

Covid-19 y vacunación en una comunidad zapoteca del Valle de Oaxaca: entre la des/confianza y el miedo

Covid-19 and Vaccination in a Zapotec Community of the Oaxaca Valley: Between Dis/Trust and Fear

Laura Montesi

 <https://orcid.org/0000-0001-8916-6776>

Investigadora por México SECIHTI adscrita a CIESAS Pacífico Sur, México
laura.montesi@cieras.edu.mx

Iván Reyes Solís

 <https://orcid.org/0009-0009-3882-1502>

Investigador independiente, México
ivreso.rs@gmail.com

Resumen

La pandemia de covid-19 contribuyó a reencender el debate sobre la aceptabilidad de la vacunación. En México, la información sobre la aceptación de la vacuna contra la covid-19 entre las comunidades indígenas es escasa. Con base en entrevistas etnográficas con personas zapotecas del Valle de Oaxaca, en este artículo se discuten nociones antropológicas clave, como confianza/desconfianza y percepción del riesgo. Se concluye que, para entender situaciones de des/confianza hacia la vacunación y la biomedicina, especialmente entre la población indígena, es necesario considerar elementos como: la historia social de la relación entre población y Estado, lo «político» y la existencia de desigualdades de poder entre grupos sociales, y lo cultural vinculado con las diferencias entre construcciones biomédicas y populares del riesgo. Se señala, además, que la desconfianza se manifiesta a través de incertidumbre, ambivalencias y sentimientos encontrados.

Palabras clave: pueblos indígenas, campañas de vacunación, pandemia de covid-19, aceptabilidad, riesgo.

Abstract

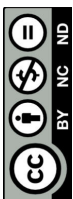
The COVID-19 pandemic helped reignite the debate over vaccine acceptability. In Mexico, information on COVID-19 vaccine acceptance among Indigenous communities is scarce. Based on ethnographic interviews with Zapotec people from the Oaxaca Valley, this article examines key anthropological concepts such as trust/distrust and risk perception. It concludes that, in order to understand situations of distrust toward vaccination and biomedicine —especially among Indigenous populations— it is necessary to consider factors such as the social history of relations between the population and the State, the «political» dimension and the existence of power inequalities among social groups, and cultural factors linked to differences between biomedical and popular conceptions of risk. It also notes that distrust manifests through uncertainty, ambivalence, and mixed feelings.

Key words: Indigenous populations, vaccination campaigns, COVID-19 pandemic, acceptability, risk.

Recibido: 04/04/2026

Aceptado: 26/05/2026

Publicado: 07/08/2026



Introducción

Yo y mi esposa, por miedo, por cuidarnos, es que nos vacunamos. Entonces nos aseguramos en caso de que nos dé [la enfermedad]. Para mí está bien, porque ahora en México ya están haciendo las vacunas. Patria, creo que se llama. Entonces, yo creo que es más bueno una vacuna de... mexicano a que la compren del extranjero, ¿no? Porque ahí no sé cómo lo hacen. Quizás nos van a hacer un truco, le echan veneno y se muere todo mexicano, ¿no? (don Aurelio, comunicación personal, febrero de 2024).

Asentimos con la cabeza ante las palabras de don Aurelio, un señor zapoteco de 81 años que todavía trabajaba como campesino, además de supervisar la actividad textil de la familia, oficio que había transmitido a algunos de sus hijos. Aquella mañana soleada de febrero de 2024 nos encontramos sentados en el patio central de su casa, cerca de la tejavana que resguardaba los tres telares de pedal con tapetes de lana en proceso de creación.

Don Aurelio nos había recibido dispuesto a hablar abiertamente del tema de la vacunación, a diferencia de uno de sus hijos, Israel, quien no había querido ser entrevistado, mucho menos cuando supo que necesitaríamos grabar la conversación o, al menos, tomar notas. Reacio a la vacunación, Israel expresó juicios negativos sobre las «tecnologías» y suspicacia sobre nuestras labores de investigación o estudio. Acomodado detrás del telar, donde inspeccionaba los hilos para su creación artesanal, nos acompañó en el transcurso de la entrevista.

Dice que hubo otra fiebre anteriormente. Dice que también murió mucha gente. Pero no sé qué año. Nada más me contaron que hubo una fiebre y que se murió mucha gente. Fue antes de que yo naciera. Por eso unos cuentan, no sé si es verdad, que cada 100 años llega una enfermedad así. O yo hasta pienso mal, alguien las inventó [las enfermedades]. Porque la política ahora está muy, muy mal. La corrupción, las guerras. Y luego se meten los países ricos, dan dinero para que sigan peleando o les están vendiendo armas. Antes aquí los pueblos indígenas vivían más tranquilos, pues. No tenían problemas de... guerras, de todo, pues. Pero ahora, con la llegada de los españoles cambió mucho México. Desde entonces cambió mucho. Sí, porque la gente antes vivía unido. No había cerco, pared, ni corrales. Aquí el pueblo, cuando yo era niño, aquí pasaba yo en la casa del vecino. Había caminito, no es necesario dar la vuelta. Y ahora, pues, todos hicieron su cerco, su pared. Pero antes no... También en el monte, en el cerro, todo estaba libre. Ahora todos quieren reconocer su parte, ahora quieren hacer cerco. Son ideas de españoles. Antes aquí en el pueblo era libre, también para

ir a otros pueblos. No hay lindero. No hay, solo estaba una piedra enterrado, una piedra grande. Y allí una seña y se divisaba con otras piedras (don Aurelio, comunicación personal, febrero de 2024).

El hilo narrativo de don Aurelio se desarrollaba lógicamente según un patrón claro que vinculaba vacunas y epidemias con designios biopolíticos y geoestratégicos. Los saltos temporales —el futuro de la soberanía mexicana en materia de vacunas, el presente de la pandemia de covid-19 y de la política corrupta, el pasado de otras fiebres mortíferas, los antecedentes remotos de la Conquista española y el pasado próximo de la Teotitlán indígena de cuando él era niño— no le causaban ninguna contradicción. Pasado(s) y presente estaban estrechamente hilados entre sí, formando poco a poco un diseño argumentativo centrado en el poder.

La amplitud que alcanzó la entrevista con don Aurelio sobre la vacunación contra la covid-19 ejemplifica la complejidad del fenómeno vacunal y de los retos que plantea investigar y comprender la dimensión que, desde la salud pública, se conceptualiza como «aceptabilidad» de la inmunización. El «desbordamiento» hacia temas políticos e históricos de gran calado demuestra la imposibilidad de «contener» la aceptabilidad a una cuestión de confianza o desconfianza en la biomedicina, o de conocimiento o desconocimiento de esta. La significación de la vacunación se configura en el cruce de múltiples influencias históricas, políticas, económicas y socioculturales que requieren abordarse desde una perspectiva local y con un ojo atento a la dimensión global. Si bien muchos estudios basados en encuestas han permitido arrojar luz sobre qué «variables» sociodemográficas influyen en mayor medida en la aceptabilidad de las vacunas —por ejemplo, el género, el nivel educativo o la etnicidad—, la realidad observada en el terreno se muestra más compleja y, en muchos casos, irreductible a relaciones causales de fácil o matemática deducción.

A pesar de que don Aurelio mostró una fuerte desconfianza hacia los gobiernos del mundo y hacia el manejo de las poblaciones a través de las enfermedades y las vacunas, decidió vacunarse. Esto no quiere decir que no sintiera temor, pues en otro momento de la conversación nos confió que circulaban rumores de que la vacuna provocaba la muerte de las personas seis años después de su aplicación. Don Aurelio esperaba que transcurriera ese plazo para corroborar si el rumor era cierto o no.

El propósito de este artículo es ahondar en los procesos de significación de la vacuna contra covid-19 entre pobladores zapotecos de Teotitlán del Valle,

Oaxaca, y, a partir de este análisis, problematizar nociones antropológicas clave, como la des/confianza y el riesgo, que también orientan —aunque desde posturas distintas— las intervenciones en salud pública. Como nos permitió ilustrar la conversación que sostuvimos con don Aurelio, las dimensiones histórica y política son fundamentales para comprender las actitudes hacia la vacunación, así como las matrices culturales específicas sobre las que profundizaremos más adelante.

El artículo se desarrolla en cinco partes. A continuación, se propondrá una contextualización general del proceso de vacunación en México con atención hacia su implementación en la población indígena. En un siguiente apartado se presentará el marco teórico que sustenta este texto, concentrándonos en algunas teorizaciones de la des/confianza y la percepción del riesgo desde diversas perspectivas antropológicas. La tercera sección se dedicará a la descripción de la metodología que sustenta el estudio. Finalmente, se presentarán los resultados de la investigación cubriendo las dimensiones histórica, política y cultural que constituyen las diversas actitudes de las y los teotitecos hacia la vacunación. Por último, se ofrecerán algunas reflexiones finales que sintetizan las principales líneas argumentativas de este texto.

Como cierre de esta sección introductoria, ofrecemos un retrato somero de Teotitlán del Valle para facilitarle al público lector una inmersión en el sitio de estudio.

Teotitlán del Valle

El pueblo de Teotitlán del Valle, capital del municipio del mismo nombre, dista de la capital del estado de Oaxaca unos 30 minutos en vehículo. La carretera federal que lleva a la localidad está rodeada por puestos ambulantes, monocultivos de maguey, aserraderos y caminos que conducen a los pueblos rurales de la región. Al tomar el camino hacia Teotitlán, se percibe un gran número de edificios al estilo «mexicano», muchos con letreros en inglés, como «Wool rugs sold here» o «Natural dye zapotec rugs». La mayoría de estos talleres o tiendas que venden textiles de lana son negocios familiares, y algunos incorporan capital enviado por familiares establecidos en Estados Unidos o bien por redes de comercio que abarcan clientes de ese lado de la frontera. Stephen (2007) ha analizado a detalle la desigualdad social ligada a la industria textil vinculada con procesos económicos globales.

Debido a la vocación turística del pueblo, existe una vasta actividad comercial de artesanías. Algunos días de la semana, especialmente por las mañanas,

mujeres locales se apropian de las calles del centro, que es donde se encuentra el mercado. Se escuchan el ir y venir de los mototaxis y las conversaciones en zapoteco que surgen casualmente entre personas que se conocen desde hace generaciones.

La distribución del centro es similar a la de la mayoría de los pueblos de la región: hay un palacio de gobierno municipal, un mercado y una iglesia que, en el caso de Teotitlán, cuenta con un gran atrio donde se celebran las festividades religiosas y se recibe a un buen número de visitantes. El resto del pueblo se encuentra disperso en las laderas del cerro Picacho, donde los sinuosos caminos son transitados diariamente por quienes aún conservan la tradición agrícola y visitan sus milpas.

Teotitlán del Valle se rige por un sistema político de «usos y costumbres» en el que no participan representantes de partidos políticos. En su lugar, las autoridades se eligen mediante un sistema rotatorio de cargos de servicio obligatorio en las diferentes instituciones de la comunidad. Debido a este sistema de cargos, buena parte de la población ha estado en contacto con el aparato burocrático y conoce el funcionamiento de las instituciones locales, así como la calidad de los servicios que prestan y el prestigio asociado al desempeño de determinados cargos. La vida comunitaria se caracteriza por el ejercicio del *xelgez* (ayuda), conocido como *guelaguetza* (Barabas, 2006: 161): un sistema de «reciprocidad equilibrada» (2006: 168) basado en la ética del don, que sostiene la vida comunitaria mediante el intercambio de bienes, servicios y cargos.

Siendo un nudo importante de intercambios comerciales y culturales en la región, durante la pandemia Teotitlán fue identificado como un punto estratégico de vacunación desde el cual alcanzar también a las comunidades asentadas en zonas más apartadas. Además, la cabecera cuenta con un Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA). En él trabaja personal proveniente de otros pueblos de la región, en muchos casos de origen indígena, que brinda servicios de atención médica de primer nivel, asesoramiento nutricional y consultas de psicología. Asimismo, se nos informó que también colabora una partera tradicional. El CESSA se encuentra alejado de la plaza central, a la orilla del camino que conecta la carretera federal con el centro del pueblo. La distancia entre ambos puntos es de aproximadamente 30 minutos a pie o cinco minutos en auto o mototaxi, lo que contribuye a que la población lo perciba como un lugar ubicado en las afueras del pueblo.

Desarrollo de argumentos

Vacunación en contexto pandémico

En enero de 2020 se dio a conocer la aparición en Wuhan, China, de un nuevo patógeno, posteriormente denominado SARS-CoV-2. En los meses siguientes, el virus se propagó a un número cada vez mayor de países, hasta que el 11 de marzo de ese año la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró que el brote de «covid-19», enfermedad causada por el SARS-CoV-2, había alcanzado la categoría de «pandemia».

En México, el primer caso de contagio confirmado se detectó el 27 de febrero de 2020 y correspondió a un caso importado, mientras que el primer fallecimiento se registró el 18 de marzo. Las autoridades sanitarias respondieron con una serie de acciones preventivas y de contención, estructuradas en tres fases epidemiológicas, cada una con sus respectivas medidas y planes de acción. Desde entonces y hasta que la covid-19 dejó de ser considerada una «emergencia sanitaria internacional» (mayo de 2023), en el país se registraron más de 300 000 defunciones por el virus (Conacyt, 2023).

Desde un inicio, a nivel internacional surgieron diversas iniciativas público-privadas orientadas al desarrollo de vacunas contra este virus y, en un plazo breve, varias de ellas fueron validadas por la OMS para su uso de emergencia. El rápido desarrollo de vacunas contra la covid-19 y su subsecuente administración a amplios sectores de la población mundial constituyeron una estrategia sanitaria clave en la gestión de la pandemia y contribuyeron al regreso gradual a la «normalidad». Sin embargo, el desarrollo científico de las vacunas, así como su comercialización, distribución y aplicación, no estuvo exento de controversias, entre las cuales destacan: 1) los debates sobre su eficacia, efectividad y seguridad; 2) los costos de producción y comercialización, así como la dimensión ética del régimen de patentes; 3) los mecanismos para garantizar el acceso equitativo a escala global, como COVAX; y 4) las estrategias nacionales de vacunación, tanto en lo relativo a la definición de los grupos prioritarios como a la adopción —o no— de medidas coercitivas para garantizar la mayor cobertura posible.

Estas controversias, además de nutrir los debates especializados sobre cuestiones de bioética relacionadas con el desarrollo científico y tecnológico y con las políticas sanitarias, trascendieron al ámbito público, la política nacional e internacional y los medios de comunicación. Todo ello influyó en las percepciones y opiniones de la población en torno a la seguridad de la vacuna y en sus

actitudes respecto a la conveniencia de vacunarse (Cjuno et al., 2021; Velásquez, 2021; Camargo Rubio, 2022; Lasco, 2022; Ugalde, Hellmann y Homedes, 2022), con efecto sobre el alcance o no de las metas de inmunización. Por otra parte, las desigualdades globales entre países y las decisiones sanitarias adoptadas por cada Estado tuvieron repercusiones en la disponibilidad y la aplicación de las vacunas.

En México, la primera campaña de vacunación contra la covid-19 empezó el 24 de diciembre de 2020. El gobierno desarrolló la llamada Estrategia Nacional de Vacunación, que contempló la definición de «grupos prioritarios de vacunación», para lo cual se tomaron en cuenta, entre otros, «aspectos sociales que pueden generar desigualdad en el acceso a la vacunación» (SSA, 3 de agosto de 2022). Los ejes de priorización consistieron en: 1) la edad de las personas —a mayor edad, mayor riesgo—, 2) las comorbilidades, 3) los grupos de atención prioritaria, y 4) el comportamiento de la epidemia. Las personas afrodescendientes y de identidad indígena fueron incluidas en el tercer eje de priorización, al ser concebidas como «personas de grupos históricamente discriminados», según se lee en distintos documentos oficiales, entre los cuales destaca el documento rector «Política nacional de vacunación contra el SARS-CoV-2 para la prevención de la covid-19 en México» (SSA, 28 de abril de 2021).

A pesar de que durante la pandemia el Gobierno de México se esforzó por identificar la pertenencia a un pueblo originario de las personas contagiadas o fallecidas por la covid-19 mediante el criterio de «Se reconoce como indígena», en materia de vacunación no existen datos públicos desagregados por etnia ni por municipio. En consecuencia, se carece de información en torno a la inmunización de la población indígena del país (Montesi, Reyes Solís y Muños Hernández, 2025). A varios años de la pandemia, la literatura científica sobre la vacunación entre la población indígena mexicana sigue siendo escasa. Aunque esta población presentó un mayor riesgo de mortalidad por el virus (Dahal et al., 2022), muchas comunidades indígenas tuvieron que enfrentar barreras de acceso a la vacunación, entre ellas el idioma de muchas de las campañas, que promovían la inmunización solamente en español (Parra Torres et al., 2022) y, en algunos casos, la exigencia de documentos oficiales de identificación para registrarse en el programa (Joaquin Damas et al., 2024). Además, la aceptabilidad de la vacuna por parte de este sector poblacional estuvo condicionada por un conjunto de factores interrelacionados de origen histórico, como las experiencias negativas

previas con las instituciones gubernamentales, estrechamente relacionadas con el pasado colonial (Montesi et al., 2023; Abascal et al., 2024).

Marco de referencia

La cuestión de la confianza como fuerza social ha estado presente en la reflexión antropológica desde sus albores como disciplina. Influida por aportaciones filosóficas y sociológicas, la confianza (*trust* en inglés) se ha tratado usualmente como un rasgo positivo esencial para el correcto funcionamiento de una sociedad (Campbell, 2012). Desde esta perspectiva, la confianza permite el ejercicio de la solidaridad, que el sociólogo Émile Durkheim (2002) distinguió en solidaridad mecánica y solidaridad orgánica: la primera caracteriza a las sociedades «primitivas» y de pequeñas dimensiones, mientras que la segunda es propia de las sociedades «complejas». Asimismo, las contribuciones sociológicas de corte funcionalista, que conciben la confianza como un cimiento social para el funcionamiento orgánico grupal, han ejercido una influencia duradera en diversas ramas de la antropología, incluida la antropología médica. Solo en décadas recientes esta visión intrínsecamente «positiva» de la confianza ha comenzado a ser problematizada.

En la antropología médica, la cuestión de la confianza ha sido particularmente relevante, pues de ella depende la posibilidad misma de que el encuentro entre terapeuta y paciente resulte eficaz y satisfactorio. Asimismo, se ha relacionado con otros conceptos clave de la disciplina, como la creencia y el riesgo, ambos inherentes a las relaciones médicas y a los procesos de sanación.

En su obra seminal *Medicine, rationality and experience*, Byron Good (1994) señaló las similitudes entre la medicina moderna y el fundamentalismo religioso, al sostener que ambos parten de la premisa de que la salud o la salvación dependen de promover creencias correctas y de erradicar las consideradas erróneas. «Investiga las creencias públicas sobre las vacunaciones o los comportamientos de riesgo usando el Health Belief Model, nos dijo una generación de psicólogos, haz que la gente crea lo correcto, y nuestros problemas de salud pública serán resueltos» (Good, 1994: 7, traducción propia).¹ Por supuesto, esta postura hegemónica ha sido cuestionada por Good, quien sostiene que la creencia no puede ser considerada simplemente como una «representación», sino que se

¹ En el original: «Investigate public beliefs about vaccinations or risky health behaviors using the Health Belief Model, a generation of health psychologists has told us, get people to believe the right thing and our public health problems will be solved».

trata más bien de una «relación», pues originariamente *belief* se vinculaba con el verbo «querer» e implicaba una relación con otra persona basada en la lealtad y la confianza.

Más recientemente, Pouillon (2016) ha argumentado que «creer» expresa tanto certeza como duda; una subjetividad falaz más que una adhesión incuestionable. El hecho de que las creencias se consideren medibles, y juzgables como correctas o incorrectas, ha contribuido a polarizar el debate público sobre la confianza, particularmente en el ámbito de la vacunación, la cual se ha abordado desde la contraposición entre personas y comunidades pro- y antivacunas —quienes creen y quienes no creen en las vacunas—.

En la actualidad, la literatura antropológica ha buscado evitar dicha polarización abriéndose a conceptualizaciones de la confianza —y de la creencia— no binarias, sino relacionales, procesuales, matizadas y cambiantes:

La confianza tiene múltiples dimensiones y niveles, desde lo más íntimo hasta lo social y político. Aunque a veces se expresa como confianza en una cosa (una vacuna, un servicio de salud, un gobierno), fundamentalmente la confianza concierne relaciones entre personas y grupos. Éstas son moldeadas por múltiples experiencias y dinámicas, cambiando a través del tiempo conforme cambian las circunstancias. Las relaciones de confianza no son binarias sino un continuum; preocupación, ambivalencia, esperanza, pragmatismo y adecuación pueden todas coexistir, y dado que las personas las navegan, uno no puede predecir una relación directa entre confianza y acción² (MacGregor y Leach, 19 de noviembre de 2022, traducción propia).

En consonancia con estos planteamientos, las investigaciones etnográficas sobre vacunación han ido más allá de la ecuación creencia/confianza y han mostrado cómo la confianza, si bien está vinculada con la creencia, se construye a través de prácticas y entramados relacionales de diferente índole, por lo que resultaría contraproducente abordarla simplemente como una opinión o idea en abstracto. También se ha señalado que la desconfianza no implica siempre la negación de cualquier relación con el otro, sino que puede actuar como un «nexo para la

² En el original: «Trust has multiple dimensions and layers, from the most intimate to the wider social and political. Whilst sometimes expressed as trust in a thing (a vaccine, a health service, a government), fundamentally trust concerns relations between people and groups. These are shaped by multiple experiences and are dynamic, shifting over time and as circumstances change. Trust relations are not a binary but a continuum; worry, ambivalence, hope, pragmatism, and accommodation can all co-exist, and as people navigate these, one cannot predict a direct link between trust and action».

socialización» (Pasquini, 2023), ya que «en relaciones de cuidado ambivalentes, la desconfianza se moviliza para negociar los papeles, los riesgos y el poder que los pacientes y el personal de salud están dispuestos a confiar unos a otros»³ (Pasquini, 2023: 580, traducción propia).

Como es posible apreciar, las relaciones de des/confianza asumen características distintas según el contexto, por lo que se requiere de aproximaciones etnográficas sensibles a las circunstancias locales.

La confianza va de la mano con la noción de riesgo. Cada vez que confiamos —o no— en alguien o en algo, intuimos, evaluamos y afrontamos un riesgo, pues esa confianza podría verse defraudada. En este sentido, es posible afirmar que vivir implica exponerse constantemente al riesgo. Judith Butler denomina esta dimensión existencial como «vulnerabilidad», entendida como la condición que «deriva de nuestro ser cuerpos socialmente constituidos, relacionados con otros, en riesgo de perder esas relaciones, expuestos a otros, en riesgo de la violencia en virtud de esa misma exposición»⁴ (Butler, 2004: 20, traducción propia).

Lupton (2006) ha identificado tres perspectivas socioantropológicas en torno a la noción de riesgo: la perspectiva de la «sociedad del riesgo», la perspectiva cultural y simbólica y la perspectiva centrada en la gubernamentalidad. Según la autora, en la primera de estas corrientes teóricas destacan las propuestas de Beck (1992) y Giddens (1990, 1991), quienes señalan que las sociedades tardo-modernas son sociedades del riesgo, en las que las principales amenazas son el producto de las actividades humanas, y no del mundo «natural» —por ejemplo, una amenaza atómica o la contaminación— (Lupton, 2006). En cierto sentido, el desarrollo industrial de vacunas puede ser interpretado desde esta lente, pues para muchas personas las vacunas son elementos peligrosos creados en laboratorios financiados por el gran capital.

La segunda perspectiva teórica, representada principalmente por la obra de la antropóloga británica estructuralista Mary Douglas (1966, 1985, 1992), sostiene que la experiencia del riesgo solo puede entenderse como el producto de creencias y saberes comunitarios compartidos, y no individuales (Lupton, 2006). Juegan un papel importante las atribuciones simbólicas y las formas en que los grupos sociales trazan fronteras entre lo puro y lo impuro, lo seguro y lo inseguro.

³ En el original: «Mistrust is used to covertly negotiate the roles, the risks and the powerpatients and health care staff are willing to entrust in others, reshaping their dependency on one another and allowing them to navigate a fragmented, underfinanced healthcare system».

⁴ En el original: «Loss and vulnerability seem to follow from our being socially constituted bodies, attached to others, at risk of losing those attachments, exposed to others, at risk of violence by virtue of that exposure».

ro. Estas distinciones también pueden correlacionarse con nociones de culpa y con la atribución de responsabilidades. Como se expuso en la introducción de este artículo, aquello que se construye como ajeno o como «otro» en muchos casos suele percibirse como amenazante. Por último, Lupton (2006) menciona el enfoque de la gubernamentalidad que, inspirado en la obra global de Michel Foucault, concibe que el riesgo funciona principalmente como un instrumento de control en las sociedades modernas a través del ejercicio del poder disciplinario (Castel, 1991; Ewald, 1991; Dean, 1999). El discurso del riesgo favorece que las poblaciones se autorregulen y se sujeten a regímenes corporales específicos. Para algunos autores críticos de la gestión de la pandemia (Agamben, 26 de febrero de 2020; Esteva, 8 de marzo de 2021), las medidas sanitarias adoptadas por los gobiernos y difundidas por los medios tuvieron como fin generar personas dóciles y asustadas, aunque este objetivo solo se alcanzó parcialmente, como lo evidencian, según estos autores, las distintas formas de resistencia e «insurrección» que surgieron (Esteva, 8 de marzo de 2021).

La antropología médica ha retomado y documentado etnográficamente varios de estos aspectos a través de casos específicos, haciendo hincapié en la construcción social e histórica del riesgo. En diálogo y tensión con la biomedicina y la epidemiología, la antropología médica ha adoptado una perspectiva diacrónica y ha cuestionado la tendencia de esas otras disciplinas a «colocar el riesgo casi exclusivamente en la responsabilidad del sujeto» (Menéndez, 1998: 56) a través de la noción de «estilo de vida», cada vez más desvinculada de su origen en la sociología alemana del siglo XIX. En cambio, un análisis atento a la dimensión sociocultural del riesgo permite reconocer la pluralidad de las concepciones del riesgo y, asimismo, las prácticas de prevención que todo grupo social implementa en su día a día (Menéndez, 1998: 57). En sintonía con este planteamiento, Trostle (2004: 151) señala que, si bien las ideas populares y profesionales en torno al riesgo suelen diferir, esto no significa que la población carezca de nociones sobre el riesgo o que no implemente acciones para afrontarlo. Por otro lado, según este mismo autor, para los epidemiólogos el riesgo es una «estimación de la probabilidad de que algo ocurra», mientras que para las personas comunes implica una amenaza o un peligro (Trostle, 2004: 152). Las probabilidades no son fácilmente perceptibles; lo que realmente mueve a las personas es la percepción de que algo pueda realmente afectar sus planes o deseos (Trostle, 2004: 152). En este sentido, puede afirmarse que el riesgo, aunque implique un cálculo, termina siendo también un fenómeno experiencial y afectivo, cuya comprensión exige

tomar en cuenta aquello que, para una persona o una comunidad, «realmente cuenta» (Kleinman, 2007).

Todo lo planteado hasta aquí permite comprender la des/confianza como un fenómeno complejo, contextual y relacional, en el que las creencias y las percepciones del riesgo expresan y, al mismo tiempo, configuran transformaciones sociales dentro de campos en tensión y disputa.

Metodología

Esta investigación formó parte del proyecto «Las campañas de vacunación contra el covid-19 en dos comunidades indígenas de Oaxaca: estrategias locales de implementación y actitudes de la población hacia la vacuna», realizado entre diciembre de 2023 y abril de 2024 en las comunidades de Villa Díaz Ordaz y Teotitlán del Valle, ambas cabeceras de sus municipios homónimos localizados en el Valle de Tlacolula del estado de Oaxaca. Se publicó un artículo previo en el que se analizaron las barreras y los factores facilitadores de la vacunación en ambas comunidades, en el que se identificaron disparidades relacionadas con la confianza (Montesi et al., 2025). El presente artículo se basa exclusivamente en los datos recopilados en Teotitlán del Valle, ya que fue en esta comunidad donde se registró un mayor número de testimonios que expresaban desconfianza hacia la vacunación y las autoridades. En general, en comparación con el otro caso de estudio, se observó una menor participación en la campaña de vacunación contra la covid-19.

Con la autorización previa de las autoridades municipales, se entrevistó a personas de tres grupos de la comunidad: autoridades locales, personal de salud y población en general. Una vez obtenido el permiso correspondiente, invitamos a participar en las entrevistas a miembros de la comunidad, quienes se agruparon en cuatro rangos de edad —18 a 39 años, 40 a 49 años, 50 a 59 años y mayores de 60 años—, definidos de acuerdo con las etapas establecidas durante las campañas de vacunación de 2021. A pesar de esta diversidad, no se realizó un análisis por grupos de edad, lo que constituye una limitación del estudio. En general, las entrevistas con la población buscaron conocer en qué medida las personas se habían o no vacunado, qué factores influyeron en su decisión y si enfrentaron barreras de algún tipo para acceder a la vacunación.

En Teotitlán del Valle se realizaron 16 entrevistas con población en general: ocho a mujeres y ocho a hombres. Además, se entrevistó a un enfermero del centro de salud local y a un locutor de la radio comunitaria, este último debido

al rol crucial que los medios de comunicación locales desempeñaron en la difusión de información sobre las campañas de vacunación. De las 16 personas de la comunidad entrevistadas, siete no se habían vacunado y nueve sí, aunque varias de las que sí se habían vacunado manifestaron que lo habían hecho porque se sintieron obligadas a hacerlo, o se pusieron solamente una dosis para satisfacer requisitos laborales o de viaje. Durante la investigación en Teotitlán del Valle, se optó por no entrevistar a funcionarios locales debido a las tensiones internas que surgieron durante la pandemia, las cuales se detallarán más adelante.

Con el consentimiento de las personas participantes, las entrevistas se grabaron en audio y fueron transcritas con el software Good Tape; posteriormente, los archivos de audio fueron eliminados para garantizar la confidencialidad y seguridad de cada participante. El paso siguiente consistió en analizar el material cualitativamente con el software Atlas.ti mediante procedimientos propios de la teoría fundamentada. El proceso analítico se desarrolló en dos etapas: una primera fase de codificación abierta, seguida de una codificación axial. Es importante mencionar que la confidencialidad fue una prioridad a lo largo de todo el proceso; por ello, la identidad de las personas participantes fue protegida mediante el empleo de pseudónimos. Cabe mencionar que se planeó la devolución de los resultados de la investigación a través de un taller comunitario abierto a toda la población; sin embargo, a pesar de que este se organizó con el apoyo de las autoridades y se promovió a través del perifoneo comunitario, no hubo respuesta ciudadana.

Resultados

Lo histórico

La historia de la relación entre biomedicina, instituciones de salud y pueblos colonizados se ha caracterizado por su ambivalencia, pues la promoción de la salud pública también se ejerció a través de imposiciones y despojos.

Desde una perspectiva histórica, la colonización impulsó las revoluciones científicas europeas y, al mismo tiempo, se sirvió de los avances científicos y tecnológicos para expandir las fronteras del imperio en los pueblos colonizados. Esta relación de retroalimentación entre colonización y ciencia ha dejado una huella en la forma en que la población percibe los saberes «modernos científicos», especialmente en regiones geográficas con un pasado colonial (Lowes y Montero, 2021), como es el caso de México. A nivel global y en la modernidad, la medicina

occidental hegemónica se ha desarrollado a partir de una visión «científica» sustentada en múltiples lógicas coloniales. Por ejemplo, la ciencia médica moderna estableció con los conocimientos de las poblaciones colonizadas una relación de «subordinación y complementariedad», en la que los saberes indígenas fueron segregados y presentados como inferiores (López Sánchez, 2010), al tiempo que se apropiaron de algunos de ellos (Singer, Erickson y Abadía Barrero, 2022). Este dominio sobre los cuerpos y la naturaleza de los grupos históricamente subalternizados ha dejado una huella en las memorias colectivas y constituye un trasfondo afectivo que influye en las percepciones, creencias y actitudes contemporáneas hacia los procesos de salud, enfermedad, atención y prevención.

Asimismo, las experiencias de epidemias pasadas se configuran como una «memoria epidémica encarnada» (McLean, 2024), la cual influye en la recepción y significación de las epidemias contemporáneas. Como expresó don Aurelio, «unos cuentan, no sé si es verdad, que cada 100 años llega una enfermedad así. O yo hasta pienso mal, alguien las inventó [las enfermedades]». Las epidemias, y el manejo que se hace de ellas, resuenan y se vinculan entre sí, a pesar de que cada una presente características específicas.

Tomando en cuenta una perspectiva diacrónica —tanto a nivel de las trayectorias biográficas personales como de las experiencias colectivas—, durante el trabajo de campo se consideró importante explorar las prácticas de atención de las personas entrevistadas, así como sus juicios y opiniones sobre los servicios médicos institucionales. El conocimiento de estos antecedentes pudo ayudar a contextualizar las actitudes hacia la vacunación.

En general, las personas entrevistadas reportaron prácticas de autoatención y prevención —cuidado de la alimentación, ejercicio físico, toma de té y licuados con base en hierbas y frutas—, así como uso de modelos médicos alternativos, entre ellos la medicina tradicional y la homeopatía.⁵ Mencionaron que recurrían a la biomedicina en casos de extrema necesidad, pues reconocían que la medicina es eficaz, pero iatrogénica. Teresa, una señora de 52 años, ama de casa y artesana, con hipertensión arterial, expresó que, a pesar del diagnóstico que había recibido, prefería evitar el uso de medicamentos y controlarse solamente con la dieta: «Cuando se acostumbra uno al medicamento, no es muy bueno. Entonces

⁵ Definimos «autoatención» como el conjunto de saberes —representaciones y prácticas— que despliega «el propio sujeto o personas inmediatas de sus grupos parentales o comunales, y en el cual no actúa de manera directa un curador profesional» (Menéndez, 2016: 180). Incluimos en el modelo médico alternativo subordinado sistemas médicos diversos y heterogéneos, como la medicina tradicional y la homeopatía, en cuanto «alternativas» que la biomedicina «ha pretendido estigmatizar, pero que en los hechos tiende a subordinar ideológicamente» (Menéndez, 2016: 180).

mejor comemos más verdura, más fruta, y con eso me controlo» (Teresa, comunicación personal, febrero de 2024).

Eugenia, una señora que se dedicaba a la medicina tradicional, comparó la biomedicina con la medicina tradicional y, además, ofreció una reflexión más amplia sobre las formas «apresuradas» en que las personas buscan sanar en la actualidad:

Antes la gente vivía en la pobreza, muy humildemente pero muy tranquilo, y ahorita no. Cuando uno está mal y tiene calentura, va a la farmacia, lo inyectan y ya. Lo que buscan ahorita es la solución rápida, en cambio la medicina tradicional es lento; lento, pero efectivo. Por eso, a veces allí mismo se complican las cosas, porque la medicina de doctor sí hace rápido, pero también está perjudicando otro lado. Entre más antibiótico, más fuerte el medicamento, más peligro porque está dañando otro órgano (Eugenia, comunicación personal, diciembre de 2023).

Eugenia contrastó la rapidez con la lentitud, y asoció esta última con garantías de seguridad a largo plazo. Cuando su esposo se enfermó de covid, ella se encargó de su cuidado: «Mi esposo tuvo mucha calentura, después mucha tos, pero como tenemos la medicina [tradicional] a la mano [pudimos sanar]» (Eugenia, comunicación personal, diciembre de 2023).

Las personas entrevistadas también manifestaron que, cuando recurrían a la biomedicina, preferían acudir a servicios privados, sobre todo debido a la falta de medicamentos en los servicios públicos. Según sus testimonios, el uso de servicios privados se incrementó tras la desaparición del Seguro Popular y las reformas al sistema de salud implementadas por el gobierno anterior. Esta situación se vio agravada por los problemas que enfrentó la población teotitica con el CESSA, el centro de salud local, que permaneció cerrado entre 2019 y 2023 debido a conflictos entre la institución y la comunidad. De acuerdo con las personas entrevistadas, estos conflictos surgieron a partir de denuncias por el uso indebido de las instalaciones médicas y por el trato discriminatorio hacia las y los usuarios.

En este sentido, Teresa compartió que, en caso de necesidad, usualmente recurría a servicios particulares, pues en el sector público la atención brindada era limitada y de dudosa calidad:

En el centro de salud va uno y no hay medicamento. Nomás la consulta es gratis, al rato ni nos dan medicamento. Dicen que no hay. O si uno tiene una enfermedad, dan lo mismo; otra enfermedad, dan lo mismo. Entonces, a mí no me gusta ir allá, porque

ocupan la misma medicina para varias cosas (Teresa, comunicación personal, febrero de 2024).

Respecto al caso específico del centro de salud local, Irma, una señora de 52 años que trabajaba en el sector de hospedaje para visitantes y turistas y que padecía hipertensión arterial, relató lo siguiente:

Ya tiene tiempo que hay un problema en el municipio con los médicos de aquí. La gente se queja de que no atienden bien, que no dan medicamento. Es un pleito entre comités del centro de salud y los doctores. Ellos se enojaron, cerraron y se fueron, y ya no atendieron a la gente. Y los doctores acá tampoco querían atendernos, todos se encerraron [durante la pandemia] (Irma, comunicación personal, diciembre de 2023).

Irma no confiaba en la biomedicina en abstracto, sino que depositaba su confianza en personas particulares; por ejemplo, en un médico que ella apreciaba por su nobleza:

[Anteriormente] mi familia y yo íbamos con un doctor en Oaxaca. Nos atendía ya tiene muchos años, pero ya se murió; era el único [en] que confiábamos. Era el mejor médico de Oaxaca para nosotros. Ese doctor no hizo dinero, ayudaba muchísimo a la gente. [...] Era un doctor muy amable; mucha gente lo apreció y confió más en ese doctor que en estos doctores [del sector público] (Irma, comunicación personal, diciembre de 2023).

Para Irma, la humildad de aquel médico era la prueba de su compromiso social y de su calidad humana y profesional. En cambio, la percepción del engaño —en especial por fines de lucro— emergió como un elemento que socava la confianza tanto en la medicina como en los funcionarios públicos vinculados a ella, como señaló Valeria, cuyo esposo falleció durante la pandemia:

Mi esposo padeció una infección y le dio un paro, pero como no había médico, nadie lo pudo ayudar. Entonces dijeron que toda persona que se murió en ese entonces que le pusiera «covid». En el municipio no permitieron que las farmacias vendieran, ya no quisieron; en vez de ayudar mandaron a decir que no atendieran. [...] Querían que yo firmara un papelito que mi esposo murió de covid. Ya después me dijeron que el gobierno dio un apoyo, no sé cuánto dinero [por persona fallecida de covid]. Pero yo no lo recibí (Valeria, comunicación personal, diciembre de 2023).

En este testimonio destaca la ausencia de servicios médicos en la comunidad —el esposo falleció sin recibir atención— y la percepción de corrupción del gobierno local, al que se acusaba de haberse aprovechado de la emergencia sanitaria y de los apoyos federales destinados a las familias con personas fallecidas por covid-19. Esto, según Valeria, fomentó la realización de autopsias fraudulentas. Los contrastes entre la honestidad —como en el caso del médico particular de Oaxaca— y la corrupción —como en el caso de los funcionarios públicos— ponen en evidencia los conflictos morales que existen en la comunidad y la percepción de un deterioro en la cohesión social. Sin embargo, la desconfianza hacia las autoridades, derivada de posibles contubernios entre el poder político y el sector salud, debe enmarcarse en procesos históricos más amplios relacionados con lo que las personas entrevistadas describen como una pérdida de moralidad comunitaria asociada a un modo de vida «tradicional» o «de antes» (véase lo relatado por don Aurelio o Eugenia). Además, los casos de diagnósticos y autopsias fraudulentos adquieren verosimilitud a la luz de experiencias históricas acumuladas de fraudes médicos, como señalan Montesi y colaboradores:

...la desconfianza hacia la biomedicina tiene raíces que van más allá del momento actual. Por ejemplo, la etnografía de Taylor realizada en los años 60 del siglo pasado reporta [...] engaños realizados por médicos o personas que se presentaron en la comunidad como profesionales sin serlo: «La suspicacia es reforzada por experiencias con practicantes que no tienen grado de doctor, pero que así se hacen llamar y que administran medicamentos, incluyendo antibióticos» (Taylor, 1960, p. 232), así como episodios claros de charlatanería y fraude (Montesi, Reyes Solís y Muños Hernández, 2025: 30).

Las experiencias médicas e institucionales negativas, vividas en carne propia o presentes en las memorias compartidas, permiten contextualizar mejor los motivos de rechazo o de vacilación ante la vacuna.

Lo político

La dimensión histórica profunda de la des/confianza hacia el Estado y sus instituciones se conecta con la configuración de relaciones de poder desiguales, que se expresan en las experiencias y percepciones de «engaño» institucional y corrupción gubernamental, así como en la vivencia de sentimientos de vulnerabilidad.

Simón era un hombre de 52 años, casado, que se dedicaba al oficio de la herrería. Para él, la pandemia constituyó una maquinación con fines biopolíticos, es decir, de control de la población. Se vacunó solamente porque necesitaba viajar y el certificado de vacunación era un requisito para abordar medios de transporte; de otro modo, no lo habría hecho. Cuando le preguntamos si consideraba la covid-19 como una enfermedad peligrosa, contestó:

Yo pienso que sí porque *sí hubo, pues*. Pero [...] *creo que fue una enfermedad que fabricaron, no fue la naturaleza no, no fue*. Yo pienso que *hubo complicidad con el sistema de gobierno mundial, pues*. Porque hay varios pueblos en los cerros que no les afectó, como ahí no tienen mucho contacto con la ciudad, con la política, todo eso. Nosotros porque estamos cerca de la ciudad, hay mucho tránsito y, luego, como este pueblo es un pueblo de artesanos por lo histórico, lo turístico, es muy reconocido y entra mucha gente de fuera, de todos lados, hay mucho movimiento acá. Por eso, digo yo que entró eso, pero ahora yo no entiendo en qué forma lo hicieron porque *casi fueron escogidos los difuntos*. Los de la tercera edad. Murieron dos jóvenes nada más. Entonces, digo que si fuera un virus normal... digamos, por ejemplo, cuando nos da gripa, entra en la casa hasta que nos da a todos, pero eso [la covid-19] no. A veces, les daba a una o dos personas en la casa, hasta ahí. Pero una gripa, ya sabe, cuando entra no acaba hasta que tengan gripa todos; es una enfermedad normal y las defensas actúan normal, pero en esto ya no dejaron actuar las defensas. Por ejemplo, *el síntoma que ya no puedes respirar, algo hicieron ahí para que tu sistema respiratorio prácticamente quedara nulo*. Entonces, por eso yo estoy pensando en eso. Y luego nosotros crecimos en una época más atrás, cuando nos espantaban porque hubo una época en que dicen que *vacunaron para disminuir la población*. Entonces, ahorita digo yo que la gente recordó que una vez hubo eso, pues. Mi mamá dice que, por eso, no nos dejaba que nos vacunaran antes hasta que fuimos a la escuela, hasta que hubo más información. Entonces, empezaron las vacunas de sarampión, rubéola. Primero hubo ese temor, como digo, que aquí es un pueblo muy antiguo. Y ahorita hay más... hay muchos habitantes, pero antes no eran muchos, pero sí hubo ese temor de que dijeran [...] que una vacuna puede matarte (Simón, comunicación personal, diciembre de 2023).

Este testimonio ilustra, en primer lugar, la incredulidad ante la covid-19, pues el entrevistado, al responder a la pregunta sobre su peligrosidad, sintió inicialmente la necesidad de afirmar que sí existió, pero no consideraba el hecho como incuestionable, sino como un asunto que requería ser evaluado. A partir de la observación empírica del comportamiento de la epidemia, junto con los rumores

que circulaban, Simón consideraba la covid-19 como una enfermedad fabricada y no natural, producto de los diseños políticos del «sistema de gobierno mundial». En particular, le parecía que el virus actuaba «selectivamente» en contra de las personas adultas mayores, por lo que pensaba que los difuntos «fueron escogidos», y no morían al azar, como según él ocurría en los casos de las enfermedades que consideraba «naturales». Es relevante también su observación de que Teotitlán, por ser un pueblo cercano a la ciudad, está expuesto a la «política», a diferencia de las comunidades más rurales de la sierra. En su discurso se nota una asociación conceptual entre el mundo urbano y el poder. Finalmente, Simón vincula su desconfianza hacia la vacunación contra la covid-19 con los recuerdos de «épocas» más antiguas durante las cuales supuestamente «vacunaron para disminuir la población». De nuevo se presenta el fenómeno de la «memoria epidémica encarnada» (McLean, 2024) que evocamos en la sección anterior: «Entonces, ahorita digo yo que la gente recordó que una vez hubo eso, pues» (Simón, comunicación personal, diciembre de 2023).

Estas experiencias colectivas, históricamente profundas, se entremezclan con los rumores contemporáneos difundidos principalmente a través de las redes sociales. Simón declaró que se informaba principalmente por Internet porque no confiaba en los medios oficiales ni en el gobierno. En la entrevista, abundó en cómo el diseño biopolítico mundial se materializó a nivel nacional y local:

Otro rumor fue que el gobierno estaba coludido con las autoridades para entregar 60 muertos al municipio. Ese rumor estuvo circulando muy fuerte, y cuando aquí empezaron a morir 40, 50, hasta que llegaron a los 60, se cundió, se coló eso. Ahí es donde uno piensa que hay un complot en el gobierno. Dicen que mandaron para que puedan las autoridades escoger a los que van a morir, pues (Simón, comunicación personal, diciembre de 2023).

Como puede apreciarse, la desconfianza hacia las autoridades llegó a permear incluso en los niveles locales, entre los paisanos que asumían cargos según los sistemas normativos internos. Esas autoridades municipales, que en otro momento eran vecinos y vecinas, supuestamente habrían colaborado —según este testimonio— en la selección de las víctimas de la covid.

La desconfianza en la vacuna es, por lo tanto, una pieza dentro de un cuadro más amplio de titubeos y sentimientos de vulnerabilidad. Pudimos documentar casos de diagnóstico de covid-19 que quienes los recibieron consideraban falaces y fraudulentos. También registramos muertes por covid ocurridas en

contextos hospitalarios juzgadas como dolosas, y casos de enfermedad grave o muerte tras la vacunación. Algunos testimonios, obtenidos todos ellos entre diciembre de 2023 y marzo de 2024, son los siguientes: «Muchos no se vacunaron, muchos no están vacunados y la gente vive. Al contrario, dicen que los que se vacunaron viven no sé cuántos años y luego van a morir» (Irma); «Decían que [la vacuna] es algo del gobierno para que las personas ya no vivieran tanto tiempo, especialmente los de la tercera edad, que iban a vivir nada más seis años, que el gobierno lo hizo para no dar las pensiones» (Irma); «Esa misma gente nos va a venir a matar, decían. Vinieron a tirar cosas...» (Valeria); «Hay personas que se murieron por vacunarse» (Simón); «Vi que [varias personas] de las que se vacunaron, fallecían repentinamente» (Juan); «Esto es lo que están inyectando: el covid» (Teresa); «Cuando dijeron que es la misma enfermedad que te ponen para que tu cuerpo reaccione, ahí fue donde dije 'jamás me pongo vacunas'. Yo pensé que era un medicamento que te ponían y te reforzaba» (Ilaria); «Yo digo que la misma vacuna ocasionó el covid. Porque nosotros tuvimos una experiencia. Mi hija iba a salir de viaje. Entonces dijeron, pues si iban a comprar su boleto de autobús, no lo iban a vender porque no estaban vacunados. Entonces fue a vacunarse. Y después de que se vacunó, mejor le dio covid. La vacuna provocó la covid, pues» (Teresa).

Esta desconfianza hacia quienes detentaban el poder, en el marco de los conflictos sociales ocurridos al interior del municipio entre pobladores, autoridades y el centro de salud, y en el contexto de la pandemia, se agudizó y quedó marcada en las experiencias de muchas personas teotitecas. Simón comentó: «Aquí es un pueblo que es muy pacífico, pero se está descomponiendo por la influencia de los políticos». Por su parte, Eugenia expresó lo siguiente con relación a las medidas sanitarias impuestas por la autoridad local de acuerdo con los protocolos estatales y federales:

Alborotaron mucho a la gente porque dicen: «Hay que tener cuidado, que ya cuando se muere la gente no se van a velar por la enfermedad, van a contagiar a los demás»; en lugar de que ellos hubieran apoyado al pueblo y [hubieran dicho] que no pasa nada, que no tengan miedo, que no se asusten (Eugenia, comunicación personal, diciembre de 2023).

Este último testimonio enlaza con otra dimensión de la desconfianza generada en el contexto de la pandemia: la dimensión cultural vinculada con la cosmovisión.

Lo cultural

En el complejo cultural mesoamericano la salud está fuertemente ligada a un ideal de armonía anímica que refleja la armonía social. Cuando este balance se percibe como quebrado o amenazado surgen toda una serie de afectaciones físicas, emocionales y anímicas. Como sintetiza Sesia:

...las concepciones centradas en la armonía y el equilibrio, la elusión o resolución de conflictos, el mantenimiento de la reciprocidad, la identificación de quién provocó o el por qué alguien pierde la salud y se enferma, son cruciales para entender el proceso salud-enfermedad-atención-prevención, en el que están inmersas (Sesia, 2024: 101).

En este sentido, las emociones juegan un papel crucial en el mantenimiento o la pérdida de la salud, ya que pueden considerarse fuerzas biológicas, sociales y espirituales que concentran la vitalidad de las personas, las cuales dependen en gran medida de la calidad de las relaciones humanas. Son bien conocidos los padecimientos presentes en contextos indígenas y populares asociados a alteraciones emocionales profundas, los cuales han sido objeto de amplios estudios antropológicos y etnomédicos. Entre los más estudiados se encuentran el susto, el espanto, la vergüenza, la tiricia y la envidia.

Aunque no es el propósito de esta sección realizar una reseña de los estudios sobre estos síndromes, es importante subrayar que, en contextos indígenas, las emociones no son «pura sintomatología», sino que pueden configurarse como «una verdadera enfermedad» (Signorini y Tranfo, 1979: 234). Considerando que las situaciones experimentadas durante la pandemia detonaron «contagios emocionales» (Belli y Alonso, 2021), resulta imprescindible considerar cómo las «emociones pandémicas» —por así llamarlas— propiciaron o inhibieron la confianza en la vacunación y en otras medidas sanitarias.

En Teotitlán, una emoción que fue evocada con frecuencia fue el «miedo» en sus múltiples acepciones: al contagio, a la vacuna, a ser engañados, a ser asesinados, entre otras. Una dimensión particularmente relevante que nos interesa resaltar es que el miedo fue considerado como la «verdadera» causa de muerte de muchas personas que fallecieron durante la pandemia, o bien como un estado anímico que predispuso al contagio de la covid-19. Los siguientes testimonios destacan esta idea. Teresa, que no se vacunó, refirió lo siguiente:

Teresa: Mucha gente se alteró también. Hay unos que se asustaron. Y bueno, yo pienso, pues, por el susto les empezó a dar [covid] también. Pero los que no se asustaron, los que lo tomaron tranquilo, pues no... [se enfermaron tanto].

Entrevistadora: Y en caso de susto, ¿qué hay que hacer?

Teresa: Pues no más, yo digo que hablen con ellos, pues decirles que no va a pasar nada. Entonces, por eso creo que los que se asustaron, pues le dio la enfermedad (Teresa, comunicación personal, febrero de 2024).

También Valeria, que sí se vacunó, expresó algo similar:

Pues es peligroso [la covid-19] porque dicen que sí varias personas se murieron. De hecho, sí se supo por la televisión que murieron, pero no sabemos si es en realidad así, porque la mayoría de las personas dicen que se murieron por tener miedo, ataque de pánico, pero en realidad no [tenían covid] (Valeria, comunicación personal, diciembre de 2023).

Por su parte, Simón consideró que las autoridades municipales que fallecieron por covid-19 en realidad murieron por miedo:

Sí, se murió [personas que eran autoridades; habló en zapoteco], pero se murieron por el miedo, no por la enfermedad. Todos los medios de comunicación, todos invadieron de tanto miedo; que esto, que lo otro, la desesperación y el miedo los mató (Simón, comunicación personal, diciembre de 2023).

En reiteradas circunstancias, las personas entrevistadas consideraron que lo que realmente mató a las personas no fue el virus, sino el miedo infundido por el aparato médico-gubernamental y los medios de comunicación, y que muchas defunciones registradas como causadas por la covid-19 se debieron al susto. Esta concepción se vincula con la manera en que localmente se valora o mide la «peligrosidad» de esta enfermedad, pues en algunas ocasiones se expresó que la covid-19 es peligrosa para quienes «creen» en ella, mientras que quienes «no creen» están mucho más inmunes a su poder —como si tuvieran una vacuna emocional, por así decir—.

Sí, [la covid] es peligrosa cuando uno cree que existe. Cuando uno cree que existe eso mata a la gente. Pero, como digo yo, pues, yo tenía muchísimo miedo y me vacuné. Tengo tres vacunas y, como vi a mi hija enferma, me preocupé demasiado y dije: «¿Qué tal si se muere?, ¿y si existe?, ¿por qué se murieron las personas?». Y yo digo, si estu-

vieran vacunados ellos, creo que no se iban a morir. Y muchos también se vacunaron y se murieron, pero tal vez ya tenían esa enfermedad en el cuerpo antes de vacunarse ¿no? Sí [risas], creo que del miedo murió mucha gente (Irma, comunicación personal, diciembre de 2023).

En este fragmento la entrevistada expresó incertidumbre respecto a la enfermedad, su peligrosidad, las formas de transmisión y las medidas para prevenirla. Consideraba que la covid-19 era peligrosa «cuando uno cree que existe» y señaló que, como ella sintió mucho miedo y asumió que la enfermedad era real, decidió vacunarse como medida de prevención. Sin embargo, también mostró dudas sobre la efectividad de las vacunas, ya que conoció casos de personas que, pese a haberse vacunado, fallecieron. Por último, la entrevistada cerró su discurso afirmando que muchas personas principalmente se murieron de miedo. Como se señaló al inicio de este artículo, las decisiones de vacunarse o no vacunarse no son claras ni del todo consecuentes con las premisas epistémicas, ya que en una misma persona pueden coexistir ideas, representaciones y emociones contradictorias, que además pueden cambiar con el tiempo y según las circunstancias.

Este aspecto de la «creencia» es de sumo interés ya que, como se argumentó en el apartado teórico, la creencia puede entenderse como un acto de confianza de carácter relacional y procesual. En el caso de Teotitán del Valle, «creer» en la enfermedad, es decir, reconocer su existencia, no parece ser solamente un acto intelectual/cognoscitivo, sino también un acto con profundas implicaciones ontológicas. En otras palabras, no se trata solamente de un juicio epistémico sobre una realidad externa preexistente, sino de un acto a través del cual se reconoce a una entidad la capacidad de existencia y acción. Este poder de acción que se otorga a la creencia también aplica en el caso de la medicina, pues en el contexto local se considera que un tratamiento solo puede ser efectivo si se cree en él.

Esta noción de la creencia fue documentada por Leslie en los años sesenta entre zapotecos de Mitla, una localidad del Valle de Tlacolula cercana a Teotitlán: «Cuando discutimos de brujería con la gente del pueblo, ellos frecuentemente estipulaban que sus fórmulas mágicas no podrían funcionar si uno no creía en ellas. [...] ‘Cree, hijo mío, y podrás curarte, pero solo si crees’» (Leslie, 1960: 38-39, traducción propia).⁶ En aquellos años, este autor documentó cómo la influencia de los procesos de modernización estaba desplazando o estigmatizando este

⁶ En el original: «When we discussed witchcraft with townspeople they frequently stipulated that its magical formulas would not work unless one believed in them. [...] ‘Believe, my son, and you can be cured, but only if you believe’».

tipo de nociones en favor de una concepción de la creencia como «superstición» (Leslie, 1960: 38). Retomando el planteamiento de Byron Good, cabe hipotetizar que en esos años se estaba imponiendo entre los pueblos zapotecos la noción occidental ilustrada de la creencia como «representación», susceptible, por tanto, de ser juzgada como correcta o incorrecta.

Ahora bien, otro aspecto del miedo que resulta pertinente discutir es su relación con la «mente». Esta concepción de la corporalidad fue desarrollada de forma amplia por Eugenia, curadora tradicional:

[En el pueblo, esta enfermedad] estuvo fuerte, [le pegó a] mucha gente. Pero yo digo, yo creo que [fue porque] las personas tuvieron mucho miedo, tuvieron miedo de salir, tuvieron miedo de ir con las personas que tienen gripa pa' que no se contagien... Como que *ese miedo se mete mucho en la mente pues, y como la mente es muy poderoso*. «¡Ay!, ¿qué tal si me muero?, ¿qué tal si me hace esto?, ¿qué tal si voy a hacer así? [...]. Hay gente que lo vivió con mucho miedo, lo vivieron con mucho de miedo y la enfermedad creo que más atacó porque ese miedo estaba. Luego, «¡Ay!, no me voy a juntar con esas personas porque ellos tienen y me van a contagiar». Por eso, mi esposo, cuando él estaba muy mal dice: «Ya no te vas a acercar a mí porque luego te va a pasar». Le digo: «No, porque Dios cuando vino curó a las personas, él no escogió, Dios no escogió a quién va a curar, a quién no va a curar, pues los curó a todos» (Eugenia, comunicación personal, diciembre de 2023).

Silvia, una mujer de 21 años que decidió no vacunarse, también relacionó el miedo con el poder de la mente:

Aquí [la covid] afectó mucho *en su mente* porque había muchos que decían: «¡Ah!, ¿y si esa enfermedad...?». Entonces, como la tele pasaba que hay algunos que se morían en las calles, se empezó a hacer muy feo. Entonces decían, pues, que se iban a morir, y *todo eso pensaban, y pues más rápido se iban*. Entonces, yo digo que como que se transmitió mucho. Entonces *las personas se lo tomaron muy, muy... no sé, emocionalmente, y por eso les ganaba*, pues. Sí, porque sí hubo muchos que fallecieron por eso [covid-19]. Bueno, decían que era por eso, pero, al final de cuentas... por el miedo (Silvia, comunicación personal, febrero de 2024).

Al preguntarle si existía alguna forma de volverse inmune al miedo, Silvia respondió:

Cuando te asustas, te dan un remedio. Una hierba se muele y te la tomas y ya se quita el susto. Pero ese es el susto que, digamos, ves un perro y te ladra y, pues, te asustas. En el caso de este [covid-19], pues, es un miedo que ya lo tienes en tu cabeza. Entonces, de la cabeza, pues, es muy difícil que te lo saquen. Entonces, si, digamos, tu esposo [...] te pone a pensar las cosas que de verdad es..., o sea, te pone [...] los pies en la tierra y te dice que no puedes irte dejando a tus hijos. Entonces, yo creo que ahí, pues, la mentalidad cambia, y ahora sí estás pensando, y ahora dices, «¿Cómo crees que me va a ganar la enfermedad?». *Cambias de mentalidad* (Silvia, comunicación personal, febrero de 2024).

En estos testimonios destacan tres aspectos. En primer lugar, en las entrevistas predominó el uso del término *miedo* sobre el de *susto*, aunque no quedaron claras las implicaciones de esta elección terminológica. En segundo lugar, el miedo se concebía como algo que se introduce en la mente y hace a las personas vulnerables, incluso hasta el punto de llevarlas a la muerte. En tercer lugar, las advertencias de salud pública sobre la peligrosidad de la pandemia fueron interpretadas localmente como contraproducentes e incluso patológicas porque se percibían como sustentadas en narrativas de miedo. Considerando que tradicionalmente el susto se ha asociado con la pérdida del alma y que esta se concibe como alojada en el corazón o en la parte central del cuerpo humano (López Austin, 1996), el hecho de que el miedo se relacione ahora con la «mente» sugiere transformaciones profundas en las concepciones indígenas del cuerpo, la corporeidad y la persona —incluso posiblemente como un proceso de psicologización—. De hecho, Silvia esbozó una diferenciación entre el susto —tratable con «remedios» tradicionales— y el miedo. En futuras investigaciones será importante analizar los cambios y las permanencias en las cosmovisiones indígenas, así como sus implicaciones para las teorías y prácticas etnomédicas locales. En relación con la vacunación y las campañas de salud pública, los hallazgos aquí presentados demuestran que es fundamental considerar cómo las construcciones culturales de las emociones juegan un papel importante en la generación de confianza o desconfianza hacia las medidas sanitarias.

Consideraciones finales

La literatura internacional sobre la desconfianza hacia la vacunación ha identificado patrones comunes entre países y poblaciones de latitudes distintas. Las restricciones sanitarias y las campañas de vacunación promovidas por los gobier-

nos, junto con sus dispositivos de gestión del riesgo, fueron interpretadas por diversos sectores de la ciudadanía global como formas de imposición, coerción y disciplinamiento con fines geopolíticos y biopolíticos. En contextos poscoloniales, caracterizados por la presencia de poblaciones históricamente subalternizadas y marginadas, la desconfianza hacia la vacunación adquirió, además, matices, niveles y expresiones particulares.

En este artículo, centrado en la experiencia de la vacunación contra la covid-19 en Teotitlán del Valle, pueblo zapoteco de Oaxaca, hemos mostrado cómo la desconfianza hacia la vacunación presentó una dimensión histórica profunda que puso en evidencia la relación tensa y ambivalente entre las poblaciones indígenas y el Estado, expresado este último a través de las autoridades e instituciones de salud. Conectado con lo anterior, es importante considerar las desigualdades de poder entre los distintos grupos sociales y poblacionales, tanto al interior de las comunidades indígenas como en sus relaciones con agentes externos.

Las relaciones de las poblaciones indígenas con las instituciones de salud se han caracterizado, en múltiples contextos, por omisiones y malas prácticas que, a lo largo del tiempo, han alimentado sentimientos de desconfianza radical, algunos de los cuales se expresan localmente a través del miedo de ser «engañados» o abusados. La historia colonial que ha marcado la relación entre la biomedicina y las poblaciones indígenas ha favorecido la internalización de sentimientos de vulnerabilidad, entendidos como la percepción de encontrarse a merced de la voluntad de otros. En diversos estudios etnográficos se ha documentado que, en efecto, los cuerpos racializados y aquellos asociados con un menor estatus social son más propensos a ser objeto de intervenciones médicas innecesarias, crueles o realizadas con fines de «aprendizaje médico».⁷ Todo este bagaje social e histórico influye en las actitudes hacia la vacunación, así como en las formas de evaluar y construir el riesgo. Las dimensiones históricas y políticas son, por lo tanto, cruciales para explorar los fenómenos de des/confianza, lo que subraya la importancia de asumir una mirada diacrónica. Desde esta perspectiva, la no vacunación puede interpretarse como una práctica de prevención que surge de memorias epidémicas compartidas y de experiencias médicas negativas. La vacuna encapsula dimensiones simbólicas respecto a lo propio y lo ajeno —por ejemplo, vacuna mexicana vs. vacuna de otros países—, pero lo propio, usualmente asociado con seguridad, también se experimenta como amenazante, ya

⁷ Véase, por ejemplo, Mendoza López (2020) y Sesia (2020) sobre el caso de la violencia obstétrica en México.

que se representa como «corrompido» por lógicas ajenas, por ejemplo, de la modernidad occidental. En este entramado de simbologías, en el que las contraposiciones seguro/inseguro no son claras, el riesgo terminó caracterizándose por ambivalencias, ambigüedades y contradicciones que complejizaron la toma de decisiones respecto a la vacunación.

Finalmente, hemos argumentado que también es imprescindible considerar el papel que desempeñan en los procesos de desconfianza algunas matrices culturales específicas, como las nosologías médicas «tradicionales» —en constante transformación— del susto y el miedo, cuya lógica puede entrar en tensión con los discursos y las prácticas biomédicas. Este aspecto tiene implicaciones importantes en relación con la comunicación de la salud en las campañas de vacunación, ya que el lenguaje empleado puede entrar en conflicto con las construcciones indígenas de las emociones.

Consideramos que las experiencias de las personas de Teotitlán del Valle, expresadas a través de sus propias palabras, muestran que las «creencias» —en este caso sobre la vacunación—, a menudo consideradas como correctas o incorrectas desde la ciencia y la práctica de la salud pública, no son solamente «representaciones», sino que también involucran relaciones afectivas. En este sentido, una creencia no constituye una idea rígida que simplemente se tiene o no se tiene —no se reduce a ser pro- o antivacunas—, sino un marco compartido de interpretación que se fundamenta en experiencias previas y que se negocia constantemente con las necesidades del presente. Así, observamos que algunas personas decidieron vacunarse porque necesitaban emprender viajes de trabajo de los que dependía la economía familiar, aun cuando personalmente consideraban que las vacunas eran tecnologías a las que debían acercarse con suspicacia. Otras personas, ante la duda, optaron por vacunarse y esperar las consecuencias de esa decisión, fueran estas favorables o adversas. Como expusimos en el marco teórico, incluso las creencias más firmes dejan espacio para cierto grado de incertidumbre.

En el contexto cultural indígena, la creencia es profundamente relacional y, como hemos visto, juega un papel determinante tanto en la efectividad de la curación, como en la intensificación de las emociones negativas y de las enfermedades. De los testimonios recopilados se desprende que algunas personas no murieron de covid-19, como alegaron y registraron las autoridades, sino que murieron por creer en la enfermedad; es decir, le otorgaron poder de acción a través del miedo. Esta perspectiva plantea interrogantes de orden ontológico que será

necesario profundizar en investigaciones futuras. Finalmente, quisiéramos cerrar con la siguiente reflexión. Si la des/confianza es relacional y se configura en un continuo complejo de sentimientos, actitudes e incertidumbres, existen márgenes para fomentar la confianza siempre y cuando se busque una transformación de los cimientos sociales en que se reproduce. Esto implica que las instituciones de salud están llamadas a reconocer, asumir y transformar el legado histórico de despojo y violencia ejercido que ha marcado su relación con las poblaciones indígenas y sus sistemas médicos.

Agradecimientos

Este artículo se realizó en el marco del proyecto Cátedras CONACYT 771 «Salud de los pueblos indígenas en México, 2010-2025: desde las enfermedades del rezago a las emergentes. Un enfoque multidisciplinario».

Bibliografía citada

- Abascal Miguel, Lucía, Mendez-Lizarraga, César A., Rojo, Elizabeth M., y Sepúlveda, Jaime. (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. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0002921>
- Agamben, Giorgio. (26 de febrero de 2020). L'invenzione di un'epidemia. *Quodlibet*. Disponible en <https://www.quodlibet.it/giorgio-agamben-l-invenzione-di-un-epidemia>
- Barabas, Alicia. (2006). *Dones, dueños y santos. Ensayo sobre religiones en Oaxaca*. Ciudad de México: Instituto Nacional de Antropología e Historia / Miguel Ángel Porrúa.
- Beck, Ulrich. (1992). *Risk Society: Towards a New Modernity*. Londres: Sage.
- Belli, Simone, y Alonso, Claudia Valeria. (2021). Covid-19 pandemic and emotional contagion. *Digithum*, 27, 1-9. DOI: <https://doi.org/10.7238/d.v0i27.374153>
- Butler, Judith. (2004). *Precarious life. The powers of mourning and violence*. Londres y Nueva York: Verso.
- Camargo Rubio, Rubén Darío. (2022). Bioética social, deberes del Estado derecho y deberes civiles en la vacunación covid-19. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 22(1), 65-82. DOI: <https://doi.org/10.18359/rlbi.5615>
- Campbell, Brian. (2012). Enacting trust: Contrast, law and informal economic relationships in a Spanish border enclave in Morocco. *Journal of Comparative Research in Anthropology and Sociology*, 3(2), 17-25. Disponible en <https://journals.unibuc.ro/index.php/cmp/article/view/3109>

- Castel, Robert. (1991). From dangerousness to risk. En G. Burchell, C. Gordon y P. Miller (Eds.), *The Foucault Effect: Studies in Governmentality* (pp. 281-298). London: Harvester/ Wheatsheaf.
- Cjuno, Julio, Bazan Palomino, Edgard, González Ramírez, Rodolfo, Polo Bardales, Roxy, Alvarado Carbonel, Marco, Ipanaque Zapata, Miguel, y Hernández, Ronald M. (2021). Percepción y preferencias sobre las vacunas para covid-19 en pobladores de una ciudad del norte peruano. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 40(7), 607-617. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.57508901>
- Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT). (2023). *COVID-19 en México. Información general*. Disponible en <https://datos.covid-19.conacyt.mx/>
- Dahal, Sushma, Mamelund, Svenn-Erik, Luo, Ruiyan, Sattenspiel, Lisa, Self-Brown, Shannon, y Chowell, Gerardo. (2022). Investigating COVID-19 transmission and mortality differences among Indigenous and non-Indigenous populations in Mexico. *International Journal of Infectious Diseases*, 122, 910-920. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2022.07.052>
- Dean, Mitchell. (1999). Risk, calculable and incalculable. En D. Lupton (Ed.), *Risk and Sociocultural Theory: New Directions and Perspectives* (pp. 131-159). Cambridge: Cambridge University Press
- Douglas, Mary. (1966). *Purity and Danger: An Analysis of the Concepts of Pollution and Taboo*. Londres: Routledge and Kegan Paul.
- Douglas, Mary. (1985). *Risk Acceptability According to the Social Sciences*. Nueva York: Russell Sage Foundation.
- Douglas, Mary. (1992). *Risk and Blame: Essays in Cultural Theory*. Londres: Routledge.
- Durkheim, Émile. (2002). *De la division du travail social*. Chicoutimi: J.-M. Tremblay.
- Esteva, Gustavo. (8 de marzo de 2021). La insurrección en curso. *La Jornada*. Disponible en <https://www.jornada.com.mx/2021/03/08/opinion/020a2pol>
- Giddens, Anthony. (1990). *The Consequences of Modernity*. Cambridge: Polity Press.
- Giddens, Anthony. (1991). *Modernity and Self-Identity*. Cambridge: Polity Press.
- Good, Byron. (1994). *Medicine, rationality and experience. An anthropological perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ewald, F. (1991). Insurance and risks. En G. Burchell, C. Gordon y P. Miller (Eds.), *The Foucault Effect: Studies in Governmentality*, (pp. 197-210). London: Harvester/ Wheatsheaf.
- Joaquin Damas, Elieai, Mamelund, Svenn-Erik, Schneider, Benjamin M., Sánchez-Hernández, Beatriz E., Patistán-López, Amanda, Bleichrodt, Amanda, y Chowell, Gerardo. (2024). Evaluating COVID-19 impact, vaccination, birth registration, and underreporting in a predominantly indigenous population in Chiapas, Mexico. *BMC Infectious Diseases*, 24(1), 1-13. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12879-024-10156-y>
- Kleinman, Arthur. (2007). *What really matters: Living a moral life amidst uncertainty and danger*. Oxford: Oxford University Press.
- Lasco, Gideon. (2022). «I Think I Have Enough for Now»: Living with COVID-19 Antibodies in the Philippines. *Medical Anthropology*, 41(5), 518-531. DOI: <https://doi.org/10.1080/01459740.2022.2089569>

- Leslie, Charles M. (1960). *Now we are civilized. A study of the world view of the Zapotec Indians of Mitla, Oaxaca*. Detroit: Wayne State University Press.
- López Austin, Alfredo. (1996). *Cuerpo humano e ideología. Las concepciones de los antiguos nahuas*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- López Sánchez, Oliva. (2010). *El dolor de Eva: la profesionalización del saber médico en torno al cuerpo femenino en la segunda mitad del siglo XIX en México*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lowes, Sara, y Montero, Eduardo. (2021). The legacy of colonial medicine in Central Africa. *American Economic Review*, 111(4), 1284-1314. DOI: <https://doi.org/10.1257/aer.20180284>
- Lupton, Deborah. (2006). Sociology and risk. En G. Mythen y S. Walklate (Eds.), *Beyond the risk society: Critical reflections on risk and human security* (pp. 11-24). Berkshire: Open University Press.
- MacGregor, Hayley, y Leach, Melissa. (19 de noviembre de 2022). Vaccine anxieties and the dynamics of trust: reflecting on pandemic landscapes in Uganda and Sierra Leone. *Medical Anthropology Quarterly*. Disponible en <https://medanthroquarterly.org/critical-care/2022/11/vaccine-anxieties-and-the-dynamics-of-trust/>
- McLean, Kristen E. (2024). Ebola lessons: Did prior epidemic experience protect against the spread of COVID-19 in Sierra Leone? *Medical Anthropology Quarterly*, 38(2), 164-178. DOI: <https://doi.org/10.1111/maq.12850>
- Mendoza López, Viaani Coral. (2020). «Al calor de la práctica». *Un estudio antropológico sobre la formación de médicos internos de pregrado en un hospital público de Oaxaca*. Tesis de Maestría en Antropología Social. CIESAS Pacífico Sur, México.
- Menéndez, Eduardo. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. *Estudios Sociológicos*, 16(46), 37-67. DOI: <https://doi.org/10.24201/es.1998v16n46.638>
- Menéndez, Eduardo. (2016). Modelos hegemónico, subalterno y de autoatención. En Roberto Campos Navarro (Coord.), *Antropología médica e interculturalidad* (pp. 177-185). Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Montesi, Laura, Prates, María Paula, Gibbon, Sahra, y Berrio Palomo, Lina R. (2023). Situating Latin American critical epidemiology in the Anthropocene. The case of COVID-19 vaccines and Indigenous collectives in Brazil and Mexico. *Medicine Anthropology Theory*, 10(2), 1-29. DOI: <https://doi.org/10.17157/mat.10.2.6910>
- Montesi, Laura, Reyes Solís, Iván, y Muños Hernández, José Alberto. (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*, 40 e2295. DOI: <https://dx.doi.org/10.24201/edu.v40.e2295>
- Parra Torres, Nancy Marbella, Bautista Hernández, Gildardo, Techalotzi Amador, Abigail, y Almonte Becerril, Maylin. (2022). Vacunación contra covid-19 y su afrontamiento desde la perspectiva de tres pueblos originarios de la sierra nororiental de Puebla, México. *Atención Primaria*, 54(6). DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102316>
- Pasquini, Mirko. (2023). Mistrustful Dependency: Mistrust as Risk Management in an Italian Emergency Department. *Medical Anthropology*, 42(6), 579-592. DOI: <https://doi.org/10.1080/01459740.2023.2240942>

- Pouillon, Jean. (2016). Remarks on the verb «to believe». *HAU: Journal of Ethnographic Theory*, 6(3), 485-492. DOI: <https://doi.org/10.14318/hau6.3.034>
- Secretaría de Salud (SSA). (28 de abril de 2021). *Política nacional de vacunación contra el SARS-CoV-2 para la prevención de la covid-19 en México. Documento rector*. Versión 5.1. Disponible en https://coronavirus.gob.mx/wp-content/uploads/2021/04/28Abr2021_13h00_PNVx_COVID_19.pdf
- Secretaría de Salud (SSA). (3 de agosto de 2022). *Informe integral de covid-19 en México*. Número 09-2022. Disponible en https://epidemiologia.salud.gob.mx/gobmx/salud/documentos/covid19/Info-09-22-Int_COVID-19.pdf
- Sesia, Paola M. (2020). Naming, framing and shaming through obstetric violence: A critical approach to the judicialisation of maternal health rights violations in Mexico. En Jennie Gamlin, Sahra Gibbon, Paola M. Sesia y Lina Berrio (Eds.), *Critical medical anthropology. Perspectives in and from Latin America* (pp. 222-247). Londres: UCL Press.
- Sesia, Paola M. (2024). La medicina tradicional indígena en Oaxaca. Transformaciones y miradas múltiples desde la investigación socio-médica, antropológica, etnobotánica y salubrista de los últimos 25 años. En Roberto Campos Navarro, Carolina Sánchez García y José Antonio Tascón Mendoza (Coords.), *Medicinas indígenas y afromexicanas: una aproximación diagnóstica* (pp. 95-138). México: UNAM / INPI.
- Signorini, Italo y Tranfo, Luigi. (1979). Enfermedades. Clasificación y terapias. En Italo Signorini (Coord.), *Los huaves de San Mateo del Mar: ideología e instituciones sociales* (pp. 215-262). Ciudad de México: Instituto Nacional Indigenista.
- Singer, Merrill, Erickson, Pamela I., y Abadía Barrero, César. (2022). *A Companion to Medical Anthropology*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Stephen, Lynn. (2007). *Zapotec women. Gender, class, and ethnicity in globalized Oaxaca*. Durham y Londres: Duke University Press.
- Trostle, James A. (2004). *Epidemiology and culture*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ugalde, Antonio, Hellmann, Fernando, y Homedes, Núria. (2022). Desigualdad en el acceso a las vacunas: el fracaso de la respuesta mundial a la pandemia de covid-19. *Salud Colectiva*, 18, e4190. DOI: <https://doi.org/10.18294/sc.2022.4190>
- Velásquez, Germán. (2021). Vacunas covid-19: el inmoral comercio de bienes públicos. ¿Y cuál es el papel de la OMS? *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 39(2), 1-3. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.e346158>

Cómo citar este artículo:

Montesi, Laura, y Reyes Solís, Iván. (2026). UCovid-19 y vacunación en una comunidad zapoteca del Valle de Oaxaca: entre la des/confianza y el miedo. *Revista Pueblos y Fronteras Digital*, 21, 1-31. <https://doi.org/10.22201/cimsur.18704115e.2026.v21.862>