

Reticencia a la vacunación: abordaje de su complejidad

Vaccination hesitancy: approach to its complexity

Florencia Nolte^a, Anabella Pacchiotti^a, Vanesa Castellano^a, Patricia Lamy^a y Ángela Gentile^a

RESUMEN

La reticencia a la vacunación se define como el retraso o el rechazo en aceptar vacunas seguras, pese a la disponibilidad de los servicios de vacunación. Es un fenómeno complejo en el que intervienen factores sociales, culturales, políticos y personales que dependen del contexto específico, así como del momento, el lugar y la vacuna.

El crecimiento de movimientos antivacunas dificulta el logro de coberturas de vacunación adecuadas y es así que la incidencia de enfermedades inmunoprevenibles se incrementa, implicando un riesgo para la salud pública, ya que impacta negativamente en todas las personas que no hayan podido recibir vacunas por diversos motivos.

El equipo de salud, especialmente los pediatras o médicos que atienden niños, tienen una gran responsabilidad en trabajar para disminuir la reticencia a las vacunas. Para ello es fundamental capacitarse en relación a la seguridad de las vacunas y adquirir nuevas herramientas de trabajo, que favorezcan el diálogo entre pares y con la comunidad y las familias.

Palabras clave: *reticencia a la vacunación, vacilación en vacunas, rechazo a la vacunación, movimiento anti-vacunas.*

ABSTRACT

Vaccine hesitancy is defined as the delay in acceptance or refusal of safe vaccines, despite the availability of vaccination services. It is a complex phenomenon involving social, cultural, political and personal factors that depend on the

specific context, varying across time, place and vaccines. The development of anti-vaccine movements makes it difficult to achieve adequate vaccination coverage, increasing the incidence of immuno-preventable diseases. This implies a risk to public health since it negatively impacts on everyone who has not been able to receive vaccines for various reasons. Health care workers, especially pediatricians or doctors who care for children, have a great responsibility in reducing vaccine hesitancy. To this end, it is essential to receive training in vaccine safety and to get new tools to promote dialog among peers and with the community and families.

Key words: *vaccination hesitancy, vaccine hesitancy, vaccination refusal (MeSH), anti-vaccination movement (MeSH).*

INTRODUCCIÓN

Uno de los factores que contribuyeron a la mejora sustancial de la salud pública en el siglo XX fue la introducción de numerosas vacunas que redujeron significativamente la mortalidad, la morbilidad y la ocurrencia de brotes de enfermedades inmunoprevenibles.¹

Debido a esto, paradójicamente, la población y los profesionales de la salud desconocen la gravedad de estas enfermedades, y cobran así relevancia los efectos adversos de las vacunas que las previenen. Esto ocasiona en algunos grupos el retraso o la negativa a las mismas.

a. División Promoción y Protección de la Salud. Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia: Florencia Nolte: florencianolte@yahoo.com

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar.



El surgimiento de movimientos antivacunas dificulta el logro de coberturas de vacunación adecuadas para evitar brotes y prevenir muertes, y es así que la incidencia de enfermedades inmunoprevenibles se incrementa², tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo (*Gráfico 1*). Esta situación implica un riesgo para la salud pública, ya que impacta negativamente en todas las personas que no hayan podido recibir vacunas por diversos motivos, ya sea por falta de accesibilidad, por compromiso inmunológico, por no tener la edad mínima necesaria, etc.

La existencia de internet como foro permanente de intercambio de información y fuente de consulta, le ha dado a estos movimientos un carácter distintivo en el siglo XXI, sin embargo, éstos comenzaron ya con el surgimiento de las primeras vacunas.³

Algunos ejemplos de estas controversias y cuestionamientos sobre la seguridad de la vacunación son:

- Vacuna para viruela, en Inglaterra y Estados Unidos al final del siglo XIX, grupos de opositores se organizaron en ligas antivacunación.⁴⁻⁷
- Vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina de células enteras (DTP), a principio de la década del 80 es asociada con cuadros neurológicos en relación al componente pertusis.⁸⁻¹²
- Vacuna para el sarampión, las paperas y la rubéola (MMR) en 1998 a raíz de un artículo de Andrew Wakefield et al., el componente sarampión es vinculado con el autismo, persistiendo la idea aún hoy en algunos grupos.^{13,14}
- Timerosal el uso de un conservante que contenía mercurio fue asociado también con autismo.

- Vacuna contra el virus del papiloma humano (HPV) asociada a diversos efectos adversos de tipo neurológico, autoinmune, etc.¹⁵

Todas y cada una de estas situaciones han sido retractadas con evidencia científica, que demostró que ninguna de estas vacunas y/o conservantes produce los efectos adversos que le adjudican.¹⁶⁻¹⁹

Además de la seguridad, se emplean otros argumentos para cuestionar la vacunación como la libertad individual, motivos religiosos o prácticas alternativas para la salud como la homeopatía, la antroposofía, etc.²⁰

Definición de reticencia a la vacunación

La reticencia a la vacunación se define como el retraso o el rechazo en aceptar vacunas seguras, pese a la disponibilidad de los servicios de vacunación.²¹

Como los programas de vacunación continúan expandiéndose, es imperativo que tanto quienes desarrollan políticas de gestión, así como el equipo de salud en general, conozcan profundamente la reticencia y su abordaje para poder enfrentar este problema e implementar los programas de manera exitosa.

La reticencia es un fenómeno complejo en el que intervienen factores sociales, culturales, políticos y personales que dependen del contexto específico, así como del momento, el lugar y la vacuna.²²

MATRIZ DE INFLUENCIAS CONTEXTUALES, INDIVIDUALES Y RELACIONADAS CON LAS VACUNAS²¹

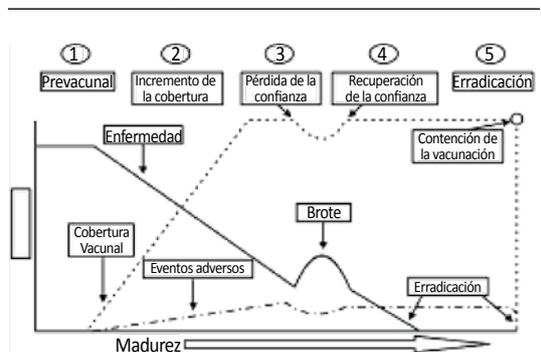
El grupo técnico asesor de vacunas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) diseñó una matriz que captura mejor la complejidad de estas influencias (*Tabla 1*).

1. Influencias contextuales

Las influencias contextuales más comunes son las teorías conspirativas que sostienen que los países de occidente implementan la vacunación como estrategia para reducir la población mundial, o los intereses de la industria farmacéutica que fomentan la introducción de nuevas vacunas con fines comerciales.²³

El fatalismo religioso, considera que el ser humano fue creado como debe ser y no necesita de las vacunas, mientras que otras corrientes argumentan que las vacunas violan sus derechos.²⁴

Gráfico 1. Evolución de los Programas de Inmunización



Adaptado de Chen RT, Orenstein, WA. Epidemiologic Methods in Immunization Programs. Epidemiol Rev 1996;18 (2): 102.²

Tabla 1. Matriz de influencias contextuales, individuales y relacionadas con las vacunas

<p>1. Influencias contextuales: Surgen por factores históricos, socio-culturales, ambientales, de las instituciones de salud, políticos o económicos.</p>	<p>a. Comunicación y medios b. Líderes , movimientos pro o anti-vacunas. c. Influencias históricas d. Religiosas/culturales/ de género/socio-económicas e. Políticos y decisiones políticas f. Barreras geográficas g. Percepción de la industria farmacéutica</p>
<p>2. Influencias individuales y grupales Percepción personal o influencias sociales y de la mirada del entorno</p>	<p>a. Experiencias personales, familiares y/o de la comunidad con las vacunas b. Creencias sobre la salud y la prevención. c. Conocimiento/conciencia d. Confianza en el equipo de salud. e. Percepción de riesgo/beneficio f. Inmunización como norma no como necesidad</p>
<p>3. Problemas específicos con las vacunas y la vacunación Relacionados directamente con las vacunas y/o la vacunación</p>	<p>a. Riesgo/ beneficio (evidencia) b. Introducción de una nueva vacuna, o de una nueva fórmula o recomendación de una vacuna ya existente c. Modo de administración de las vacunas d. Diseño de los programas de vacunación (ej: programas de rutina o campaña masiva) e. Confiabilidad de la fuente de las vacunas y del equipo f. Esquema de vacunación g. Costos</p>

Adaptado de MacDonald NE, the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine* 2015; 33: 4161-4164.²¹

Por su parte, los rumores negativos difundidos por los medios de comunicación ejercen una influencia importante en contra de las vacunas.

2. Influencias individuales y grupales

Existen falsas creencias acerca de que las vacunas son inseguras, que contienen adyuvantes peligrosos y pueden causar enfermedades o efectos nocivos desconocidos a largo plazo. Cuando éstas se suman a la falta de conocimiento del peligro asociado a las enfermedades prevenibles hacen que se sobreestimen los riesgos y subestimen los beneficios de la vacunación.²³ Esta concepción generalmente se potencia cuando es sostenida por el entorno de familiares y amistades.

Algunas personas están convencidas de que los niños son capaces de hacer frente a las enfermedades y que estas pueden reforzar su sistema inmune y se vuelcan a terapias alternativas como homeopatía, quiropraxia o la antroposofía.²⁰

Otro factor que genera duda en los padres acerca de vacunar a sus niños es sentir la respon-

sabilidad de tomar una decisión que pudiera producirles efectos perjudiciales.

El riesgo más importante asociado a estas concepciones erróneas es que no se limitan a la población general, sino que involucran a instituciones y profesionales de la salud.²⁵

3. Problemas específicos de las vacunas y la vacunación

Algunos argumentos en este sentido son la dificultad en el acceso a las vacunas, ya sea porque no están disponibles debido a la producción insuficiente por parte de la industria o a cuestiones logísticas, porque recibir las demanda mucho tiempo, o por el costo (esto no sería un argumento en América Latina ya que casi todas las vacunas son provistas por el Estado en forma gratuita).

La negativa de algunas personas a recibir vacunas nuevas y de los profesionales a indicárselas se puede deber también al desconocimiento del rigor con que son investigadas, y los requisitos necesarios para la aprobación de las mismas.



DETERMINANTES DE LA RETICENCIA: MODELO DE LAS 3C²⁶

El grupo de trabajo de la OMS definió tres determinantes básicos en relación al fenómeno de la reticencia: Confianza, Complacencia y Conveniencia (Gráfico 2).

- 1. Confianza:** creer que las vacunas son efectivas y seguras, y que los servicios, el equipo de salud y que quienes toman las decisiones del sistema de salud tienen en cuenta necesidades genuinas.
- 2. Complacencia:** existe cuando no se percibe el riesgo que implican las enfermedades inmunoprevenibles, y por lo tanto no se consideran necesarias las acciones para prevenirlas. La complacencia para una vacuna en particular o para las vacunas en general puede estar influida por muchos factores, como por ejemplo, otras prioridades del momento. Los programas exitosos de vacunación pueden, paradójicamente, ser complacientes cuando las enfermedades que previenen ya no se presentan.
- 3. Conveniencia:** se refiere a la accesibilidad a los centros de vacunación, que éstos sean amigables y que se pueda afrontar el costo (en vacuna, transporte, insumos o aplicación).

ACEPTACIÓN DE LAS VACUNAS

Los individuos reticentes a las vacunas pueden aceptar todas las vacunas, pero estar preocupados; algunos pueden rechazar o retrasar algunas; y otros rechazar todas.²⁷

Leask y colaboradores²⁸ efectuaron una revisión sistemática y de acuerdo con sus hallazgos, y a la opinión de expertos, definieron las actitudes de los padres frente a la vacunación en un espectro que incluye (Gráfico 3):

1. Los que las aceptan sin cuestionamientos (30-40%).
2. Los que las aceptan con cautela (25-35%).
3. Los padres que vacilan (reticentes) (20-30%).
4. Los que aceptan solo algunas vacunas (2-27%).
5. Los que rechazan todas las vacunas (<2%).

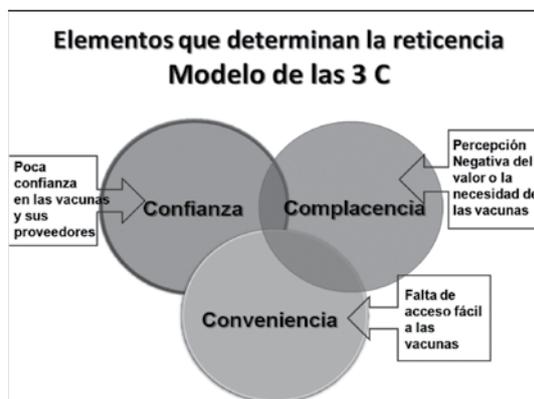
Es importante remarcar que, pese a los diferentes grados de reticencia, el 80% de los pacientes aceptan todas las vacunas, mientras que sólo el 5% rehúsan o se niegan absolutamente a recibirlas. Esto permite un espacio para desarrollar estrategias tendientes a mejorar la aceptación de las mismas.

CÓMO ABORDAR LA RETICENCIA

Pocas estrategias de lucha contra la reticencia han sido evaluadas en cuanto al impacto en las coberturas de vacunación o cambios en el conocimiento, conciencia o actitud respecto de las mismas.²⁹

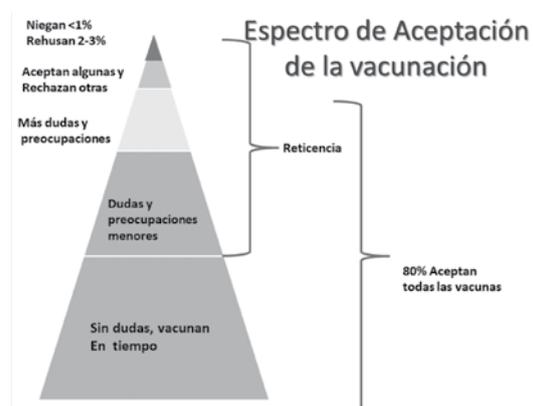
El incremento de la reticencia a la vacunación trae aparejado un desafío al que se enfrentan tanto las autoridades de salud pública como el equipo de salud: encontrar el equilibrio entre la coacción y persuasión para lograr que se alcancen las coberturas de vacunación necesarias.³⁰

Gráfico 2. Determinantes de la reticencia: modelo de las 3C



Adaptado de WHO EURO Working Group on Vaccine Communications. Istanbul, Turkey. October 13-14, 2011.²⁶

Gráfico 3. Espectro de aceptación de la vacunación



Adaptado de Leask et al. Communicating with parents about vaccination: a framework for health professionals. BMC Pediatrics 2012, 12:154²⁸.

La coacción es la tradición más antigua en salud pública. Durante el siglo XIX, muchas localidades promulgaron leyes obligatorias de vacunación contra la viruela que abarcaron tanto a niños como a adultos.⁴ Estas leyes impusieron penalidades como exclusión de la escuela de los niños no vacunados y multas o cuarentena a los adultos. La efectividad de estas leyes se demostró pronto. Los lugares que las implementaban tuvieron menos brotes que aquellos que no lo hacían.

Esto motiva a que países que han tenido brotes recientes de enfermedades prevenibles como sarampión, y tienen grandes dificultades con el manejo de la reticencia, vuelvan a este tipo de medidas.

Italia, por ejemplo, acaba de establecer la vacunación obligatoria, multando a los padres que no vacunen a sus hijos³¹, Francia pasará de tener 3 a 11 vacunas obligatorias en 2018³² y Alemania³³, penalizará a los padres que se nieguen a recibir información acerca de las vacunas al ingreso a los jardines maternos. Los estados de Nueva York y California, a partir del brote de sarampión ocurrido en el Parque de Diversiones de Disney³⁴, también aprobaron leyes que obligan a vacunar a los niños al ingreso escolar desde 2015.

En ese sentido nuestro país, al igual que la mayoría de los países de América Latina, tienen un calendario amplio de vacunación cuyas vacunas han sido siempre gratuitas y obligatorias. Esto no solo ejerce presión para que las vacunas sean aplicadas, sino que brinda además el respaldo de la presencia del Estado como decisor y proveedor.

Por otra parte, la persuasión se convirtió en la década de 1920 en una de las herramientas de la salud pública. Con el surgimiento de las formas modernas de los medios de comunicación, los profesionales de la salud comenzaron a recurrir a las técnicas de publicidad para convencer a las personas sobre la importancia de la vacunación infantil contra la difteria y la tos ferina.

En los años 50', después del desarrollo de la vacuna contra la polio, sociólogos, psicólogos y otros científicos sociales comenzaron a identificar las actitudes, creencias y contextos sociales que predecían las conductas relacionadas con la vacuna. Los profesionales de la salud utilizaron estos conocimientos para desarrollar enfoques para aumentar la aceptación de vacunas, como alistar a los líderes comunitarios de opinión como aliados.

Los enfoques persuasivos son menos restrictivos, son éticamente preferibles y más aceptables

desde el punto de vista político, pero también requieren mucho trabajo y tiempo.

La complejidad de la reticencia y la evidencia limitada en cuanto a cómo abordarla requiere del diseño de estrategias adaptadas cuidadosamente a la población objetivo.

ABORDAJE DE LA RETICENCIA EN EL EQUIPO DE SALUD

Los profesionales de la salud son piezas clave para brindar información acerca de las enfermedades inmunoprevenibles y las vacunas, especialmente para los padres que más dudan sobre la seguridad y eficacia de las mismas. Cuando los padres reciben información de sus pediatras tienen menos preocupaciones que si la obtienen de amigos, libros, o internet. La información que éstos brindan permite que padres que pensaban retrasar o rehusar vacunas cambien de opinión.^{35,36}

No obstante, hay numerosos estudios que demuestran que muchas veces los mismos profesionales están inseguros o preocupados por la seguridad de las vacunas.³⁷ A esto se agrega la escasez de tiempo para el diálogo acerca de la prevención durante la consulta. La suma de estas y otras situaciones hace poco probable el éxito de cualquier estrategia.

La ECDC (Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades) emitió una guía de consejos para el equipo de salud, considerando estas preocupaciones.²³

Mejorar la comunicación e información

- Diálogo: Si se tiene una actitud dispuesta a la escucha, se pueden obtener datos sobre qué preocupaciones determinan el surgimiento de la reticencia. La comunicación debe darse en ambas direcciones: Escuchar y hablar.³⁸
- Organización de espacios de diálogo con personas influyentes que pertenecen a grupos con reticencia.²⁸
- Monitoreo activo de los medios de comunicación, especialmente los blogs y sitios web. Pueden informar acerca de los rumores o información errónea que circula y permitir dar respuesta en forma inmediata.^{39,40}

Contenido del mensaje

- El mensaje debe ser sencillo, claro y emplear el lenguaje propio del destinatario. La simple traducción de fórmulas exitosas provenientes de otros lugares no basta.⁴⁰



- La información y las intervenciones deben instruir al receptor. Como mencionamos anteriormente, muchas personas creen que la vacunación es riesgosa, mientras que subestiman el riesgo de contraer enfermedades.
- La evidencia demuestra que la comunicación es más exitosa si se brinda como una indicación, asumiendo que el paciente la seguirá, que si se lo participa de la decisión, indagando su postura o sensación al respecto.
- Se debe resaltar la importancia de la protección individual y también su responsabilidad en la protección no sólo de sí mismos sino de todo el grupo.
- La decisión de no vacunar implica riesgo: no estar protegido es mucho más peligroso que recibir una vacuna.
- Se deben presentar los riesgos y beneficios de las vacunas balanceados, no concentrarse en los efectos secundarios sino enfatizar la seguridad. Ej: Decir que una vacuna es > 99.9% segura es mejor que decir que tiene <0.1 % efectos adversos.
- No se debe criticar a quienes dudan de las vacunas, sino incentivarlos a recurrir a profesionales de salud para evacuar sus interrogantes. Es necesario ser sensible con las preocupaciones de los padres reticentes. Informarlos acerca de otro tipo de conductas que la salud pública considera saludables como el amamantamiento o los alimentos orgánicos, redefine la comunicación y le da sentido ante los padres que se niegan a que sus hijos reciban vacunas.
- Una buena táctica es la de contar anécdotas relacionadas con la falta de vacunación, a veces el conocimiento no es suficiente para cambiar el comportamiento y las historias ayudan a fijar el mensaje.^{41,42}
- Es fundamental transmitir que la mejor manera de evitar efectos adversos es erradicar las enfermedades y no necesitar vacunas.⁴³

CONCLUSIONES

El equipo de salud, especialmente los pediatras o médicos que atienden niños, tienen una gran responsabilidad en trabajar para disminuir la reticencia a las vacunas.

Para ello es fundamental capacitarse en relación a la seguridad de las vacunas y adquirir nuevas herramientas de trabajo, que favorezcan el diálogo entre pares y con la comunidad y las familias.

En nuestro medio, si bien la reticencia no es la causa más importante en la disminución de las coberturas de vacunación, es sí, un fenómeno a tener en cuenta en ciertos grupos poblacionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. US Centers for Disease Control and Prevention. Ten great public health achievements. Atlanta: CDC; 2015. Disponible en: <http://www.cdc.gov/about/history/tengpha.htm>
2. Chen RT, Orenstein, WA. Epidemiologic Methods in Immunization Programs. *Epidemiol Rev* 1996; 18 (2): 102.
3. Wolfe, R.M., Sharpe, L.K. Anti-vaccinationists past and present. *BMJ*. 2002; 325: 430-432.
4. Durbach, N. They might as well brand us: Working class resistance to compulsory vaccination in Victorian England. *The Society for the Social History of Medicine* 2000; 13:45-62.
5. Porter, D., Porter, R. The politics of prevention: Anti-vaccination and public health in 19th century England. *Medical History* 1988; 32:231-252.
6. Williamson, S. Anti-vaccination leagues. *Archives of Diseases in Childhood* 1984; 59:1195-1196.
7. Albert, M., Ostheimer, K.G., Breman, J.G. The last smallpox epidemic in Boston and the vaccination controversy. *N Engl J Med*. 2001; 344: 375-379.
8. WRC-TV, (Washington, D.C.). DPT: Vaccine Roulette. [Film]; 1982.
9. Coulter, H., Fisher, B.L. *A Shot in the Dark*. New York: Penguin Group; 1991.
10. Gangarosa, E.J., Galazka, A.M., Wolfe, C.R., et al. Impact of anti-vaccine movements on pertussis control: The untold story. *The Lancet* 1998; 351:356-361.
11. Kulenkampff, M., Schwartzman, J.S., Wilson, J. Neurological complications of pertussis inoculation. *Arch Dis Child*. 1974; 49:46-49.
12. Baker, J. The pertussis controversy in Great Britain, 1974-1986. *Vaccine*. 2003; 21:4003-4011.
13. Wakefield, A. Measles, mumps, and rubella vaccine: Through a dark glass, darkly. *Adverse drug reactions and toxicological reviews* 2001; 19 (4):265-283.
14. Wakefield A, Murch SA, A., Linnell J, et al. Ileal-lymphoid-nodular hyperplasia, non specific colitis, and pervasive developmental disorder in children. *The Lancet* 1998; 351: 637-641.
15. Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. Vaccins anti- HPV et risque de maladies auto-immunes: étude pharmaco-épidémiologique, 2015. Disponible sólo en Francés en: <http://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Vaccination-contre-les-infections-a-HPV-et-risque-de-maladies-auto-immunes-une-etude-Cnamts-ANSM-rassurante-Point-d-information>
16. Stratton, K., Gable, A., Shetty P., et al. Immunization safety review: Measles-mumps-rubella vaccine and

- autism. Washington, DC: Institute of Medicine, National Academies Press; 2001.
17. Institute of Medicine (IOM). Immunization safety review: Vaccines and autism. Washington, DC: National Academies Press: 2004.
 18. Ray P, Hayward J, Michelson D, et al. Encephalopathy after whole-cell pertussis or measles vaccination: lack of evidence for a causal association in a retrospective case-control study. *Pediatric Infectious Disease Journal* 2006; 25: 768–773.
 19. Andrews N, Stowe J, Miller E. No increased risk of Guillain-Barré syndrome after human papilloma virus vaccine: A self-controlled case-series study in England *Vaccine* 2017; 35(13):1729–1732.
 20. Moran M., Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health. Blaszcak-Boxe A. Anti-Vaccination Websites Use ‘Distorted’ Science, Researchers Find. *Live Science* Nov. 3, 2015.
 21. MacDonald NE, the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy. Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants. *Vaccine* 2015; 33 : 4161-4164.
 22. Larson HJ, Jarrett C, Eckersberger E, et al. Understanding vaccine hesitancy around vaccines and vaccination from a global perspective: A systematic review of published literature, 2007–2012. *Vaccine* 2014.; 32: 2150-2159.
 23. European Centre for Disease Prevention and Control. Let’s talk about hesitancy: Enhancing confidence in vaccination and uptake. Practical guide for public health programme managers and communicators. Stockholm: ECDC; 2016.
 24. Rafal K. Patryn & Anna Zagaja Vaccinations—Between free will and coercion, *Human Vaccines & Immunotherapeutics*, 2016; 12 (8,):2204-2205.
 25. European Centre for Disease Prevention and Control. Vaccine hesitancy among healthcare workers and their patients in Europe – A qualitative study. Stockholm: ECDC; 2015.
 26. WHO EURO Working Group on Vaccine Communications. Istanbul, Turkey. October 13-14, 2011.
 27. Benin A et al. Qualitative analysis of mother’s decision-making about vaccines for infants: the importance of trust. *Pediatrics* 2006; 117(5):1532-1541.
 28. Leask et al. Communicating with parents about vaccination: a framework for health professionals. *BMC Pediatrics* 2012, 12:154
 29. Jarrett C, Wilson R, O’Leary M, et al, the Sage Working Group on Vaccine Hesitancy. Strategies for addressing vaccine hesitancy - A systematic review. *Vaccine*. 2015; 33(34):4180-90.
 30. Colgrove J. Vaccine Refusal Revisited – The limits of Public Health Persuasion and Coercion. *N Engl J Med* 2016; 375:1316-1317
 31. Ministero della Salute. Decreto-legge 07 giugno 2017, n. 73. Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale (17G00095) (G.U. Serie Generale, n. 130 del 07 giugno 2017). Disponible en <http://www.trova-norme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=59548>
 32. Ministerio de salud de Francia. Disponible en: <http://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiqués-de-presse/article/a-partir-de-2018-les-enfants-de-moins-de-deux-ans-devront-etre-vaccines-contre>.
 33. Diez, Ana María. Periódico ABC, Berlín, 26/05/2017. Disponible en: http://www.abc.es/sociedad/abc-alemania-multara-padres-rechacen-informados-calendario-vacunacion-201705261457_noticia.html
 34. Zipprich J et al. Measles outbreak-California, December 2014-February 2015. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2015; 64(6):153-154.
 35. European Centre for Disease Prevention and Control. Let’s talk about protection. Stockholm: ECDC; 2016.
 36. Gust DA, Kennedy A, Shui, et al. Parent attitudes toward immunizations and healthcare providers: the role of information. *Am J Prevent Med*. 2005;29:105-112.
 37. Leask J et al. Immunisation attitudes, knowledge and practices of health professionals in regional NSW. *Aust N Z J Public Health* 2008; 32:224-9.
 38. Goldstein S, MacDonald NE, Guirguis S and the SAGE WG on Vaccine Hesitancy. Health communication and vaccine hesitancy. *Vaccine* 2015 online Apr 18 2015
 39. European Centre for Disease Prevention and Control. Rapid literature review on motivating hesitant population groups in Europe to vaccinate. Stockholm: ECDC; 2015.
 40. European Centre for Disease Prevention and Control. Translation is not enough: Cultural adaptation of health communication materials. Stockholm: ECDC; 2016.
 41. American Public Health Association. Why are anti-vaccine messages so persuasive? A content analysis of anti-vaccine websites to inform the development of vaccine promotion strategies. *APHA* Nov. 3, 2015. Anti-vaccine websites are misinforming parents, study says. *MNT* Nov. 3, 2015.
 42. Shelby A, Ernst K. Story and Science. How providers and parents can utilize storytelling to combat anti-vaccine movement. *Hum Vac and Immuno* 2013; 9:1795-1801.
 43. Justich P. Refusal to have children vaccinated: A challenge to face *Arch Argent Pediatr* 2015; 113(5):443-448.
- Texto recibido:* 6 de enero de 2018.
Aprobado: 27 de marzo de 2018.
No existen conflictos de interés a declarar.
Forma de citar: Nolte, F., Pacchiotti, A., Castellano, V. y col. Reticencia a la vacunación: abordaje de su complejidad. *Rev. Hosp. Niños (B. Aires)* 2018;60 (268):16-22.