



La comunicación institucional durante la vacunación COVID-19 en España: Un análisis del (in)cumplimiento de la Ley 29/2005 y los principios de comunicación de riesgos

Institutional communication during the COVID-19 vaccination campaign in Spain: An analysis of (non-)compliance with Law 29/2005 and risk communication principles

Jose Antonio Martínez García ¹ <https://orcid.org/0000-0002-7827-1818>

¹ Universidad Politécnica de Cartagena, Cartagena, Murcia, España

Citación: Martínez GJA. La comunicación institucional durante la vacunación COVID-19 en España: Un análisis del (in)cumplimiento de la Ley 29/2005 y los principios de comunicación de riesgos. *ijEPH*. 2025; 8(2): e-13280. Doi: 10.18041/2665-427X/ijeph.2.13280

Recivido: 26 octubre 2025
Revisado: 10 noviembre 2025
Aceptado: 16 noviembre 2025

Publicado: 30 diciembre 2025

Autor de correspondencia: Jose Antonio Martínez García. correo: josean.martinez@upct.es

Conflicto de interés: ninguno declarado

Agradecimientos: El autor agradece la información proveída por las asociaciones de afectados ATEAVA y ADAVaCO, así como los comentarios realizados por Enrique Flores

Resumen

Este artículo analiza críticamente la comunicación institucional del Gobierno de España durante la campaña de vacunación frente a la COVID 19, examinando su ajuste a la Ley 29/2005 de Publicidad y Comunicación Institucional y a los principios de comunicación de riesgos en salud pública. Mediante un análisis documental de campañas oficiales (#YoMeVacunoSeguro), notas de prensa, comparencias y contenidos web corporativos, se estudian los mensajes sobre “seguridad” y “eficacia” de las vacunas y su coherencia con la evidencia científica sobre presentación de riesgos y beneficios.

Los resultados muestran un uso sistemático de fórmulas categóricas (“vacunas seguras y eficaces”) sin contextualización numérica de riesgos, así como una presentación de reducciones relativas del riesgo, omitiendo métricas como la reducción absoluta y el número necesario a tratar. Este encuadre, conocido por inflar la percepción del beneficio clínico, se aleja de las recomendaciones de organismos internacionales que abogan por reconocer explícitamente incertidumbres y eventos adversos para sostener la confianza.

En el plano jurídico, se identifica una asimetría: mientras las campañas formalmente calificadas como publicidad institucional están sujetas a controles específicos, mensajes idénticos difundidos mediante ruedas de prensa o declaraciones políticas quedan fuera de ese régimen, generando un vacío de protección en un contexto de alto impacto sanitario. El artículo concluye que la comunicación institucional priorizó la eficacia persuasiva a corto plazo frente a la transparencia probabilística y propone repensar el estatuto jurídico de la comunicación institucional en emergencias, extendiendo a los mensajes oficiales con contenido fáctico estándares de veracidad, contextualización estadística y rendición de cuentas.

Palabras clave: Covid-19; comunicación institucional; riesgos en salud pública; campañas oficiales de vacunación; seguridad; eficacia; riesgo-beneficio; estatuto jurídico de la comunicación institucional; España.

Abstract

This article critically examines the institutional communication of the Spanish Government during the COVID 19 vaccination campaign, assessing its alignment with Law 29/2005 on Institutional Advertising and Communication and with core principles of risk communication in public health. Through a documentary analysis of official campaigns (#YoMeVacunoSeguro), press releases, public statements and corporate web content, it explores how messages about vaccine “safety” and “efficacy” were framed and how coherent they were with scientific evidence on the presentation of risks and benefits.

The findings show a systematic use of categorical formulas (“safe and effective vaccines”) without numerical contextualization of risks, as well as a predominant reliance on relative risk reduction while omitting metrics such as absolute risk reduction and number needed

to treat. This framing, known to inflate perceived clinical benefit, departs from international recommendations that call for explicit acknowledgment of uncertainties and adverse events in order to sustain trust.

At the legal level, the paper identifies a regulatory asymmetry: while campaigns formally classified as institutional advertising are subject to specific controls, identical messages disseminated through press conferences or political statements remain outside that regime, creating a protection gap in a high impact health context. The article concludes that institutional communication prioritized short term persuasive effectiveness over probabilistic transparency and calls for rethinking the legal status of institutional communication in emergencies, extending to official fact based messages robust standards of truthfulness, statistical contextualization and accountability.

Keywords: Covid-19; institutional communication; public health risks; official vaccination campaigns; safety; efficacy; risk-benefit; legal status of institutional communication; Spain.

Introducción

En España, la Ley 29/2005, de 29 de diciembre, de Publicidad y Comunicación Institucional (LPCI) regula las campañas institucionales de publicidad y comunicación promovidas por la Administración General del Estado y entidades públicas estatales, estableciendo que tales campañas deben respetar principios de interés general, lealtad institucional, veracidad, transparencia, eficacia, responsabilidad, eficiencia y austeridad en el gasto. Aunque esas campañas no se conciben como publicidad comercial en un sentido estricto (no promueven directamente la contratación de bienes o servicios), comparten con la normativa general de publicidad ciertos estándares de veracidad y ética.

Por tanto, aunque la LPCI no es una Ley subordinada a la Leyes: 34/1988, de 11 de noviembre, General de Publicidad (LGP) y a la Ley 3/1991, de 10 de enero, de Competencia Desleal (LCD), su contenido se inspira en buena parte en los mismos principios de protección frente a la publicidad engañosa.

En España, a partir del 27 de diciembre de 2020 se empezó a vacunar a la población contra la COVID-19, enfocándose inicialmente en residentes de centros, de mayores y sanitarios de primera línea. De este modo, la estrategia de vacunación se planificó en etapas temporales, priorizando a los grupos más vulnerables y al personal esencial. A medida que aumentaba la disponibilidad de dosis, se fue descendiendo en edad y riesgo hasta la vacunación masiva que comenzó en junio de 2021.

No obstante, la publicidad institucional del Gobierno español comenzó a desarrollarse en abril de 2021, con diversas campañas en medios de comunicación, en diferentes formatos (cartelería, banners, audio, vídeo). El lema de esa campaña era “Yo me vacuno seguro”, siendo el término “seguro” de capital importancia por sus connotaciones semánticas. El Gobierno, sin embargo, a través de las múltiples plataformas de comunicación corporativa (redes sociales, webs, ruedas de prensa, etc.) estuvo ya desde otoño de 2020 (antes de que se comenzara la vacunación) enviando mensajes contundentes que garantizaban que el inminente proceso vacunal (tras los resultados de los primeros ensayos clínicos de diferentes compañías farmacéuticas) iba a ser seguro y eficaz.

Las vacunas contra la COVID-19 en España produjeron casos graves por los efectos adversos, incluyendo fallecimientos. Según (1) hasta el 31 de diciembre de 2022, se habrían registrado total de 84,650 notificaciones de acontecimientos adversos, lo que correspondería a 76 notificaciones por cada 100,000 dosis administradas. Así, se han constituido diversas asociaciones de afectados como APAVaC19 (Asociación de Personas Afectadas por las Vacunas COVID-19), ATEAVA (Asociación de Trabajadores Esenciales Afectados por la Vacuna AstraZeneca) o ADAVaCo (Asociación de Afectados por las Vacunas Covid-19) (2,3), que agrupan a personas con diagnósticos como miocarditis, trombosis, síndromes neurológicos y otros eventos adversos notificados tras la vacunación.

Un caso paradigmático de la complejidad en el reconocimiento causal lo constituye la encefalomiелitis miálgica (también llamada síndrome de fatiga crónica), un cuadro debilitante y persistente reportado por numerosos afectados. Aunque síntomas aislados como la fatiga y el dolor muscular (mialgia) figuran como efectos muy frecuentes en fichas técnicas como la de Vaxzevria (AstraZeneca), la entidad nosológica completa no está reconocida oficialmente como reacción adversa. Esta desconexión entre la evidencia clínica y el marco regulatorio genera una situación de invisibilidad burocrática: los médicos carecen de la base legal para certificar la causalidad, lo que lleva a diagnosticar estas condiciones como enfermedades idiopáticas, dejando a los pacientes sin

acceso a indemnizaciones. Estas asociaciones denuncian, por tanto, la falta de reconocimiento médico y la dificultad estructural para obtener informes que vinculen causalmente sus condiciones con las vacunas, el espectro de enfermedades autoinmunes, cuadros debilitantes y persistentes reportados por numerosos afectados. Esta dificultad se ve agravada por la lentitud inherente al diagnóstico de patologías autoinmunes, que pueden tardar varios años en ser identificadas, colisionando frontalmente con el marco jurídico de reclamaciones.

En España, la compensación por eventos adversos de las vacunas COVID-19 se rige por el régimen de responsabilidad patrimonial de la Administración (Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público), que exige al ciudadano demostrar una relación causal directa entre el daño sufrido y un funcionamiento anormal del servicio público de vacunación. Esta carga probatoria resulta extremadamente difícil de superar en la práctica, pues la Administración puede alegar que las vacunas se administraron bajo protocolos científicos adecuados, que los eventos adversos eran riesgos conocidos de la actividad sanitaria, o que respondían a reacciones biológicas inherentes al producto y no a negligencia administrativa.

A diferencia de otros países de su entorno como Dinamarca, Francia o Reino Unido (4,5), entre otros. España no estableció un sistema específico de compensación sin culpa para las vacunas COVID-19, trasladando, además, la responsabilidad financiera final al Estado mediante cláusulas de indemnización que fueron incluidas en los contratos con las farmacéuticas. Esta situación se ha reflejado en los tribunales; la primera sentencia que indemnizó a un afectado en España fue dictada el 3 de mayo de 2024, a un paciente que sufrió una trombosis tras haber sido vacunado con la vacuna de Janssen (6). Otras sentencias no firmes han ido produciéndose, pero de forma muy puntual (7).

En este contexto, donde centenares de afectados en España, se enfrentan a una encrucijada entre los plazos legales perentorios y la realidad clínica de enfermedades de diagnóstico complejo y tardío, es pertinente analizar, en qué medida las acciones de comunicación realizadas por los estamentos públicos en España, que presentaron la vacunación como un acto inequívocamente “seguro”, cumplieron con las recomendaciones científicas para transmitir la seguridad y eficacia de las vacunas, y con la legislación vigente en materia de comunicación y publicidad institucional. La simplificación del mensaje institucional, al omitir la naturaleza probabilística del riesgo y las potenciales consecuencias, no solo pudo inducir a error sobre el balance beneficio-riesgo real, sino que agrava las actuales dificultades de los afectados para obtener reconocimiento y reparación.

El mensaje institucional sobre seguridad y eficacia de las vacunas

La comunicación institucional sobre las vacunas frente a la COVID-19 en España empleó de forma reiterada el mensaje de que estas eran “seguras y eficaces”. Desde incluso antes de que se comenzara la vacunación, el Ministro de Sanidad, Salvador Illa, explicaba “países, instituciones, investigadores y compañías de todo el mundo están haciendo un esfuerzo sin precedentes para desarrollar una vacuna segura y eficaz en el menor plazo de tiempo posible” (8), o “en la Unión Europea somos muy garantistas y solo se van a autorizar vacunas que sean seguras y eficaces” (9), y los mensajes institucionales gubernamentales eran claros: “La vacuna es segura, eficaz y su administración será voluntaria y gratuita” (8); y continuó incluso hasta el año 2022, al promocionar la dosis de refuerzo: “las vacunas son seguras y eficaces” (10). Detengámonos brevemente en ambos conceptos.

En cuanto al término “seguro”, la literatura clásica en psicometría del riesgo muestra que es interpretado por el público de manera muy distinta a su significado en el lenguaje regulatorio. Mientras que para las autoridades sanitarias “seguro” designa un producto cuyo balance beneficio-riesgo es claramente favorable, los ciudadanos tienden a asociar la seguridad con la ausencia total de riesgo o con un riesgo que no requiere preocupación, más que con una probabilidad reducida de daño (11).

El Vaccine Education Center at Children’s Hospital of Philadelphia (12) explica bien la definición de “seguro” en riesgo por vacunación. La primera acepción es “que no hace ningún daño”, lo que conllevaría que cualquier consecuencia negativa de una vacuna la haría insegura. Bajo esta acepción, ninguna vacuna es 100% segura. La segunda acepción no implica la ausencia total de daños, sino un balance positivo donde los beneficios poblacionales e individuales exceden a los riesgos conocidos. Y esta es lo que se entiende por “seguro” en el ámbito vacunal, como bien, por ejemplo, recoge la Agencia Europea del Medicamento (13); el estándar general de seguridad se basa en el balance beneficio-riesgo.

En el ámbito de la comunicación de riesgos en emergencias de salud pública, la Organización Mundial de la Salud (14) estableció que, para construir y mantener la confianza, la comunicación de las autoridades debe ser transparente y reconocer explícitamente las incertidumbres asociadas a los riesgos

y a las intervenciones sanitarias. La evidencia indica que la confianza se refuerza cuando no se oculta información negativa y se comunica claramente lo que se sabe y lo que no se sabe en un momento dado. Por tanto, las directrices recomiendan evitar el lenguaje técnico que pueda confundir y priorizar mensajes que, en lugar de ofrecer certezas absolutas prematuras, admitan la evolución del conocimiento científico para evitar que los rumores se establezcan ante la falta de información veraz temprana.

Según el Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades (15), la comunicación efectiva sobre la vacunación debe fundamentarse en la transparencia, donde las autoridades de salud pública informen abiertamente sobre los eventos adversos y las incertidumbres existentes, ya que esta honestidad es el pilar esencial para mantener la confianza pública a largo plazo, incluso si conlleva el riesgo de una reducción temporal en la demanda de vacunas. Para que esta transparencia no derive en una percepción distorsionada del peligro, es crucial que los riesgos se presenten siempre contextualizados junto a los beneficios, apoyándose en visualizaciones de datos, claras y sencillas (como tablas de datos o gráficos) que faciliten a la población, especialmente a aquellos con menor alfabetización numérica, la tarea cognitiva de sopesar ambas variables. Además, para superar las barreras de la frialdad estadística y conectar con el público, se recomienda humanizar la comunicación mediante el uso de narrativas e historias personales que apelen a los valores emocionales, complementando estas estrategias con medidas preventivas contra la desinformación.

Del trabajo de (11) se deriva que el desajuste semántico entre la comunicación institucional y las intuiciones del público puede generar expectativas irreales y erosionar la confianza cuando emergen eventos adversos, incluso si son infrecuentes y esperables desde un punto de vista regulatorio. Además, se explica que expresiones que pretenden comunicar certeza, como “seguro” o “imposible”, no son interpretadas por los receptores como equivalentes a un riesgo cero, sino que su significado se ve modulado por las creencias previas y el nivel de confianza en las fuentes expertas (16). Esto refuerza la idea de que la comunicación de seguridad mediante términos verbales aparentemente unívocos puede inducir interpretaciones alejadas de la intención institucional.

Otros estudios han mostrado que las expresiones verbales de probabilidad, como “raro”, “muy poco frecuente” o “seguro”, producen interpretaciones muy variables y, en ocasiones, sistemáticamente sesgadas, especialmente cuando no se acompañan de cifras numéricas (17,18). En el ámbito sanitario, esta variabilidad puede conducir a una percepción distorsionada de la seguridad de las intervenciones médicas cuando la información se comunica únicamente mediante palabras. La evidencia muestra además que la dirección del mensaje (afirmativa o refutatoria) y el encuadre (ganancia o pérdida) pueden modificar sustancialmente la interpretación de las expresiones de certeza: los mensajes refutatorios como, por ejemplo, “es imposible que ocurra”, tienden a generar mayor sensación de seguridad que sus equivalentes afirmativos (16). En consecuencia, la literatura sobre comunicación del riesgo recomienda complementar las expresiones verbales con formatos numéricos claros, describir tanto la magnitud como la gravedad de los riesgos y, cuando sea relevante, compararlos con riesgos alternativos. Esta combinación minimiza la ambigüedad inherente al lenguaje probabilístico y reduce la probabilidad de que los receptores realicen inferencias desviadas respecto a la intención comunicativa.

El uso de mensajes institucionales que presentan la seguridad como absoluta puede generar efectos contraproducentes cuando, posteriormente, se comunican efectos adversos o se revisan aspectos de la eficacia, como la capacidad de prevenir la transmisión. Puede ocurrir un efecto boomerang: cuanto más absoluto es un mensaje inicial, mayor es la pérdida de credibilidad cuando aparece información que matiza o contradice esa aseveración (14,19).

En conjunto, calificar una intervención sanitaria como “segura” sin contextualizar numéricamente sus riesgos constituye una práctica comunicativa problemática. Para una transparencia real y para preservar la confianza a largo plazo, las instituciones deberían adoptar mensajes que reflejen explícitamente probabilidades y las incertidumbres propias de cualquier intervención biomédica.

Aunque no todas las acciones institucionales emplearon el término “seguro” de manera absoluta, sí lo fue con la gran mayoría, y lo hicieron con una gran contundencia. Por ejemplo, el presidente del Gobierno, Pedro Sánchez, el 13 de abril de 2021, en comparecencia pública defendió que todas las vacunas que se estaban administrando contaban con todas las garantías de seguridad, pero apostillando que el “análisis del riesgo-beneficio está absolutamente desequilibrado en favor del beneficio” (20). Sin embargo, apenas 7 días antes, el 6 de abril de 2021, de nuevo en comparecencia pública, Sánchez se refirió a las 4 vacunas (Pfizer, Moderna, AstraZeneca y Janssen) con la siguiente frase: “Las cuatro vacunas son seguras. Sin ninguna duda” (21).

En cuanto al término “eficaz”, al igual que ocurre con la seguridad, la eficacia vacunal no es un valor

binario sino una variable compleja que depende del objetivo clínico que se mida: la capacidad de prevenir la infección, la transmisión a terceros, o de evitar la enfermedad grave y la muerte.

La Reducción Relativa del Riesgo (RRR) y la Reducción Absoluta del Riesgo (RAR) son dos métricas complementarias utilizadas para interpretar la eficacia de una intervención sanitaria. La RRR indica cuánto disminuye el riesgo en el grupo tratado en relación con el grupo control, es decir, cuánto menor es la probabilidad de enfermar entre quienes reciben la intervención comparada con quienes no la reciben. Por su parte, la RAR expresa cuánta reducción total del riesgo se obtiene en la población estudiada, mostrando la diferencia directa en puntos porcentuales entre ambos grupos. Mientras la RRR captura el efecto proporcional de la intervención entre quienes están en riesgo, la RAR refleja su impacto real a nivel poblacional, que depende tanto de la eficacia biológica como de la incidencia basal de la enfermedad.

Aplicadas, por ejemplo, al ensayo clínico de la vacuna de Pfizer-BioNTech contra la COVID-19 (22), estas medidas ofrecen perspectivas complementarias. La RRR se calcula comparando la incidencia de COVID-19 entre los grupos vacunado y placebo (95%), una cifra que comunica una elevada eficacia relativa. Sin embargo, la RAR es de 0.84%, indicando el beneficio total observado en la población estudiada. A partir de esta RAR puede estimarse que serían necesarias aproximadamente 119 vacunaciones (1/0.0084) para prevenir un caso de COVID-19 que se produciría sin vacunación, lo que se conoce como número de personas a tratar (NNT). Esta distinción es esencial: la RRR describe el efecto biológico de la vacuna en quienes habrían sido susceptibles, mientras que la RAR permite valorar su impacto en salud pública. El NNT se reduce en contextos de alta transmisión, como la fase aguda de la pandemia, evidenciando que el RRR mide la eficacia biológica mientras el RAR y el NNT son métricas que dependen más del estado epidemiológico de la población. Por tanto, reportar solo RRR oculta esta distinción crucial.

Muy unido al concepto de eficacia es el de efectividad vacunal, que es el rendimiento real de una vacuna en condiciones cotidianas, y se estima comparando la incidencia de enfermedad entre personas vacunadas y no vacunadas en contextos reales de transmisión, comportamiento y cobertura. Aunque conceptualmente distinta de la eficacia, que se obtiene en ensayos clínicos controlados, la efectividad utiliza la misma métrica básica que la eficacia, es decir, la RRR, porque lo que se compara es la proporción de casos entre ambos grupos, no la diferencia absoluta.

La literatura científica ha documentado extensamente que la métrica utilizada para comunicar la eficacia vacunal determina radicalmente la percepción de beneficio. Gigerenzer & Edwards (23) establecieron que la RRR puede constituir un marco engañoso si se presenta aislado, ya que, por ejemplo, los individuos interpretan sistemáticamente un 95% de eficacia como inmunidad casi total, ignorando la incidencia basal. Esta distorsión cognitiva no afecta solo a legos: estudios, demostraron que incluso médicos experimentados asignan mayor peso terapéutico a intervenciones presentadas exclusivamente mediante RRR, inflando la percepción de eficacia clínica (24,25). Olliaro et al. (26), acusaron la omisión de estas métricas como “el elefante (no) en la habitación”, señalando que el RRR por sí solo puede inflar la percepción de beneficio y reivindicando el reporte del RAR. Blastland et al. (27), insisten en que la comunicación de evidencia debe siempre ser informativa, no persuasiva.

Sin embargo, la comunicación institucional en España justo antes de comenzar el proceso de vacunación se centró en los datos de RRR. Por ejemplo, el 10 de noviembre de 2020: “Del análisis de estos datos preliminares es de donde extrae el laboratorio que la eficacia vacunal es del 90% tal como se publicó” (28); el 24 de noviembre de 2021: “La CE ha negociado durante las últimas semanas la compra centralizada de esta vacuna, para la que, a la espera de que finalice el ensayo, los datos intermedios de la fase III muestran un 95% de eficacia. El pasado mes de agosto, España ya se sumó a la compra centralizada de vacunas de la compañía AstraZeneca, que ayer lunes anunció que su vacuna es efectiva en al menos el 70% de los casos” (29); en enero de 2021, sobre la autorización de la vacuna de Moderna: “el ensayo clínico ha contado con la participación de más de 30,000 personas y ha demostrado una eficacia del 94.1%” (30).

La simplificación del mensaje institucional incurrió en otra omisión técnica relevante: la supresión sistemática de los intervalos de confianza o de credibilidad, según se emplee un enfoque frecuentista o bayesiano. La normativa internacional para el reporte de evidencia clínica, cristalizada en la Declaración CONSORT 2010 (31), exige que cualquier estimación de eficacia se acompañe de su medida de precisión para reflejar el margen de error estadístico inherente al ensayo. En el contexto de las vacunas COVID-19 (32) advirtieron que la validez de los resultados dependía no de la cifra puntual de eficacia, sino de que el límite inferior de su intervalo de confianza superara el umbral del 30%. Para el caso del ensayo clínico de la vacuna de Pfizer-BioNTech, el 95% reportado reiteradamente por la comunicación institucional en España debía ir acompañado de los intervalos de confianza o credibilidad asociados que se publicaron en el ensayo clínico correspondiente (22). Así los intervalos de credibilidad fueron: (90.3%-97.6%) para

individuos que no habían desarrollado COVID al menos 7 días después de recibir la segunda dosis y sin evidencia de infección previa. Los intervalos de confianza pueden computarse más fácilmente si empleamos el método de (33), arrojando resultados similares (90.3%-97.6%). Sin embargo, la comunicación pública del Gobierno transformó estimaciones estadísticas en valores absolutos y fijos. Al eliminar el intervalo, se eliminó la incertidumbre, presentando una estimación probabilística como una garantía inmutable. Esos intervalos de confianza han de ser computados también para el RAR y el NNT.

Al suprimir estos intervalos de confianza, el discurso oficial despojó a la ciudadanía de la capacidad para calibrar la solidez real del beneficio prometido. La transformación de una cifra aislada (ej. 95%) en un dogma carente de su inherente margen de incertidumbre, supuso reemplazar el carácter tentativo y probabilístico de la investigación clínica por una seguridad aparente, más cercana al lenguaje del marketing que al de la ciencia. Este enfoque simplificador, unido al énfasis en reportar la RRR y la consiguiente omisión de la RAR y el NNT, dio forma a un relato de la eficacia que, priorizando el objetivo de la adhesión inmediata, eclipsó los parámetros necesarios para una evaluación ponderada de riesgos y beneficios, alejándose así de los estándares de una comunicación científica rigurosa

Es preciso reconocer, no obstante, una variable contextual que podría explicar parcialmente esta simplificación comunicativa: el bajo nivel de alfabetización estadística de la población general e incluso de la comunidad experta. Existe amplia evidencia sobre la dificultad generalizada para comprender e integrar conceptos probabilísticos y numéricos en la toma de decisiones de salud (34). Más relevante aún es que la incompreensión de métricas de incertidumbre, como los intervalos de confianza, no es exclusiva del público lego; constituye un fenómeno prevalente incluso entre investigadores activos. Se ha demostrado que una mayoría de investigadores y estudiantes de doctorado suscriben interpretaciones falaces sobre los intervalos de confianza, confundiendo con rangos de probabilidad bayesianos o descriptivos (35). De hecho, ya se había alertado previamente de que incluso autores de publicaciones científicas experimentan dificultades severas para interpretar visualmente las barras de error (36). Esta realidad de analfabetismo de experto sugiere que la comunicación de la incertidumbre enfrenta barreras epistémicas profundas. Sin embargo, la dificultad de comprensión no legitima la supresión del dato, sino que exige un mayor esfuerzo pedagógico para traducir la incertidumbre en formatos visuales comprensibles, en lugar de sustituirla por una falsa certeza determinista.

En conjunto, tanto la seguridad como la eficacia fueron presentadas como atributos binarios y absolutos (“seguras y eficaces”) cuando la evidencia científica exige comprenderlas como dimensiones probabilísticas, multidimensionales y sujetas a incertidumbre. La comunicación pública española incurrió en el mismo error semántico para ambos conceptos: asumir que mensajes contundentes y simplificados paliarían la duda ciudadana, cuando la literatura en psicometría del riesgo y comunicación de emergencias muestra que tal estrategia fragiliza la confianza a medio plazo. La omisión de riesgos absolutos, intervalos de confianza y contexto epidemiológico no fue una cuestión de formato, sino una elección político-comunicativa que priorizó la persuasión inmediata sobre la transparencia sustantiva.

Campañas institucionales para promover la vacunación contra la COVID-19

La LPCI se aplica exclusivamente a las campañas institucionales. Para que una acción comunicativa sea considerada una campaña y, por tanto, esté sometida a los controles de veracidad y lealtad institucional, debe implicar generalmente la compra de espacios publicitarios (televisión, radio, prensa, internet) o la contratación de servicios creativos externos.

Una rueda de prensa o una comparecencia pública se considera actividad informativa o de relación con los medios. No implica la compra de un espacio (los medios acuden y retransmiten voluntariamente por interés periodístico). Por lo tanto, cae fuera del ámbito de aplicación de la LPCI.

La LPCI establece que la publicidad institucional debe limitarse estrictamente a la función ejecutiva (informar, alertar y servir al ciudadano) y abstenerse de la función política (persuadir ideológicamente o autopromocionarse). El artículo 12 de la LPCI obliga al Gobierno, a través de la Comisión de Publicidad y Comunicación Institucional, a elaborar un Plan Anual de Publicidad y Comunicación que debe incluir todas las campañas de la Administración General del Estado y sus entidades. En este plan se detallarán los objetivos, coste, duración, herramientas, mensajes y destinatarios de cada campaña. Este Plan requiere la aprobación del Consejo de ministros dentro del mes de enero de cada año.

Según la Comisión de Publicidad y Comunicación (37,38,39), las campañas relacionadas con la vacunación contra el COVID fueron las siguientes:

- 2021: Informar al personal sanitario y a la población general sobre el desarrollo, la autorización, los procedimientos de adquisición, la distribución y la utilización de las vacunas COVID-19 en

las diferentes etapas de disponibilidad de estas, estableciendo sinergias con actores clave en la vacunación y transmisión de información veraz contando con la participación de asociaciones de profesionales. Coste: 10,800,000 euros.

- 2022: Campaña de Promoción de la Vacunación y Prevención frente a la COVID-19. Coste: 3,000,000 euros.
- 2023: Promocionar los beneficios de la vacunación frente a la gripe estacional, COVID-19 y otros virus respiratorios entre los grupos de población diana. Asimismo, promocionar la vacunación entre los trabajadores sanitarios. Coste: 120,000 euros.

Sin duda la campaña más importante fue la primera, la de 2021. El 28 de diciembre de 2020 se adjudicó por vía de emergencia el contrato a la empresa especializada Contrapunto BBDO S.A. (40). El 16 de abril de 2021 se puso en marcha (41), y en esa nota de prensa que publicaba el Ministerio se decía textualmente lo siguiente:

Se trata de tres spots publicitarios de 20 segundos, que se difundirán entre los días 16 de abril y 2 de mayo, que hacen hincapié en los beneficios de las vacunas.

Dicha campaña, que llegará a la población a través de televisión, radio, prensa y mupis, recoge los testimonios de tres personas: Vera Rodríguez, enfermera, Sonia Zúñiga, viróloga y Juan Contreras, jubilado.

La primera explica que “lo más duro del COVID ha sido tener que vivir cómo la gente ha estado tan sola” y recuerda que “los pacientes no nos veían la cara, estaban solos, enfermado solos, muriéndose solos. Muy duro”. Por ello, hace hincapié en que “nos tendríamos que vacunar todos en cuanto nos toque”. Ella lo tiene claro: “Me vacuno por mis pacientes y mis compañeros, por no ser un vehículo de contagio”.

Por su parte Sonia Zúñiga afirma que “las vacunas son seguras al igual que cualquier otra vacuna que ha llegado a la población” y argumenta que “se han desarrollado tan rápido porque los medios humanos y técnicos y el conocimiento científico que tenemos ahora no lo teníamos antes”.

Juan Contreras subraya que “lo que echo mucho de menos a mis nietos y a Manuel el primero, el más chiquitín. Te abraza, te dice: eres el mejor abuelo... ¡del mundo, abuelo!”. Y señala que “las vacunas nos protegen de muchas cosas. Nadie se muere de polio, ni de viruela”. El lo tiene claro: “En cuanto me llamen me pongo la vacuna y es lo que teníamos que hacer todo el mundo”.

En la web <https://www.sanidad.gob.es/campannas/campanas21/YoMeVacunoSeguro/materiales.htm> se pueden acceder a todos los materiales de la campaña (donde también se incluían testimonios de dos personas más, categorizados como “joven” y “adolescente”), siempre bajo el lema “Yo me vacuno seguro” y nunca mencionando los conceptos de beneficio/riesgo, ni la incertidumbre asociada a los datos reportados por los ensayos clínicos.

Por tanto, el mensaje central era inequívoco: seguridad. Además, se incidía en la necesidad de que todos lo hiciéramos, ornamentando esos mensajes desde la perspectiva emocional, tan empleada en marketing.

En noviembre de 2022, se publicó la campaña enfocada a la promoción de la segunda dosis de recuerdo. Los materiales de la campaña pueden consultarse en: <https://www.sanidad.gob.es/campannas/campanas22/2olaVacunacionCovid/materiales.htm>. El objetivo de esta campaña eran personas de 60 años o más o pertenecientes a un grupo vulnerables. Bajo el lema “hay recuerdos que nos dan vida”, se comunicaba “ponte la dosis de recuerdo frente a la COVID-19 y sigue con tu vida”. En el vídeo correspondiente se especificaba: “las vacunas frente a la COVID-19 son efectivas para las recientes variantes del virus”, y de nuevo se enmarcaba el mensaje en un estadio emocional en el que se enfatizaban las imágenes de felicidad al poder “seguir con tu vida”.

De este modo, en 2022 ya no se utilizaba en ningún momento el concepto de “seguridad”, pero sí aparecía el de “efectividad”, de nuevo sin ninguna matización sobre el significado clínico de ese término.

En 2023, la campaña se inició en septiembre, y se englobó dentro de un mensaje global sobre vacunas, con el lema “cada vacuna a su tiempo”. Los materiales de la campaña se encuentran en: <https://www.sanidad.gob.es/campannas/campanas23/VacunacionEstacional/materiales.htm>. En el vídeo de la campaña

aparecía (en animación) una doctora que decía que “de pequeña odiaba las vacunas, pero ahora soy la primera en ponérmelas, porque cuido mi salud y la de todos. A mis pacientes les explico el calendario de vacunación y sus beneficios (aparece entonces una imagen aludiendo a la gripe, el COVID-19, el neumococo, el herpes zóster, el tétanos y la difteria), sobre todo a los mayores. Las vacunas son seguras. Recomendarlas es nuestra responsabilidad”.

En consecuencia, en 2023, se volvía al mensaje contundente de “las vacunas son seguras”, en este caso no solo sin las matizaciones pertinentes (como ya se ha descrito en este artículo), sino englobando a varias vacunas en el mismo mensaje, como si esas vacunas no tuvieran un perfil de seguridad y eficacia diferente.

No obstante, conviene también mencionar que, el 21 de diciembre de 2020, antes de que se comenzara con la vacunación y con las campañas gubernamentales descritas, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMP) lanzó una campaña de concienciación sobre las garantías de las vacunas frente a la COVID-19, con el lema “vacunas con garantías” (42). En el vídeo, se entrevistaba a dos técnicos de la agencia, y se decía: “Y lo que tenemos que tener muy claro es que cualquier vacuna que presente un problema de seguridad no se va a autorizar ya que el beneficio debe superar siempre al riesgo en todas las fases de desarrollo”. Pero al mismo tiempo: “Esta suma global de esfuerzos es lo que está permitiendo acortar los plazos y que la vacuna llegue a toda la población con garantías de calidad, seguridad y eficacia”. “Mientras que no estemos todos protegidos no lo estaremos ninguno”.

En definitiva, el análisis de estas campañas revela una estrategia comunicativa caracterizada por el inmovilismo retórico y la simplificación técnica. A pesar de la evolución del conocimiento científico y del cambio en el contexto epidemiológico entre 2021 y 2023, la publicidad institucional se mantuvo anclada en la apelación emocional y la afirmación de seguridad, obviando cualquier matiz sobre los balances beneficio-riesgo. Esta tendencia culminó en la campaña de 2023 con una homogeneización discursiva problemática: al equiparar implícitamente la vacuna COVID-19 con inmunizaciones históricas y de perfiles muy distintos (como el tétanos o la difteria) bajo un mismo paraguas de seguridad, la Administración no solo desdibujó las diferencias farmacológicas y de evidencia entre productos, sino que priorizó la persuasión publicitaria sobre la pedagogía sanitaria necesaria para un consentimiento verdaderamente informado.

Las declaraciones institucionales

Las campañas institucionales descritas no estaban aisladas. Como también se ha explicado, eran un brazo más de los múltiples recursos comunicativos gubernamentales (comparecencias públicas, notas de prensa, noticias en las webs corporativas, etc.). Por tanto, hay que mirar de forma integrada todos los aspectos comunicativos para poder entender que los mensajes no existen separadamente, sino que son la muestra de una estrategia que se manifiesta en diferentes canales comunicativos.

El debate sobre si las declaraciones institucionales o corporativas constituyen publicidad regulable o discurso protegido tampoco es nuevo. En la teoría de la comunicación comercial estadounidense, la cuestión se articula en torno a la distinción entre “commercial speech” y “noncommercial speech”, con estándares de protección distintos bajo la Primera Enmienda. En marketing y derecho de la publicidad existen casos paradigmáticos que ilustran cómo las fronteras entre la defensa reputacional en el espacio público y la publicidad sujeta a veracidad son porosas y litigiosas (43).

Un ejemplo clásico es *Kasky v. Nike, Inc* (44), en el que en 1998 un activista demandó a Nike por prácticas engañosas al amparo de la legislación californiana de competencia desleal, alegando que la empresa difundió información falsa o incompleta sobre las condiciones laborales en su cadena de suministro global. Nike defendió que sus comunicados eran contribuciones a un debate público de interés general y, por tanto, discurso no comercial protegido; sin embargo, el Tribunal Supremo de California sostuvo que mensajes dirigidos por un emisor comercial a públicos relevantes, que contienen afirmaciones de hecho sobre sus propias operaciones con finalidad promocional, constituyen “commercial speech” y pueden ser sancionados si son falsos o engañosos. El litigio se cerró finalmente mediante un acuerdo extrajudicial, de modo que la cuestión constitucional de fondo (el alcance de la protección del “corporate political speech” cuando incorpora afirmaciones factuales sobre las propias prácticas) quedó sólo parcialmente resuelta en la jurisprudencia federal.

La litigación posterior con grandes corporaciones ha reforzado una idea central: la protección constitucional no alcanza a las declaraciones corporativas que son clara y deliberadamente falsas. No obstante, en *United States v. Philip Morris USA Inc* (45), los tribunales federales concluyeron que las tabaqueras habían desarrollado durante décadas una estrategia coordinada para negar de forma

fraudulenta los riesgos del tabaco y la adicción a la nicotina, utilizando campañas públicas, notas de prensa y documentación “científica” para crear una apariencia de controversia donde existía consenso. El tribunal de apelación rechazó expresamente la defensa basada en la Primera Enmienda, subrayando que no estaban ante errores accidentales u opiniones controvertidas, sino ante un patrón sistemático de afirmaciones que las compañías sabían falsas y emitían con intención de engañar, lo que las sitúa fuera del ámbito de la libertad de expresión protegida. Este principio podría ser trasladable a otros actores: cuando una corporación o un gobierno omite o distorsiona datos verificables con el objetivo de reforzar una imagen de seguridad o certeza infundada, se desplaza del terreno del discurso de interés público al de la comunicación comercial engañosa y potencialmente sancionable.

En el contexto europeo, el tratamiento de las declaraciones institucionales de las empresas ha evolucionado hacia una responsabilidad objetiva de veracidad en toda afirmación verificable sobre la propia actividad, incluida su dimensión social o ética. La actividad supervisora de autoridades como la Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato (AGCM) italiana en el caso de Armani Group (46) muestra cómo los mensajes sobre cumplimiento normativo, sostenibilidad o respeto a los derechos laborales se consideran “prácticas comerciales” a efectos de la Directiva 2005/29/CE, siempre que puedan influir en decisiones de consumo. En la UE el eje del debate no es tanto la frontera entre discurso político y comercial, sino si cualquier representación factual sobre la conducta empresarial (incluido el impacto social, ambiental o ético) debe someterse a los mismos estándares de veracidad y prueba que la publicidad clásica, con independencia del formato (informes, códigos éticos, campañas institucionales o etiquetado).

Sin embargo, al trasladar este rigor al ámbito de la comunicación institucional de los poderes públicos aparece una asimetría regulatoria relevante. La Directiva 2005/29/CE está diseñada para disciplinar las prácticas comerciales de operadores económicos frente a consumidores y no se aplica por defecto a la publicidad o los mensajes persuasivos emitidos por administraciones y gobiernos, que suelen regirse por regímenes sectoriales de transparencia, buen gobierno o derecho electoral. Existen, no obstante, experiencias en las que los estándares de veracidad y no engaño se han proyectado explícitamente sobre la comunicación gubernamental: en el Reino Unido, la Advertising Standards Authority (47) ha sometido reiteradamente las campañas públicas a los mismos criterios que la publicidad comercial, llegando a prohibir en 2010 anuncios de la campaña “Act on CO2” del Gobierno británico por exagerar los riesgos del cambio climático sin respaldo suficiente en la evidencia disponible (48). Este tipo de decisiones abre un espacio doctrinal para replantear la categoría de “discurso institucional” de gobiernos y autoridades sanitarias: cuando sus mensajes contienen afirmaciones de hecho, dirigidas a la ciudadanía con finalidad persuasiva y capaces de influir en conductas de consumo o de salud, las razones para no aplicarles estándares semejantes a los de la publicidad engañosa se vuelven cada vez más difíciles de justificar desde la perspectiva de la protección del público.

En el contexto español y europeo, la regulación distingue con nitidez entre la “publicidad y comunicación institucional” en sentido estricto y el resto del discurso institucional ordinario (ruedas de prensa, comparencias, intervenciones en medios). Normas como la LPCI en España se aplican a campañas planificadas y formalizadas, es decir, spots, cuñas, inserciones, soportes digitales específicos, sobre las que existen procedimientos de control, prohibición y rectificación cuando vulneran principios de veracidad, neutralidad política o adecuación a fines de interés general. Sin embargo, el mismo mensaje, si se formula en una rueda de prensa o en una comparencia parlamentaria, se desplaza fuera de ese marco y queda sometido casi exclusivamente al control político o mediático.

Esta asimetría configura un vacío normativo relevante: mientras que para operadores privados cualquier afirmación engañosa en una campaña sanitaria puede activar los mecanismos de la normativa de prácticas comerciales desleales o de publicidad engañosa, para los poderes públicos, en cambio, buena parte de las declaraciones institucionales se consideran simples medidas informativas sin un régimen específico de responsabilidad, pese a su impacto potencialmente igual o mayor sobre las decisiones de salud de la ciudadanía. La doctrina sobre desinformación gubernamental ha subrayado que el derecho ha sido históricamente “silencioso” respecto a la comunicación activa del Estado, amparándose en la idea de transparencia y en la supuesta inocuidad de las medidas informativas, hasta que estas se convierten en propaganda electoral o regulan de facto el comportamiento económico. Sin embargo, este diagnóstico del vacío normativo no implica una justificación del statu quo; como argumentan (49), la solución requiere aplicar a la comunicación estatal los mismos estándares de proporcionalidad, verificación y monitoreo continuo que rigen la publicidad comercial, reconociendo que la información gubernamental es un bien público que, una vez difundido, no puede ser retractado y cuya incorrección erosiona la confianza democrática de manera irreversible.

En el ámbito sanitario, este vacío se vuelve especialmente problemático. Los datos del Parlamento

Europeo revelan que, aunque más del 50% de la población busca información de salud online, más del 30% de los adultos mayores presenta bajas o nulas habilidades digitales para evaluarla, y solo alrededor del 25% verifica sistemáticamente la veracidad de las fuentes. Esta limitada capacidad crítica dificulta la distinción entre distintos canales institucionales (campañas, notas de prensa, webs oficiales o ruedas de prensa), generando un flujo de información que orienta decisiones de riesgo, aceptación de intervenciones médicas y adhesión a medidas restrictivas. A ello se suma que la confianza en las campañas de salud pública se erosiona cuando se perciben contradicciones entre los mensajes oficiales y la experiencia vivida, o cuando portavoces institucionales formulan expectativas sobre eficacia o seguridad que luego resultan infundadas, sin que exista un cauce claro de rendición de cuentas equiparable al previsto para la publicidad engañosa (50).

En suma, mientras que el sector privado opera bajo un estándar de responsabilidad objetiva por afirmaciones engañosas en salud, los poderes públicos conservan una amplia zona de inmunidad cuando utilizan formatos no calificados jurídicamente como publicidad, a pesar de que sus mensajes contribuyen al mismo ecosistema informativo y pueden generar los mismos daños que se pretende evitar en la regulación de la desinformación en salud. De ello se desprende la necesidad, al menos en términos académicos, de repensar el estatuto jurídico de la comunicación institucional en contextos de alto impacto sanitario, explorando soluciones como la extensión del concepto de comunicación institucional más allá de las campañas formales o la creación de figuras específicas de comunicación institucional engañosa sujetas a mecanismos ágiles de control y rectificación.

La publicidad engañosa

El sistema español de control de la publicidad engañosa puede entenderse como el resultado de la interacción entre la LGP y la LCD.

En primer lugar, el principio general se recoge en el artículo 4 LCD, la denominada cláusula general, que reputa desleal “todo comportamiento que resulte objetivamente contrario a las exigencias de la buena fe”. Sobre esta base, el artículo 5 LCD (“Actos de engaño”) concreta la figura prohibida, calificando como desleal la conducta que contenga información falsa o que, aun siendo veraz, por su contenido o presentación induzca o pueda inducir a error a los destinatarios y sea apta para distorsionar su comportamiento económico. La LGP, por su parte, configura el estatuto general de la actividad publicitaria, declara ilícita la publicidad engañosa en su artículo 3 y, tras las reformas de adaptación al Derecho de la UE, remite a la LCD y a la normativa de prácticas comerciales desleales para la definición material, conservando un papel central en la ordenación de las acciones de cesación, rectificación y responsabilidad.

El elemento más garantista se sitúa en el artículo 4.3 LCD, que introduce una perspectiva específica para la protección de colectivos vulnerables. Frente al tradicional estándar del “consumidor medio”, la norma dispone que, cuando una práctica comercial se dirija a un grupo claramente identificable de consumidores especialmente vulnerables, en particular por su edad, discapacidad o credulidad, la apreciación de la deslealtad se efectuará desde el prisma del “miembro medio de ese grupo”. Este desplazamiento del punto de vista impide a las empresas ampararse en lo que entendería un ciudadano abstracto, obligándolas a modular el diseño y la intensidad de sus mensajes a la capacidad de comprensión real del público al que efectivamente se dirigen o alcanzan (por ejemplo, personas mayores o pacientes con patologías crónicas).

Aun así, el sistema no prohíbe toda exageración retórica. El artículo 4.3 de la LCD aclara que la prohibición de los actos de engaño no se extiende a “la práctica publicitaria habitual y legítima de efectuar afirmaciones exageradas o respecto de las que no se pretenda una interpretación literal”, lo que la doctrina suele equiparar al concepto anglosajón de puffery. El ordenamiento traza así una línea entre la hipérbole evidente, que un destinatario razonable no tomará como dato verificable, y aquellas inexactitudes u omisiones que, por su contenido o contexto, son idóneas para desnaturalizar la decisión económica real. En suma, no se exige una exactitud literal aséptica, sino una veracidad material y, sobre todo, la ausencia de explotación abusiva de la asimetría informativa o de la vulnerabilidad del destinatario bajo la apariencia de certeza.

En este punto, resulta pertinente recordar que la LPCI impone a las campañas institucionales los principios de veracidad, transparencia y responsabilidad, lo que obliga a la Administración a mantener estándares especialmente estrictos en su comunicación pública. Esta exigencia cobra relevancia si se tiene en cuenta que, como advierte la literatura sobre intervenciones conductuales, cuando el Estado emplea técnicas de persuasión inspiradas en el marketing o en la psicología conductual (los denominados nudges) deja de operar como un mero informador neutral para actuar como un agente con capacidad de influir en las decisiones ciudadanas (51,52). Desde esta perspectiva, si la Administración

adopta métodos propios de la publicidad persuasiva, debería quedar sometida, al menos, a los mismos estándares de veracidad y de prohibición del engaño que rigen para los operadores privados bajo la LCD y la LGP, pues cualquier desviación podría aproximar la comunicación institucional a formas de publicidad engañosa prohibidas en el ordenamiento. En suma, la convergencia entre las obligaciones de veracidad de la LPCI y las categorías jurídicas de la publicidad engañosa refuerza la necesidad de preservar un espacio comunicativo público libre de distorsiones, especialmente cuando el emisor es un poder público dotado de autoridad y capacidad de influencia estructural.

Conclusión

La comunicación institucional española sobre la vacunación contra la COVID-19 exhibió una tensión irresuelta entre los imperativos de salud pública y los principios de transparencia normativa. Si bien la estrategia desplegada probablemente maximizó la cobertura vacunal en el corto plazo, su diseño comunicativo presentó deficiencias sistemáticas que cuestionan su adecuación a la LPCI y a las evidencias científicas en comunicación de riesgos.

En primer lugar, el mensaje corporativo “seguras y eficaces” adoleció de los matices necesarios para ser considerado veraz y transparente. “Seguro” se difundió sin la contextualización numérica de riesgos que la literatura en psicometría del riesgo exige para evitar la interpretación coloquial de inocuidad. Esta omisión contravino las directrices de la OMS y el ECDC sobre transparencia, y resultó incompatible con la noción regulatoria de beneficio-riesgo que inspiran los conceptos de veracidad y transparencia de la LPCI. Paralelamente, la comunicación de “eficacia” se limitó a reportar la RRR sin acompañarla de la RAR y la NNT, ni los intervalos de confianza, tal como indica la Declaración CONSORT. Esta simplificación técnica, documentada como framing engañoso privó a la ciudadanía de los elementos esenciales para una evaluación ponderada y un consentimiento informado genuino.

En segundo lugar, el análisis normativo revela una asimetría regulatoria estructural. La LPCI somete a control las campañas formalizadas (spots, contratos publicitarios), pero excluye del escrutinio las declaraciones institucionales equivalentes: ruedas de prensa, comparencias y webs corporativas. Este diseño dual genera un vacío de responsabilidad: el mismo mensaje persuasivo recibe tratos jurídicos divergentes según el canal, configurando una inmunidad normativa para el discurso institucional no publicitario. Experiencias comparadas (ASA en Reino Unido; doctrina post-Kasky en EEUU) muestran que cuando un emisor con autoridad difunde afirmaciones factuales verificables con capacidad de influir en decisiones de los individuos, la distinción entre “publicidad” e “información” resulta artificial y desprotege a los destinatarios, lo que vulneraría la LGP.

Finalmente, la convergencia entre estas omisiones técnicas y el vacío normativo sitúa la comunicación institucional en el borde de la licitud material. Bajo el artículo 5.1 de la LCD, una práctica que, siendo veraz en su sustancia, induce a error por omisión de información materialmente relevante constituye un acto de engaño. La eliminación sistemática de incertidumbres (intervalos de confianza) y métricas poblacionales (RAR, NNT) puede encajar en esta figura, especialmente cuando se dirige a públicos con capacidad limitada de evaluación crítica. Ese efecto boomerang, donde la certeza inicial se vuelve en contra cuando llegan las adversidades, demuestra que ocultar información para convencer, erosiona la confianza institucional en lugar de fortalecerla.

En definitiva, este trabajo concluye que la comunicación institucional española durante la campaña de vacunación contra la COVID-19, analizada de forma integral, transitó por el límite de la licitud. Si bien su objetivo último de proteger la salud pública era legítimo, los medios empleados, es decir, la simplificación de conceptos científicos probabilísticos, la omisión de información crucial sobre riesgos e incertidumbres, y la explotación de un marco legal fragmentado, priorizaron la eficacia persuasiva a corto plazo sobre los principios de transparencia y veracidad. Esta estrategia no solo pudo constituir una práctica engañosa por omisión en los términos contemplados en la legislación de competencia desleal, sino que, a la larga, ha podido contribuir a socavar el activo más valioso en una crisis sanitaria: la confianza de la ciudadanía en sus instituciones. Se aboga, por tanto, por una urgente reflexión que lleve a una reformulación del estatuto jurídico de la comunicación institucional en contextos de emergencia, equiparando su rigor veraz al exigido a los operadores privados y alineándola de forma inequívoca con las evidencias científicas más robustas en comunicación de riesgos.

Referencias

1. AEMPS. 19º Informe de farmacovigilancia sobre vacunas COVID-19; 2023. Citado 2025 Oct 26. Disponible en: <https://www.aemps.gob.es/informa/19o-informe-de-farmacovigilancia-sobre-vacunas-covid-19/>

2. de Rivera LG. Un informe de Sanidad recoge 14.000 efectos graves y 500 desenlaces mortales tras las vacunas contra la covid. Público; 2023. Citado: 2025 Oct 26; Disponible en: <https://www.publico.es/sociedad/informe-sanidad-recoge-14-000-efectos-graves-500-desenlaces-mortales-vacunas-covid.html>
3. Vera JA. Los afectados por la covid se sienten abandonados. La Razón; 2025. Citado: 2025 Oct 26; Disponible en: https://www.larazon.es/salud/afectados-covid-sienten-abandonados_20250601683b9939812a8f1e6a0c2cf1.html
4. Chu CF, Chang TH, Ho JJ. Comparative analysis of fourteen COVID-19 vaccine injury compensation systems and claim approval rates. *Vaccine*. 2025; 52: 126830. doi: 10.1016/j.vaccine.2025.126830.
5. University of Oxford. Global summary. Covid-19 vaccine no fault compensation schemes. s.f. Citado: 2025 Oct 26. Disponible en: <https://www.law.ox.ac.uk/sites/default/files/2023-03/Covid-19%20NFCS%20-%20Global%20Summary.pdf>
6. Vorlegal. Primera Sentencia que indemniza a afectado por efectos adversos de la vacuna del Covid-19. ¿Cuándo se puede reclamar?; 2024. Citado: 2025 Nov 26. Disponible en: <https://vorlegal.com/2024/primera-sentencia-que-indemniza-a-afectado-por-efectos-adversos-de-la-vacuna-del-covid-19-cuando-se-puede-reclamar/>
7. Sánchez F. Nueva sentencia contra la vacuna del covid: ¿Policía y profesores podrán reclamar secuelas como accidente laboral? El Confidencial; 2025. Citado 2025 oct 26; Disponible en: https://www.elconfidencial.com/bienestar/2025-06-11/reguero-de-sentencias-contra-las-vacunas-del-covid_4149173/
8. La Moncloa. El Gobierno presenta la Estrategia de Vacunación COVID-19; 2020. Citado 2025 oct 26. Disponible en: <https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/resumenes/paginas/2020/241120-cministros.aspx>
9. Ministerio de Sanidad. Comparecencia para dar cuenta de la estrategia de vacunación contra el SARS-COV-2. 2020. Citado: 2025 oct 26. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5163>
10. Ministerio de Sanidad. Campaña de Promoción de la Vacunación y Prevención frente a la Covid-19 Ponte la dosis de recuerdo frente a la Covid-19 y sigue con tu vida; 2022. Citado: 2025 oct 26. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/campañas/campanas22/2olaVacunacionCovid.htm>
11. Fischhoff B, Slovic P, Lichtenstein S, Read S, Combs B. How safe is safe enough? A psychometric study of attitudes towards technological risks and benefits. *Policy Sci*. 1978;9:127-152. doi: 10.1007/BF00143739
12. Vaccine Education Center at Children's Hospital of Philadelphia. Vaccine Safety: Are Vaccines Safe?; 2020. Citado: 2025 oct 26. Disponible en: <https://www.chop.edu/vaccine-education-center/vaccine-safety/other-vaccine-safety-concerns/are-vaccines-safe>
13. European Medicines Agency (EMA). Safety of COVID-19 vaccines. 2023. Citado: 2025 oct 26. Disponible en: <https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory-overview/public-health-threats/coronavirus-disease-covid-19/covid-19-medicines/safety-covid-19-vaccines>
14. World Health Organization. Communicating risk in public health emergencies: A WHO guideline for emergency risk communication (ERC). Geneva: WHO Press; 2017.
15. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Effective communication about vaccination benefits and risks. Stockholm: ECDC; 2024.
16. Shou Y, Lee LH, Yeo JE, Smithson M. Communicating certainty via verbal probability phrases: comparing health contexts with no context. *BMC Prim Care*. 2025;26:14. doi: 10.1186/s12875-024-02687-9
17. Büchter RB, Fechtelpeter D, Knelangen M, Lühmann D, Gartlehner G. Words or numbers? Communicating risk of adverse effects in written consumer health information: A systematic review. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2014;14(1):76.

18. Andreadis K, Woike JK, Jentsch V. Imprecision and preferences in the interpretation of verbal probabilities. *Judgm Decis Mak.* 2021;16(1):17–31.
19. Slovic P. Perceived risk, trust, and democracy. *Risk Anal.* 1993;13(6):675-682.
20. Europa Press. Sánchez defiende que “todas las vacunas son seguras”. Video en Internet. 2021. Citado: 2025 oct 26. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=bSpsxQrMiR0>
21. RTVE Noticias. Pedro Sánchez: “Las cuatro vacunas son seguras. Entre abril y junio, está prevista la entrada en España de 38 millones de dosis”. 2021 Abr 6 Citado: 2025 oct 26. Disponible en: <https://x.com/rtvenoticias/status/1379393512307843073>
22. Polack FP, Thomas SJ, Kitchin N, Absalon J, Gurtman A, Lockhart S, et al. Safety and Efficacy of the BNT162b2 mRNA Covid-19 Vaccine. *N Engl J Med.* 2020;383(27):2603–2615. doi: 10.1056/NEJMoa2034577
23. Gigerenzer G, Gaissmaier W, Kurz-Milcke E, Schwartz LM, Woloshin S. Helping doctors and patients make sense of health statistics. *Psychol Sci Public Interest.* 2007;8(2):53-96. doi: 10.1111/j.1539-6053.2008.00033.x
24. Bucher HC, Weinbacher M, Gyr K. Influence of method of reporting study results on decision of physicians to prescribe drugs to lower cholesterol concentration. *BMJ.* 1994;309(6957):761-764.
25. Covey J. A Meta-analysis of the effects of presenting treatment benefits in different formats. *Med Decis Making.* 2007;27(5):638–654.
26. Olliaro P, Torreele E, Vaillant M. COVID-19 vaccine efficacy and effectiveness-the elephant (not) in the room. *Lancet Microbe.* 2021;2(7):e279-e280. doi: 10.1016/S2666-5247(21)00069-0
27. Blastland M, Freeman AL, van der Linden S, Marteau TM, Spiegelhalter D. Five rules for evidence communication. *Nature.* 2020;587(7834):362-364.
28. Ministerio de Sanidad. BioNTech y Pfizer publican datos intermedios de eficacia de su vacuna contra la COVID-19. 2020 Nov 10 Citado: 2025 oct 26. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5121>
29. Ministerio de Sanidad. El Consejo de Ministros autoriza la adquisición de más de 20 millones de dosis de vacunas contra la Covid-19 desarrolladas por Pfizer-BioNTech. 2020 Nov 24 Citado: 2025 oct 26. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5143>
30. Ministerio de Sanidad. La EMA recomienda la autorización de la segunda vacuna frente a la COVID-19. 2021 Ene Citado: 2025 oct 26. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5188>
31. Schulz KF, Altman DG, Moher D. CONSORT 2010 Statement: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *BMJ.* 2010;340:c332.
32. Krause PR, Fleming TR, Longini IM, Henao-Restrepo AM, Peto R, Dean NE, et al. COVID-19 vaccine trials should seek worthwhile efficacy. *Lancet.* 2020;396(10253):741-743. doi: 10.1016/S0140-6736(20)31821-3
33. Altman DG. *Practical statistics for medical research.* London: Chapman and Hall; 1991.
34. Galesic M, Garcia-Retamero R. Statistical numeracy for health: A cross-cultural comparison with probabilistic national samples. *Arch Intern Med.* 2010;170(5):462-468.
35. Hoekstra R, Morey RD, Rouder JN, Wagenmakers EJ. Robust misinterpretation of confidence intervals. *Psychon Bull Rev.* 2014;21:1157–1164. doi: 10.3758/s13423-013-0572-3
36. Cumming G, Williams J, Fidler F. Replication and researchers’ understanding of confidence intervals and standard error bars. *Underst Stat.* 2004;3(4):299-311. doi: 10.1207/s15328031us0304_5
37. Comisión de Publicidad y Comunicación Institucional. Plan 2021 de Publicidad y Comunicación Institucional. 2021 Citado: 2025 oct 26. Disponible en: <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/cpci/paginas/planeseinformes.aspx>

38. Comisión de Publicidad y Comunicación Institucional. Plan 2022 de Publicidad y Comunicación Institucional. 2022 Citado: 2025 oct 26. Disponible en: <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/cpci/paginas/planeseinformes.aspx>
39. Comisión de Publicidad y Comunicación Institucional. Plan 2023 de Publicidad y Comunicación Institucional. 2023. Citado: 2025 oct 26. Disponible en: <https://www.lamoncloa.gob.es/serviciosdeprensa/cpci/paginas/planeseinformes.aspx>
40. Ministerio de Sanidad. El Consejo de Ministros acuerda la contratación de la creatividad y producción de una campaña para sensibilizar y recomendar la vacuna frente al Covid-19. 2021. Citado: 2025 oct 26. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5191>
41. Ministerio de Sanidad. #YomeVacunoSeguro, lema de la campaña del Ministerio de Sanidad que persigue reforzar la confianza en la seguridad de las vacunas. 2021. Citado: 2025 oct 26. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5300>
42. Ministerio de Sanidad. La AEMPS lanza una campaña sobre las garantías de las vacunas frente a la COVID-19. 2020. Citado: 2025 oct 26. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5178>
43. Vladeck DC. Lessons From a Story Untold: Nike v. Kasky Reconsidered. Georgetown Law Faculty Publications and Other Works. 2004;273. Disponible en: <https://scholarship.law.georgetown.edu/facpub/273>
44. Reclaim Democracy. Kasky original complaint. 2012 Citado: 2025 oct 26. Disponible en: https://reclaimdemocracy.org/wordpress/wp-content/uploads/2012/08/kasky_original_complaint.pdf
45. United States v. Philip Morris USA Inc., No. 16-5101 (D.C. Cir. 2017). Justia; 2017 Citado: 2025 oct 26. Disponible en: <https://law.justia.com/cases/federal/appellate-courts/cadc/16-5101/16-5101-2017-04-25.html>
46. Autorità Garante della Concorrenza e del Mercato (AGCM). PS12793 - Sanzione di 3,5 milioni di euro alle società Giorgio Armani S.p.A. e G.A. Operations S.p.A. per pratica commerciale scorretta. 2025. Citado: 2025 oct 26. Disponible en: <https://www.agcm.it/media/comunicati-stampa/2025/8/PS12793>
47. Advertising Standards Authority (ASA). ASA Adjudication on Department of Energy and Climate Change (Act on CO2 campaign). 2010. Citado: 2025 oct 26. Disponible en: <https://www.asa.org.uk>
48. Marketing Directo. Prohíben una campaña gubernamental en el Reino Unido sobre el cambio climático. 2010. 17 Citado: 2025 oct 26. Disponible en: <https://www.marketingdirecto.com/marketing-general/prohiben-campana-gubernamental-reino-unido-cambio-climatico>
49. Krotoszynski Jr RJ, Koltay A, Garden C, editores. The Case of Government Disinformation. En: Disinformation, Misinformation, and Democracy: Legal Approaches in Comparative Context. Cambridge: Cambridge University Press; 2025. p. 75-130.
50. Aouati O, Freguglia P, Heiss R, Patras S, Pavlou P, Pelsy F, Truc M. How to reduce the impact of disinformation on Europeans' health. Luxembourg: European Parliament, Policy Department for Economic, Scientific and Quality of Life Policies; 2024. Publicación No.: PE 754.205.
51. Alemanno A. Nudging and the Law: A European Perspective. Eur J Risk Regul. 2012;3(1):32-35.
52. Alemanno A, Spina A. Nudging legally: On the checks and balances of behavioral regulation. Int J Const Law. 2014;12(2):429-456. doi: 10.1093/icon/mou033