



Sociedad Argentina de Pediatría

MODELO OPERATIVO MULTINIVEL PARA EL ABORDAJE DE LA RETICENCIA A LA VACUNACIÓN EN PEDIATRÍA

Coordinación general

Dra. Castellano Vanesa Edelvais ¹

Dra. Lución María Florencia ¹

Grupo de trabajo

Dra. Nolte María Florencia ¹

Dra. Genni Paola ¹

Dra. Diana Menéndez Sofía ¹

Dra. del Pino Mariela ¹

Lic. Maimone Carina³

Dra. Bogdanowicz Elizabeth

Dra. Curti Paola ⁴

Dra. Marcos Alejandra ⁴

Dra. Gentile Ángela ¹

1. División Promoción y protección de la Salud. Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
2. Servicio Social. Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
3. División de Infectología del Hospital de Clínicas José de San Martín Facultad de Medicina UBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
4. Programa de inmunizaciones, Ministerio de Salud GCBA. Ciudad Autónoma de Buenos Aires.



RESUMEN

Introducción: La reticencia a la vacunación es un fenómeno complejo y multifactorial que impacta en la disminución de coberturas y en el riesgo de reemergencia de enfermedades inmunoprevenibles. En este contexto, los profesionales de la salud cumplen una función central en la toma de decisiones de las familias, siendo necesario contar con herramientas estructuradas y basadas en evidencia para su abordaje.

Métodos: La Sociedad Argentina de Pediatría propone un modelo operativo multinivel para el abordaje de la reticencia a la vacunación en pediatría. El modelo integra intervenciones en tres niveles complementarios: clínico individual, institucional y comunicacional. En el nivel clínico se propone una sistemática de abordaje en cuatro etapas: anunciar, indagar, generar empatía y asegurar. El nivel institucional contempla la organización de equipos interdisciplinarios dentro de los efectores de salud, mientras que el nivel comunicacional incorpora la participación del profesional en la comunicación en entornos digitales.

Resultados: El modelo permite estructurar la intervención frente a la reticencia, favoreciendo una comunicación clínica más efectiva y consistente. La incorporación de equipos interdisciplinarios facilita el abordaje de casos complejos y promueve la continuidad del cuidado. Asimismo, el componente comunicacional contribuye a contrarrestar la desinformación y fortalecer la confianza en las vacunas.

Conclusiones: El modelo operativo multinivel propuesto por la Sociedad Argentina de Pediatría constituye una herramienta integral para el abordaje de la reticencia a la vacunación, cuya implementación permite optimizar la toma de decisiones, fortalecer el vínculo con las familias y contribuir a la mejora de las coberturas de inmunización en la población pediátrica.

PALABRAS CLAVES:

Vacunación, Programas de Vacunación, Responsabilidad Parental, Negativa a la vacunación, Vacilación a la Vacunación.



INTRODUCCIÓN

Las vacunas son un hito fundamental para la salud pública debido a su impacto en la prevención de sufrimiento, discapacidad, muerte por enfermedades infectocontagiosas y cánceres relacionados al virus de la hepatitis B y del papiloma humano. Su uso protege a los individuos en las distintas etapas de la vida y, además, cuando se alcanzan y sostienen coberturas elevadas, generan un efecto comunitario, protegiendo a la población no inmunizada, lo que resulta en un **bien social**. (1-3)

En 2024, la cobertura mundial de inmunización continúa mostrando brechas significativas. Se estima que, durante ese año, 14,3 millones de niños no recibieron ninguna vacuna, lo que refleja importantes desafíos en el acceso a los programas de inmunización. La cobertura de la tercera dosis de la vacuna contra difteria, tétanos y tos ferina (DTP3), indicador clave del desempeño de los sistemas de vacunación, alcanzó el 85%, aún por debajo de los niveles óptimos. En relación con el sarampión, la cobertura de la primera dosis fue del 84% en 2024, sin lograr recuperar los niveles previos a la pandemia (86% en 2019). Por su parte, la cobertura mundial de la primera dosis de la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH) en niñas mostró una leve mejora, pasando del 27% en 2023 al 31% en 2024, aunque todavía insuficiente. (4) En Argentina, un análisis reciente del Observatorio de la Infancia y Adolescencia de la Sociedad Argentina de Pediatría evidencia un descenso sostenido de las coberturas de vacunación en el país, sin que ninguna de las vacunas evaluadas alcance la meta programática del 95% necesaria para garantizar la inmunidad colectiva. Si bien algunas vacunas del primer año de vida logran coberturas superiores al 80%, persisten brechas significativas, particularmente en refuerzos y en grupos de mayor vulnerabilidad. Asimismo, se observan importantes desigualdades regionales y socioeconómicas, con menores coberturas en contextos de mayor pobreza y mortalidad infantil, lo que refleja inequidades en el acceso a la vacunación. Este escenario plantea un riesgo creciente de reemergencia de enfermedades inmunoprevenibles y subraya la necesidad de fortalecer las estrategias de recuperación de esquemas, acceso oportuno a la inmunización y abordaje eficiente de la reticencia a la vacunación. (5)

Existen múltiples factores asociados a las bajas coberturas, como barreras en la accesibilidad a los servicios de salud, falta de vacunas u otros insumos, oportunidades perdidas de vacunación y aquellos relacionados a las dudas con respecto a la seguridad y eficacia de las vacunas. (6-8)

Según la OPS los factores determinantes de las bajas coberturas pueden clasificarse en al menos dos grandes categorías:

- **Atribuibles a la prestación de servicios:** servicios sanitarios y programas de vacunación, conocimientos, actitudes y prácticas del personal sanitario.
- **Atribuibles a los usuarios y a la demanda:** características familiares y conocimientos y actitudes de los padres u otras personas responsables de la vacunación de los niños. (6)

En este contexto, si bien las barreras estructurales vinculadas a la accesibilidad y a la organización de los servicios de salud continúan siendo determinantes relevantes, cobra **creciente importancia el peso de los factores relacionados con la demanda, particularmente aquellos asociados a las percepciones, creencias y actitudes** de la población frente a la vacunación. Entre estos, la reticencia a la vacunación emerge como un fenómeno clave,



dinámico y multifactorial, que contribuye de manera significativa a las brechas en las coberturas y a la persistencia de oportunidades perdidas de vacunación, incluso en escenarios donde la disponibilidad de vacunas está garantizada.

La **reticencia a la vacunación** fue definida en 2014 por el grupo consultor de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (SAGE) como el retraso o el rechazo en aceptar vacunas seguras, pese a la disponibilidad de los servicios de vacunación. (8)

La OMS ha considerado este fenómeno una de las diez principales amenazas a la salud global. (9) Por otra parte, es importante considerar que las **creencias y experiencias específicas relacionadas con la vacunación son potencialmente modificables**. (10)

La reticencia a la vacunación en pediatría es un fenómeno complejo y multifactorial que **afecta aproximadamente al 25% de los padres a nivel global**, con variaciones significativas según región, nivel educativo y factores socioeconómicos. (11) Este fenómeno representa una amenaza importante para la salud pública, ya que **contribuye** entre el **15-31% de la subvacunación infantil** y se asocia con brotes de enfermedades prevenibles como sarampión, tos ferina y enfermedad neumocócica. (12-14)

Un estudio realizado en una población de padres de niños y adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires (CABA) encontró que un 11,5% de los encuestados había tenido una actitud reticente a la vacunación de su/s hijo/s, y el 40,5 % declaró que le preocupaban los efectos adversos serios de algunas vacunas. (15)

En Argentina, datos del Índice de Confianza y Acceso a las Vacunas (ICAV) de la Fundación Bunge y Born muestran que, si bien la confianza en las vacunas se mantiene en niveles relativamente altos (86,8/100 en 2024), no ha logrado recuperar los valores prepandemia (93,7 en 2019), evidenciando una erosión persistente en la percepción de seguridad, efectividad e importancia de la vacunación. Asimismo, se observan una disminución en la proporción de personas que intentan vacunarse, con desigualdades según nivel educativo y edad, lo que sugiere que la confianza constituye un determinante crítico de la demanda de inmunización. (16)

Existen 5 elementos que se consideran involucrados en la reticencia que son útiles para plantear estrategias de abordaje exitosa. Se denominan las 5 “C” (figura 1). (17, 18)

Figura 1: Elementos involucrados en la reticencia vacunal.



La OMS organiza los determinantes de la reticencia vacunal en tres categorías: factores contextuales, individuales/grupales y específicos de las vacunas. Los factores contextuales incluyen el ambiente mediático y la desinformación, especialmente amplificadas por las redes sociales. Los factores individuales abarcan preferencias por enfoques "naturales" de salud, desconfianza en el sistema médico, pensamiento conspirativo y sesgos cognitivos en la evaluación de riesgos. (14) Las experiencias previas negativas con vacunas, incluso reacciones leves, pueden generar aversión emocional y sobreestimación de riesgos futuros. (19)

La reticencia vacunal tiene consecuencias graves para la salud pública. El agrupamiento geográfico de rechazo vacunal aumenta el riesgo de brotes en comunidades específicas, incluso cuando las tasas nacionales permanecen altas. (20) Modelamientos recientes muestran que una reducción del 50% en la cobertura vacunal resultaría en decenas de miles de casos de secuelas neurológicas post-sarampión, miles de casos de poliomielitis parálitica y más de 150.000 muertes en un período de 25 años. (21)

Las políticas de vacunación obligatoria han demostrado ser una herramienta relevante para fortalecer las coberturas de inmunización y contribuir al control de enfermedades prevenibles, en el marco de estrategias de salud pública orientadas al bienestar colectivo. (22, 23) **En nuestro país, en 2019 se promulgó la ley 27.491, que contempla la vacunación obligatoria para sus habitantes en todas las etapas de la vida, incluyendo niños y adolescentes.** Dicha ley entiende a la vacunación como una estrategia de salud pública preventiva altamente efectiva, y la considera un bien social que prevalece sobre el interés particular. (24) Durante el mes de agosto de 2023, se aprobó la reglamentación de dicha ley que considera las estrategias y acciones necesarias para prevenir y controlar las enfermedades inmunoprevenibles, en todos los subsectores del sistema salud. (25)

Es de destacar la función **que cumple el profesional de la salud** dentro de este marco. En el mismo sentido, múltiples estudios demostraron que la información sobre las vacunas que estos brindan a los padres puede hacer cambiar las conductas sobre la vacunación de sus hijos. (26-28) Los profesionales de salud son los implementadores primarios de políticas vacunales y los asesores e influenciadores más confiables de la intención de vacunación a nivel individual



del paciente. (29) En el estudio realizado en CABA el 98% de los padres afirmó que “generalmente hace lo que el pediatra le recomienda en relación con las vacunas de sus hijos”. (15) Por otro lado, el profesional de la salud tiene la responsabilidad de defender los derechos de los niños/as, dentro de los cuales la vacunación es obligatoria y una prioridad para la salud pública. (24)

Para hacer frente a esta problemática, el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez de la Ciudad de Buenos Aires implementó un modelo de abordaje para padres y cuidadores reticentes basado en la comunicación efectiva y el manejo interdisciplinario. Este modelo operativo multinivel reconoce la complejidad de la reticencia a la vacunación como un fenómeno dinámico, influido por determinantes individuales, institucionales y socioculturales. (30)

En este marco, la Sociedad Argentina de Pediatría destaca la función central del pediatra y de los equipos de salud en la toma de decisiones vacunales, promoviendo recomendaciones claras y basadas en evidencia; en este contexto, se propone un modelo operativo de abordaje de la reticencia a la vacunación, estructurado en tres niveles complementarios:

- **El nivel clínico individual: interacción clínica con el cuidador.**
- **El nivel institucional: organización de equipos interdisciplinarios dentro de los efectores de salud.**
- **El nivel comunicacional: participación del profesional de la salud en entornos digitales y redes sociales.**

Este modelo integra estrategias de comunicación clínica, organización de equipos interdisciplinarios y abordaje de la desinformación en entornos digitales. (8,17,31,32)

El enfoque integrado busca optimizar la toma de decisiones en salud, fortalecer la confianza en las vacunas y mejorar las coberturas de inmunización en la población pediátrica.

NIVEL CLÍNICO INDIVIDUAL: INTERACCIÓN CLÍNICA CON EL CUIDADOR

La intervención clínica constituye el primer nivel de abordaje y una oportunidad crítica para influir en la decisión vacunal, dado que **los profesionales de la salud son la fuente más confiable de información y los principales determinantes de la aceptación de vacunas por parte de las familias.** (29, 27, 28)

Los padres o cuidadores reticentes a la vacunación no actúan de una forma superficial y habitualmente tienen algún grado de información en relación a la eficacia y seguridad de las vacunas, aunque a veces sea errónea. En este contexto es recomendable comunicarnos desde la **empatía y el respeto**, apelando más a recursos emocionales que racionales.

El cuidador reticente a la vacunación tiene sus motivos particulares para dudar sobre las vacunas, algunos ejemplos más comunes son el miedo a los pinchazos, dudas sobre la seguridad, desconfianza en las compañías farmacéuticas o instituciones gubernamentales y



experiencias negativas previas. Por otra parte, pueden considerar que llevar un estilo de vida saludable es suficiente para prevenir enfermedades. (34, 35)

La principal tarea es identificar cuáles son los motivos que llevaron a la reticencia para adecuar el diálogo y establecer una estrategia personalizada de abordaje.

Se sugiere ser sistemático en la entrevista y brindar evidencia sin abrumar a la familia.

A continuación se describen las herramientas de trabajo adaptada a la normativa en Argentina. (29, 34)

La sistemática de abordaje en la consulta se organiza en cuatro etapas secuenciales: anunciar la indicación de vacunación mediante un enfoque presuntivo, indagar activamente las preocupaciones del cuidador, generar empatía validando sus inquietudes y, finalmente, asegurar una recomendación clara reforzando la confianza y las implicancias de la decisión. Este enfoque estructurado permite adaptar la comunicación a cada familia, favoreciendo la aceptación vacunal (tabla 1).



Tabla 1. Sistemática de abordaje en la consulta

Etapa	Objetivo	Acciones clave	Ejemplos	Evitar
<p>1. Anunciar</p> 	Introducir la vacunación como conducta esperada	<ul style="list-style-type: none"> - Informar de manera clara qué vacunas corresponden según el Calendario Nacional. - Utilizar el modelo presuntivo, asumiendo la aceptación de la vacunación. (36) - Mantener una recomendación firme y profesional, evitando un tono impositivo o paternalista. 	<p><i>"De acuerdo al Calendario Nacional, a su hijo le corresponden las vacunas..."</i></p> <p><i>"La campaña de vacunación antigripal está comenzando y recomiendo que su hijo reciba esta vacuna"</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Delegar la decisión (<i>"Deben decidir ustedes si quieren vacunar a su hijo"</i>) - Introducir mitos no mencionados
<p>2. Indagar</p> 	Comprender motivos y grado de reticencia	<p>Escucha activa:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explorar activamente las preocupaciones del cuidador mediante preguntas abiertas. - Escuchar de forma empática, sin interrumpir ni emitir juicios. - Identificar creencias, experiencias previas y nivel de información. - Evitar introducir nuevas dudas que no hayan sido planteadas. 	<p><i>"Veo que está indeciso para vacunar a su hijo, ¿Qué piensa sobre las vacunas?"</i></p> <p><i>"Cuénteme sus preocupaciones"</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Juicio de valor (<i>"Está muy mal que no vacune a su hijo"</i>) - Preguntas cerradas o confrontativas - Introducir mitos no expresados
<p>3. Generar empatía</p> 	Validar emociones y construir confianza	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocer y validar las preocupaciones del cuidador. - Demostrar comprensión mediante reformulación de lo expresado. - Brindar información clara, sencilla y adaptada al nivel de comprensión. - Favorecer un clima de respeto y confianza en la relación médico-familia. 	<p><i>"Entiendo su preocupación"</i></p> <p><i>"Déjeme ver si comprendi..."</i></p> <p><i>"Las sustancias que se utilizan en las vacunas son seguras"</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Amenazar con abandono de atención - Condicionar el vínculo médico <i>"No puedo ser el pediatra de su hijo/a si usted está en contra de las vacunas"</i>
<p>4. Asegurar</p> 	Reforzar recomendación y responsabilidad	<ul style="list-style-type: none"> - Reafirmar la recomendación de vacunación como la mejor estrategia de prevención. - Explicar de manera clara las implicancias individuales y colectivas de no vacunar. - Promover la toma de decisiones informadas. - Mantener la continuidad del vínculo, incluso ante la negativa inicial. - Actitud persistente frente a la importancia de las inmunizaciones 	<p><i>"La vacunación es la mejor opción"</i></p> <p><i>"La vacunas son seguras y eficaces, millones de niños han sido protegidos de estas enfermedades gracias a que se vacunaron evitando además que otros niños se contagien"</i></p> <p><i>"Entiendo que ha decidido no vacunar hoy. Por favor, sepa que al tomar esta decisión está asumiendo una responsabilidad importante. Lo que esto significa:</i> <i>-En Argentina la vacunación es obligatoria por ley. Si su hijo está enfermo, debe buscar asistencia médica.</i> <i>-Cuando hable con el personal de salud debe decirles que su hijo no ha recibido todas las vacunas recomendadas.</i> <i>-Debe aprender sobre los signos y síntomas de</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Amenazas o sanciones (<i>"Lo voy a denunciar"</i>) - Expresar el término "antivacuna" <i>"voy a denunciarlo porque usted es antivacunas"</i>



Otra herramienta de utilidad para aquellos padres que utilizan internet como fuente de información será direccionar a sitios de información confiable sobre las vacunas tales como sitios nacionales gubernamentales, o de sociedades científicas locales (37) o internacionales de prestigio, muchos de los cuales integran una red global llamada “Vaccine Safety Net”. (38)

En caso de que los cuidadores accedan a la vacunación se recomienda acompañar a la familia en forma inmediata al vacunatorio si está disponible o facilitar la asistencia mediante una comunicación con el centro vacunador.

En caso contrario, de continuar con la negativa a la vacunación luego de haber mantenido sucesivas consultas en las que se abordó el tema y se habilitó el espacio para nuevas preguntas, se sugiere la intervención del **equipo interdisciplinario de reticencia** para acompañar con el abordaje a los cuidadores. **En esta instancia es fundamental no interrumpir el seguimiento con la familia, para lograr fortalecer el vínculo y generar confianza.**

NIVEL INSTITUCIONAL: ORGANIZACIÓN DE EQUIPOS INTERDISCIPLINARIOS DENTRO DE LOS EFECTORES DE SALUD

La institucionalización del abordaje mediante equipos interdisciplinarios permite estandarizar prácticas, reducir la variabilidad en la atención y garantizar un enfoque integral centrado en derechos. Este nivel resulta clave en situaciones de reticencia persistente, donde las intervenciones individuales pueden resultar insuficientes.

Se sugiere conformar en cada efector un equipo interdisciplinario de trabajo en reticencia a la vacunación, que se encuentre interesado y comprometido con la temática. Este equipo podrá estar conformado por profesionales de la salud del área médica, enfermería, servicio social, psicología, personal administrativo, etc. Se requiere una capacitación previa y tiempo institucional destinado para tal fin, como por ejemplo comenzar con el curso de la Organización Panamericana de la Salud. (39)

El equipo de trabajo de reticencia a las vacunas debería estar conformado por al menos un profesional especializado en el campo de las inmunizaciones. Podría tratarse de un miembro de Promoción y Protección de la Salud que se dedican al estudio y abordaje del tema en el vacunatorio de la institución, abierto a la comunidad, o bien podría ser un médico pediatra u otro miembro responsable relacionado a las actividades de inmunizaciones en su comunidad (ver figura 2).

Es importante destacar que los casos deben ser abordados en el centro efector que asiste al paciente, evitando derivaciones a otros efectores o nivel central.

Figura 2. Equipo de trabajo en reticencia a la vacunación



Este enfoque reduce la fragmentación del cuidado, promueve la resolución de los casos en el propio efector y mejora la continuidad asistencial, contribuyendo además a fortalecer la confianza de las familias en el equipo de salud y en la institución.

Participación de Promoción y Protección de la Salud o responsable designado en cada institución especializada en el campo de las inmunizaciones

Sigue una metodología semejante a la mencionada previamente. Se recibe a la familia en un entorno de privacidad, se indagan los motivos por los que no vacunan a sus hijos permitiéndoles desplegar ideas, percepciones y experiencias.

Se refuerzan los aspectos positivos de sus estilos de vida saludable, si los hubiera. Luego se explican los riesgos reales de las enfermedades inmunoprevenibles y los beneficios de las vacunas, remarcando la importancia de la protección tanto individual como colectiva.

De acuerdo al caso se aclaran puntualmente los aspectos que generan dudas o temores con base en la evidencia científica actualizada y a la experiencia en vacunología clínica del área.

Finalmente, si se logra un consenso con la familia, se acuerda en conjunto la continuación del esquema de vacunación. Es de destacar que en estos casos se podrá acordar un esquema personalizado de acuerdo a riesgos individuales y a la situación epidemiológica local.



Intervención del Servicio Social y otras disciplinas.

Esta instancia se plantea como una etapa posterior a la intervención inicial realizada por el equipo clínico y/o por el área de Promoción y Protección de la Salud, en aquellos casos en los que persiste la reticencia a la vacunación.

Desde trabajo social, cuyo objetivo será lograr en forma conjunta con los progenitores una actitud reflexiva que promueva un cambio en función del bienestar del niño, niña o adolescente, se entrevistará a la familia y se analizará la situación de la misma desde el aporte de las ciencias sociales, teniendo en cuenta los atravesamientos históricos, culturales y socioeconómicos. (30)

Durante las entrevistas se reforzarán las explicaciones brindadas por el equipo médico en cuanto a los beneficios de las vacunas en los niños, al mismo tiempo que se abordará el tema relacionándolo con el derecho a la salud y las responsabilidades parentales. Si el niño convive o tiene vínculo con ambos progenitores sería conveniente convocar a ambos cuidadores para la/s entrevista/s. El objetivo en esta instancia es acordar en conjunto la forma de continuar el esquema de vacunación.

Muchos de los casos se resuelven en esta instancia.

Presentación al Organismo de protección de derechos

El marco normativo vigente en Argentina no solo establece la obligatoriedad de la vacunación, sino que posiciona a los equipos de salud como garantes del derecho a la salud de niños, niñas y adolescentes.

Ante la situación de un paciente cuyos padres o responsables legales continúan negándose a la vacunación, pese a la intervención del equipo de salud y las estrategias de abordaje de la reticencia, el equipo interviniente deberá elaborar un informe. Este deberá detallar las implicancias del derecho vulnerado (derecho a la vacunación como parte del derecho a la salud), así como la descripción completa de todas las acciones realizadas por los profesionales. Dicho informe será elevado a la autoridad administrativa de protección de derechos correspondiente a la jurisdicción.

En este sentido, conforme al artículo 11 de la Ley Nacional de Vacunación N.º 27.491:

“Los miembros de los establecimientos educativos y de salud, públicos o privados, y todo agente o funcionario público que tuviere conocimiento del incumplimiento de lo establecido en los artículos 7, 8, 10 y 13 de la presente ley, deberá comunicar dicha circunstancia ante la autoridad administrativa de protección de derechos en el ámbito local, bajo apercibimiento de incurrir en responsabilidad por dicha omisión, conforme Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes N.º 26.061”.

En todo el territorio nacional, la intervención se canaliza a través de los organismos administrativos de protección de derechos de niñas, niños y adolescentes de cada jurisdicción



(provincial o municipal), los cuales cuentan con equipos interdisciplinarios que evaluarán la situación y citarán a la familia a fin de restituir el derecho vulnerado.

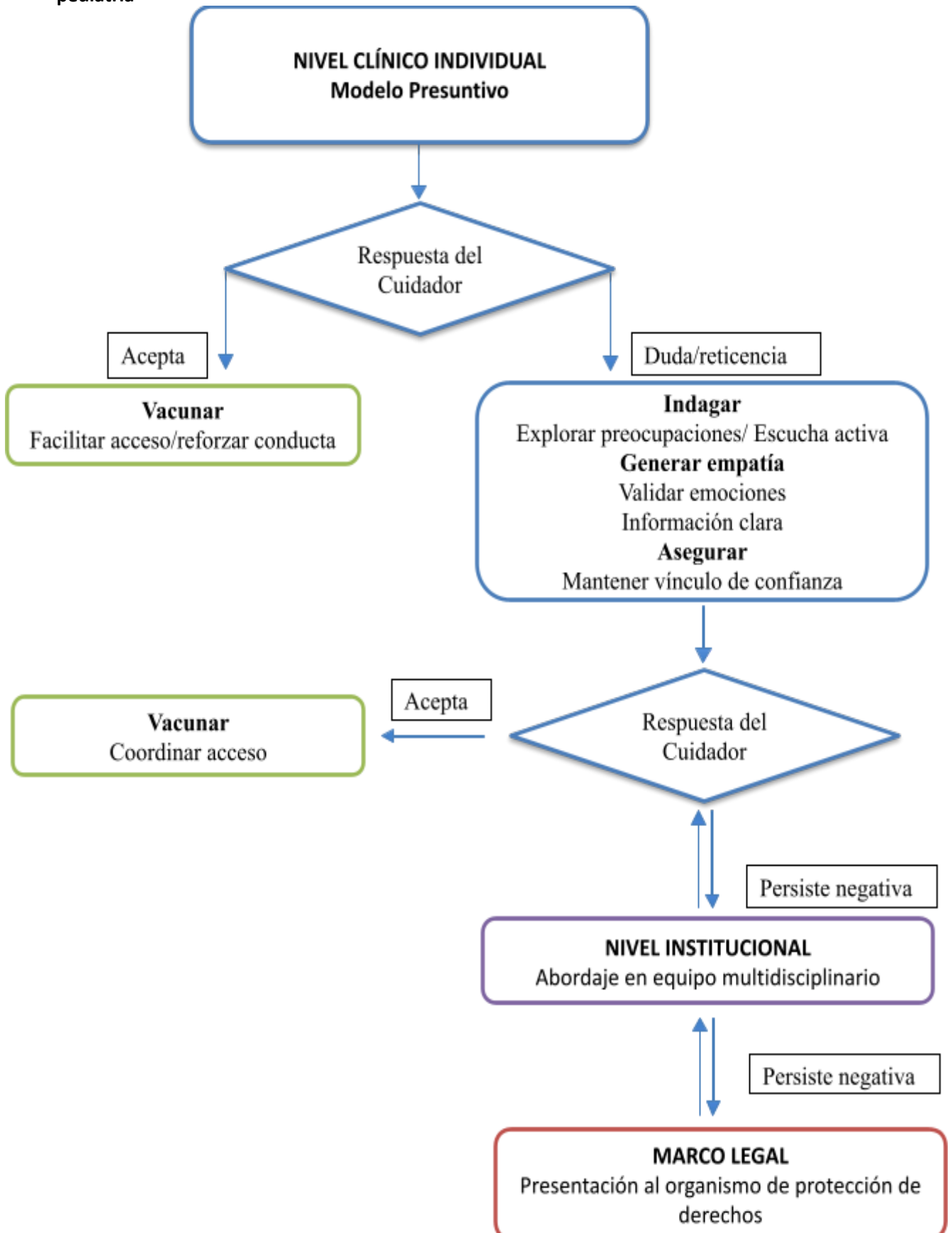
Cabe destacar que, tras la presentación inicial, el equipo de salud deberá continuar articulando con dichos organismos, promoviendo un abordaje conjunto que favorezca el acceso oportuno a la vacunación.

Abordaje de adolescentes reticentes a la vacunación

En los casos en los que los adolescentes se nieguen a recibir las vacunas correspondientes al Calendario Nacional de Vacunación, debe apelarse al trabajo en la consulta con un enfoque de salud integral, generando un espacio de confidencialidad y respeto, en el que se indague empáticamente el motivo de esa elección. En aquellos casos en los que se considere necesario, puede articularse con el equipo de reticencia del efector de salud. Si bien el Código Civil y Comercial de la Nación presume que el adolescente entre los 13 y 16 años puede consentir toda práctica que no implique riesgo para su salud, y a partir de los 16 años es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su cuerpo (Art 26); (40) la ley 27.491 de control de enfermedades prevenibles por vacunación establece la obligatoriedad para todos los habitantes de aplicarse las vacunas, más allá de su edad. (24)

En los casos en los que no ha sido posible revertir la posición reticente, será necesario comunicar dicha circunstancia al Organismo de Protección de Derechos, como se infiere a partir de la Ley 27.491 en su artículo 11, y de la Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. (41)

Figura 3: Algoritmo de abordaje clínico e institucional de la reticencia a la vacunación en pediatría



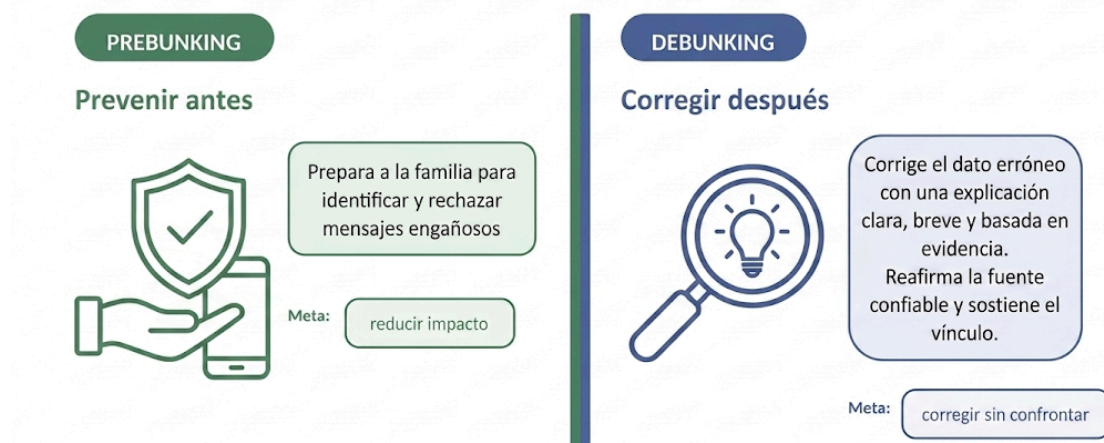
NIVEL COMUNICACIONAL: PARTICIPACIÓN DEL PROFESIONAL DE LA SALUD EN ENTORNOS DIGITALES Y REDES SOCIALES

Los profesionales de la salud desempeñan una función fundamental en redes sociales como fuentes confiables de información médica y combatientes activos contra la desinformación. La evidencia muestra que los médicos y otros profesionales sanitarios son percibidos como mensajeros altamente confiables, especialmente cuando proporcionan recomendaciones personalizadas durante consultas de rutina. (36)

En el contexto actual de infodemia, las redes sociales constituyen un determinante clave de la reticencia a la vacunación. La circulación de desinformación, muchas veces presentada en formatos emocionales y de alta viralización, influye significativamente en la percepción de riesgo de las familias. (31, 42)

En este escenario, los profesionales de la salud deben asumir una participación activa no solo en la corrección de información errónea (debunking), sino también en la anticipación de la desinformación mediante estrategias conocidas como prebunking. Este enfoque busca generar “inmunidad cognitiva” frente a la desinformación, fortaleciendo de manera preventiva la capacidad de las audiencias para reconocer narrativas engañosas, mediante la identificación de tácticas y recursos comúnmente utilizados para la desinformación (figura 4).

Figura 4: Estrategias de prebunking y debunking en el abordaje de la desinformación vacunal



La respuesta frente a la desinformación no debe ser indiferente ni descalificadora. La ridiculización o minimización de las creencias de las personas puede reforzar la desconfianza.

La participación activa, ética y basada en evidencia en entornos digitales permite ampliar el alcance de las recomendaciones sanitarias, reforzar la confianza pública y complementar las intervenciones realizadas en el ámbito clínico. (43)



Estrategias de comunicación para contrarrestar desinformación

Una revisión sistemática identificó estrategias prometedoras para contrarrestar la desinformación vacunal: (44)

- Comunicar el peso de la evidencia y consenso científico sobre vacunas y mitos relacionados;
- Usar humor en mensajes correctivos;
- Incorporar advertencias sobre encontrar desinformación (prebunking/inoculación);
- Evitar tácticas de miedo (imágenes de enfermedades), que pueden ser contraproducentes y aumentar el respaldo a la desinformación;
- Evitar comunicar con certeza absoluta, ya que negar incertidumbre sobre eficacia o riesgos vacunales puede generar efecto contraproducente.

Prebunking en el abordaje de la desinformación vacunal

El prebunking constituye una estrategia preventiva orientada a reducir el impacto de la desinformación antes de que esta ocurra. Se basa en el concepto de “inoculación psicológica”, mediante el cual se expone de manera anticipada a las personas a versiones debilitadas de argumentos falsos o a las técnicas utilizadas para difundirlos, fortaleciendo así su capacidad para identificarlos y rechazarlos en el futuro. A diferencia del debunking, que implica la corrección de información errónea una vez que ha sido incorporada, **el prebunking actúa de manera proactiva, preparando a las audiencias para enfrentar entornos informacionales complejos, como los que caracterizan a las redes sociales y otros espacios digitales.** (45, 46, 47)

En el contexto de la reticencia a la vacunación, el prebunking adquiere especial relevancia, dado que gran parte de las dudas y preocupaciones de las familias se originan en la exposición a contenidos desinformantes que apelan a emociones, testimonios anecdóticos o narrativas conspirativas. (14, 48)

Diversos estudios han demostrado que las intervenciones de prebunking mejoran la capacidad de las personas para discriminar entre información confiable y no confiable, sin generar un aumento del escepticismo generalizado. Asimismo, su efectividad es mayor cuando se implementa de forma cercana en el tiempo a la exposición potencial a desinformación y cuando se combina con instancias de reflexión o evaluación posterior. (46, 49, 50)

Estrategias de prebunking aplicadas a la práctica pediátrica

Los profesionales de la salud pueden incorporar estrategias de prebunking tanto en la consulta clínica como en entornos digitales. (51, 52, 53, 54) Algunas acciones recomendadas incluyen:

- Advertir anticipadamente sobre la desinformación.
- Informar a las familias que pueden encontrarse con contenidos falsos o engañosos sobre vacunas, explicando que estos suelen utilizar testimonios emotivos, información descontextualizada o falsas asociaciones causales.
- Explicar técnicas comunes de manipulación. Por ejemplo: uso de “casos aislados” como evidencia general, apelación al miedo, teorías conspirativas o falsas dicotomías entre “natural” y “seguro”.
- Reforzar criterios de evaluación de información.



- Promover preguntas simples: ¿Cuál es la fuente?, ¿Existe consenso científico?, ¿La información está basada en evidencia o en opiniones?
- Normalizar la exposición a dudas.
- Validar que es esperable encontrar información contradictoria, lo que reduce el impacto emocional de futuros contenidos desinformantes.
- Integrar prebunking en la comunicación habitual: Incorporar mensajes breves durante la consulta, por ejemplo: *“Es probable que vea en redes información que vincula vacunas con efectos graves; muchas de esas publicaciones utilizan datos fuera de contexto. Si le surge alguna duda, podemos revisarla juntos.”*

Prebunking en redes sociales y comunicación institucional

En entornos digitales, el prebunking puede implementarse mediante: (53, 54)

- Contenidos que expliquen cómo circula la desinformación, más que solo qué es falso.
- Videos breves o piezas gráficas que muestren ejemplos de argumentos engañosos frecuentes.
- Mensajes que anticipen mitos antes de campañas de vacunación.
- Estrategias participativas que involucren a la comunidad en la identificación de información confiable.

Estas intervenciones pueden diseñarse de forma segmentada según las características socioculturales de la población objetivo, lo que aumenta su efectividad.

Integración con el modelo multinivel

El prebunking se inscribe principalmente en el nivel comunicacional, pero presenta sinergias con los otros niveles del modelo:

- Nivel clínico: permite anticipar dudas en la consulta y mejorar la calidad del diálogo.
- Nivel institucional: puede incorporarse en campañas, materiales educativos y capacitaciones del equipo de salud. (55)

De este modo, el prebunking no reemplaza las estrategias de comunicación clínica, sino que las complementa, fortaleciendo la confianza y reduciendo la vulnerabilidad frente a la desinformación.

El prebunking funciona mejor cuando se sigue inmediatamente de la evaluación de la información corregida; cuando hay un retraso, su efectividad disminuye significativamente. (46) Para dar respuesta a los mitos sobre las vacunas y a la desinformación tanto individual como en el prebunking es necesario contar con información verídica y basada en la evidencia. (56)



CONCLUSIONES

El modelo operativo multinivel propuesto por la Sociedad Argentina de Pediatría constituye una herramienta integral y aplicable para el abordaje de la reticencia a la vacunación en pediatría. Su enfoque reconoce la complejidad del fenómeno y permite intervenir de manera articulada sobre sus determinantes individuales, institucionales y comunicacionales.

En este marco, el nivel clínico individual adquiere un papel central como primera instancia de abordaje, siendo aplicable tanto en contextos institucionales como en la práctica del pediatra que atiende de manera independiente. La incorporación de una sistemática de comunicación estructurada en la consulta favorece intervenciones consistentes, oportunas y centradas en la familia, con potencial impacto directo en la aceptación vacunal.

A su vez, la organización de equipos interdisciplinarios fortalece la capacidad de respuesta ante casos de reticencia persistente, mientras que el componente comunicacional amplía el alcance del abordaje frente a la desinformación en entornos digitales.

En conjunto, este modelo ofrece un marco operativo adaptable a distintos niveles del sistema de salud, que contribuye a optimizar la toma de decisiones, sostener el vínculo con las familias y mejorar las coberturas de inmunización en la población pediátrica.



REFERENCIAS

- 1- World Health Organization. Immunization Agenda 2030: A global strategy to leave no one behind. Geneva: WHO; 2020 [citado 10 de abril de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/m/item/immunization-agenda-2030-a-global-strategy-to-leave-no-one-behind>
- 2- André FE, Booy R, Bock HL, et al. Vaccination greatly reduces disease, disability, death and inequity worldwide. *Bull World Health Organ.* 2008;86(2):140-146. doi:10.2471/blt.07.040089.
- 3- Organización Mundial de la Salud. *Human papillomavirus vaccines: WHO position paper, May 2017-Recommendations.* *Vaccine.* 2017;35(43):5753-5755. doi:10.1016/j.vaccine.2017.05.069.
- 4- Organización Mundial de la Salud. Cobertura de inmunización [Internet]. Ginebra: OMS; 2024 [citado 10 de abril de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>
- 5- Sociedad Argentina de Pediatría. 4° informe especial del Observatorio de la Infancia y Adolescencia: coberturas de vacunación 2015–2024 [Internet]. Buenos Aires: SAP; 2025 [citado 10 de abril de 2026]. Disponible en: https://www.sap.org.ar/docs/Observatorio/4_InformeObservatoriovacuna_A.pdf
- 6- Organización Panamericana de la Salud. *Metodología para la evaluación de oportunidades perdidas de vacunación* [Internet]. Washington DC: OPS; 2014 [citado 3 de noviembre 2023]. Disponible en: <http://www.paho.org/immunization/toolkit/resources/paho-publication/MissedOpportunity-Vaccination-Protocol-2014-SPANISH.pdf?ua=1>
- 7- Gentile A, Rearte A, Regatky N, et al. Esquemas atrasados y oportunidades perdidas de vacunación en niños de hasta 2 años atendidos en centros de salud. *Arch Argent Pediatr.* 2011;109(3).
- 8- MacDonald NE, the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine* 2015; 33: 4161-4164.
- 9- Organización Panamericana de la Salud. Cuáles son las 10 principales amenazas a la salud en 2019 [Internet]. [citado 1 de noviembre 2023]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14916:ten-threats-to-global-health-in-2019&Itemid=135&lang=es
- 10- Organización Mundial de la Salud. Comprender los factores conductuales y sociales que influyen en la adopción de las vacunas. *Weekly Epidemiological Record.* 2022;97(20):209-224 [Internet]. [citado noviembre 2023]. Disponible en: <http://www.who.int/wer>
- 11- Maamor NH, Muhamad NA, Mohd Dali NS, et al. Prevalence of caregiver hesitancy for vaccinations in children and its associated factors: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2023.
- 12- Nguyen KH, Srivastav A, Lindley MC, et al. Parental vaccine hesitancy and association with childhood diphtheria, tetanus toxoid, and acellular pertussis; measles, mumps, and rubella; rotavirus; and combined 7-series vaccination. *Am J Prev Med.* 2022;62(3):367-376. doi:10.1016/j.amepre.2021.08.015.
- 13- Nguyen KH, Srivastav A, Vaish A, et al. Population attributable fraction of nonvaccination of child and adolescent vaccines attributed to parental vaccine hesitancy, 2018-2019. *Am J Epidemiol.* 2022;191(9):1626-1635. doi:10.1093/aje/kwac049.



- 14- O'Leary ST, Opel DJ, Cataldi JR, et al. Strategies for improving vaccine communication and uptake. *Pediatrics*. 2024;153(3):e2023065483.
- 15- Gentile A, Pacchiotti AC, Giglio N, et al. Vaccine hesitancy in Argentina: validation of WHO scale for parents. *Vaccine*. 2021;39(33):4611-4619. doi:10.1016/j.vaccine.2021.06.080
- 16- Fundación Bunge y Born. Índice de Confianza y Acceso a las Vacunas (ICAV) 2024 [Internet]. Buenos Aires: Fundación Bunge y Born; 2024 [citado 10 Abr 2026]. Disponible en: <https://www.fundacionbyb.org/post/ya-est%C3%A1-disponible-el-%C3%ADndice-de-confianza-y-acceso-a-las-vacunas-2024>
- 17- Organización Mundial de la Salud. *Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy* [Internet]. [citado 10 de abril de 2026]. Disponible en: https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf
- 18- Brewer NT, Chapman GB, Rothman AJ, et al. Increasing vaccination: putting psychological science into action. *Psychol Sci Public Interest*. 2017;18(3):149-207. doi:10.1177/1529100618760521.
- 19- Gschwend MH, Faust E, Rousculp MD, et al. The shadow of reactogenicity: parental hesitancy due to prior vaccine experiences. *Vaccine*. 2026;72:128120. doi:10.1016/j.vaccine.2025.128120.
- 20- Salmon DA, Dudley MZ, Glanz JM, et al. Vaccine hesitancy: causes, consequences, and a call to action. *Am J Prev Med*. 2015;49(6 Suppl 4):S391-S398. doi:10.1016/j.amepre.2015.06.009.
- 21- Kiang MV, Bubar KM, Maldonado Y, et al. Modeling reemergence of vaccine-eliminated infectious diseases under declining vaccination in the US. *JAMA*. 2025;333(24):2176-2187. doi:10.1001/jama.2025.6495.
- 22- Kuznetsova L, Cortassa G, Trilla A. Effectiveness of mandatory and incentive-based routine childhood immunization programs in Europe: a systematic review of the literature. *Vaccines (Basel)*. 2021;9(10):1173. doi:10.3390/vaccines9101173.
- 23- Vaz OM, Ellingson MK, Weiss P, et al. Mandatory vaccination in Europe. *Pediatrics*. 2020;145(2):e20190620. doi:10.1542/peds.2019-0620.
- 24- Salud Pública. Ley 27491. Control de enfermedades prevenibles por vacunación [Internet]. [citado 2 de noviembre 2023]. Disponible en: <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/315000-319999/318455/norma.htm>
- 25- Presidencia de la Nación. Legislación y Avisos Oficiales. Control de enfermedades prevenibles por vacunación. Decreto 439/2023. DCTO-2023-439-APN-PTE - Apruébase la Reglamentación de la Ley N°27.491 [Internet]. [citado 10 de abril de 2026]. Disponible en: <https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/293177/20230831>
- 26- Dubé E, Laberge C, Guay M, et al. Vaccine hesitancy: an overview. *Hum Vaccin Immunother*. 2013;9(8):1763-1773.
- 27- Lin C, Mullen J, Smith D, et al. Healthcare providers' vaccine perceptions, hesitancy, and recommendation to patients: a systematic review. *Vaccines (Basel)*. 2021;9(7):713. doi:10.3390/vaccines9070713.
- 28- Olson O, Berry C, Kumar N. Addressing parental vaccine hesitancy towards childhood vaccines in the United States: a systematic literature review of communication interventions and strategies. *Vaccines (Basel)*. 2020;8(4):590. doi:10.3390/vaccines8040590.
- 29- Gagneur A, Gutnick D, Berthiaume P, et al. From vaccine hesitancy to vaccine motivation: a motivational interviewing based approach to vaccine counselling. *Hum Vaccin Immunother*. 2024;20(1):2391625. doi:10.1080/21645515.2024.2391625.
- 30- Castellano VE, Nolte MF, Pacchiotti AC, et al. Propuesta de abordaje para profesionales de la salud frente a cuidadores que se niegan a la vacunación de sus hijos. *Rev Hosp Niños (B Aires)*. 2021;63(282):127-133.



- 31- Organización Mundial de la Salud. *Behavioural and social drivers of vaccination (BeSD): tools and practical guidance for achieving high uptake*. *Weekly Epidemiological Record*. 2022;97(20):209-224.
- 32- SAGE Working Group; Organización Mundial de la Salud. *Report of the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy* [Internet]. [citado April 21, 2021]. Disponible en: https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2014/october/1_Report_WORKING_GROUP_vaccine_hesitancy_final.pdf
- 33- Whitehead HS, French CE, Caldwell DM, et al. A systematic review of communication interventions for countering vaccine misinformation. *Vaccine*. 2023;41(5):1018-1034. doi:10.1016/j.vaccine.2022.12.059.
- 34- Kennedy A, Lavail K, Nowak G, et al. Confidence about vaccines in the United States: understanding parents' perceptions. *Health Aff (Millwood)*. 2011;30(6):1151-1159.
- 35- Benin A, Wisler-Scher D, Colson E, et al. Qualitative analysis of mothers' decision-making about vaccines for infants: the importance of trust. *Pediatrics*. 2006;117(5):1532-1541.
- 36- O'Leary ST. Strategies for communicating with parents about vaccines. *JAMA*. 2025;333(24):2197-2198. doi:10.1001/jama.2025.4882.
- 37- Sociedad Argentina de Pediatría. Vacunas [Internet]. [citado 10 de abril de 2026]. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/comunidad-noticias.php?subcategoria=9&categoria=3>
- 38- Organización Mundial de la Salud. Vaccine Safety Net [Internet]. Ginebra: OMS [citado 13 de abril de 2026]. Disponible en: <https://www.vaccinesafetynet.org/>
- 39- Organización Panamericana de la Salud. Curso de vacunación segura [Internet]. [citado 10 de abril de 2026]. Disponible en: <https://www.campusvirtualsp.org/es/curso/vacunacion-segura>
- 40- Código Civil y Comercial de la Nación [Internet]. [citado octubre de 2023]. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/235000-239999/235975/texact.htm>
- 41- Ley de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Ley 26.061 [Internet]. [citado octubre de 2023]. Disponible en: <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/110000-114999/110778/norma.htm>
- 42- Organización Mundial de la Salud. *Managing the COVID-19 infodemic: promoting healthy behaviours and mitigating the harm from misinformation and disinformation* [Internet]. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2020 [citado 10 de abril de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240010314>
- 43- Li L, Wood CE, Kostkova P. Vaccine hesitancy and behavior change theory-based social media interventions: a systematic review. *Transl Behav Med*. 2022;12(2):243-272. doi:10.1093/tbm/ibab148.
- 44- Whitehead HS, French CE, Caldwell DM, et al. A systematic review of communication interventions for countering vaccine misinformation. *Vaccine*. 2023;41(5):1018-1034. doi:10.1016/j.vaccine.2022.12.059.
- 45- Bruns H, Dessart FJ, Krawczyk M, et al. Investigating the role of source and source trust in prebunks and debunks of misinformation in online experiments across four EU countries. *Sci Rep*. 2024;14(1):20723. doi:10.1038/s41598-024-71599-6.
- 46- Lorko M, Čavojská V, Šrol J, et al. Timing matters: the effects of prebunking versus debunking on trust in disinformation. *Pers Soc Psychol Bull*. 2026;1461672251411571. doi:10.1177/01461672251411571.
- 47- Amazeen MA, Krishna A. Refuting misinformation: examining theoretical underpinnings of refutational interventions. *Curr Opin Psychol*. 2024;56:101774. doi:10.1016/j.copsyc.2023.101774.



- 48- Heidenreich P, Bhatt A, Nazir NT, et al. 2025 concise clinical guidance: an ACC expert consensus statement on adult immunizations as part of cardiovascular care: a report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee. *J Am Coll Cardiol.* 2025;86(21):2085-2098. doi:10.1016/j.jacc.2025.07.003.
- 49- Simchon A, Zipori T, Teitelbaum L, et al. A signal detection theory meta-analysis of psychological inoculation against misinformation. *Curr Opin Psychol.* 2026;67:102194. doi:10.1016/j.copsy.2025.102194.
- 50- Bautista JR, Zhang Y, Gwizdka J. Healthcare professionals' acts of correcting health misinformation on social media. *Int J Med Inform.* 2021;148:104375. doi:10.1016/j.ijmedinf.2021.104375.
- 51- Silverman JA, Chugh A, Hollier JM, et al. Using social media for patient care, research, and professional development: a North American Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition position paper. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2024;78(2):414-427. doi:10.1002/jpn3.12051.
- 52- de Vere Hunt I, Linos E. Social media for public health: framework for social media-based public health campaigns. *J Med Internet Res.* 2022;24(12):e42179. doi:10.2196/42179.
- 53- Peters MDJ. Addressing vaccine hesitancy and resistance for COVID-19 vaccines. *Int J Nurs Stud.* 2022;131:104241. doi:10.1016/j.ijnurstu.2022.104241.
- 54- Busl KM, Rubin MA, Tolchin BD, et al. Use of social media in health care-opportunities, challenges, and ethical considerations: a position statement of the American Academy of Neurology. *Neurology.* 2021;97(12):585-594. doi:10.1212/WNL.00000000000012557.
- 55- Sundelson AE, Jamison AM, Huhn N, et al. Fighting the infodemic: the 4 i framework for advancing communication and trust. *BMC Public Health.* 2023;23(1):1662. doi:10.1186/s12889-023-16612-9.
- 56- Castellano VE, del Pino M, Diana Menéndez S, et al. Percepción de mitos sobre vacunas en la práctica diaria: encuesta a profesionales de la salud. *Arch Argent Pediatr.* 2026;e202510921. Primero en Internet 19-Feb-2026.