



Aceptación de la vacunación en contextos indígenas y recomendaciones para fortalecer la confianza en la inmunización como medida de prevención y salud pública

En Síntesis

Este resumen ejecutivo plantea recomendaciones para fortalecer la confianza en la vacunación como medida de prevención segura y efectiva en pueblos y comunidades indígenas. Las recomendaciones aquí contenidas se desprenden de un estudio antropológico realizado en el marco de la inmunización masiva contra la COVID-19 en dos municipios indígenas del estado de Oaxaca, México, y en la revisión de fuentes oficiales e institucionales, así como de literatura científica nacional e internacional sobre vacunación en población indígena u originaria. Aun si el estudio se enfocó en la inmunización contra la COVID-19, las recomendaciones se aplican a todo tipo de vacunación, como medida eficaz de prevención.

Antecedentes

Varios estudios nacionales han señalado que, a lo largo de la emergencia sanitaria, la COVID-19 ha presentado tasas de letalidad¹ más elevadas en la población indígena que en la no indígena². Por otra parte, se ha observado que las personas hablantes de lenguas indígenas han tenido una tasa de vacunación inferior en comparación con los demás y que, entre las personas no vacunadas, los hablantes de lenguas indígenas fueron más propensos a citar creencias negativas sobre la vacuna o el miedo como razones para no vacunarse³.

Las recomendaciones parten del reconocimiento de que **el acceso efectivo de los pueblos indígenas a la vacunación es un derecho**. Las acciones en favor del ejercicio de este derecho deben seguir los siguientes principios orientadores: la **interculturalidad**, la **autodeterminación** y la **gobernanza autónoma** en los territorios⁴ FILAC; FIAY, 2021.



La Secretaría de Salud, a través de su marco legal y normativo, define a la **Interculturalidad** como:

“el modo de convivencia en el que las personas, grupos e instituciones, con características culturales y posiciones diversas; conviven y se relacionan de manera abierta, horizontal, incluyente, respetuosa y sinérgica en un contexto compartido. [...] El marco legal y normativo para la interculturalidad en salud en México, tiene como base la inclusión y posicionamiento en nuestro marco constitucional de los derechos humanos, el reconocimiento de la diversidad cultural del país y el reconocimiento a los pueblos indígenas y afroamericanos y la perspectiva de género, buscando y desarrollando procesos para promover el respeto a todos los grupos culturales y la construcción de un Sistema Nacional de Salud Universal, que considere esta gran diversidad.”⁵ →

1 Por letalidad se entiende el cociente de fallecimientos con relación a las personas que se han contagiado.

2 Véase por ejemplo Argoty-Pantoja et al., 2021; Cortez-Gómez, Muñoz-Martínez y Ponce-Jiménez, 2020; Medina- Gómez y Medina-Villegas, 2024.

3 Abascal Miguel et al., 2024.

4 FILAC-FIAY, 2021.

5 Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud/Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural, 2024. Marco Legal y Normativo para la Interculturalidad en Salud.



Por su parte, el Instituto Nacional de Pueblos Indígenas (INPI) reconoce que la **Autodeterminación** se relaciona con el derecho de libre determinación de los Pueblos y comunidades indígenas, el cual:

“se encuentra reconocido en los artículos 2 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 7 del Convenio número 169 de la Organización Internacional del Trabajo, 3 y 4 de la Declaración de las Naciones Unidas sobre Derechos de los Pueblos Indígenas y III de la Declaración Americana sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. Este derecho implica que los pueblos tienen la libertad de decidir libremente su condición política y desarrollo, así como el derecho de recibir los recursos para financiar dichas decisiones.”⁶

Para hacer efectiva la autodeterminación, es necesario que pueblos y comunidades indígenas puedan ejercer su **Gobernanza autónoma** la cual se entiende como el conjunto de prácticas y procesos colectivos formales e informales de toma de decisión y elaboración de normas sociales con relación a asuntos públicos.⁷ Para esto, es necesario que las políticas de Estado transiten de un enfoque asistencialista a un enfoque de derechos humanos que promueva el empoderamiento y haga efectivo el ejercicio de la autonomía.

Interculturalidad en salud, autodeterminación y gobernanza autónoma se deben concebir como principios jurídicos, normativos, organizacionales e implementables que, en conjunto, enmarcan y permiten la promoción de la salud en contextos indígenas. →

6 INPI, 2024.

7 Hufty, 2010.

Lo que aprendimos en la investigación:



El estudio encontró que los siguientes factores contribuyen a fortalecer la disponibilidad, accesibilidad y aceptación del servicio de vacunación:

- **la cercanía** de los sitios de vacunación a la ciudadanía;
- **la gratuidad** del servicio;
- **la colaboración interinstitucional** entre distintos niveles de gobierno y comités locales;
- **la integración plena** de figuras localmente respetadas en las estrategias de vacunación;
- **la diseminación de información** en lengua indígena en cada etapa de la vacunación;
- **la intermediación cultural** junto con la elaboración de mensajes adecuados al contexto sociocultural local; y
- **la conformación de equipos de vacunación** con la participación de actores de salud a nivel comunitario, como médicas y médicos tradicionales, y promotores de salud, en conjunto con el personal de salud institucional.



Entre la población, las razones principales para vacunarse fueron:

- **el deseo de protegerse y proteger a la familia**, especialmente las personas más vulnerables como infancias y adultos mayores;
- **el deseo y la necesidad de poder seguir trabajando;**
- **la confianza y familiaridad** previa con los procesos de vacunación.



Las razones principales para no vacunarse fueron:

- condiciones médicas preexistentes;
- falta de información culturalmente adecuada;
- miedo de reacciones adversas y falta de apoyo y seguimiento post-vacunación;
- desconfianza hacia la biomedicina y percepción del **predominio de intereses comerciales** en la producción y suministro de las vacunas;
- miedo a que las vacunas sean una **estrategia gubernamental** para debilitar, esterilizar o incluso matar a las personas vulnerables; y
- fe religiosa que suplanta otras lógicas de protección y cuidado.

Este resumen recomienda impulsar estrategias permanentes de promoción de la vacunación que sean culturalmente pertinentes y logísticamente adecuadas.

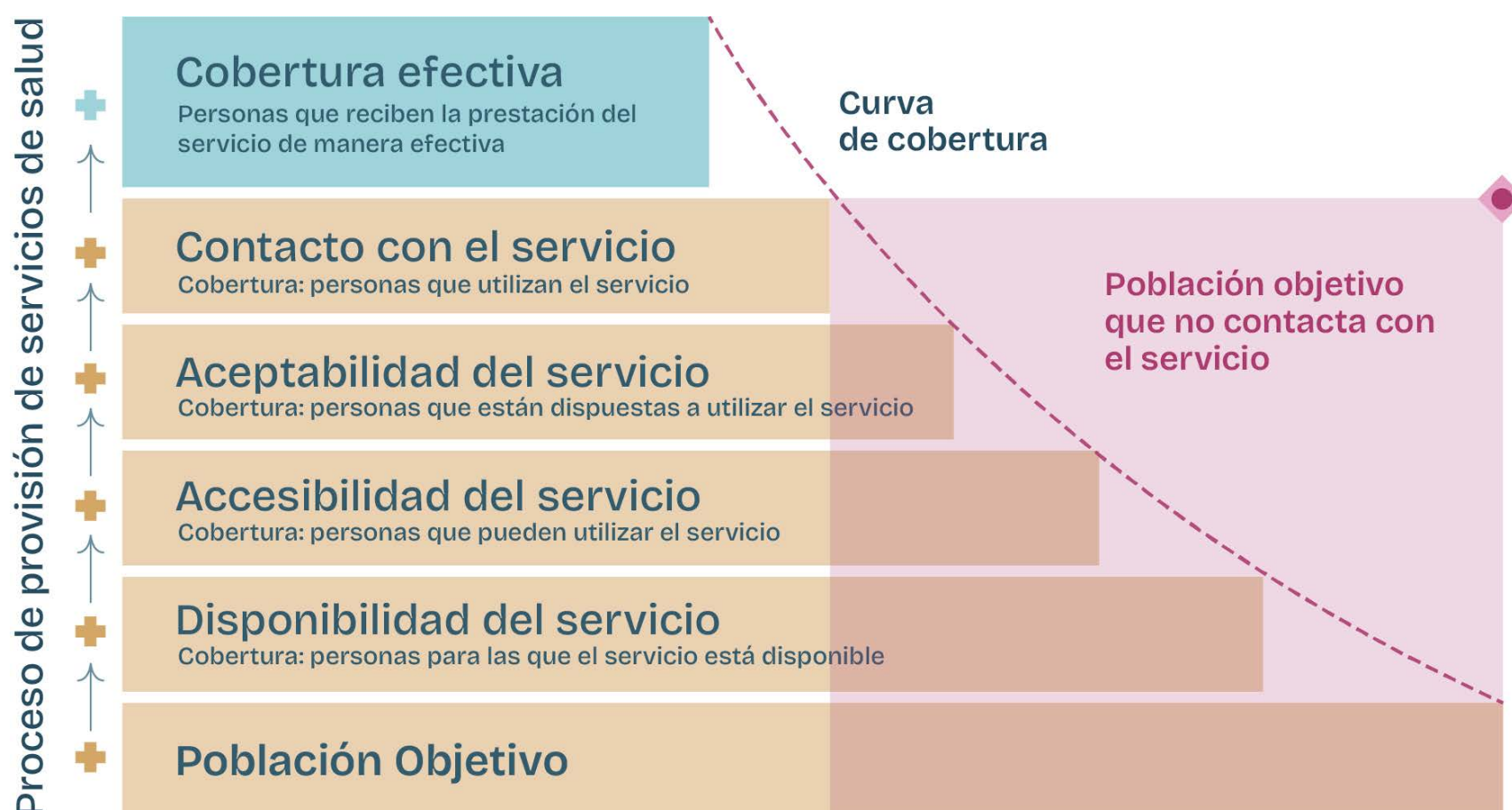
Acerca del estudio

Este resumen ejecutivo retoma los resultados de investigación de un estudio⁸ que analizó los factores de éxito y fracaso de las campañas de vacunación contra el COVID-19 en contexto indígena, siguiendo el modelo conceptual de “cobertura sanitaria” (*health service coverage*)

propuesto por Tanahashi en 1978⁹. Tanahashi define la cobertura de los servicios de salud no solo como el acceso, sino como la interacción entre el servicio y la población objetivo a lo largo de todo el proceso.

8 Montesi, Reyes-Solís, Muños-Hernández, 2025.

9 Tanahashi, 1978.



Fuente: Justo-Gil et al., 2023

La investigación constó de tres acciones principales: (i) búsqueda y revisión de fuentes oficiales e institucionales que dieran cuenta de la estrategia nacional de vacunación contra el COVID-19 y, en particular, en regiones indígenas; (ii) búsqueda y análisis de datos de vacunación desagregados por etnicidad o por municipio; (iii) estudio etnográfico (diciembre 2023-abril 2024) retrospectivo sobre la cobertura vacunal en dos municipios indígenas del estado de Oaxaca.

El estudio etnográfico buscó identificar los factores facilitadores y las barreras a la vacunación principalmente a través de entrevistas semiestructuradas retrospectivas con actores clave: personal de salud, población general y autoridades municipales. Las entrevistas estuvieron orientadas a comprender cómo se im-

plementó la campaña de vacunación, si y en qué medida el personal de salud local estuvo involucrado en dicha campaña, y qué papel jugaron las autoridades locales en esta estrategia. Las entrevistas con la ciudadanía tuvieron la finalidad de conocer si las personas entrevistadas se habían vacunado o no, por qué lo habían hecho, qué influyó en su decisión y si tuvieron la oportunidad real de vacunarse o tuvieron que enfrentarse a barreras de diversa índole. Se entrevistaron hombres y mujeres por grupo de edad siguiendo el esquema de vacunación establecido por el gobierno mexicano (60 años o más, 50-59 años, 40 a 49 años, 18 a 40 años), exceptuando menores de edad. En total, se entrevistaron 37 personas.

Cabe reportar que, a pesar de la revisión de las fuentes oficiales referentes a la vacunación (Secretaría de Salud, Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud), no se logró la ubicación de una base de datos

de acceso público que contuviera la información de vacunación a nivel municipal y/o por desagregación étnica, un hecho que FILAC y FIAY han destacado como una barrera para la evaluación y planeación de las estrategias vacunales:

◆ La ausencia de información es notoria. En términos generales, los Estados continúan sin tener información desagregada sobre el impacto de la COVID-19 sobre los Pueblos Indígenas. [...] *Ante la apertura del proceso de vacunación, la falta de datos no ayuda en absoluto a diseñar y ejecutar estrategias adecuadas para las comunidades indígenas¹⁰.*

◆ Las lecciones aprendidas a través de la experiencia pandémica de las campañas de vacunación en contexto de emergencia sanitaria se extienden acá a la vacunación en general, convencidos de que la política de vacunación se construye día a día y requiere del fortalecimiento de las instituciones de todos los niveles y de la participación ciudadana.

Principales razones de vacunación en palabras de la población

■ Temor del COVID-19, prevención, protección:

*“Me tuve que vacunar porque la verdad me daba miedo el COVID”
“Yo confío en las vacunas, confío en que nos van a proteger”
“Más vale prevenir”*

■ Por persuasión o imposición de familiares cercanos:

*“Mi mamá me obligó a vacunarme”
“Mis hijos creen mucho en la medicina y en la vacuna. Por eso me vacuné y por eso no me afectó tanto el COVID”*

■ Para proteger a sus familiares y ser el sostén de la familia:

“Entre toda la familia nos estamos cuidando y entre todos nos vamos a vacunar”

“Al ser nosotros la fuente de ingresos para nuestros hijos, tenemos que estar en condiciones para poder ver por ellos. Pensamos en el bienestar de la familia”

■ Cuestiones laborales, escolares, viajes y desplazamientos:

“Yo por mi trabajo me fui a vacunar”

“A veces cuando sale uno a algún lugar en camión o avión, te piden el papelito [certificado de vacunación]”

“Los maestros dijeron que los papás y las mamás tenían que ponerse la vacuna y ser de ejemplo para sus hijos”

Principales razones de no vacunación en palabras de la población

■ Miedo a las vacunas. Consideración de que las vacunas inyectan la enfermedad, provocan la muerte súbita o en algunos años, tienen efectos secundarios o esterilizan:

“Mejor ni me voy a vacunar porque están inyectando la COVID”

“Hubo algunas personas que se vacunaron y luego fallecieron”

“Nosotros crecimos en una época más atrás cuando nos espantaban diciéndonos que las vacunas disminuían la población”

■ Tener condiciones previas de salud frágiles:

“Tengo asma y si con la vacuna me va a dar el COVID, mejor no”

“No quería vacunarme porque sabía que por padecer fibrosis me iba a doler”

■ Confianza en dios:

“No me vacuné gracias a Dios. El que está allá arriba es el que nos guía”

■ Desconfianza en la biomedicina y malas experiencias previas con los servicios de salud institucionales:

“Antes la gente vivía humildemente y en tranquilidad, ahora ya no. Cuando se enferman y tienen calentura, luego luego van a la farmacia y lo inyectan. Buscan una solución rápida con la medicina de doctor, pero por otro lado les está afectando”

“En los centros de salud no confiamos” “El centro de salud tiene muchas faltas, no está equipado, carecemos de servicios”

“No voy al centro de salud porque ni atienden bien”

■ Desconocimiento o información poco clara o sin adecuación lingüística-cultural:

“A veces no querían vacunarse porque no entendían las informaciones que les daban”

“Las personas que hablan puro zapoteco casi no se vacunaron porque son personas mayores y no creen en la vacuna”

■ Desconfianza en tecnologías recién aprobadas o con poco tiempo de administración:

“Es muy poco tiempo para hacer unas vacunas”

Recomendaciones



Robustecer los servicios de salud, dignificar la prestación de servicios, y procurar ciclos de capacitación constante en salud intercultural para el personal con el fin de mejorar la relación y la confianza entre la población y la institución médica.



Reconocer, asumir y transformar el legado histórico de despojo y violencia ejercido por las instituciones médicas hacia las poblaciones indígenas y sus sistemas de salud.



Continuar con la estrategia gubernamental de priorización de los pueblos indígenas y afrodescendientes en las campañas de vacunación.



Acercar cuanto más posible la prestación del servicio médico a las personas y familias indígenas y, de ser necesario, poner a disposición transporte gratuito y seguro para el desplazamiento a los centros de vacunación o –si necesario y viable– ocupar unidades móviles.



Fortalecer la gobernanza local y la cohesión social para mejorar la confianza entre población y autoridades e instituciones locales que actúen como promotoras de la vacunación.



Involucrar en las distintas fases de la prestación sanitaria (desde el diseño hasta la implementación) a organizaciones, comités y líderes locales que gocen de la confianza de las personas; en particular, fortalecer la acción de los comités de salud.



Comunicar de manera simple y clara la información sobre el servicio de vacunación, incluyendo mensajes en la variante lingüística de la comunidad y adaptados a los diversos grupos etarios.



Capacitar al personal de salud encargado de la aplicación de la vacuna para que mejore sus habilidades de comunicación eficaz y respetuosa y su capacidad de escucha, para poder ofrecer la mayor cantidad de información precisa, verídica y con un lenguaje no técnico y entendible a nivel local.



Informar claramente a la población sobre las vías de atención médica en caso de Eventos Supuestamente Atribuibles a la Vacunación o Inmunización (ESAVI).



Contar en todo momento con intérpretes lingüísticos y culturales capacitados antes, durante y después de la inmunización.



Hacer campañas de comunicación en salud que sean culturalmente sensibles, privilegiando llamados a la acción social y la solidaridad, y evitando mensajes de miedo que generan rechazo.



Hacer uso de medios locales de comunicación que tengan una buena reputación dentro de la comunidad (e.g., perifoneo, radios comunitarias) para la difusión de información en torno a la vacunación.



Generar cápsulas informativas para las redes sociales y difundirlas ampliamente en Instagram, TikTok, Facebook, X y Youtube.



En las acciones institucionales de salud, hacer **sinergia** con las y los médicos tradicionales, invitándolos a colaborar en las campañas, y ofreciendo no solamente la vacunación a la población sino terapias holísticas por parte de los médicos tradicionales que restauren el equilibrio psicoemocional y espiritual de las personas.



En las escuelas, **promover** talleres y procesos formativos de competencias digitales y tratamiento de la información para fortalecer las capacidades ciudadanas de lectura, interpretación y discernimiento de la veracidad de la información que circula en redes sociales como estrategia preventiva ante la infodemia. Sensibilizar a docentes y directivos para que estén en condición para apoyar las campañas de vacunación.



Solicitar y registrar información de etnicidad (Habla de lengua Indígena y autoadscripción indígena y afrodescendiente) durante la prestación del servicio para permitir evaluaciones de la efectividad del servicio en las distintas poblaciones indígenas.



Cuando posible, **reafirmar** la naturaleza voluntaria de la vacunación.

Referencias citadas

- Abascal Miguel, L., Mendez-Lizarraga, C. A., Rojo, E. M. y Sepúlveda, J. (2024). COVID-19 vaccine uptake and barriers among Indigenous language speakers in Mexico: Results from a nationally representative survey. *PLOS Global Public Health*, 4(3), e0002921. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002921>
- Argoty-Pantoja, A. D., Robles-Rivera, K., Rivera-Paredes, B. y Salmerón, J. (2021). COVID-19 fatality in Mexico's indigenous populations. *Public health*, 193, 69–75. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2021.01.023>
- Cortez-Gómez, R., Muñoz-Martínez, R. y Ponce-Jiménez, P. (2020). Vulnerabilidad estructural de los pueblos indígenas ante el COVID-19. *Boletín sobre COVID-19 Salud Pública y Epidemiología*, 1 (7-8), 7-10.
- Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud/Dirección de Medicina Tradicional y Desarrollo Intercultural (2024) Marco Legal y Normativo para la Interculturalidad en Salud. <https://www.gob.mx/salud/acciones-y-programas/interculturalidad-en-salud-299181>
- FILAC-FIAY (2021). *Pueblos indígenas y vacunación contra Covid-19. Cuarto Informe Regional*. Disponible en: <https://www.ordpi.org/cuales-son-los-desafios-de-la-vacunacion-indigena/>
- INPI (2024) Principios para el fortalecimiento y consolidación de procesos autonómicos de los pueblos y comunidades indígenas y afroamericanas. <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/892999/principios-fondo-autonomia-inpi-2024.pdf>
- Justo-Gil, S., Pola-Ferrández, E., Gil-Tarragato, S., Gil-Luciano, A., Cubillo-Llanes, J. y Ravelo-Mirels, R. (2023). Equidad en prevención. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 16(1), 46-52. <https://dx.doi.org/10.55783/rcmf.160107>
- Medina-Gómez, O. y Medina-Villegas, J. J. (2024). Social inequalities in COVID-19 lethality among Indigenous peoples in Mexico. Desigualdades sociales en la letalidad por COVID-19 en los pueblos indígenas de México. *Ciencia & saude coletiva*, 29(12), e05012024. <https://doi.org/10.1590/1413-812320242912.05012024>
- Montesi, L., Reyes-Solís, I. y Muños-Hernández, J.A. (2025). Diferencias en la efectividad de la cobertura vacunal contra el Covid-19 en dos comunidades zapotecas de Oaxaca, sur de México. *Estudios demográficos y urbanos*. En fase de publicación.
- Tanahashi, T. (1978). Health service coverage and its evaluation. *Bulletin of the World Health Organization* 56(2), 295-303.

Promoción y financiamiento del estudio

Este documento se realizó en el marco del proyecto Cátedras CONACyT (ahora SECIHTI) 771 “Salud de los pueblos indígenas en México, 2010-2025: Desde las enfermedades del rezago a las emergentes. Un enfoque multidisciplinario”, implementado en el Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), Unidad Pacífico Sur y liderado por la Dra. Paola Ma. Sesia. Las actividades de investigación que sustentan el estudio sobre el cual se basa este documento de recomendaciones de políticas públicas fueron financiadas por CONACYT/SECIHTI.

Participación de personas investigadoras

La investigadora principal es la Dra. Laura Montesi Altamirano (Programa Investigadores e Investigadoras por México SECIHTI) adscrita al CIESAS Pacífico Sur. Participó en la recolección de los datos cualitativos en campo: Lic. Iván Reyes Solís (Facultad de Medicina, Universidad La Salle), cursante del servicio social en investigación en salud por CIFRHS (Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud), y estudiante huésped en CIESAS Pacífico Sur bajo la supervisión y asesoría de la Dra. Montesi. Participó en la búsqueda de datos oficiales sobre vacunación contra Covid-19 en pueblos indígenas: Dr. José Alberto Muños Hernández (Universidad Veracruzana). El contenido de este documento es de autoría y responsabilidad de la Dra. Laura Montesi.



<https://secihti.mx/>
<https://ciesas.edu.mx/>