

**SUJETOS DE Y EN RIESGO DURANTE LA PANDEMIA.
ANÁLISIS DE LAS INFERENCIAS REALIZADAS POR PERSONAL DE SALUD
RESPECTO A LA ACEPTACIÓN DE LA VACUNACIÓN CONTRA EL SARS-COV-2**

*Subjects of risk and at risk during the Pandemic.
Analysis of the inferences made by health personnel regarding the
acceptance of the vaccination against SARS-COV-2*

*Sujeitos de e em risco durante a pandemia.
Análise das inferências dos profissionais da saúde sobre a aceitação da
vacinação contra Sars-Cov-2*

Graciela Freyermuth-Enciso
Profesora investigadora del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología
Social, Unidad Regional Sureste
E-mail: gfreyer@cieras.edu.mx

José Alejandro Meza-Palmeros
Profesor investigador del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social,
Unidad Regional Noreste
E-mail: alejandro.meza@cieras.edu.mx

Áltera, João Pessoa, Número 14, 2022, e01415, p. 1-22

ISSN 2447-9837



RESUMEN:

Se describen y analizan las percepciones del personal de salud (PS) respecto a la interacción que han mantenido con la población durante la pandemia, previamente a la aprobación de las vacunas covid-19. Se indagó a partir del análisis de la posibilidad del rechazo o aceptación de la vacunación contra el SARS-Cov-2, la experiencia de haber sufrido agresiones y los motivos atribuidos. Se realizó una encuesta digital a 510 personas autoadscritas como PS. Un 34 % sufrió algún tipo de agresión, atribuyéndola a la ignorancia de la población. Y el 71,5 % señaló que la vacunación sería aceptada mayoritariamente. Identificamos tres modalidades explicativas: determinista, moral y agencial. Los resultados permiten una aproximación sobre las formas de interacción entre el PS y la población y la percepción del PS sobre la población, elementos que configuran la percepción del riesgo.

PALABRAS CLAVE:

Covid-19; vacunación; percepción del riesgo; relación médico-paciente.

ABSTRACT:

The objective is to analyze and describe the perceptions of health workers (HW) regarding the interaction they have had with the population during the pandemic. This research parted from the analysis of the possibility of rejection or acceptance of the vaccination against SARS-Cov-2, the experience of being attacked, and the attributed motives. A digital survey was applied to 510 HW. The results indicate that 34% suffered some type of aggression, attributing it to the ignorance of the population, and 71.5% indicated that vaccination would be accepted by the majority. We identified three explicative modalities: deterministic, moral and agency. The findings show the HW perception of the population and the way they interact with them, both important elements of risk perception.

KEYWORDS:

Covid-19; vaccination; risk perception; doctor-patient relationship.

RESUMO:

São descritas e analisadas as percepções dos profissionais da saúde (PS) sobre a interação que mantiveram com a população durante a pandemia, antes da aprovação das vacinas contra a covid-19. Com base na análise da possibilidade de se recusar ou aceitar a vacinação contra SARS-Cov-2, os profissionais foram indagados sobre a experiência de terem sofrido ataques e os motivos atribuídos a tais ações. Uma pesquisa digital foi realizada com 510 pessoas autoidentificadas como PS. 34% sofreram algum tipo de agressão, atribuindo-a ao desconhecimento da população. 71,5% indicaram que a vacinação seria aceita pela maioria. Identificamos três modalidades explicativas: determinística, moral e agencial. Os resultados permitem uma aproximação sobre as formas de interação entre o PS e a população e a percepção do PS sobre a população, elementos que configuram a percepção de risco.

PALAVRAS-CHAVE:

Covid-19; vacinação; percepção de risco; relação médico-paciente.



INTRODUCCIÓN

En uno de los primeros trabajos acerca de las implicaciones sociológicas de la covid-19 en el mundo, Graham Scambler (2020) propone que la pandemia ha expuesto problemas sociales persistentes, correspondientes a una “sociedad fracturada”, producto de una “gobernanza neoliberal”. Retomando la obra de Garfinkel (2006), Scambler coloca la situación pandémica como parte de un “experimento de ruptura”, en el sentido de que la irrupción de la pandemia en la vida social y cotidiana visibiliza formas de interacción dentro del orden social.

Uno de los fenómenos que ha visibilizado la pandemia ha sido el profundo desencuentro entre la población y los servicios de salud, particularmente los públicos. Situamos este desencuentro como parte de una “crisis de confianza” (AZEREDO; SCHRAIBER, 2016), que se ha configurado progresivamente como correlato de los cambios en la relación médico-paciente a consecuencia de las transformaciones de los sistemas de atención, fundamentalmente su burocratización. La desconfianza de la población en los servicios de salud y sus agentes constituye un tema emergente que cada vez cobra mayor atención en la literatura científica nacional e internacional (HERMES; ROSENTHAL; DAVIDOVITCH, 2020; FREEMAN *et al.*, 2020; PATHUS *et al.*, 2020; BADILLO, 2018).

En México, este profundo desencuentro se manifiesta en la serie de agresiones a personal de salud (en adelante, PS), reportadas de manera destacada en los medios de comunicación durante los primeros meses de la pandemia.

Debido a las implicaciones que el contexto de pandemia tiene en el presente trabajo, consideramos fundamental situar este desencuentro entre la población y los servicios de salud dentro del ámbito teórico de la *percepción del riesgo*. Entendemos por percepción del riesgo a la serie de representaciones y prácticas que se construyen a partir de una situación significada como peligrosa por una colectividad (DOUGLAS, 2002; BECK, 1992). La noción de riesgo está profundamente arraigada en juicios morales que definen la responsabilidad. Quién asume el riesgo, qué lo causa y cómo se contiene son interrogantes colectivos fundamentales (LUPTON, 2013).

Un supuesto central en nuestro argumento consiste, siguiendo a Mary Douglas (2002), en que las situaciones definidas como peligrosas por un colectivo social, desencadenan barreras simbólicas, es decir, configuraciones sociales que obedecen a distanciamientos y aproximaciones entre individuos. Por supuesto que estas interacciones se encuentran determinadas por vínculos de confianza o desconfianza. De este modo, la noción de riesgo implica socialmente la distinción entre *sujetos en ries-*

1 Traducción al español del término de la sociología y psicología social originalmente planteado: *breaching experiment*.



go y aquellos que, por determinadas características o comportamientos, portan un peligro, es decir, *sujetos de riesgo* (LUPTON, 2013). Proponemos que las agresiones al PS y otras manifestaciones de desconfianza y desencuentro implican su ubicación como sujetos de riesgo por parte de algunos colectivos sociales. En este sentido, la noción de percepción de riesgo con la que partimos se fundamenta en una perspectiva relacional.

De acuerdo con nuestra revisión de la literatura, el tema de la confianza entre la población y las/los prestadores de servicios de salud, con la excepción de algunos trabajos (TOFAN; BODOLICA; ESPRAGGON, 2013; TUCKER *et al.*, 2015; NIE *et al.*, 2018), se ha investigado exclusivamente desde la perspectiva de la población. Consideramos que explorar el punto de vista de los trabajadores de la salud constituye un aporte necesario para comprender su interacción con dicha población.

El ejercicio que expondremos a continuación consistió en preguntar a un grupo de prestadores de servicios de salud su opinión respecto a la posibilidad de que la población que ellos atienden aceptara la vacunación contra el SARS-Cov-2, además de incluir las agresiones que dicho personal había sufrido. Con este ejercicio pretendíamos explorar de manera indirecta las distintas representaciones que dichos prestadores de servicios mantienen respecto a sus usuarios. Para analizar las respuestas, utilizamos la noción de modalización (MAINGUENAU, 1989), que consiste en la estrategia enunciativa a partir de la cual un sujeto se posiciona frente a un hecho, ya sea a partir de su identificación o distanciamiento y, con ello, frente al objeto de su enunciación, en este caso, la población. Con esta estrategia, obtuvimos información valiosa relativa a las percepciones del PS sobre la población y el riesgo ante la pandemia y la vacunación.

METODOLOGÍA

Participantes

Se trata de un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, realizado a partir de un cuestionario dirigido a PS y aplicado entre el 23 de agosto y el 20 de septiembre de 2020. El cuestionario comenzó a promoverse el 23 de agosto, principalmente a través de la aplicación WhatsApp (WA) y el correo electrónico (correo-e). El corte para el análisis se hizo el 20 de septiembre, con 591 encuestas.

La encuesta incluyó una breve presentación del objetivo de la entrevista y de la institución de adscripción de los investigadores del estudio. Los participantes se caracterizan por contar con un correo-e o un teléfono celular, por saber leer y escribir y autoadcribirse como PS. Se les solicitó la aceptación mediante un consentimiento informado.



Diseño

La encuesta se diseñó a partir de una entrevista semiestructurada realizada con el mismo fin y aplicada a 43 prestadores de servicios de salud (médicos, trabajadoras sociales, enfermeras, parteras, promotores de salud) de los estados de Yucatán, Nuevo León y Chiapas.

Estructura

La encuesta constó de dos partes: la primera incluye catorce variables con características sociodemográficas, laborales y de salud del/a prestador/a (Tabla 2). La segunda incluye dos bloques de preguntas para indagar su contacto con pacientes de covid-19, fuentes de información, disponibilidad de insumos y la aplicación de protocolos de atención, y para conocer el impacto en la salud mental de las/los prestadores a partir de la pandemia, con 14 elementos de indagación.

La encuesta incluyó 80 preguntas, de las cuales diez eran abiertas y en el resto se debía seleccionar una respuesta de una lista de opciones.

En este artículo se incluyen cinco preguntas sobre características sociodemográficas y laborales: edad, sexo, lugar de residencia, tipo de unidad en donde trabaja y actividad principal que desarrolla. El análisis se centra en cinco reactivos: ¿En el contexto de esta pandemia ha recibido usted o sus compañeros de trabajo alguna agresión? ¿De qué tipo? ¿Cuál cree que fue el motivo de la agresión?; y dos reactivos sobre vacunación: En caso de existir la vacuna, ¿considera que será aceptada por la población? ¿Por qué?

Sistematización y análisis

Utilizamos la metodología de análisis de contenido (MAYRING, 2014; SCHREIER, 2012) identificando progresivamente las modalidades establecidas por el PS ante la posibilidad de que la población aceptara la vacunación (MAINGUENAU, 1989). Definimos operativamente como modalización a las construcciones discursivas que manifiestan el posicionamiento evaluativo del sujeto ante determinado acto enunciativo y su contenido (MUÑOZ; RAMOS, 2016).

El primer tipo de construcción valorativa identificada es la moral, cuya explicación se centra en un juicio de valor —positivo o negativo— sobre las conductas de las personas: a) miedo, b) ignorancia, c) negación y d) desinformación.

La segunda manifiesta una valoración determinista, que explica aquellos sucesos que las conductas humanas no pueden controlar: a) idiosincrasia del mexicano, b) costumbre y c) movimiento antivacunas.

Definimos la modalidad agencial como aquellos sucesos que pueden explicar-



se por la acción directa de las personas: a) prevención, b) valoración positiva de la vacuna, d) necesidad, e) experiencia, f) prudencia y g) comunicación.

Información adicional

Con el fin de que los resultados se analicen a partir del contexto de la pandemia en México, se han utilizado otras fuentes de información, como los resultados que publica la Secretaría de Salud sobre la mortalidad en exceso, la base de datos de covid-19 para el 2020 (publicada el 16 de enero de 2021) y 274 versiones estenográficas de las conferencias informativas vespertinas y matutinas hasta el mes de septiembre de 2020, de las cuales en 21 días se tocó el tema de las vacunas. Adicionalmente, se documentaron 351 notas periodísticas publicadas por Facebook o YouTube durante el 2020, de las que 195 proporcionaban información relativa a las/los prestadores de servicios de salud. En este artículo se incluyó la información hasta el mes de septiembre de 2020, mes en que se terminó el llenado de la encuesta por parte del PS.

RESULTADOS

Características generales de las/los participantes

La mayoría de las personas que respondieron la encuesta en línea fueron mujeres (68 %); de 31 entidades de la república. La mitad de las/los participantes residían en la zona sur/sureste del país. Por grupos de edad, el 61 % tenía entre 35 y 59 años, el 27 % tenía menos de 35 años y el 12 % tenía 60 años o más. La media de edad fue de 43 años, en un rango del 20 a los 76 años.

Contexto

Los resultados que presentamos son insertos respecto al periodo de tiempo histórico, que cubre desde el desarrollo de las vacunas hasta su difusión durante la pandemia de covid-19 en México.

Sin embargo, es necesario tener una idea de cómo está estructurado el sistema de salud mexicano. Aunque el Artículo 4° de la Constitución señala que todos los mexicanos tienen derecho a la protección de la salud, en los hechos existe un trato diferenciado entre las personas con seguridad social y aquellas que no cuentan con dicha prestación o que viven en entidades federativas con condiciones económicas particulares.

El sistema mexicano de salud nació fragmentado y se encuentra conformado por el sector público por un lado y el privado por otro. El sector público abarca las instituciones que prestan servicios a la población sin seguridad social —Secretaría



de Salud (SSA), Servicios Estatales de Salud (SESA) e Instituto Mexicano del Seguro Social-Bienestar (IMSS-Bienestar)—, las instituciones de seguridad social —Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR)— e instituciones de seguridad social para los trabajadores estatales. El sector privado abarca los seguros médicos privados y las/los prestadores privados de diversos saberes médicos. El sistema de salud ha tenido una crisis estructural en las últimas décadas, con un estancamiento en el presupuesto y problemas logísticos de abastecimiento de medicamentos e insumos. Todo este panorama se vio profundizado a lo largo de la pandemia.

Como señalamos previamente, existe un desencuentro entre la población y los servicios de salud. En la Tabla 1² podemos ver las recomendaciones emitidas por la Comisión Nacional de Derechos Humanos de México por violaciones del derecho a la protección a la salud respecto al total de las recomendaciones a partir de 1998 hasta el primer semestre del 2021. Llama la atención el porcentaje tan elevado de recomendaciones al Sector de Salud, que han estado en un rango del 10 % al 50 % de todas las recomendaciones destinadas al gobierno mexicano. En 2021 se obtuvo el mayor porcentaje, el 50 % de las recomendaciones emitidas por la CNDH.

A partir de febrero de 2020, las autoridades del gobierno, tanto en el ámbito nacional como en el estatal, comenzaron a dirigir a la población, de manera continua, información acerca de la pandemia.

Hasta la semana epidemiológica 39, que fue el momento en que se terminaron de recibir las últimas encuestas, habían acontecido tres sucesos en el país que pueden haber influido en las respuestas de las/los participantes: el exceso de mortalidad generado por la presencia de la covid-19; lo que se había comunicado oficialmente sobre la vacunación; y la condición que guardaban frente a la sociedad el PS.

El exceso de mortalidad estimada nos proporcionó, durante la pandemia, información sobre su gravedad en todos los niveles administrativos³, que no significa un valor exacto. Al 20 de septiembre del 2020 se habían registrado 128.965 fallecidos por covid-19 según cifras del Registro Nacional de Población (RENAPO); casi un 70 % del total de las muertes al finalizar 2020. El exceso de mortalidad por otras enfer-

2 Las tablas elaboradas para este artículo se encuentran al final del texto.

3 El exceso de mortalidad por todas las causas se define como el número de defunciones observadas (actas de defunción registradas en la Base de Datos Nacional del Registro Civil [BDNRC]) menos el número de defunciones esperadas (el número de defunciones esperadas [percentil 90], de acuerdo con los datos históricos de la mortalidad entre 2015 y 2018). Este ha sido estimado por el gobierno de México a través de la Secretaría de Salud, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), el Instituto Nacional de Salud Pública y el Registro Nacional de Población y otras instituciones; la metodología puede consultarse en: <https://coronavirus.gob.mx/exceso-de-mortalidad-en-mexico/>.



medades no asociadas a covid-19 era de alrededor de 84.847, que representaron el 75 % del total de la mortalidad en exceso por otras causas. Hay que señalar que la pandemia trastocó los servicios de salud a través del cierre de clínicas, la ausencia de personal de salud y la negación de servicio para aquellos padecimientos que no se consideraban esenciales en su atención. Por ello, puede este exceso de mortalidad considerarse como muertes indirectas. Las bases de datos oficiales de covid-19, según lo publicado diariamente por la Secretaría de Salud, registraba 102.295 defunciones, con un subregistro del 20 % frente a los datos preliminares del Registro Nacional de Población e Identificación Personal⁴.

Información sobre vacunación

Hay que recordar que el tratamiento para la covid-19 ha sido más bien limitado, por ello la vacunación se abrió como la gran esperanza para el control de la pandemia y la vuelta a la normalidad.

En marzo de 2020 se anunció la primera vacuna en fase experimental, y en tiempo récord, por la compañía Moderna. En agosto se señalaron las características que tendría la vacunación en México: voluntaria, universal y gratuita. En septiembre se comenzó a reconocer la presencia de información negativa sobre la vacunación, que identificaba a la inmunización como un riesgo para la salud, un medio de propagación de la covid-19 o un método de control poblacional.

Información mediática y las percepciones sobre el PS

En los medios de información (televisión, prensa y redes sociales como Facebook, Twitter e Instagram) se reproduce un flujo de información en el que participan tanto autoridades sanitarias como portavoces de medios de información conocidos o hasta usuarios influyentes en las redes sociales digitales (ATILANO, 2020). Durante la pandemia, este flujo de información fue construyendo un conjunto de percepciones sobre el riesgo y el peligro respecto al PS y sus acciones.

De acuerdo con nuestra revisión, el 40 % de las notas hacían referencia a las muertes del PS. El 28 % trataba sobre agresiones de la población hacia el PS; agresiones que iban desde insultos, arrojarles agua con cloro y huevos, hasta prenderle fuego al auto de una enfermera. El 11 % trataron de la falta de insumos en los hospitales y las manifestaciones que hizo el PS para hacer públicas sus precarias condiciones de trabajo durante la pandemia. Un 9 % señalaron los contagios ocurridos en los hos-

4 El RENAPO tiene entre sus funciones ser un órgano técnico normativo y de consulta de las actividades que realizan las oficialías y juzgados del Registro Civil. Durante la pandemia de covid-19, estableció medidas y acciones extraordinarias en los registros civiles del país para la expedición de actas de defunción. El órgano es además administrador de la Base de Datos Nacional del Registro Civil.



pitales y el 12 % versaban sobre la mala práctica médica, las sanciones para médicos, manifestaciones de apoyo a la labor del PS y una marcha contra la criminalización de la práctica médica.

A pesar de este panorama que se dio en los medios de comunicación y las redes sociales, los datos duros muestran que para este periodo el PS no fue el sector social en que se dio el mayor impacto de la covid-19. Para el año 2020, fallecieron 2526 personas consideradas PS (médicos enfermeras, laboratoristas, dentistas y otro personal de salud), la tasa de letalidad fue del 1 %, es decir, diez veces menor a la tasa de letalidad por covid en el 2020 (10 %)⁵. Consideramos que todas estas notas crearon una percepción de riesgo que identificaba al PS y a los hospitales como fuente de contagio y modularon la respuesta de la población hacia este grupo como una fuente de peligro (Figura 1).

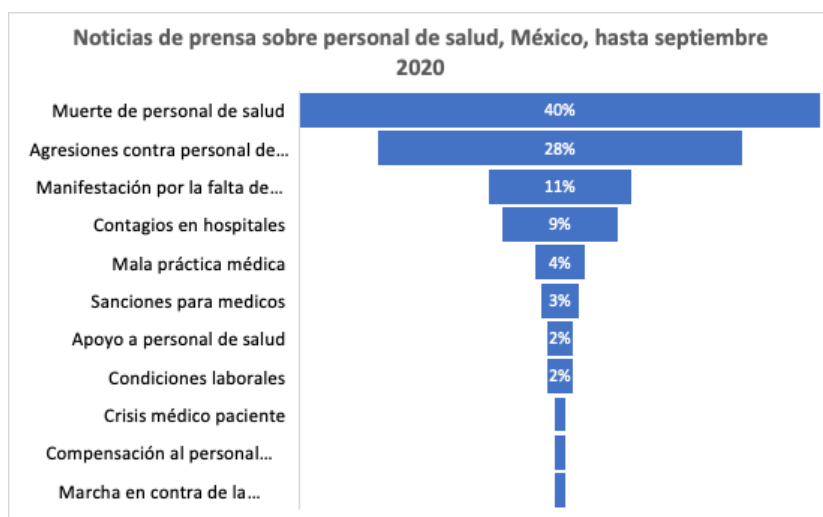


Figura 1 - Noticias de prensa sobre personal de salud, México, hasta septiembre 2020
Fuente: Elaborada por los autores.

Las agresiones al personal de salud

Del personal encuestado, el 37 % (207/591) refirió haber sufrido algún tipo de ataque. En su modalidad verbal el 83 %; física el 13 %; ambas el 1 %; emocional el 2 %; discriminatoria el 1 % y social el 1 %. Las/los prestadores de salud explicaron estas agresiones desde diversos ángulos, aunque el de la ignorancia de la población es el argumento más frecuentemente esgrimido (82 ocasiones). Esta ignorancia la concatenan con la desinformación que se genera a través de las redes sociales y la mala información proporcionada por los servicios de salud.

El riesgo al covid-19 se materializó en la figura del/a prestador/a de salud y en el significativo “portar el uniforme”. Dichas agresiones no solamente las recibieron

⁵ Estimaciones realizadas a partir de la base de datos, que incluye ocupación, de la Dirección General de Información en Salud al 16 de enero del 2021. Solo se incluyó en el análisis el año 2020.

de la población general; las encuestadas muestran que la discriminación por otorgar atención a los enfermos, fueran de covid-19 o no, se vivió desde el interior de las instituciones con trabajadores que no tuvieron contacto directo con los enfermos. Ocurrió además discriminación entre el propio PS cuando alguno de ellos se ha contagiado.

La agresión verbal también se produjo durante la interacción con pacientes y familiares debido al desconocimiento de los protocolos de atención para las/las afectadas/os por la covid-19, por la incredulidad de la existencia de la enfermedad y en el momento en que se les informó del diagnóstico positivo o de un desenlace fatal. Responden además a la insatisfacción y al enojo por las largas horas de espera, el desabasto de medicamentos, la insuficiencia del material de protección personal que prevaleció en las clínicas durante los picos de la pandemia y por lo que las/las usuarias/os denominan falta de atención. Estas prácticas comunes en la interacción médico-paciente generaron miedo y temor en las/las usuarias/os y sus familiares.

Percepción de los PS sobre la aceptación de la vacunación

El porcentaje del PS que consideró que la vacuna sería aceptada por una mayoría de la población fue el 71,5 %, mientras que el 28,5 % consideró que sería aceptada por una minoría o que los usuarios no se la aplicarían. El grupo de edad que se consideró tendría más aceptabilidad es el de 60 años y más (80 %), frente a los menores de 30 años (66 %). Solamente el 50 % de las/las prestadoras de servicios de salud que están en contacto con usuarias/os proporcionó explicaciones del porqué de su respuesta.

Encontramos tres tipos de valencias hacia la vacuna atribuidas a la población: positivas, negativas y ambiguas, que asociamos con las tres modalidades señaladas: agencial, determinista y moral.

Valoración positiva de la decisión en torno a la vacuna

La mayoría de las veces, las valoraciones positivas están relacionadas con la aceptación de las vacunas y el PS les atribuye a las personas usuarias una actitud agencial, es decir, una capacidad de actuar bajo ciertos parámetros que considera como razonables. Organizamos estas respuestas en las siguientes categorías: prevención, valor de la vacuna, necesidad, experiencia, educación y comunicación, y prudencia (Tabla 3).

En la prevención, en la que se obtuvo el mayor porcentaje de respuesta (49 %), incluimos todas aquellas respuestas que señalaban el interés de la población en pro-



tegerse, porque no quieren enfermarse o morir por covid-19: “Porque nadie quiere padecer una enfermedad que ha acabado con muchas personas y por ser la forma de prevenir su proliferación”.

Hay otro grupo de enunciados que enfatizan el valor de las vacunas (17 %). En este tipo de enunciados los encuestados señalaron que el conocimiento y la experiencia con las vacunas es lo que determina que las personas acepten de manera automática la inmunización: “La gente reconoce la importancia de las vacunas. Ahora se habla de la vacuna contra la covid y la gente la señala como algo esperanzador”.

En otro tipo de respuestas (15 %), la justificación se centró en la necesidad de la población de volver a la normalidad y salir del confinamiento: “El confinamiento ya duró mucho, para terminar con él. La gente quiere salir”.

La experiencia negativa ante la covid-19 (8 %) es una de las explicaciones de la aceptación de la vacuna. Esta se centró en la experiencia personal de la muerte: “Bastante gente ha tenido un familiar enfermo y así aceptaron la enfermedad y aceptarán la vacuna”.

En otro tipo de valoraciones se identificaron elementos ambiguos que condicionan la aceptación de la vacuna, uno de ellos es la prudencia (6 %), aunque es una respuesta negativa hacia la vacunación, es afín a las consideraciones del/a prestador/a: “Aún existe desconocimiento de la enfermedad. Si la vacuna tiene una relación beneficio/riesgo aceptable, me encargaré de comunicarlo”.

Un aspecto que según el PS puede condicionar la aceptación de la vacuna la hemos denominado de *educación y comunicación* (6 %). Está relacionado con la capacidad del gobierno de educar y comunicar correctamente los beneficios de la vacuna. En este sentido, la aceptación o rechazo es el reflejo de la efectividad de los programas e intervenciones de educación para la salud: “Será aceptada gracias a la promoción de la salud de la que seguro irá acompañada y por la sensibilización de la población”.

En todas estas respuestas las/los prestadores de servicios otorgaron al sujeto una agencia en las decisiones que realizan. Se basa en el principio del libre albedrío. El ejercicio de la agencia responde a experiencias previas que le permite tomar decisiones enmarcadas en las estructuras sociales.

Valoración negativa sobre la no aceptación de las vacunas

Las connotaciones negativas responden más a las valoraciones morales que el PS realiza de la población que atiende y, en una pequeña proporción, incluye sus propias valoraciones sobre la vacuna.

Iniciaremos por las categorías que fueron enunciadas más frecuentemente.



Negación de la existencia de la covid-19: “Hay población que sigue sin creer que la enfermedad existe”.

La vacunación también es asociada al riesgo, asignándole un valor negativo o dañino. En esta categoría se reconocieron dos modalidades: una moral, a través de la cual el PS desvaloriza las creencias de la población (“Existen personas que son escépticos de la vacuna porque creen que a través de ésta los pueden matar”), y otra de orden agencial, bajo el paradigma médico del propio personal que pone en duda la seguridad de la vacunación. En este sentido, el PS deja ver una aprobación de las valoraciones poblacionales. El 18 % señaló a la vacuna como un riesgo, ya sea desde la perspectiva de los pacientes o la suya propia: “Entre el personal médico estamos dudando si ponémosla o no. Tenemos que valorar su beneficio. Nadie nos ha informado sobre los beneficios y las consecuencias de esta vacuna a corto o largo plazo. Todavía no tenemos esa información, está en proceso”.

La infodemia constituyó el 26 % de las explicaciones en torno al rechazo de la vacuna. Se pueden identificar dos tipos de explicaciones: la primera es la información, que por sus múltiples fuentes y su identificación con aquellas no confiables provoca confusión. La segunda se relaciona con una mala estrategia de información por parte de los responsables del manejo de la pandemia.

Desde la óptica del PS, las redes sociales se han convertido en la fuente de información de la población que no cuenta con elementos, ya sea por la ausencia o insuficiente educación para discernir qué información es confiable y fidedigna: “Por la información falsa que se ha difundido sobre la enfermedad, creo que sí puede haber mucha gente de no quiera vacunarse. Mucha gente ha creído las versiones que circulan en algunas redes sociales (por ejemplo, que los termómetros, que los oxímetros, que en el hospital te matan) ... Porque la gente ha creído esa falsa información se han hecho destrozos en algunos hospitales. Tengo el conocimiento de lo que sufrió un amigo en Carranza, Chiapas. Le rompieron el móvil e intentaron quemarlo, aunque no lo lograron, porque pensaban que los drones de sanitización estaban esparciendo algo malo”.

La segunda valoración en torno a la desinformación está relacionada con el mal manejo de la pandemia por parte de las autoridades e instituciones, a sus efectos le asignaron una modalidad agencial por parte de las/los usuarias/os de los servicios: “Porque no se ha dado una buena información, especialmente en este tipo de zonas marginadas y tienen miedo de acudir al hospital”.

El 13 % de los entrevistados señalaron a la ignorancia y falta de educación como una de las explicaciones para rechazar la vacunación: “Pueblo ignorante y de baja escolaridad”. Dentro de estas explicaciones el miedo es una consecuencia que incide



seriamente en el rechazo.

El 6 % consideró que las personas tienen desconfianza en las instituciones, y esto se reconoce y se explica a través de las valoraciones que las/los prestadores realizan de las/los usuarias/os de los servicios y de los antecedentes ya señalados sobre la relación que privaba médicos y usuarios de los servicios: “Es probable que sí [se vacunen]. Aunque está circulando el comentario de que no se dejen vacunar ni poner suero porque el personal médico está matando a la gente, porque tienen indicado que se mueran. Justamente por esa información va a ser difícil para nosotros lograr que se vacunen”.

En relación con la modalidad determinista, encontramos dos explicaciones. Respecto a la primera, el 4 % de las/los prestadores atribuyeron al movimiento antivacunas la razón por la cual las personas no se vacunarían o solo una minoría lo haría: “En México, el movimiento antivacunas es muy importante”. La segunda categoría es la costumbre, el 8 % atribuyeron el rechazo a la vacunación a esta razón: “Hay grupos que no aceptan ser vacunados por creencias y costumbres propias”.

DISCUSIÓN

Los reactivos analizados conforman el conjunto de inferencias que las/los prestadores de salud entrevistados realizan acerca de la posibilidad de que la población que atienden sea vacunada y los motivos que pudieran explicar la aceptación o el rechazo. Dichas explicaciones revelan una serie de valoraciones morales a través de las cuales el PS califica a la población, particularmente sus respuestas ante la pandemia y su adherencia a lineamientos médicos, los cuales incluyen la inoculación.

A través de esta opinión se pueden establecer relaciones acerca de la manera en que las/los prestadores de salud interactúan con su población, desde su experiencia y, por supuesto, desde sus percepciones. Las modalidades realizadas sintetizan de cierta manera la forma en que el PS entrevistado concibe a la población con relación a su comportamiento en salud. En este sentido, podemos decir que las connotaciones expresadas en los motivos inferidos por el PS acerca del rechazo o aceptación de la inmunización manifiestan una moral médica, a partir de la cual se califican aquellos comportamientos sanos de los no sanos (BRIGGS, 2003).

A partir de estas inferencias, podemos darnos cuenta de que, aunque el PS tiene una noción técnica acerca del riesgo, correspondiente a la manera en que el discurso epidemiológico permea su formación profesional, esta se encuentra profundamente permeada por valoraciones y características atribuidas a la población. Para el discurso epidemiológico, la noción de riesgo constituye un instrumento analítico



y proyectivo acerca de un conjunto de eventos que ocurren en una población abstracta. Esta noción difiere del riesgo como “peligro latente presente en el discurso social común” (ALMEIDA FILHO *et al.*, 2009, p. 335). No obstante, a través de las modalizaciones discursivas que realiza el PS, podemos apreciar con nitidez la manera en que la noción instrumental del riesgo se articula con la noción de peligro, arraigada profundamente en lo moral, a partir de que se evalúan los comportamientos de la población. Esta articulación discursiva manifiesta el carácter relacional del riesgo, cuya configuración se lleva a cabo a expensas de las representaciones que el personal mantiene con la población a partir de las experiencias de interacción con las/os usuarias/os de sus servicios.

En este sentido, podemos observar la barrera simbólica que el mismo PS despliega ante la población, que, desde su punto de vista, disiente de su lógica normativa y que en consecuencia califica como irracional y por lo tanto portadora de un peligro para sí mismos y para el propio PS. Lo anterior se pone de manifiesto al observar que cuando el PS percibe que comparte un razonamiento con la población, por ejemplo, ante la incertidumbre que en el momento en que realizamos las entrevistas suponía la vacunación, la dota de agencia y con capacidad de actuar racionalmente. Por el contrario, los comportamientos que el PS no comparte son calificados en términos negativos y atribuidos a la ignorancia, desinformación y otras características que discursivamente suprimen la agencia.

La misma separación se configura desde el punto de vista de la población, cuya manifestación más notable radica en las agresiones dirigidas al PS. Debido al conjunto de experiencias de agravio, propias o ajenas, esta interacción construye una barrera sostenida en la desconfianza, lo que contribuye a introducir al PS en el conjunto de peligros.

En México, la desconfianza hacia los servicios de salud no es un tema emergente. El sistema sanitario cursa por una crisis sistémica; en la segunda década del siglo XXI ha sufrido un estancamiento presupuestario, ha dejado de expandir su infraestructura y carece de una cobertura efectiva de servicios de calidad (OCDE, 2016). También enfrenta severos problemas logísticos de abastecimiento de medicamentos e insumos. Esto se ha visto empeorado con la pandemia, y en este contexto deben ser analizadas las agresiones hacia el personal de salud, como ha sido señalado tempranamente por Castro (2020). Consideramos relevante añadir que las agresiones al PS responden también al enojo y la ira de la población por una serie de agravios que se han incorporado al acervo de sus experiencias a lo largo de los años. La burocratización y el trato deshumanizado son la raíz del gran catálogo de humillaciones sufridas por las/los usuarias/os de los servicios —las cuales generan heridas en las relaciones,



que abiertas de manera cruenta durante la pandemia han contribuido, sin duda, a la aparición de manifestaciones violentas contra el PS.

Como se ha visto en otros estudios (LEE, 2014), la información reproducida durante epidemias contribuye a construir distintas narrativas que configuran sujetos y objetos de riesgo. En México, la difusión de información sobre lo que ocurría en los hospitales y los fallecimientos entre el personal sanitario, así como la falta de equipo de protección, creó una visión difícil de confrontar por las autoridades sanitarias. En este sentido, el rechazo inicial de la vacunación en México, sobre todo en algunas entidades federativas, no puede ser comprendida al margen de la historia y del papel que han jugado las instituciones y los medios de información en la modulación de los sujetos de riesgo. Aunque no es un tema que exploremos en la presente investigación, la desconfianza en las autoridades gubernamentales también es una variable que ha demostrado tener solvencia explicativa (BENNET, 1999; NAN *et al.*, 2019; SHAO; HAO, 2020). Consideramos que el problema de las agresiones al personal de salud y el rechazo a la vacunación constituyen fenómenos relacionados, que atañen directamente a las interacciones entre la población, la institución médica y las autoridades gubernamentales, así como a la reproducción de información que vincula discursivamente a estos sujetos.

Como lo argumenta Carolina Espinosa (2021), la pandemia constituye una disrupción en la totalidad de la vida cotidiana de la población que irrumpe sobre todo en las relaciones sociales, incluyendo las interacciones entre población y biomedicina. Como la autora misma propone, las pandemias, consideradas como desastres, conllevan regularidades en las que se repiten patrones de comportamiento. Algunos de estos podrían ser los fenómenos de estigma y discriminación asociados a la percepción social de riesgos. Consideramos que dicha percepción del riesgo, articulada a narrativas epidémicas (LEE, 2014) que incorporan al personal de salud como sujeto de peligro explican, así sea parcialmente, las manifestaciones de desconfianza, como las agresiones y el rechazo a intervenciones médicas. Nuestro argumento central radica en que dichas configuraciones de riesgo se establecen de acuerdo con un contexto interactivo previo. En este caso, reiteramos que no es posible explicar las manifestaciones de desconfianza sin considerar el desencuentro relacional crónico entre la población y el PS. Bajo esta consideración, y conforme propone Scambler (2020), la pandemia visibiliza y acentúa los conflictos previamente establecidos, más que generarlos.

A diferencia de los estudios publicados que explican el rechazo a la vacunación desde la perspectiva de la población (HAUSMAN, 2014; FREEMAN, 2020), el presente trabajo propone la explicación desde una perspectiva relacional y explora la perspec-



tiva del PS. La investigación realizada por Wilson *et al.* (2020) plantea un abordaje similar; la diferencia con nuestro abordaje es que este estudio indaga el rechazo a la vacunación del propio PS, en el intento de formular explicaciones generalizables a sectores más amplios de la población.

Nuestros resultados son consistentes con la encuesta realizada en el 2020 por el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP, 2020) a partir de una muestra aleatoria con representatividad nacional. En esta, solo el 62 % de la población señaló que estaba dispuesto a aplicarse la vacuna. No obstante, existen diferencias en algunos aspectos: respecto a las características sociodemográficas, en el caso de nuestra encuesta, las/los prestadores mayores de 60 años consideraron que la población tendría una aceptabilidad más alta, mientras en la encuesta realizada a las usuarias/os, en el mismo grupo etario, el 34,3 % señaló que no la aceptaría. De igual manera, las respuestas difieren con respecto a la escolaridad. Si bien en la encuesta a población abierta la aceptabilidad está directamente relacionada con el nivel educativo, lo mismo no ocurre con las/los prestadores de salud. Por ejemplo, entre aquellos que tienen una escolaridad de preparatoria, considera que la población aceptará más la vacunación que aquellos que cuentan con un grado de licenciatura o maestría.

Por lo anterior, creemos que una encuesta en línea es un instrumento apropiado si atendemos a las condiciones actuales de distanciamiento físico y aislamiento, que dificultan la entrevista cara a cara. Se considera que en este tipo de encuestas un número de preguntas acotadas y cerradas es más confiable para evitar el riesgo de un número importante de deserciones. Un inconveniente es el de la representatividad: puesto que no se trata de una muestra construida aleatoriamente, podría denominarse una *muestra por conveniencia* (CASAL; MATEU, 2003), donde el método de identificación de las personas encuestadas es el de *bola de nieve*.

La principal limitación de este tipo de metodología es el sesgo en la muestra debido a que el investigador no tiene control de la población objetivo, como en una encuesta tradicional aleatorizada. El sesgo más importante radica en que la población que respondió debía contar con un celular con ciertas características o con acceso a internet. Hay que señalar que de acuerdo con la Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (ENDUTIH, 2019), el 56 % de los hogares mexicanos contaban con internet, el 70,1 % eran usuarios de internet y el 92,5 % eran usuarios de telefonía celular. Las/los prestadores de servicios de salud muy probablemente cuentan con estos recursos.



CONCLUSIONES

El abordaje utilizado nos ha permitido reconocer de manera indirecta la relación médico-paciente y las representaciones que el/la prestador/a de salud realizan de los/las usuarios/as de los servicios. De esta manera, provee de insumos que, situados en el contexto de la pandemia, permiten problematizar fenómenos de relevancia ubicados bajo el eje conceptual del riesgo. En el caso particular del rechazo a la vacunación y las agresiones contra el PS, nuestro argumento es que estos fenómenos se encuentran estrechamente vinculados y se han gestado de manera previa a la pandemia. En este sentido, el estudio da cuenta de las relaciones conflictivas entre prestadores de servicios y población desde la perspectiva del PS.

Consideramos que las modalizaciones discursivas que el personal de salud construye a partir de los comportamientos poblacionales indican, por un lado, que la noción técnica del riesgo se vincula con la noción social de peligro, con un profundo contenido moral, como ha sido señalado en la literatura (ALMEIDA FILHO *et al.*, 2009; DOUGLAS, 2002; LUPTON, 2013). Por otro lado, manifiestan la configuración dinámica del riesgo a partir de la interacción social. En ese marco, las modalizaciones discursivas realizadas por el personal de salud exponen la maleabilidad de las barreras comunicativas entre la población y el PS en consecuencia de la percepción del riesgo, de acuerdo con la experiencia y el tipo de relaciones que se establecen entre ambos grupos.

El presente trabajo ha permitido identificar la valoración que los propios trabajadores de la salud poseen acerca de las vacunas contra la covid-19 y, con ello, la percepción del riesgo constituida en este sector poblacional.

Consideramos que los hallazgos obtenidos pueden contribuir con los estudios sobre los procesos de medicalización, es decir, la incidencia de la perspectiva biomédica en la vida cotidiana de las poblaciones, al mostrar un Sector de Salud heterogéneo. Se problematiza así uno de los supuestos explícitos o implícitos de este tipo de estudio, que sitúa a la biomedicina como una sola entidad discursiva. A esto añadimos que, de manera similar a la población no médica, la percepción del riesgo entre el personal sanitario se fundamenta principalmente en preceptos de índole moral.

Finalmente, nuestros resultados muestran a la encuesta digital como una herramienta adecuada para la exploración de aspectos coyunturales como el de la aceptación de la vacunación en tiempos de pandemia.



REFERENCIAS

- ALMEIDA FILHO, Naomar de; CASTIEL, Luis David; AYRES, José Ricardo. Riesgo: concepto básico de la epidemiología. **Salud colectiva**, v. 5, p. 323-344, 2009.
- ATILANO, Julián (Coord.). **Los usos políticos de la pandemia: narrativas y desinformación en México**, Documento de Trabajo n. 3, PUEDJS, UNAM, México, 2020, 80 p.
- AZEREDO, Yuri Nishijima; SCHRAIBER, Lilia Blima. El poder médico y la crisis de los vínculos de confianza en la medicina contemporánea. **Salud colectiva**, v. 12, p. 9-21, 2016.
- BADILLO, Jesús Guadalupe García. **Procesos de comunicación y construcción de la confianza**. Estado de México: Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación de las Ciencias de la Comunicación, 2018.
- BECK, Ulrich. **Risk society: Towards a New Modernity**. Munich: University of Munich, 1992.
- BRIGGS, Charles. Why Nation-States and Journalists Can't Teach People to Be Healthy: Power and Pragmatic Miscalculation in Public Discourses on Health. **Medical Anthropology Quarterly**, v. 17, n. 3, p. 287-321, 2003.
- CASAL, Jordi; MATEU, Enric. Tipos de muestreo. **Rev. Epidem. Med. Prev**, v. 1, n. 1, p. 3-7, 2003.
- CASTRO, Roberto. Agresiones contra el personal de salud en el contexto de la epidemia del COVID-19: apuntes hacia una reflexión sociológica. **Notas de coyuntura del CRIM**, v. 1, p. 1-16, 2020.
- CNDH – Comisión Nacional de los Derechos Humanos. Recomendaciones Oficiales, México, 1998-2021. Disponible en: https://www.cndh.org.mx/tipo/226/recomendaciones-generales?field_fecha_creacion_value%5Bmin%5D=&field_fecha_creacion_value%5Bmax%5D=&keys=&items_per_page=10&page=1. Acceso en: 24 ene. 2023.
- DOUGLAS, Mary. **Risk and Blame**. London: Routledge, 2002.
- ESPINOSA, Carolina. La configuración social de la pandemia por SARS-CoV-2: un ensayo sociológico. **Sociológica**, México, v. 36, n. 102, p. 279-290, 2021.
- FREEMAN, Daniel; WAITE, Felicity; ROSEBROCK, Laina; PETIT, Ariane; CAUSIER, Chiara; EAST, Anna; JENNER, Lucy; TEALE, Ashley-Louise; CARR, Lydia; MULHALL, Sophie; BOLD, Emily; LAMBE, Sinéad. Coronavirus Conspiracy Beliefs, Mistrust, and Compliance with Government Guidelines in England. **Psychological medicine**, v. 52, n. 2, p. 1-30, 2020.
- HAUSMAN, Bernice L.; GHEBREMICHAEL, Mecal; HAYEK, Philip; MACK, Erin. 'Poisonous, Filthy, Loathsome, Damnable Stuff': the Rhetorical Ecology of Vaccination Concern. **The Yale Journal of Biology and Medicine**, v. 87, n. 4, p. 403, 2014.
- INEGI Instituto Nacional de Estadística y Geografía. **Encuesta Nacional sobre Disponibilidad y Uso de Tecnologías de la Información en los Hogares (ENDUTIH) 2019**. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/dutih/2019/>. Acceso en: 20 mayo 2021.
- INSP Instituto Nacional de Salud Pública. **Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2020 sobre Covid-19**. Resultados nacionales. México: SS, INSP y CIEE. Disponible en: <https://>



ensanut.insp.mx/encuestas/ensanutcontinua2020/informes.php. Acceso en: 24 ene. 2023.

LEE, Jon D. **An Epidemic of Rumors: How Stories Shape our Perception of Disease**. Colorado: University Press of Colorado, 2014.

LUPTON, Deborah. **Risk**. London: Routledge, 2013.

MAYRING, Philipp. **Qualitative Content Analysis: Theoretical Foundation, Basic Procedures and Software Solution**. Austria: Klagenfurt, 2014.

NAN, Xiaoli; DAILY, Kelly; RICHARDS, Adam; HOLT, Cheryl; WANG, Min Qi; TRACY, Kate; QIN, Yan. The Role of Trust in Health Information from Medical Authorities in Accepting the HPV Vaccine among African American Parents. **Human Vaccines & Immunotherapeutics**, v. 15, n. 7-8, p. 1723-1731, 2019.

NIE, Jing-Bao; CHENG, Yu; ZOU, Xiang; GONG, Ni; TUCKER, Joseph D.; WONG, Bonnie; KLEINMAN, Arthur. The Vicious Circle of Patient–Physician Mistrust in China: Health Professionals’ Perspectives, Institutional Conflict of Interest, and Building Trust Through Medical Professionalism. **Developing world bioethics**, v. 18, n. 1, p. 26-36, 2018.

OCDE Organización Para Cooperación y Desarrollo Económico. **Estudios de la OCDE sobre sistemas de salud: resumen ejecutivo, diagnóstico y recomendaciones para México**, 2016. Disponible en: <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Reviews-of-Health-Systems-Mexico-2016-Assessment-and-recommendations-Spanish.pdf>. Acceso en: 24 ene. 2023.

SCAMBLER, Graham. Covid-19 as a ‘Breaching Experiment’: Exposing the Fractured Society. **Health Sociology Review**, v. 29, n. 2, p. 140-148, 2020.

SCHREIER, Margrit. **Qualitative Content Analysis in Practice**. Germany: Sage, 2012.

SHAO, Wanyun; HAO, Feng. Confidence in Political Leaders can Slant Risk Perceptions of COVID–19 in a Highly Polarized Environment. **Social Science & Medicine**, v. 261, p. 113235, 2020. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7377700/>. Acceso en: 24 ene. 2023.

TOFAN, Gabriela; BODOLICA, Virginia; SPRAGGON, Martin. Governance Mechanisms in the Physician–Patient Relationship: a Literature Review and Conceptual Framework. **Health Expectations**, v. 16, n. 1, p. 14-31, 2013.

TUCKER, Joseph D.; CHENG, Yu; WONG, Bonnie; GONG, Ni; NIE, Jing Bao; ZHU, Wei; MCLAUGHLIN, Megan M.; XIE, Ruishi; DENG, Yinghui; HUANG, Meijin; WONG, William C. W.; LAN, Ping; LIU, Huanliang; MIAO, Wei; KLEINMAN, Arthur. Patient–Physician Mistrust and Violence Against Physicians in Guangdong Province, China: a Qualitative Study. **BMJ open**, v. 5, n. 10, p. e008221, 2015. Disponible en: <https://bmjopen.bmj.com/content/5/10/e008221>. Acceso en: 24 ene. 2023.

WILSON, Rose Jane Isobel; VERGÉLYS, Chantal; WARD, Jeremy; PERETTI-WATEL, Patrick; VERGER, Pierre. Vaccine Hesitancy among General Practitioners in Southern France and their Reluctant Trust in the Health Authorities. **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being**, v. 15, n. 1, p. 1757336, 2020. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7269038/>. Acceso en: 24 ene. 2023.



Tabla 1 - Recomendaciones emitidas por la CNDH por violaciones del derecho a la protección a la salud respecto al total de las recomendaciones a partir de 1998 hasta el primer semestre del 2021, México

Año	Número de recomendaciones	Recomendaciones sobre salud	Porcentajes
1998	114	11	10 %
1999	104	15	14 %
2000	37	2	5 %
2001	27	4	15 %
2002	49	8	16 %
2003	52	13	25 %
2004	92	18	20 %
2005	51	9	18 %
2006	46	9	20 %
2007	70	9	13 %
2008	67	7	10 %
2009	78	14	18 %
2010	86	17	20 %
2011	95	23	24 %
2012	93	21	23 %
2013	86	12	14 %
2014	55	20	36 %
2015	59	21	36 %
2016	71	24	34 %
2017	81	25	31 %
2018	89	30	34 %
2019	99	28	28 %
2020	90	40	44 %
2021	32	16	50 %

Fuente: Elaborada por los autores con base en la información consultada de la CNDH, 1998-2021.



Tabla 2 - Frecuencias y porcentajes según características sociodemográficas y si considera que será aceptada la vacuna por la población, 2020, México

Categorías		N			Porcentaje		
		Si o por una mayoría	No o por una minoría	No sé	Si o por una mayoría	No o por una minoría	No sé
Edad Agrupada	Menores de 30 años	52	27		66%	34%	
	de 30 a 59	314	127	1	71%	29%	0%
	60 años y más	56	14		80%	20%	
Regiones	Centro	72	30		71%	29%	
	Occidente	48	18		73%	27%	
	Norte	99	31		76%	24%	
	Sur	136	82	1	62%	37%	0%
	Sureste	67	7		91%	9%	
Escolaridad	Doctorado	18	3		86%	14%	
	Especialidad	107	29		79%	21%	
	Licenciatura	185	91	1	67%	33%	0%
	Maestría	75	33		69%	31%	
	Educación técnica	37	12		76%	24%	
Tipo de unidad	Unidad Covid	87	46		65%	35%	
	Unidad de Consulta externa	202	66		75%	25%	
	Unidad de hospitalización	133	56	1	70%	29%	1%
Sexo	Femenino	267	133	1	67%	33%	0%
	Masculino	155	35		82%	18%	
Estado conyugal	Casado	188	64		75%	25%	
	Separado, divorciado o viudo	45	13	1	76%	22%	2%
	Soltero	139	65		68%	32%	
	Unión libre	50	26		66%	34%	
Actividades	Actividades de gerenciales y administrativas	44	26	1	62%	37%	1%
	Atención comunitaria	20	12		63%	38%	0%
	Enfermería	87	40		69%	31%	0%
	Medicina de especialidad	92	28		77%	23%	0%
	Medicina general	76	28		73%	27%	0%
	Otro PS	34	10		77%	23%	0%
	Psicología/salud mental	26	4		87%	13%	0%
Trabajo social	43	20		68%	32%	0%	

Fuente: Elaborada por los autores.



Tabla 3 - Frecuencia y porcentaje sobre la aceptación o rechazo de la vacuna, según modelo explicativo y connotación, 2020, México

Categorías		Modelo explicativo			
		Moral	Agencial	Determinismo	Total
Positivo (porcentaje)	Comunicación		6%		6%
	Experiencia		8%		8%
	Necesidad		15%		15%
	Prevención		49%		49%
	Prudencia		6%		6%
	Valor de la vacuna		17%		17%
	Total		100%		100%
Negativa (porcentaje)	Costumbre		0%	62%	7%
	Desconfianza en las instituciones		23%		5%
	Desinformación	17%	0%		12%
	Ignorancia	20%	0%		13%
	Incredulidad acerca de la Covid	27%	0%		18%
	Mala información		46%		10%
	Miedo	18%	0%		12%
	Movimiento antivacuna		0%	38%	4%
	Valor negativo de la vacuna	18%	31%		19%
Total	100%	100%	100%	100%	
Positivo (n)	Comunicación		3		3
	Experiencia		4		4
	Necesidad		8		8
	Prevención		26		26
	Prudencia		3		3
	Valor de la vacuna		9		9
	Total		53		53
Negativa (n)	Costumbre	0	0	8	8
	Desconfianza en las instituciones	0	6	0	6
	Desinformación	14	0	0	14
	Ignorancia	16	0	0	16
	Incredulidad acerca de la Covid	22	0	0	22
	Mala información	0	12	0	12
	Miedo	15	0	0	15
	Movimiento antivacuna	0	0	5	5
	Valor negativo de la vacuna	15	8	0	23
	Total	82	26	13	121

Fuente: Elaborada por los autores.

Recebido em: 28/09/2022
Aceito para publicação em: 20/12/2022

