊕⊕○ MODERADA _b	Con moderada certeza de la evidencia, se observa que el añadir un video educacional a un recordatorio aumenta la intención de vacunación en comparación con no añadir un video.
RECORDATORIO - USAR VS. NO USAR				
Vacunación*	-- Nº de participantes: 972.295 (3 ECA) (12,17)	Los tres ensayos encontraron que usar recordatorios aumentó la vacunación en comparación con no usarlos (12,17)	⊕⊕⊕○ MODERADA _a	Con moderada certeza de la evidencia, se observa enviar un recordatorio aumenta la vacunación comparado con no enviarlo.
MENSAJERO - COMPARACIÓN ENTRE TIPOS DE MENSAJEROS				
Intención de vacunación**	-- Nº de participantes: 10.176 (3 ECA) (10,23,24)	<p>Tres ensayos evaluaron la intención de vacunación al usar un mensajero:</p> <p>Un ensayo (10) encontró mayor intención de vacunación en quienes vieron un video informativo narrado con voz masculina comparado con no recibir información, que en aquellos que vieron un video narrado con voz femenina***.</p> <p>Un ensayo (24) que evaluó a participantes con tendencias republicanas, evaluó la efectividad de utilizar mensajeros republicanos o demócratas, teniendo más respaldo de vacunación el republicano.</p> <p>Un ensayo (23) no encontró diferencias en la intención de vacunación al comparar a un grupo de personas (población general) que recibió un mensaje emitido por una persona que tuvo COVID-19 con la de un profesional de la salud respecto al tema.</p>	⊕⊕○○ BAJA _{a,b}	Con baja certeza de la evidencia, se observa que el uso de un/a mensajero/a representativo de los patrones culturales de la población objetivo aumenta la intención de vacunación en comparación con uno que no cumpla con ello.

IC: Intervalo de confianza; ECA: Ensayo controlado aleatorizado; GRADE: Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation.

* El desenlace vacunación fue medido según si el participante se registraba o recibía la vacuna contra COVID-19 a 6(17) o 7(12) días después de la intervención.

** El desenlace intención de vacunación incluye mediciones sobre intención o probabilidad de vacunarse, probabilidad de tomar hora para vacunarse, aceptabilidad de la vacuna y escalas de resistencia a la vacunación.

*** El estudio reporta que la población que evaluó la voz femenina se declaraba más conservadora.

a. Se disminuyó un nivel de certeza de la evidencia por riesgo de sesgo, dado que el conjunto de evidencia presentó varias limitaciones asociadas a la aleatorización, ciego de los evaluadores, sesgo de desgaste o medición del desenlace. Esta evaluación la realizaron las autoras de este resumen a partir del análisis efectuado por la revisión sistemática(1) con la herramienta *NHLBI (National Health Lung and Blood Institute) quality assessment tool*.

b. Se disminuyó un nivel de certeza de la evidencia por imprecisión, dado que en el conjunto de evidencia no se establece si hubo un cálculo de tamaño muestral que permitiera identificar diferencias en caso de haberlas (potencia estadística 80%) según la evaluación de la revisión(1) con la escala NHLBI.

Hallazgo 3. Presentación de la comunicación

Resultado de salud (outcome)	Nº de participantes (Estudios)	Efectos	Certeza en la evidencia (GRADE)	Mensaje clave
PERSONALIZACIÓN - PERSONALIZAR VS. NO PERSONALIZAR				
Vacunación *	Nº de participantes: 203.891 (2 ECA) (17)	Dos ensayos (17) reportaron que para la primera vacunación enviar un mensaje personalizado comparado a un mensaje simple aumentaba la vacunación. Para la siguiente dosis, el personalizar el mensaje no tuvo diferencia (todos los tipos de mensajes aumentaron vacunación).	⊕⊕○○ BAJA _{a,b}	Con baja certeza de la evidencia, se observa que el uso de mensajes recordatorios personalizados aumenta la vacunación en comparación con enviar mensajes no personalizados
Intención de vacunación **	Nº de participantes: 2.003 (1 ECA) (17)	Un ensayo (17) reportó que añadir personalización al mensaje recordatorio previo a la primera dosis no aumentó la intención vacunación comparado con un mensaje simple.	⊕⊕⊕○ MODERADA _b	Con moderada certeza de la evidencia, se observa que el uso de mensajes recordatorios personalizados tiene un efecto imperceptible sobre la intención de vacunación en comparación con un mensaje no personalizado.
MARCO CONCEPTUAL (FRAMING) - MARCO POSITIVO VS. MARCO NEGATIVO				
Intención de vacunación **	Nº de participantes: 1.226 (3 ECA) (11,18,29)	Tres ensayos evaluaron el uso de un marco conceptual (o <i>framing</i>) positivo o negativo para comunicar sobre la vacunación de COVID***: Un ensayo (29) encontró que un marco positivo de la seguridad de las vacunas (95% seguridad) aumentaba la aceptación al compararlo con un marco negativo (5% inseguras). Otro ensayo (11) no encontró diferencias al enmarcar la protección de la vacunación en un marco negativo en lugar de positivo***. Un tercer ensayo (26) no encontró diferencias en la intención de vacunarse al comparar un escenario de ganancia de un premio por vacunarse vs perderlo por no vacunarse.	⊕○○○ MUY BAJA _{a,b,c}	No es posible establecer el efecto de usar un marco conceptual (o <i>framing</i>) positivo sobre la intención de vacunación, comparado con un marco negativo, debido a que la certeza de la evidencia existente es muy baja.
FORMATO NUMÉRICO - FRECUENCIA ABSOLUTA VS. RELATIVA (%)				
Intención de vacunación **	Nº de participantes: 413 (1 ECA) (11)	Un ensayo (11) evaluó el uso de un formato numérico para comunicar sobre la vacunación y no encontró diferencias al presentar la efectividad de la vacuna como porcentaje o frecuencia absoluta.	⊕⊕○○ BAJA _{a,b}	Con baja certeza de la evidencia, se observa que el uso de un formato numérico de frecuencia absoluta tiene un efecto imperceptible sobre la

			intención de vacunación en comparación con usar porcentajes.
INCERTIDUMBRE - TRANSMITIR INCERTIDUMBRE VS. CERTEZA			
Intención de vacunación **	Nº de participantes: 4.042 (3 ECA) (16,18,21)	<p>Tres ensayos (16,18,21) evaluaron el uso de mensajes de incertidumbre sobre la intención de vacunarse:</p> <p>Un ensayo (16) encontró que usar mensajes de incertidumbre o de incertidumbre + normalización, aumentaba la intención de vacunarse en comparación con información básica de COVID-19 (sin incertidumbre).</p> <p>Dos ensayos (18,21) encontraron que comunicar incertidumbre sobre la efectividad de la vacuna vs comunicar con certeza no tuvo efecto en la intención de vacunarse. Sin embargo, uno de los ensayos (18) reportó que comunicar con incertidumbre puede mitigar la reducción de intención de vacunarse cuando surge información contradictoria.</p>	<p>No es posible establecer el efecto de comunicar información con incertidumbre, sobre la intención de vacunación, en comparación a comunicar sin incertidumbre, debido a que la certeza de la evidencia existente es muy baja.</p> <p style="text-align: center;">⊕○○○ MUY BAJA a,b,c</p>

IC: Intervalo de confianza; **ECA:** Ensayo controlado aleatorizado; **GRADE:** *Grading of Recommendations Assessment Development and Evaluation*

* El desenlace vacunación fue medido según si el participante se registraba o recibía la vacuna contra COVID-19 a 6(17) días después de la intervención.

** El desenlace intención de vacunación incluye mediciones sobre intención o probabilidad de vacunarse, probabilidad de tomar hora para vacunarse, aceptabilidad de la vacuna y escalas de resistencia a la vacunación.

*** Ej: "Al [no] vacunarse, las personas [no] podrán protegerse de una infección potencialmente mortal. Si [no] se vacuna contra el virus, [no] puede disminuir el riesgo de infectarse".

a. Se disminuyó un nivel de certeza de la evidencia por riesgo de sesgo, dado que el conjunto de evidencia presentó varias limitaciones asociadas a la aleatorización, ciego de los evaluadores, sesgo de desgaste o medición del desenlace. Esta evaluación la realizaron las autoras de este resumen a partir del análisis efectuado por la revisión sistemática(1) con la herramienta *NHLBI (National Health Lung and Blood Institute) quality assessment tool*.

b. Se disminuyó un nivel de certeza de la evidencia por imprecisión, dado que en el conjunto de evidencia no se establece si hubo un cálculo de tamaño muestral que permitiera identificar diferencias en caso de haberlas (potencia estadística 80%) según la evaluación de la revisión(1) con la escala NHLBI.

c. Se disminuyó un nivel de certeza de la evidencia por inconsistencia, puesto que los estudios obtuvieron resultados disímiles para el mismo tipo de intervención.

Información Adicional

Citación sugerida

Departamento ETESA-SBE - Unidad de Políticas de Salud Informadas por Evidencia.
Síntesis rápida de evidencia ¿Qué tan efectivas son las medidas de índole comunicacional
para aumentar la adherencia de la vacunación por COVID-19? Mayo, 2022. Ministerio de
Salud, Gobierno de Chile. Disponible en:
<https://etesa-sbe.minsal.cl/index.php/publicaciones/>

Autores

- Rocío Bravo-Jeria (coordinadora)
- Cecilia Veas- Palominos.

Palabras Clave

Communication strategies; COVID-19 vaccin; adherence; hesitancy; Rapid Evidence
Synthesis.

Revisión por pares

Esta síntesis fue comentada por:

- Patricia Kraemer, profesional de la Unidad de Evidencia Clínica y observadora
ETESA-SBE para la mesa de vacunas COVID-19.
- Dino Sepúlveda Viveros, Jefe de Departamento ETESA-SBE.

Declaración de potenciales conflictos de interés de los autores de esta SRE

Los autores declaran no tener conflictos de interés al respecto.

Referencias

1. Batteux E, Mills F, Jones LF, Symons C, Weston D. The Effectiveness of Interventions for Increasing COVID-19 Vaccine Uptake: A Systematic Review. *Vaccines*. marzo de 2022;10(3):386.
2. Reñosa MDC, Landicho J, Wachinger J, Dalglish SL, Bärnighausen K, Bärnighausen T, et al. Nudging toward vaccination: a systematic review. *BMJ Glob Health*. septiembre de 2021;6(9):e006237.
3. Hussain B, Latif A, Timmons S, Nkhoma K, Nellums LB. Overcoming COVID-19 vaccine hesitancy among ethnic minorities: A systematic review of UK studies. *Vaccine* [Internet]. 28 de abril de 2022 [citado 31 de mayo de 2022]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9046074/>
4. Effective Practice and Organisation of Care (EPOC). What study designs should be included in an EPOC review and what should they be called? EPOC resources for review authors [Internet]. Disponible en: <https://epoc.cochrane.org/sites/epoc.cochrane.org/files/public/uploads/EPOC%20Study%20Designs%20About.pdf>
5. Bateman J, Cox N, Rajagopala L, Ford M, Jasim M, Mulherin D, et al. COVID-19 vaccination advice via SMS-based video to improve vaccination uncertainty in at-risk groups. *Lancet Rheumatol*. junio de 2021;3(6):e399–401.
6. Yuen SWH, Yue RPH, Lau BHB, Chan CLW, Ng SM. When to be vaccinated? What to consider? Modelling decision-making and time preference for COVID-19 vaccine through a conjoint experiment approach [Internet]. *Health Policy*; 2021 jun [citado 24 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2021.06.05.21258416>
7. Kobayashi T, Nishina Y, Tomoi H, Harada K, Tanaka K, Matsumoto E, et al. Corowa-kun: Impact of a COVID-19 vaccine information chatbot on vaccine hesitancy, Japan 2021 [Internet]. *Infectious Diseases (except HIV/AIDS)*; 2021 may [citado 24 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2021.05.26.21257854>
8. McPhedran R, Gold N, Bemand C, Weston D, Rosen R, Scott R, et al. Location, Location, Location: A Discrete Choice Experiment to Inform Vaccination Programme Delivery in the UK [Internet]. In Review; 2021 sep [citado 25 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.researchsquare.com/article/rs-751838/v1>
9. Craig BM. United States COVID-19 Vaccination Preferences (CVP): 2020 Hindsight. *Patient - Patient-Centered Outcomes Res*. mayo de 2021;14(3):309–18.
10. Witus LS, Larson E. A randomized controlled trial of a video intervention shows evidence of increasing COVID-19 vaccination intention [Internet]. *Public and Global Health*; 2021 mar [citado 24 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2021.03.26.21254433>
11. Chen T, Dai M, Xia S, Zhou Y. Do Messages Matter? Investigating the Combined Effects of Framing, Outcome Uncertainty, and Number Format on COVID-19 Vaccination Attitudes and Intention. *Health Commun*. 3 de julio de 2022;37(8):944–51.
12. Berliner Senderey A, Ohana R, Perchik S, Erev I, Balicer R. Encouraging Uptake of the COVID-19 Vaccine Through Behaviorally Informed Interventions: National Real-World Evidence From Israel. *SSRN Electron J* [Internet]. 2021 [citado 24 de mayo de 2022]; Disponible en: <https://www.ssrn.com/abstract=3852345>
13. Thorpe A, Fagerlin A, Butler J, Stevens V, Drews FA, Shoemaker H, et al. Communicating about COVID-19 vaccine development and safety [Internet]. *Public and Global Health*; 2021 jul [citado 24 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2021.06.25.21259519>
14. Freeman D, Loe BS, Yu LM, Freeman J, Chadwick A, Vaccari C, et al. Effects of different



- types of written vaccination information on COVID-19 vaccine hesitancy in the UK (OCEANS-III): a single-blind, parallel-group, randomised controlled trial. *Lancet Public Health*. junio de 2021;6(6):e416–27.
15. Sprengholz P, Eitze S, Felgendreff L, Korn L, Betsch C. Money is not everything: experimental evidence that payments do not increase willingness to be vaccinated against COVID-19. *J Med Ethics*. agosto de 2021;47(8):547–8.
 16. Han PKJ, Scharnetzki E, Scherer AM, Thorpe A, Lary C, Waterston LB, et al. Communicating Scientific Uncertainty About the COVID-19 Pandemic: Online Experimental Study of an Uncertainty-Normalizing Strategy. *J Med Internet Res*. 22 de abril de 2021;23(4):e27832.
 17. Dai H, Saccardo S, Han MA, Roh L, Raja N, Vangala S, et al. Behavioural nudges increase COVID-19 vaccinations. *Nature*. septiembre de 2021;597(7876):404–9.
 18. Batteux E, Bilovich A, Johnson SGB, Tuckett D. The negative consequences of failing to communicate uncertainties during a pandemic: The case of COVID-19 vaccines [Internet]. *Public and Global Health*; 2021 mar [citado 26 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2021.02.28.21252616>
 19. Sinclair S, Agerström J. Do Social Norms Influence Young People's Willingness to Take the COVID-19 Vaccine? *Health Commun*. 11 de junio de 2021;1–8.
 20. Palm R, Bolsen T, Kingsland JT. The Effect of Frames on COVID-19 Vaccine Resistance. *Front Polit Sci*. 13 de mayo de 2021;3:661257.
 21. Kerr JR, Freeman ALJ, Marteau TM, van der Linden S. Effect of Information about COVID-19 Vaccine Effectiveness and Side Effects on Behavioural Intentions: Two Online Experiments. *Vaccines*. 13 de abril de 2021;9(4):379.
 22. Trueblood JS, Sussman AB, O'Leary D. The Role of Risk Preferences in Responses to Messaging About COVID-19 Vaccine Take-Up. *Soc Psychol Personal Sci*. enero de 2022;13(1):311–9.
 23. Motta M, Sylvester S, Callaghan T, Lunz-Trujillo K. Encouraging COVID-19 Vaccine Uptake Through Effective Health Communication. *Front Polit Sci*. 28 de enero de 2021;3:630133.
 24. Pink SL, Chu J, Druckman JN, Rand DG, Willer R. Elite party cues increase vaccination intentions among Republicans. *Proc Natl Acad Sci*. 10 de agosto de 2021;118(32):e2106559118.
 25. Moehring A, Collis A, Garimella K, Rahimian MA, Aral S, Eckles D. Providing normative information increases intentions to accept a COVID-19 vaccine [Internet]. *PsyArXiv*; 2021 feb [citado 26 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://osf.io/srv6t>
 26. Taber JM, Thompson CA, Sidney PG, O'Brien A, Updegraff J. Experimental Tests of How Hypothetical Monetary Lottery Incentives Influence Vaccine-Hesitant U.S. Adults' Intentions to Vaccinate [Internet]. *PsyArXiv*; 2021 jul [citado 25 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://osf.io/ux73h>
 27. Davis CJ, Golding M, McKay R. Efficacy information influences intention to take COVID-19 vaccine. *Br J Health Psychol*. mayo de 2022;27(2):300–19.
 28. Santos HC, Goren A, Chabris CF, Meyer MN. Effect of Targeted Behavioral Science Messages on COVID-19 Vaccination Registration Among Employees of a Large Health System: A Randomized Trial. *JAMA Netw Open*. 28 de julio de 2021;4(7):e2118702.
 29. Strickland JC, Reed DD, Hursh SR, Schwartz LP, Foster RNS, Gelino BW, et al. Integrating Operant and Cognitive Behavioral Economics to Inform Infectious Disease Response: Prevention, Testing, and Vaccination in the COVID-19 Pandemic [Internet]. *Public and Global Health*; 2021 ene [citado 24 de mayo de 2022]. Disponible en: <http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2021.01.20.21250195>
 30. Duch RM, Barnett A, Filipek M, Roope L, Violato M, Clarke P. Cash versus Lotteries: COVID-19 Vaccine Incentives Experiment* [Internet]. *Health Economics*; 2021 jul [citado 24 de mayo de 2022]. Disponible en:



<http://medrxiv.org/lookup/doi/10.1101/2021.07.26.21250865>



Anexo 1: Estrategia de Búsqueda

Estrategia 1: PubMed/MEDLINE

Fecha de ejecución de la búsqueda: 10 de mayo de 2022

("COVID-19"[Mesh] OR covid* OR "2019-ncov" OR cv19* OR "cv-19" OR "cv 19" OR "n-cov" OR ncov* OR (wuhan* and (virus OR viruses OR viral)) OR "2019-ncov-related" OR "cv-19-related" OR "n-cov-related" OR "sars-cov-2" OR "anti-sars-cov-2" OR "anti-sars-cov2" OR "anti-sarscov-2" OR "anti-sarscov-2") AND ("COVID-19 Vaccines"[Mesh] OR vaccin* OR revaccinat* OR immuniz* OR immunis*) AND ("Persuasive Communication"[Mesh] OR hesita* OR refus* OR accept* OR willing* OR adhere* OR adhesion OR engage* OR aware* OR persua* OR nudg* OR compliance OR comply OR attitude* OR intention* OR belie* OR ((communicat* OR miscommunicat* OR info* OR misinform* OR messag* OR telemarketing OR telecommunicat* OR "social media" OR promotion*) AND (strateg* OR campaign* OR program* OR tool* OR provision OR advertis*)))

Estrategia 2: Embase a través de Ovid

Fecha de ejecución de la búsqueda: 10 de mayo de 2022

- 1 exp coronavirus disease 2019/
- 2 (covid* or ""2019-ncov"" or cv19* or ""cv-19"" or ""cv 19"" or ""n-cov"" or ncov* or (wuhan* and (virus or viruses or viral)) or ""2019-ncov-related"" or ""cv-19-related"" or ""n-cov-related"" or ""sars-cov-2"" or ""anti-sars-cov-2"" or ""anti-sars-cov2"" or ""anti-sarscov-2"" or ""anti-sarscov-2"").mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word]
- 3 exp SARS-CoV-2 vaccine/
- 4 (vaccin* or revaccinat* or immuniz* or immunis*).mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word]
- 5 exp persuasive communication/
- 6 (hesita* or refus* or accept* or willing* or adhere* or adhesion or engage* or aware* or persua* or nudg* or compliance or comply or attitude* or intent* or belief* or ((communicat* or miscommunicat* or info* or misinform* or messag* or telemarketing or telecommunicat* or ""social media"" or promotion*) and (strateg* or campaign* or program* or tool* or provision or advertis*))).mp. [mp=title, abstract, heading word, drug trade name, original title, device manufacturer, drug manufacturer, device trade name, keyword heading word, floating subheading word, candidate term word]
- 7 1 or 2
- 8 3 or 4
- 9 5 or 6
- 10 7 and 8 and 9
- 11 limit 10 to (meta analysis or ""systematic review"")



Estrategia 3: Epistemonikos

Fecha de ejecución de la búsqueda: 10 de mayo de 2022

(covid* OR "2019-ncov" OR cv19* OR "cv-19" OR "cv 19" OR "n-cov" OR ncov* OR (wuhan* and (virus OR viruses OR viral)) OR "2019-ncov-related" OR "cv-19-related" OR "n-cov-related" OR "sars-cov-2" OR "anti-sars-cov-2" OR "anti-sars-cov2" OR "anti-sarscov-2" OR "anti-sarscov-2") AND (vaccin* OR revaccinat* OR inmuniz* OR immunis*) AND (hesita* OR refus* OR accept* OR willing* OR adhere* OR adhesion OR engage* OR aware* OR persua* OR nudg* OR compliance OR comply OR attitude* OR intention* OR belie* OR ((communicat* OR miscommunicat* OR info* OR misinform* OR messag* OR telemarketing OR telecomunicat* OR "social media" OR promotion*) AND (strateg* OR campaign* OR program* OR tool* OR provision OR advertis*)))

Estrategia 4: Health System Evidence

Fecha de ejecución de la búsqueda: 13 de mayo de 2022.

Opción 1: (covid* OR "2019-ncov" OR cv19* OR "cv-19" OR "cv 19" OR "n-cov" OR ncov* OR (wuhan* and (virus OR viruses OR viral)) OR "2019-ncov-related" OR "cv-19-related" OR "n-cov-related" OR "sars-cov-2" OR "anti-sars-cov-2" OR "anti-sars-cov2" OR "anti-sarscov-2" OR "anti-sarscov-2") AND (vaccin* OR revaccinat* OR inmuniz* OR immunis*) AND (hesita* OR refus* OR accept* OR willing* OR adhere* OR adhesion OR engage* OR aware* OR persua* OR nudg* OR compliance OR comply OR attitude* OR intention* OR belie* OR ((communicat* OR miscommunicat* OR info* OR misinform* OR messag* OR telemarketing OR telecomunicat* OR "social media" OR promotion*) AND (strateg* OR campaign* OR program* OR tool* OR provision OR advertis*)))

Opción 2: (hesita* OR refus* OR accept* OR willing* OR adhere* OR adhesion OR engage* OR aware* OR persua* OR nudg* OR compliance OR comply OR attitude* OR intention* OR belie* OR ((communicat* OR miscommunicat* OR info* OR misinform* OR messag* OR telemarketing OR telecomunicat* OR "social media" OR promotion*) AND (strateg* OR campaign* OR program* OR tool* OR provision OR advertis*)))

→ filtros:

- Infectious diseases, lower respiratory infections
- drugs, devices
- systematics reviews.



Anexo 2: Temas encontrados en revisión de texto completo

La evidencia encontrada se clasificaba principalmente según las siguientes áreas temáticas:

1. Población o subpoblaciones

- Población general
- Países de bajos, medianos y altos ingresos
- Niños, niñas, adolescentes y cuidadores
- Personas mayores
- Personas embarazadas o en lactancia
- Minorías étnicas
- Migrantes documentados/indocumentados
- Minorías sexuales (LGBTQ+)
- Trabajadores de la salud
- Estudiantes o personas en internado del área de salud
- Personas con alguna condición de salud (ej: esclerosis múltiple)
- Personas no inmunizadas
- Indigentes

2. Por tipo de vacuna

- COVID-19
- Influenza
- Virus del papiloma humano (VPH)
- Hepatitis
- Rotavirus
- MMR (sarampión, papera, rubeola)
- Difteria, tétanos y tos ferina (DTaP)
- Planes de inmunización

3. Tipos de preguntas

- Efectividad de intervenciones comunicacionales
- Prevalencia de vacunación
- Prevalencia de aceptación o resistencia a la vacunación
- Motivos o factores que explican el fenómeno de la aceptación o resistencia a vacunas
- Facilitadores y barreras de vacunación
- Propuestas o sugerencias de intervenciones comunicacionales considerando la problemática
- Uso de fuentes de información sobre vacunación (ej. detalle de MCM y redes sociales)

4. Ámbito de las intervenciones comunicacionales sugeridas

- Sistema de salud
- Medios de comunicación masiva
- Uso de redes sociales o aplicaciones
- Centro de salud comunitaria
- Comunitarias (ej. escuelas, centros de padres, refugios, etc)
- Sistema de organización central (ej. Gubernamentales)

5. Tipo de intervenciones o estrategias comunicacionales

- Contenido de la información
- Formato de entrega de la información
- Presentación de la información



- Educativas (ej. folletos, charlas)
- Intervenciones de toma de decisiones compartidas (*share-decision making*)
- Gestión comunal o comunitaria