

Al respecto, un estudio realizado por la Organización Mundial de la Salud en 2014, identifica dentro del segmento de los “*no adoptadores de vacunas*”, a tres grupos: 1) “**Conspiradores de la vacuna**”: Personas que poseen demasiada información errónea para adoptar la vacuna; 2) “**No informados**”: Personas que poseen información insuficiente para adoptar la vacuna y 3) “**Vacilantes**”: Personas que están considerando adoptarla, pero carecen de las condiciones adecuadas o contexto para hacerlo.

El éxito del programa de vacunación será no sólo proveer de vacunas suficientes para todos, sino de conocer y entender las motivaciones del segmento de los *no adoptadores mexicanos*, para lograr proteger a la mayoría de la población.

Debido a que aún estamos en la **primera fase de vacunación**, donde la demanda excede a la oferta, no tenemos el privilegio aún, como en Estados Unidos, de elegir libremente la marca de la vacuna preferida.

Cabe destacar que actualmente se cuenta con **cinco marcas aprobadas por la COFEPRIS**, con la siguiente distribución de dosis comprometidas para México: **Pfizer**, marca estadounidense con 34.3 millones; **AstraZeneca**, marca anglosueca con 79.4 millones; **CanSino y Sinovac**, marcas de China con 35 y 20 millones, respectivamente; **Sputnik V**, marca rusa con 24 millones de dosis.

La distribución de la vacuna y el grupo de la población a quien se aplica actualmente es una decisión del gobierno federal, por lo que **el consumidor no tiene poder de elección, sino sólo la decisión de aplicársela o no.**

Existen personas elegibles para ser vacunadas, es decir, sin riesgos personales por alguna circunstancia médica en particular, que deciden no vacunarse porque la marca que están aplicando en su ciudad no las convence. **¿Qué sucede? ¿Qué características de la marca no les convence para rechazar la oportunidad de vacunarse y protegerse?.**

La preferencia por una determinada marca se desarrolla a través del tiempo, considerando las asociaciones y las expectativas que los usuarios realizan, ya sean positivas o negativas.

En el caso de las marcas de vacunas, no se espera que seamos expertos en laboratorios farmacéuticos de la noche a la mañana, sin embargo, algunos factores

a considerar por los usuarios serán las características de la propia marca como, por ejemplo, su **eficacia**, tipo de reglamentación, aprobación, origen de fabricación, confianza del público y la confianza profesional (i.e. de los médicos).

Aun cuando se desconoce el grado de importancia que los mexicanos brindamos a cada uno de esos elementos en nuestra decisión final de vacunación o no, uno de los atributos más destacado o difundido es el del país de origen de la vacuna.

La asociación entre la marca-país y la marca de la vacuna definitivamente juegan un papel importante para **motivar la confianza de los consumidores**, como es el caso de quienes teniendo capacidad económica deciden viajar a los Estados Unidos para elegir entre distintas marcas (Pfizer, Moderna o Johnson & Johnson); opción derivada posiblemente de la confianza en las marcas estadounidenses.

La estrategia de vacunación contra la COVID-19 implica otros grandes retos, entre los que destacan los diferentes requerimientos de manejo y administración de los prospectos de vacunas, la poca disponibilidad mundial de vacunas en el corto y mediano plazo y la necesidad de no afectación a la operación del programa de vacunación existente en el país.

México participa de manera activa en diversas iniciativas para tener acceso a la vacuna, estableciendo como prioridad que la población mexicana, cuente con vacunas seguras y eficaces.

Objetivos específicos

- Inmunizar como mínimo al 70%^{2,3} de la población en México para lograr la inmunidad de rebaño contra el virus SARS-CoV-2.

- o 100% del personal de salud que trabaja en la atención de la COVID-19.

- o 95% de la población a partir de los 16 años cumplidos.

Algunos de los factores identificados de complejidad para el establecimiento de programas nacionales de vacunación contra la COVID-19 son:

- Problemática de acceso global;
- Limitada producción mundial y falta de marcos de trabajo internacionales que permitan acceso equitativo a todos los países;

- Diferencias en las prioridades de vacunación al interior de cada país;
- Infraestructura nacional para el proceso de recepción, almacenaje y distribución de las diferentes vacunas;
- Infraestructura del programa operativo de vacunación y la vigilancia de eventos adversos, así como la evaluación del impacto de la estrategia de vacunación.

En resonancia con las recomendaciones del GTAV, se han tomado en cuenta cuatro ejes de priorización para la vacunación contra el virus SARS-CoV-2 en México:

1. Edad de las personas;
2. Comorbilidades personales;
3. Grupos de atención prioritaria, y;
4. Comportamiento de la epidemia.

Con base en los resultados de este análisis, los grupos priorizados en orden de prelación son:

1. Personal sanitario que enfrenta COVID-19 (estimado en un millón de personas)
2. Personas adultas mayores:
 - Mayores de 80 años (2,035,415 personas)
 - Personas de 70 a 79 años (4,225,668 personas)
 - Personas de 60 a 69 años (8,199,671 personas)

Mujeres Hombres

5% 10% 15%

pág. 16

Grupos de edad

política rectora de vacunación contra covid-19

3. Personas con comorbilidad o comorbilidades⁸
 - Obesidad mórbida
 - Diabetes mellitus
 - Hipertensión arterial sistémica
 - Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
 - Asma

- Enfermedades cerebrovasculares
 - Infección por VIH
 - Enfermedad renal crónica
 - Estados patológicos que requieren de inmunosupresión
 - Cáncer en tratamiento
4. Personal docente de las Entidades Federativas en semáforo epidemiológico verde.
 5. Resto de la población (mayor a 16 años).

Fuentes:

https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/01/PolVx_COVID_-11Ene2021.pdf