Gaceta Sanitaria 40 (2026) 102586

Original

Nuevas formas de reticencia a la vacunación en la era pos-COVID-19: un estudio cualitativo

Maite Cruz-Piqueras[a,d,*], Joaquín Hortal-Carmona[b] y Ester Massó Guijarro[c]

[a] *Escuela Andaluza de Salud Pública, Granada, España*
[b] *Servicio Andaluz de Salud, Departamento de Medicina, Universidad de Granada, Granada, España*
[c] *Universidad de Granada, Granada, España*
[d] *Instituto de Investigación Biosanitaria (ibs.GRANADA), Granada, España*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 16 de diciembre de 2025
Aceptado el 23 de enero de 2026

Palabras clave:
Reticencia a la vacunación
Vacunas contra la COVID-19
Confianza en las instituciones
Desinformación
Teorías conspiración
Análisis cualitativo
España

RESUMEN

Objetivo: Analizar los argumentos para dudar o rechazar cualquiera de las vacunas contra la COVID-19 y cómo estos discursos han podido modificarse tras la experiencia de la pandemia.
Método: Se desarrolló un estudio cualitativo exploratorio-descriptivo durante 2021-2022, con cuatro entrevistas semiestructuradas y tres grupos focales mediante muestreo teórico a personas reticentes a las vacunas contra la COVID-19 en la provincia de Granada (España). Se realizó un análisis temático y se construyó una tipología de perfiles de reticentes.
Resultados: Los discursos sobre el origen del virus oscilaron entre interpretaciones moderadas y narrativas conspirativas, mientras que la enfermedad se percibió como leve o amplificada mediáticamente. La sobreabundancia de información impulsó la búsqueda de fuentes alternativas y un empirismo basado en la experiencia personal. Los argumentos reticentes se articularon en dos ejes: científico-salubrista (dudas sobre la protección, la rapidez de aprobación, los componentes y los efectos adversos) y ético-político (autonomía corporal, estigma, obligatoriedad implícita y polarización). Se identificaron cuatro perfiles: empoderado, infoxicado, paralizado y resistente. Estos perfiles integran distintos grados de agencia, incertidumbre y desconfianza hacia las instituciones científicas y gubernamentales.
Conclusiones: La «neorreticencia» que ha surgido en torno a las vacunas contra la COVID-19 presenta rasgos diferenciados respecto a la reticencia «clásica», e incorpora un componente político que debilita la confianza en las instituciones sanitarias y en las políticas de salud pública. Se requieren estrategias no coercitivas, adaptadas a los distintos perfiles, con una comunicación pública transparente que incorpore instrumentos de colaboración científica y comunitaria para anticipar futuras crisis sanitarias.

© 2026 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

New forms of vaccine hesitancy in the post–COVID-19 era: a qualitative study

Keywords:
Vaccination hesitancy
COVID-19 vaccines
Trust in institutions
Misinformation
Conspiracy theories
Qualitative research
Spain

ABSTRACT

Objective: This study analyzes the arguments underlying hesitation to receive any COVID-19 vaccine and how these discourses may have evolved throughout the pandemic.
Method: An exploratory, descriptive qualitative study was conducted in 2021–2022 in the province of Granada (Spain). Data were collected through four semi-structured interviews and three focus groups using theoretical sampling with individuals who expressed hesitancy toward COVID-19 vaccines. A thematic analysis was performed, leading to the development of a typology of vaccine-hesitant profiles.
Results: Participants' narratives about the origin of the virus ranged from moderate interpretations to conspiratorial explanations, while COVID-19 was perceived either as a mild illness or as one exaggerated by the media. The overabundance of information encouraged reliance on alternative sources and personal experience as evidence. Hesitant arguments clustered around two domains: scientific–public health concerns (including doubts about vaccine effectiveness, accelerated approval processes, components, and potential adverse ef
fects) and ethical–political concerns (such as bodily autonomy, stigma, implicit mandates, and sociopolitical polarization). Four profiles of hesitancy were identified: empowered, infoxicated, paralyzed and resistant. These profiles reflecting different levels of agency, uncertainty, and distrust toward scientific and governmental institutions.
Conclusions: The "neo-hesitancy" emerging around COVID-19 vaccines exhibits distinct features compared with "classical" vaccine hesitancy, incorporating a political dimension that undermines trust in health authorities and public health policies. Non-coercive, profile-specific strategies and transparent public communication that integrates scientific and community collaboration are recommended to strengthen preparedness for future health crises.

© 2026 SESPAS. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

* Autora para correspondencia.
Correo electrónico: maite.cruz.easp@juntadeandalucia.es (M. Cruz-Piqueras).

https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2026.102586
0213-9111/© 2026 SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Introducción

Justo un año antes de que se declarara la pandemia de COVID-19, la Organización Mundial de la Salud (OMS) identificó la reticencia a la vacunación como una de las diez principales amenazas a la salud pública. La renuencia o reticencia se definió como la duda, el retraso o el rechazo a vacunarse, con alguna o todas las vacunas recomendadas en el calendario vacunal, a pesar de su disponibilidad[1].

Las razones que conducen a las dudas sobre las vacunas o a rechazarlas constituyen un ámbito de estudio complejo en el que intervienen múltiples factores[2]. Un grupo asesor de la OMS sobre vacunas distinguió fundamentalmente tres factores asociados a la reticencia: la confianza, tanto en el sistema y en los profesionales sanitarios como en la eficacia y la seguridad de las mismas; la conveniencia, entendida como su disponibilidad y accesibilidad; y la complacencia o percepción baja del riesgo frente a la enfermedad[3]. Este último elemento obedece a la denominada «paradoja de la vacunación», según la cual el éxito de las campañas de inmunización reduce la percepción del riesgo de enfermar. Fue precisamente este argumento el que se puso a prueba durante la pandemia de COVID-19: cuando en septiembre de 2020 la primera oleada de la enfermedad ya había producido más de 30.000 muertes en España, la única solución en el horizonte, una vacuna, era rechazada por casi la mitad de la población[4].

Inicialmente, la evidencia disponible identificó como factores predictores de reticencia a la vacuna contra la COVID-19 el menor riesgo de infectarse y de gravedad de la enfermedad, la desconfianza institucional, no estar vacunado contra la gripe y creer que la vacunación era insegura y causaría efectos secundarios[5,6]. En cuanto a qué características definían estos perfiles, no se determinó una clara conexión entre la reticencia y los aspectos sociodemográficos relacionados con la clase social, el género o el nivel de estudios[7,8]. Lo que sí se estableció fue una vinculación, tanto fuera como dentro de España, con ideologías en el entorno de la extrema derecha[9–11] que sugerían una dimensión política de la reticencia. Otro elemento importante fue la infodemia, la abundancia de información, que se produjo durante la pandemia y que hizo que cualquier información, incluida aquella falsa o manipulada, se utilizara para promover la desinformación[12–14]. Todo ello formó un contexto proclive para la difusión y la aceptación de ciertas teorías de la conspiración, que configuraron la aparición de grupos reticentes a la vacunación contra la COVID-19 no por posicionarse en contra de las vacunas *per se,* sino porque hacían suyos y reproducían estos discursos[15–17].

Esta desconfianza que se inició con la pandemia parece estar consolidándose y creciendo en España. Recientes estudios sobre la confianza en la ciencia revelan la presencia de elementos conspirativos, tanto hacia la ciencia en general como hacia las vacunas en particular[18,19].

Por todo ello, profundizar en la reticencia que se inició con la vacunación contra la COVID-19 se erige en deber anticipatorio ante futuros desastres de salud pública y nuevas pandemias[20]. Si bien la prioridad de esta vacuna no es acuciante dada la actual situación epidemiológica, desde el año 2023 se advierte un incremento significativo en el número de casos y brotes de enfermedades como el sarampión, y se prevé que sigan aumentando[21]. La reticencia, por tanto, sigue siendo un problema de salud pública que merece atención.

La mayor parte de los estudios realizados en España sobre la reticencia son cuantitativos[22,23] y apenas se han publicado investigaciones cualitativas que analicen explícitamente la reticencia a la vacunación contra la COVID-19, por lo que es necesario incorporar resultados que utilicen estas metodologías y aporten elementos de análisis y comprensión de estos discursos[24].

A la luz de tales antecedentes, el objetivo de este estudio cualitativo fue analizar los argumentos para dudar o rechazar cualquiera de las vacunas contra la COVID-19. La hipótesis de partida es que se está produciendo un desplazamiento en los discursos de la población reticente clásica, que se asentaban en la desconfianza en el paradigma biomédico[25], hacia otros que llamaremos de carácter «neorreticente» que incorporan un cariz más político, cuya raíz no es solo el rechazo a la vacunación sino también a las mismas instituciones gubernamentales decisoras de las políticas públicas.

Método

Se realizó un estudio cualitativo exploratorio-descriptivo en la provincia de Granada con cuatro entrevistas semiestructuradas y tres grupos focales (tabla 1). El diseño se hizo mediante un muestreo teórico a partir de variables que podían influir en la reticencia vacunal (género, edad, número de dosis administradas y ser reticente o no a otras vacunas del calendario vacunal). Dado el carácter abierto de este tipo de metodología, y a tenor del clima social y el contexto impuesto por la evolución de la pandemia, se identificaron otras dimensiones, como la ideología política y los argumentos conspirativos, que se incluyeron en el número definitivo de entrevistas. Debido a las restricciones impuestas durante la pandemia, el trabajo de campo se realizó en la provincia de Granada para facilitar la accesibilidad y la interacción de los participantes y los miembros del equipo de investigación. Todas las entrevistas fueron presenciales, excepto una que se hizo telemáticamente a través de la plataforma *Zoom*.

Las entrevistas individuales fueron conducidas por una de las investigadoras del equipo, mientras que en las grupales se contó con la presencia de al menos dos investigadores, ambos con dilatada experiencia en investigación cualitativa. Para su contacto se siguió un proceso de «bola de nieve». Una de las personas con las que se contactó rehusó participar en el estudio bajo el argumento de que no quería ser cómplice de un estudio cuyo punto de partida era, previsiblemente, proclive a la vacunación. Las entrevistas tuvieron una duración aproximada de 1 hora, y los grupos de 1,5 horas. Todas las intervenciones se realizaron al aire libre, siguiendo las políticas de seguridad y los protocolos que había establecidos al respecto en aquellos momentos, se grabaron en audio y fueron transcritas.

Para el análisis de la información se siguió la propuesta de Naeem et al., [26], que incluye aspectos descriptivos e interpretativos. Para ello, una vez transcrita la información se realizó un análisis temático de contenido y se creó un árbol de codificación basado en las preguntas de investigación y los hallazgos de campo, combinando categorías cerradas con otras emergentes mediante el apoyo del *software* NVivo. Los resultados se triangularon entre los miembros del equipo de investigación y a nivel teórico con diferentes marcos de análisis y estudios similares. Cuando surgió algún desacuerdo, se codificó en más de una categoría o se decidió entre los miembros del resto del equipo dónde se incluía.

Inicialmente se identificaron 14 códigos con 54 subcategorías que se agruparon en dos grandes temas: el origen y la gravedad de la enfermedad, y el papel que desempeñaron la información y los argumentos que propiciaron la reticencia de los participantes, alcanzando la saturación discursiva. Para finalizar, siguiendo la propuesta de Schneider-Kamp[27], se establecieron cuatro perfiles de reticencia.

Esta investigación obtuvo el visto bueno del Comité de Ética de Investigación de Granada (PEIBA-2021-000118). Además del consentimiento informado y el cumplimiento de la normativa de protección de datos, se tuvieron en cuenta aspectos propios

Tabla 1
Perfiles de las personas entrevistadas

Id	Sexo	Edad (años)	Ocupación	Estudios	Tipo de reticencia
G1	Mujer	46	Trabajadora social	Universitarios	Reticente clásica
	Hombre	53	Fisioterapeuta	Universitarios	Conspiración
	Hombre	50	Trabajador autónomo	Universitarios	Reticente COVID-19
G2	Mujer	43	Técnica de laboratorio	Universitarios	Reticente COVID-19
	Hombre	52	Traductor	Universitarios	Dudoso
	Mujer	50	Administrativa	Secundarios	Reticente COVID-19
	Mujer	53	Gestión hotelera	Secundarios	Reticente COVID-19
	Mujer	56	Profesora de escuela de artes	Universitarios	Reticente clásica
	Mujer	51	En paro	Secundarios	Conspiración
G3	Mujer	18	Estudiante	Bachillerato	Vacunada COVID-19, familia reticente clásica
	Mujer	18	Estudiante	Bachillerato	Ninguna vacuna, familia reticente clásica
	Hombre	20	Estudiante	Bachillerato	Todas las vacunas excepto COVID-19, familia no reticente
	Hombre	20	Estudiante	Módulo formación profesional	Todas las vacunas excepto COVID-19, familia no reticente
E1	Mujer	28	Tatuadora	Secundarios	Reticente COVID-19
E2	Hombre	46	Técnico de laboratorio	Universitarios	Conspiración
E3	Mujer	51	Camarera	Primarios	Conspiración
E4	Hombre	53	Transporte de empresa de material médico	Universitarios	Reticencia COVID-19 (cercano a movimiento de extrema derecha)

referidos a la ética de la investigación en ciencias sociales y también se siguieron los criterios de calidad para la investigación cualitativa establecidos en el listado de comprobación de COREQ[28].

La posición de este equipo de investigación respecto de las políticas de vacunación se fundamenta en los principios de la ética de la salud pública, basados en el análisis del contexto que se vivió en la pandemia, la proporcionalidad de su implementación como medida de prevención y protección de la salud, la equidad en el acceso y la no estigmatización de las personas reticentes[29].

Resultados

El virus, la enfermedad y la información

Sobre el origen del virus y la enfermedad, conviven discursos más atenuados, según los cuales el virus habría salido de forma fortuita de un laboratorio, con otras narrativas más conspiranoicas sobre su invención como arma biológica bajo el auspicio de grandes corporaciones multinacionales. También se plantean argumentos eco-edadistas en los que el virus se presentaría como respuesta a la actual crisis medioambiental y la pandemia como un mecanismo «natural» de decrecimiento. En contraste, la enfermedad es percibida como inocua y con riesgos asumibles, similares a los de una gripe y con una mortalidad relativamente baja.

Para contrarrestar la ingente cantidad de información que se originó durante la pandemia, buscaron fuentes alternativas que les permitieran fundamentar sus decisiones. Esta «infoxicación» o sobreinformación no solo la calificaron de sesgada, sino que incluso la propia pandemia, en su versión más conspiranoica, sería el resultado de la propaganda y la publicidad que se dieron al virus y la enfermedad, y (como se verá más adelante) con la connivencia de las instituciones sanitarias y políticas.

Una vez ratificado el *locus* de control interno, y con base en el sesgo de confirmación que se produce al otorgar solo confiabilidad a los datos que encajan con las propias creencias, los informantes buscaron apoyo en canales y redes sociales como Odysee y Telegram. No obstante, también trataron de recopilar información de carácter científico, lo que resultó frustrante dada la dificultad para acceder a estudios que pudieran ser críticos y alternativos con respecto a lo difundido por los medios de comunicación al uso (tabla 2).

La reticencia a la vacunación frente a la COVID-19

A la percepción de la COVID-19 como una enfermedad de riesgo bajo y asumible, así como a la desconfianza hacia cualquier medio o fuente de información, se suman diferentes argumentos respecto a la duda o el rechazo a vacunarse, que se han agrupado en dos grandes ejes: el científico-salubrista y el ético-político. No obstante, esta división, aunque sólida en su análisis, resulta ficticia en la realidad, puesto que ambos argumentarios se solapan con frecuencia por hallarse interconectados en un sentido estructural (tabla 3).

Paradójicamente, el principal argumento para vacunarse se desmorona al constatar que, pese al optimismo inicial, la vacunación no impedía la transmisión ni el padecimiento de la enfermedad. A esto se sumaron incongruencias y cambios en las pautas de vacunación —nuevas dosis de refuerzo o vacunación de personas que ya habían superado la enfermedad, entre otros—, que hizo que vacunarse se percibiera como una cuestión voluble y arbitraria.

Otro argumento recurrente en la reticencia a la vacunación frente a la COVID-19 fue la sensación expresada por los informantes de sentirse «cobayas» de la industria farmacéutica. A ello se añade el hecho de que las vacunas se desarrollaron en tiempo récord, con una tecnología, la del ARN mensajero, hasta entonces desconocida para la mayoría de la población, lo cual incrementó la desconfianza en su eficacia y seguridad.

Asimismo, en cuanto a los componentes de las vacunas se señaló la presencia de sustancias consideradas inusuales o alarmantes, como el grafeno, u otros elementos propios de un imaginario más conspiranoico, como la de contener embriones. Por último, el miedo y el desconocimiento hacia posibles efectos adversos —tanto los inmediatos como los desconocidos a largo plazo— se convirtieron en otra fuente de preocupación y rechazo.

En el argumentario ético-político destaca la reivindicación de una autonomía decisional corporal que asuma las consecuencias que se deriven de no vacunarse, independientemente del efecto que pueda producir en la comunidad. Si se añade el estigma social hacia quienes no se vacunaban, la recomendación se acaba percibiendo como una obligación implícita que acentúa el rechazo.

Además, se acusa al Estado de difundir y alentar una atmósfera de pánico con el fin de manipular y anular la capacidad de decisión de la ciudadanía, y reforzar la polarización que, junto al estigma, producen un chantaje moral que (siempre desde la

Tabla 2
Argumentos sobre el virus, la COVID-19 y las fuentes de información

Origen del virus
• *Arma biológica:* «[el virus] está fabricado por el ser humano, probablemente para ser un arma biológica. Es más contagioso o más peligroso por ser manipulación artificial.» (G1)
• *Intereses económicos:* «Es algo económico para los que estén por ahí arriba, para las farmacéuticas, para los políticos, para alguien de ahí arriba. . .» (E3)
• *Respuesta planetaria:* «No es que queramos cargarnos a la gente, pero evidentemente, si no se controla el crecimiento de la población y los recursos del planeta son limitados, pues algo falla. ¿Y cómo se equilibra? Pues de esta manera (...) es un hecho de la vida, que cuando estás más mayor estás más. . . más vulnerable estás. . . y tarde o temprano te va a pillar algo que te va a matar.» G1
Características de la enfermedad
• *Levedad de la enfermedad similar a una gripe:* «Y bueno, yo creo que esto es un virus con el que vamos a tener que convivir, pues como cuando eso, cuando hay otras enfermedades como la gripe, que, en su época, la gripe, yo creo que se llevó más gente por delante que se está llevando el COVID-19.» (E1)
• *Baja mortalidad:* «Suena mal decir esto, pero es que es verdad, es poca la gente que ha muerto, suena fatal.» G2
• *La enfermedad no existe, es solo propaganda:* «Si a esto no se le hubiera dado la propaganda que se le ha dado, la mayoría de la gente ni se hubiera enterado que existe, o sea, realmente, no nos hubiéramos enterado (...) información que, para mí, realmente, no me servía para nada porque es propaganda.» (E4)
Información
• *Infodemia:* «Entonces, información, claro que hay, hay sobreinformación. De hecho, nos hemos pegado más de un año donde la única noticia era cuántos muertos, cuántos contagios (...).» (E4)
• *Búsqueda de información científica:* «Trato de encontrar información en Internet de especialistas en microbiología. Tratamos de leer información que nos ayude a entender la situación, pero es complicado porque desaparece, es que desaparece.» (G2)
• *Canales de información alternativos:* «Telegram, del Twitch. . . pues vamos cambiando, vamos buscando, y la gente habla.» (E3); «Hay que ir a Odysee o una de esas plataformas para escuchar gente.» (G1)
• *Empirismo radical como respuesta:* «Porque yo, personalmente, he estado en China y no he visto a nadie comerse un murciélago (...) También tengo amigos que trabajan en hospitales y a mí diciéndome mis amigos que estaba el hospital vacío.» (E1)

Tabla 3
Argumentos sobre la reticencia a la vacunación con base científica-salubrista o ética-política

Argumentos con base científica-salubrista	
Dimensión	*Verbatim*
La ausencia de protección y transmisión	«Si puedo pillarlo o transmitirlo, ¿qué mierda de vacuna es esa?» (E4)
Los intereses de la industria farmacéutica, la rapidez de aprobación y la experimentación	«Las farmacéuticas han hecho un rollo carrera espacial para ver quién sacaba la primera, cambiando los porcentajes de inmunidad de un día para otro.» (G3) «Estamos siendo un poco cobayas.» (G2)
Los componentes de las vacunas	«No sé muy bien cuál es el contenido de las vacunas.» (G2) «Ya se ha visto que hay grafeno, casi con toda seguridad, en las vacunas.» (E2)
Los efectos adversos	«¿Eurovigilancia se llama? Los efectos secundarios se están ignorando.» (G1)
Argumentos con base ética-política	
Dimensión	*Verbatim*
La autonomía y el control del cuerpo	«Yo soy el dueño de mi cuerpo.» (E4)
La obligación (indirecta) a vacunarse	«Obligarnos y. . . coaccionarnos de esa forma, con perder el trabajo, con. . .» (E4)
El estigma y el rechazo	«¿No estáis notando cierto rechazo? (. . .) Yo incluso en algunos grupos no puedo decir que no me he vacunado.» (G1)
La polarización política como respuesta	«También es eso, es que se ha buscado mucho polarizar. . . dividir a la gente, eso es más viejo que el sol, es lo que decía al principio, que había cierta correlación entre más gente de derechas que no estaba vacunada.» (G3)

perspectiva de los informantes) crea y consolida bandos irreconciliables.

Para un resumen del desplazamiento del discurso y de los argumentos de la reticencia a la neorreticencia véase la tabla 4.

Los perfiles de la reticencia

Aunque estos argumentos son utilizados indistintamente por diferentes perfiles reticentes, se puede esbozar una tipología siguiendo la propuesta de Schneider-Kamp[28] para lograr una visualización de las posiciones discursivas de los diferentes participantes en el estudio. Para ello se utilizan dos ejes: uno sobre la demanda de una mayor o menor participación en su salud, y otro según el énfasis en una postura crítica con la ciencia o rechazo político. De esta manera, se establecen cuatro perfiles (fig. 1):

- Perfil empoderado: busca información crítica, incluida la científica, y demanda participar en las decisiones que conciernen a su salud.
- Perfil infoxicado: está abrumado por la cantidad de información, y manifiesta incertidumbre y desconfianza hacia las autoridades sanitarias.
- Perfil paralizado: tiene poca información y su decisión está bloqueada ante el origen desconocido de la enfermedad y el miedo a los efectos secundarios de las vacunas.
- Perfil resistente: rechaza cualquier medida e información que provenga de fuentes tanto gubernamentales como científicas; aquí cabrían subperfiles más ideologizados, con una reticencia sobrevenida con la pandemia, y que se apoyan en noticias falsas y teorías de la conspiración.

Es interesante reparar en que todos los perfiles entrevistados (incluyendo los dos últimos) se desligan de la etiqueta de

Tabla 4
Desplazamientos discursivos de la reticencia clásica a la neorreticencia a la vacunación

		Reticencia clásica	Neorreticencia
Virus y enfermedad	Origen del virus	Origen desconocido o fortuito del virus	Origen artificial e intencionado como arma biológica
	Gravedad de la enfermedad	Enfermedad leve, similar a la gripe	Enfermedad inocua o inexistente
	Impacto en la mortalidad	Escaso impacto en la mortalidad	Justificación eco-edadista de las muertes
Información y fuentes	Información	Contrastación de datos en múltiples fuentes	Comprobación de datos exclusivamente experiencial, locus de control interno
	Fuentes de información	Múltiples canales de información, incluida la científica	Búsqueda de información a través de redes sociales y canales alternativos
Confianza en la ciencia y la salud pública	Confianza en la ciencia	La ciencia no es neutral ni objetiva debido a la injerencia de la industria farmacéutica: desconfianza en la ciencia	La ciencia está al servicio de los intereses de la industria farmacéutica y el Estado: rechazo de la ciencia
	Fin de las medidas de salud pública	Fin: control del cuerpo	Fin: control social
	Justificación de la vacunación	Valor fundamental: autonomía	Valor fundamental: autodeterminación

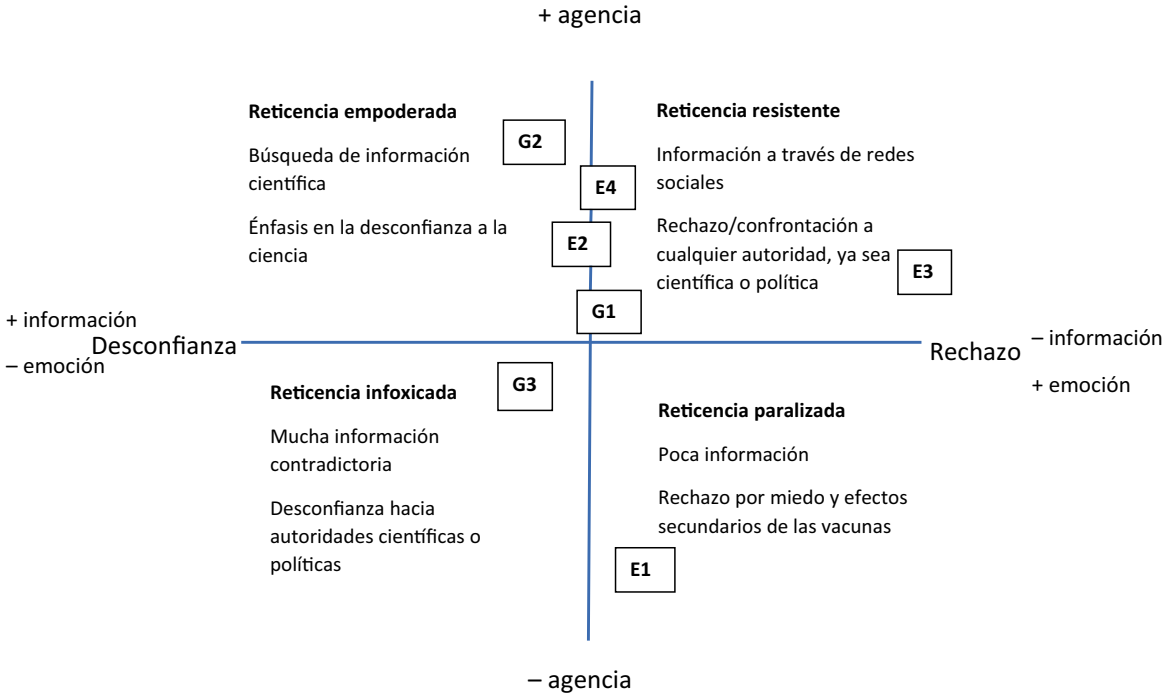

Figura 1. Tipos de reticencia a las vacunas contra la COVID-19.

negacionistas y conspiranoicos, y tampoco se identifican con grupos de ideología de extrema derecha e interpretan esta etiqueta como una forma de oprobio y estigmatización hacia quien mantiene esta postura de rechazo a la vacunación.

Discusión

Una característica ya identificada en estudios previos sobre la reticencia a la vacunación, y que también se ha puesto de manifiesto en este estudio, es que las posiciones no son estáticas, sino que transitan y fluyen entre diversos espacios discursivos[3]. Observar esta oscilación es fundamental puesto que sitúa las principales diferencias entre la reticencia más «clásica» (reticencia a las vacunas incluidas en el calendario vacunal) y lo que hemos llamado la «neorreticencia» (reticencia a las vacunas contra la COVID-19).

Tras la neorreticencia no solo se identifica el poder de la industria para fabricar y distribuir las vacunas, sino que este se vincula con las instituciones científicas que las avalan y las políticas públicas que las promueven. Si bien en la reticencia clásica también se cuestiona el paradigma biomédico y se demanda una mayor participación en las decisiones sobre la propia salud[25], con la neorreticencia se consolida un desplazamiento hacia una desconfianza que trasciende el ámbito científico y también es política y de rechazo institucional[30].

Esta transición de la reticencia (más matizada) al rechazo (más contundente) se puede explicar por la conjunción de otras dimensiones. Por una parte, el exceso de información incrementó el escepticismo, hasta tal punto que conducía a una suerte de empirismo radical o personalismo, que hizo que la información se valorara exclusivamente mediante experiencias vividas en primera persona, y por otra, el miedo frente a lo desconocido despertó

la atracción de contenidos muy emocionales. Ambos elementos conforman perfiles de reticencia que merecen respuestas diferenciadas. Si bien los perfiles empoderado e infoxicado pueden hallar una respuesta en la información y la justificación de políticas y medidas de salud pública, quienes están paralizados por el miedo, o directamente son resistentes, encuentran en la exacerbación de elementos emocionales y la difusión de noticias falsas el caldo de cultivo idóneo para rechazar no solo las vacunas contra la COVID-19, sino también el resto de las vacunas incluidas en el calendario vacunal[31]. Con todo ello, nos enfrentamos al desafío de un aumento de la transmisión de enfermedades infecciosas y, más aún, al de una pandemia de desconfianza y desinformación[32,33].

Junto al desafío de la información y las teorías de la conspiración, desde una perspectiva de ética de la salud pública, un elemento importante que se debe considerar es la autonomía. No deja de ser una paradoja que mientras muchas de las medidas preventivas durante la pandemia fueron obligatorias y la vacunación frente a la COVID-19 fue voluntaria, esta recomendación se percibió como la mayor de las injerencias, dada la presión percibida por parte tanto del Estado como de la propia sociedad. Las políticas de salud pública también deberán tener en cuenta no subestimar las estrategias de alfabetización en salud y justificación de las medidas que se tomen, fomentando su dimensión más colectiva[34].

Dadas las limitaciones de este estudio, próximos trabajos podrían complementar estos resultados con la utilización de diseños mixtos y la ampliación a otros contextos. Igualmente, convendría profundizar en la desconfianza hacia la ciencia, los diferentes comportamientos vacunales y los ecosistemas de información. A partir de este estudio no podemos establecer una relación directa entre negacionismo e identidades con ideologías de extrema derecha, pero habrá que considerarlos en un sentido prospectivo para futuras investigaciones, tanto en este ámbito como en otros de salud pública[35].

La pandemia ha producido cambios en los patrones de reticencia a la vacunación. La neorreticencia se erige como una categoría que puede ayudar a analizar e identificar nuevos perfiles, y abrir un campo de estudio más allá de etiquetas reduccionistas como la conspiración o el negacionismo. Bajo el discurso de la neorreticencia se agrupan personas que no solo cuestionan y desconfían de la ciencia, coincidiendo con la reticencia clásica, sino que además, en su dimensión más extrema, rechazan cualquier intervención estatal, con las consecuencias que puede tener para las políticas de salud pública.

Desde una perspectiva salubrista recomendamos estrategias no coercitivas y diferenciadas según los perfiles que se han identificado, con información y canales de comunicación públicos y transparentes, y con capacidad de reconocer la incertidumbre. Es preciso también fortalecer la vigilancia de la infodemia, a través de la colaboración con asociaciones de base y plataformas locales para contrarrestar la desinformación.

En conclusión, la neorreticencia que ha surgido en torno a las vacunas contra la COVID-19 presenta rasgos diferenciados, incorporando un componente político que debilita la confianza de las personas en las vacunas. Se requieren estrategias adaptadas a los distintos perfiles para lograr una comunicación pública efectiva que combine instrumentos de colaboración científica y comunitaria. Resulta prioritario abordar la neorreticencia vacunal para comprenderla de un modo más genuino, en aras de una ética anticipatoria ante futuras crisis sanitarias, así como para fortalecer la aceptación de las políticas de inmunización.

Disponibilidad de bases de datos y material para réplica

Previa justificación y cumpliendo toda salvaguarda ética, las transcripciones están a disposición de quien las solicite a la autora para correspondencia.

¿Qué se sabe sobre el tema?

La reticencia a la vacunación es un problema de salud pública global determinado por múltiples factores. La experiencia de la pandemia ha influido en los argumentos para dudar o rechazar la vacunación, y ha supuesto una quiebra en la confianza en los sistemas sanitarios y sus profesionales.

¿Qué añade el estudio realizado a la literatura?

Analiza el desplazamiento de los discursos reticentes, críticos con el paradigma biomédico, hacia los neorreticentes, en los que el componente político se antepone al científico como argumento de rechazo.

¿Cuáles son las implicaciones de los resultados obtenidos?

Los distintos argumentos y perfiles que se presentan en este estudio pueden ayudar a diseñar políticas públicas que aumenten la confianza en las instituciones de salud pública.

Editor responsable del artículo

Alberto Lana.

Declaración de transparencia

La autora principal (garante responsable del manuscrito) afirma que este manuscrito es un reporte honesto, preciso y transparente del estudio que se remite a Gaceta Sanitaria, que no se han omitido aspectos importantes del estudio, y que las discrepancias del estudio según lo previsto (y, si son relevantes, registradas) se han explicado.

Contribuciones de autoría

J. Hortal Carmona y M. Cruz Piqueras llevaron a cabo el diseño metodológico y la realización del trabajo de campo. E. Massó Guijarro contribuyó a la interpretación y el análisis de los datos, así como a la redacción del artículo. Todas las personas firmantes han participado en la redacción y la revisión del artículo para su publicación.

Agradecimientos

A todas las personas que en momentos de incertidumbre y restricciones debidas a la pandemia nos permitieron entrevistarlas. A la Escuela Andaluza de Salud Pública, a la Fundación Víctor Grifols i Lucas por financiar el proyecto, y a la Red temática Laboratorio Iberoamericano de Ética y Salud Pública LIBERESP (Red 623RT0148)]

y la Red Temática de Investigación ESPACyOS. Ética de la Salud Pública (RED2022-134551-T), por apoyar trabajos como este.

Financiación

Este proyecto obtuvo una beca de la Fundación Víctor Grifols i Lucas – Convocatoria de Becas sobre Bioética (convocatoria 2020-2021).

Conflictos de intereses

Ninguno.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en doi:10.1016/j.gaceta.2026.102586.

Bibliografía

1. World Health Organization. Ten threats to global health in 2019. Geneva: WHO; 2019 (Consultado el 17-11-2025.) Disponible en: https://www.who.int/news-room/spotlight/ten-threats-to-global-health-in-2019.
2. Dubé E, Laberge C, Guay M, et al. Vaccine hesitancy. Hum Vaccin Immunother. 2013;9:1763–73, http://dx.doi.org/10.4161/hv.24657.
3. MacDonald NE. Vaccine hesitancy: definition, scope and determinants. Vaccine. 2015;33:4161–4, http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2015.04.036.
4. Beca-Martínez MT, Romay-Barja M, Ayala A, et al. Trends in COVID-19 vaccine acceptance in Spain September 2020-May 2021. Am J Public Health. 2022;112:1611–9, http://dx.doi.org/10.2105/AJPH. 2022.307039.
5. Pires C. Global predictors of COVID-19 vaccine hesitancy: a systematic review. Vaccines (Basel). 2022;10:1349, http://dx.doi.org/10.3390/vaccines10081349.
6. Rahbeni TA, Satapathy P, Itumalla R, et al. COVID-19 vaccine hesitancy: umbrella review of systematic reviews and meta-analysis. JMIR Public Health Surveill. 2024;10:e54769, http://dx.doi.org/10.2196/54769.
7. Morales DX, Beltran TF, Morales SA. Gender, socioeconomic status, and COVID-19 vaccine hesitancy in the US: an intersectionality approach. Sociol Health Illn. 2022;44:953–71, http://dx.doi.org/10.1111/1467-9566.13474.
8. Walcherberger C, Eberl JM, Partheymueller J, et al. COVID-19 vaccine hesitancy and gender. Eur J Polit Gend. 2022;5:270–4, http://dx.doi.org/10.1332/251510821X16498676658252.
9. Fontán-Vela M, Gullón P, Bilal U, et al. Social and ideological determinants of COVID-19 vaccination status in Spain. Public Health. 2023;219:139–45, http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2023.04.007.
10. Jäckle S, Timmis JK. Left–right position, party affiliation and regional differences explain low COVID-19 vaccination rates in Germany. Microb Biotechnol. 2023;16:662–77, http://dx.doi.org/10.1111/1751-7915.14210.
11. Serrano-Alarcón M, Wang Y, Kentikelenis A, et al. The far-right and anti-vaccine attitudes: lessons from Spain's mass COVID-19 vaccine roll-out. Eur J Public Health. 2023;33:215–21, http://dx.doi.org/10.1093/eurpub/ckac173.
12. Olivas Osuna JJ, Rama J. COVID-19: a political virus? VOX's populist discourse in times of crisis. Front Polit Sci. 2021;3:678526, http://dx.doi.org/10.3389/fpos.2021.678526.
13. Albrecht D. Vaccination, politics and COVID-19 impacts. BMC Public Health. 2022;22:96, http://dx.doi.org/10.1186/s12889-021-12432-x.
14. Carroll DR, Conroy SJ, Vamosiu A. The importance of political and religious affiliation in explaining county-level COVID-19 vaccine hesitancy. Health Econ Rev. 2025;15:29, http://dx.doi.org/10.1186/s13561-025-00605-y.
15. Islam MS, Kamal AHM, Kabir A, et al. COVID-19 vaccine rumors and conspiracy theories: the need for cognitive inoculation against misinformation to improve vaccine adherence. PLoS One. 2021;16:e0251605, http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0251605.
16. Lockyer B, Islam S, Rahman A, et al. Understanding COVID-19 misinformation and vaccine hesitancy in context: findings from a qualitative study involving citizens in Bradford. UK. Health Expect. 2021;24:1158–67, http://dx.doi.org/10.1111/hex.13240.
17. Enea V, Eisenbeck N, Carreno DF, et al. Intentions to be vaccinated against COVID-19: the role of prosociality and conspiracy beliefs across 20 countries. Health Commun. 2023;38:1530–9, http://dx.doi.org/10.1080/10410236.2021.2018179.
18. Fundación Española para la Ciencia y la Tecnología. Confianza en la ciencia y populismo científico en España. Madrid: FECYT; 2024 (Consultado el 17-11-2025.) Disponible en: https://www.fecyt.es/publicaciones/confianza-en-la-ciencia-y-populismo-cientifico-en-espana.
19. Centre d'Estudis d'Opinió. Registre d'estudis d'opinió: societat. Barcelona: Generalitat de Catalunya; [s. f.]. (Consultado el 17-11-2025.) Disponible en: https://ceo.gencat.cat/ca/estudis/registre-estudis-dopinio/estudis-dopinio-ceo/societat/detall/index.html?id=9888.
20. Rueda Etxebarria J. COVID-19, cisnes negros y anticipación de desastres sanitarios: problemas futuros y el futuro como problema en la ética de la salud pública. Rev Esp Salud Publica. 2022;96:e202210058.
21. European Centre for Disease Prevention and Control. Measles: annual epidemiological report for 2024. Stockholm: ECDC; 2025 (Consultado el 17-11-2025.) Disponible en: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/MEAS-AER-2024-Report.pdf.
22. Saigí-Rubió F, Eguia H, Espelt A, et al. Hesitation about coronavirus vaccines in healthcare professionals and general population in Spain. PLoS One. 2022;17:e0277899, http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0277899.
23. Huguet-Feixa A, Artigues-Barberà E, Sol J, et al. Vaccine refusal and hesitancy in Spain: an online cross-sectional questionnaire. BMC Prim Care. 2025;26:132, http://dx.doi.org/10.1186/s12875-025-02820-2.
24. Cooper S, Wiysonge CS. Towards a more critical public health understanding of vaccine hesitancy: key insights from a decade of research. Vaccines (Basel). 2023;11:1155, http://dx.doi.org/10.3390/vaccines11071155.
25. Cruz M, Hortal J, Rodríguez García de Cortázar A, et al. Reticencia vacunal: análisis del discurso de madres y padres que no han vacunado total o parcialmente a sus hijos/as. Gac Sanit. 2019;33:53–9, http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.07.004.
26. Naeem M, Ozuem W, Howell K, et al. A step-by-step process of thematic analysis to develop a conceptual model in qualitative research. Int J Qual Methods. 2023:22, http://dx.doi.org/10.1177/16094069231205789.
27. Schneider-Kamp A. COVID-19 vaccine hesitancy in Denmark and Russia: a qualitative typology at the nexus of agency and health capital. SSM Qual Res Health. 2022;2:100116, http://dx.doi.org/10.1016/j.ssmqr.2022.100116.
28. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. Int J Qual Health Care. 2007;19:349–57, http://dx.doi.org/10.1093/intqhc/mzm042.
29. Padilla-Bernáldez J, Cruz-Piqueras M, Hortal-Carmona J. Habitar (y vacunar) en Omelas: una ética del nosotros. Gac Sanit. 2021;35:509–11, http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2021.04.004.
30. Muhajarine N, Neudorf C, Braun F, et al. "Just be honest with us": a qualitative analysis of Canadians' public trust during the COVID-19 pandemic. Can J Public Health. 2025 Nov 5, http://dx.doi.org/10.17269/s41997-025-01121-6. Online ahead of print.
31. Chou WS, Budenz A. Considering emotion in COVID-19 vaccine communication: addressing vaccine hesitancy and fostering vaccine confidence. Health Commun. 2020;35:1718–22, http://dx.doi.org/10.1080/10410236.2020.1838096.
32. Larson H, Simon J, Piatek J. A crisis of credibility: the global cost of US vaccine misinformation. Lancet. 2025;406:668–70, http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(25)01495-3.
33. Enria L, Dwyer H, Marchant M, et al. Political dimensions of misinformation, trust, and vaccine confidence in a digital age. BMJ. 2024;385:e079940, http://dx.doi.org/10.1136/bmj-2024-079940.
34. Paakkari L, Okan O. COVID-19: health literacy is an underestimated problem. Lancet Public Health. 2020;5:e249–50, http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30086-4.
35. March S, Carrasco JM, Flores-Balado A, et al. APLICA Cooperative. Potential global effects of the rise of the far right on public health. Am J Public Health. 2025;115:873–82, http://dx.doi.org/10.2105/AJPH. 2025.308016.