

Aprender de la crisis: barreras al acceso equitativo a la vacuna contra la COVID-19

MÉXICO
2023

AGENDA
REGIONAL
PARA UNA
VACUNA
UNIVERSAL
CONTRA LA COVID-19



OXFAM



VACUNAS
PARA LA GENTE
LATINOAMÉRICA



© Oxfam México

Este estudio forma parte de una serie que incluye diagnósticos, estudios de caso y otros materiales de investigación en siete países de Latinoamérica, realizada por Oxfam América Latina y el Caribe, con el apoyo de la plataforma Vacunas para la Gente en Latinoamérica y el Caribe.

Para obtener más información sobre lo publicado en este documento, por favor contactar a javier.medina@oxfammxico.org

Esta publicación está sujeta a copyright pero el texto puede ser utilizado libremente para la incidencia de política y campañas, así como en el ámbito de la educación y de la investigación, siempre y cuando se indique la fuente de forma completa. El titular del copyright solicita que cualquier uso de su obra le sea comunicado con el objeto de evaluar su impacto. La reproducción del texto en otras circunstancias o su uso en otras publicaciones, así como en traducciones o adaptaciones, podrá hacerse después de haber obtenido permiso y puede requerir el pago de una tasa.

Para consultas sobre la serie completa, puede ponerse en contacto con nosotros por correo electrónico a través de la dirección: silviasofia.montenegro@oxfam.org

Autorías

- Javier Y. Medina Arellano** Coordinador de Inclusión Social en Oxfam México. Es licenciado en Relaciones Internacionales. En su rol, lidera proyectos que promueven una política social universal, no discriminatoria y sensible a las diferencias, preocupado por impulsar el acceso a derechos sociales y económicos de personas trabajadoras del sector agrícola y de plataformas digitales.
- Ana Heatley Tejada** Investigadora en Oxfam México hasta 2022, actualmente consultora independiente. Antropóloga, maestra en antropología psicológica, doctora en psicología y especialista en políticas del cuidado con perspectiva de género. Ha realizado investigaciones sobre cuidados, género, pobreza y desigualdad.
- Lara Arely Centeno Maya** Coordinadora de Investigación en Oxfam México. Licenciada en Economía y Finanzas y maestra en Desarrollo y Crecimiento Económico. Ha realizado investigación en diferentes áreas como el sector textil, la gig economy y el sector educativo. Realiza análisis sobre desigualdad y pobreza.
- Gabriela Rentería Flores** Consultora en Monitoreo y Evaluación. Licenciada en Economía por la Universidad de Guanajuato y maestra en Economía del Desarrollo por la Universidad de Göttingen. Experiencia en investigación, monitoreo y evaluación de políticas públicas, principalmente en materia de género, educación, migración y sistemas de monitoreo de la Agenda 2030.
- Estefanía Rodríguez** Antropóloga y consultora especialista en semiótica de la cultura. Maestra en Diseño, Información y Comunicación. Experiencia internacional, pública y privada en análisis estratégico como innovación en el desarrollo de metodologías de investigación. Escritora y crítica de la cultura posmoderna. Profesora de semiótica, antropología y publicidad. Trompetista amante de la música.
- Perla Blas** Maestra en Diseño, Información y Comunicación. Periodista independiente y con perspectiva de género. Investigadora especialista en comunicación externa. Profesora y tallerista por el gusto de compartir. Contar historias es solo por amor y respeto a la vida de los otros y a la otredad.

Corrección de estilo: Mónica Millán

Diseño editorial: Cabra Estudio

Siglas y abreviaturas

OMS

Organización Mundial de la Salud

CISS

Conferencia Interamericana de Seguridad Social

COVAX

Fondo de Acceso Global para Vacunas Covid-19

SP

Seguro Popular

SPSS

Sistema de Protección Social en Salud

CPEUM

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos

Insabi

Instituto de Salud para el Bienestar

CURP

Clave Única de Registro de Población

PNV

Política Nacional de Vacunación contra COVID-19

Índice

Prólogo	.05
Introducción	.12
¿Preparados para una pandemia?: el acceso a la salud en México	.15
La PNV y la vacunación contra COVID-19 en México	.22
2.1 Datos para no dejar a nadie atrás	.25
La COVID-19 y grupos en exclusión social	.30
3.1 Personas jornaleras agrícolas	.31
El caso de la vacunación contra COVID-19 en personas jornaleras agrícolas	.35
4.1 Más allá de la disponibilidad	.38
4.2 La necesidad de información oportuna	.46
4.3 Autotratamiento y medicina tradicional como remedio a la desconfianza	.49
Aprendizajes para una política social inclusiva	.53
Conclusiones	.56
Referencias bibliográficas	.59
Anexos	.64

Prólogo

Aprender de la crisis: barreras al
acceso equitativo a la vacuna
contra la COVID-19

OXFAM
México 2023

Prólogo

La pandemia por la COVID-19 ha desencadenado una crisis sanitaria, económica y social a nivel mundial, exacerbando las ya muy marcadas desigualdades en la región. El suministro insuficiente de vacunas, combinado con el acaparamiento de dosis en los países ricos, provocó que millones de habitantes de países del sur global se enfrentaran a esta enfermedad con un acceso mínimo a la protección en los primeros momentos de la pandemia. Adicionalmente, barreras estructurales previas ahondaron las condiciones de exclusión de poblaciones históricamente en desventaja y con dificultades de acceso a la salud y otros derechos sociales.

En un contexto de profunda desigualdad, los retos de acceso a servicios públicos requieren una política más eficaz y sensible a sus contextos.

En respuesta a estas dificultades, en conjunto con Oxfam América Latina y el Caribe (Oxfam-LAC) y el apoyo de la iniciativa de Vacunas para la Gente en Latinoamérica y el Caribe, Oxfam México (OMX) participa en el proyecto regional “Vacunas y desigualdades”. Con este reporte, Oxfam México busca visibilizar las barreras que han impedido el acceso igualitario y el suministro adecuado de las vacunas contra la COVID-19, especialmente para el caso de grupos históricamente discriminados como lo son las personas jornaleras agrícolas. Durante la pandemia, mientras que cientos de familias mexicanas tomaron diversas medidas para resguardarse en casa, las familias jornaleras siguieron trabajando para producir la comida que consumimos.

Al poco tiempo del inicio de la pandemia, la vacunación se convirtió en una de las principales estrategias de prevención de los gobiernos a nivel global. Si bien en México fue posible garantizar una disponibilidad considerable de la vacuna contra la COVID-19, muchas de las personas jornaleras entrevistadas para este informe reconocieron que la falta de información cercana y la consecuente desconfianza en el proceso de inmunización funcionaron como barreras para decidir sobre su salud.

En este sentido, la disponibilidad de la vacuna contra la COVID-19 no fue suficiente para garantizar la inclusión de las personas jornaleras en el proceso de vacunación y, por lo tanto, de su ejercicio del derecho a la salud.

La crisis sanitaria ejerció presión a las deficiencias previas del sistema de salud mexicano: la fragmentación del sistema de salud, la discriminación en acceso por condición laboral, la insuficiencia del gasto público en salud y de personal para proveer atención médica de calidad, entre otras. A esto se sumó un largo proceso de erosión de la confianza entre personas jornaleras agrícolas, varias pertenecientes a comunidades indígenas, y autoridades, producto de la marginación y de algunas políticas violentas, instrumentadas por el Estado.

La desconfianza en las autoridades y la falta de información sobre la vacuna fueron grandes obstáculos en el proceso de inmunización. En este sentido, es indispensable aprender de las crisis, identificar las barreras de acceso y avanzar en la construcción de un sistema universal de salud sensible a las diferencias, que permita que todas las personas puedan gozar plenamente de sus derechos.

En México, como en el resto de América Latina y el Caribe, el avance de la pandemia puso mayor presión en las deficiencias estructurales de los sistemas de salud y de seguridad social, lo que resultó en un mayor riesgo de presentar mayores afectaciones económicas y a la salud por la COVID-19 para las personas históricamente excluidas del ejercicio de sus derechos. Los problemas estructurales resultan en desigualdades que impiden el pleno ejercicio del derecho a la salud en mayor medida en ciertos grupos poblacionales.

Dado que la vacunación forma parte de las medidas de prevención que deben procurar los Estados como un componente del derecho humano a la salud y de la atención primaria, este reporte busca visibilizar las barreras y mecanismos de exclusión a la vacunación contra COVID-19 en México en poblaciones históricamente en condiciones de desventaja y exclusión social, especialmente en el caso de las personas jornaleras, a pesar de la intención de universalización del gobierno mexicano.

Una de las principales carencias que enfrenta este grupo es la falta de acceso a seguridad social, ya que esta se encuentra aún atada al estatus laboral. Esto es resultado de las malas prácticas de contratación que generan barreras para el acceso a servicios de salud públicos. Además, es importante considerar que estos factores representan un impacto diferenciado en las mujeres jornaleras, que enfrentan contextos de violencia, en especial en el contexto de la migración, como las violencias sexual, doméstica e intrafamiliar; así como de mayores tiempos de trabajo, dada la desigual distribución de las tareas de cuidado.

Este reporte se estructura en dos partes. En primer lugar, se presenta un panorama general sobre el acceso a la salud en México y la estrategia de vacunación contra la COVID-19. En el país, el 28.2% de las personas se encuentran en situación de carencia por acceso a servicios de salud. Para grupos como el de las personas jornaleras agrícolas es necesario



OXFAM
México

Alexandra Haas Paciuc

Directora ejecutiva de Oxfam México

Resumen Ejecutivo

contar con datos que reflejen sus realidades, a un nivel suficiente de desagregación, y las barreras específicas que enfrentan para poder desarrollar políticas sensibles a sus entornos.

En el caso de la Política Nacional de Vacunación (PNV), la multiplicidad de actores locales coordinadores generó una mayor complejidad para la sistematización de información y bases públicas en torno a la vacunación. Tras realizar solicitudes de información a las instancias estatales de salud en las 32 entidades federativas del país, no se logró identificar un ejercicio sistemático y homogéneo de generación de información pública sobre la vacunación en México que contara con suficiente nivel de desagregación para capturar posibles rezagos o potenciales problemas para completar esquemas de inmunización. frente al contagio y durante la enfermedad por COVID-19.

Adicionalmente, la población jornalera agrícola es uno de los grupos para los que no se genera información pública suficiente que permita conocer a profundidad sus condiciones de vida y los factores de exclusión social que enfrentan. Se estima que en México existen cerca de tres millones de personas trabajadoras agrícolas, de las cuales solo 415,000 tienen acceso a servicios de salud por vía de prestaciones laborales. La lejanía de los campos a los centros de salud, las barreras en la atención dada la diferencia de lengua, los permisos por enfermedad restringidos y la falta de insumos sanitarios de protección como gel antibacterial y cubrebocas crearon mayores dificultades para garantizar la protección de la salud frente al contagio y durante la enfermedad por COVID-19.

Por ello, en segundo lugar, este informe presenta un estudio de caso sobre los factores que incidieron en el acceso a vacunación contra COVID-19 para personas jornaleras agrícolas en las entidades de Chiapas, como ejemplo de entidad de origen de personas jornaleras migrantes, y Sonora, como una de las entidades que concentran a aproximadamente 80% de las personas jornaleras agrícolas en México. Las personas jornaleras agrícolas han vivido históricamente en condiciones de exclusión social con empleos precarios y con un vacío de acciones públicas destinadas a atender las muchas necesidades de esta población.

Se encontró que, en el caso de la vacunación de COVID-19, la disponibilidad de vacunas no aseguró el éxito en el proceso de inmunización entre las personas jornaleras agrícolas. La desconfianza en las autoridades y la falta de información sobre la vacuna fueron grandes obstáculos en el proceso de inmunización para esta población.

Por ello, resultaba indispensable acompañar a las brigadas de vacunación de información suficiente y culturalmente apropiada, así como contar con la capacidad operativa suficiente entre el personal de salud y una adecuada coordinación con las empresas para llevar las vacunas a los campos. Sin embargo, el vacío institucional en el cuidado y la atención de la salud de las personas fue una vía fácil para vincular la desconfianza en las intenciones del aparato gubernamental con la vacuna. La inesperada oferta de vacunas contra la COVID-19 no pudo reparar la permanente ausencia de los servicios de salud. En este vacío, el autotratamiento se presenta como una forma de tomar acción sobre la propia salud con los medios de los que disponen.

Dado todo lo anterior, se han identificado aprendizajes orientados a asegurar la inclusión de las personas jornaleras agrícolas en políticas públicas de salud:

- Información para todas y todos, con espacios de educación sobre la salud en las brigadas de vacunación y mensajes adecuados de información para que sean culturalmente apropiados y comprensibles para todos los grupos sociales considerados.
- Datos para no dejar a nadie atrás, que implica contar con más información pública desagregada que permita conocer a profundidad las condiciones de vida de la población jornalera agrícola y los factores de exclusión social que enfrentan.
- Políticas públicas inclusivas para personas jornaleras, que contemplen acciones específicas para incluirlas de manera efectiva con consideraciones sobre su contexto y condiciones de movilidad.
- Presencia institucional cercana en el cuidado de la vida digna y la salud de grupos en exclusión social, donde las autoridades locales consideren las diversas determinantes del derecho a la salud (vivienda, educación, alimentación y acceso a servicios básicos).
- Inclusión de prácticas culturales en las campañas de prevención y tratamiento, para asegurar su reconocimiento y mejorar la efectividad de las políticas en materia de salud.
- Protección laboral y social para trabajadores jornaleros, asegurando el cumplimiento de las obligaciones de las empresas que emplean a personas jornaleras.
- Fortalecimiento de esfuerzos coordinados de prevención, para promover en todos los

niveles de gobierno una política de prevención efectiva, que incluya la vacunación universal y contemple medidas de seguimiento de la salud y abasto de medicamentos y biológicos requeridos.

Introducción

Aprender de la crisis: barreras al
acceso equitativo a la vacuna
contra la COVID-19

OXFAM
México 2023

Introducción

A más tres años de que la Organización Mundial de la Salud (OMS) caracterizara a la COVID-19 como pandemia y su reciente anuncio del fin de la emergencia sanitaria mundial,

esta crisis ha derivado en múltiples impactos en sectores económicos y sociales, afectando a la población en términos de ingreso, derechos laborales, acceso a la salud, aumento en la carga desigual de cuidados, entre otros. Sumado a esto, las muertes ocasionadas por la enfermedad registran un acumulado de 6,836,825 fallecimientos a nivel mundial, de los cuales más del 25% corresponden a cifras de América Latina y el Caribe, según los datos reportados por la OMS. Sin embargo, existe una importante subestimación en estas cifras, así como en las de los casos de contagios, que ha sido reconocida por la misma OMS.¹ En el caso de América Latina y el Caribe, la región más desigual del mundo, era de esperarse que el avance de la pandemia pusiera más presión en las deficiencias estructurales en los sistemas de salud y de seguridad social, resultando en un mayor riesgo para las personas históricamente excluidas del ejercicio de estos derechos.

En México, estas desigualdades se reflejan en problemas estructurales que impiden el pleno ejercicio del derecho a la salud en mayor medida en ciertos grupos poblacionales. Ello se debe a condiciones como un sistema de salud fragmentado, así como la debilidad de los sistemas a nivel local, deficiencias en la infraestructura en salud para primer nivel de atención, distribución territorial desigual de personal médico, baja calidad en servicios de atención a la salud, falta de políticas públicas enfocadas en la cultura de la prevención y diferencias en el acceso a la salud para personas trabajadoras en empleos informales, entre otras.² Por otra parte, la persistencia de carencias sociales que afecta a otros determinantes de la salud, como la calidad y espacios de la vivienda o el acceso al agua, deja en mayor riesgo a las personas en condiciones de pobreza y exclusión social frente a crisis como la pandemia por COVID-19.

Una de las estrategias principales para frenar la pandemia fue el desarrollo y la compra de vacunas contra la COVID-19. Pese a la existencia de iniciativas como el Fondo de Acceso Global para Vacunas COVID-19 (COVAX), que prometía garantizar el acceso equitativo a 2,000 millones de dosis a finales de 2021,³ los países de altos ingresos firmaron acuerdos bila-

1. Organización Mundial de la Salud, 2020. *The true death toll of COVID-19, Estimating global excess mortality* (último acceso: 19 de febrero de 2023).
2. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. *Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018*. Ciudad de México: Coneval, 2018.
3. Berkley, Seth, septiembre de 2020. *COVAX explained. The Global Alliance for Vaccines and Immunisation*. <https://www.gavi.org/vaccineswork/covax-explained>

terales con los fabricantes de vacunas que les garantizaron un acceso privilegiado a las primeras dosis.⁴ A esta desigualdad en la adquisición de vacunas se sumaron los retos de distribución y acceso en países con altos niveles de marginación geográfica y social. Como un componente del derecho humano a la salud y de la atención primaria, la vacunación forma parte de las medidas de prevención que deben procurar los Estados, como se menciona en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.⁵

Este reporte busca visibilizar las barreras y mecanismos de exclusión a la vacunación contra COVID-19 en México en poblaciones históricamente en condiciones de desventaja y exclusión social, en particular, en el caso de las personas jornaleras, a pesar de la intención de universalización del Gobierno mexicano. El agrícola fue uno de los sectores de la economía mexicana que no paró durante la crisis sanitaria y, hasta 2020, empleaba a más de 3 millones de personas, de acuerdo con la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS).⁶

Pese a la fortaleza del sector agrícola, su importancia en la vida de las personas y los recientes cambios normativos que garantizarían un salario mínimo profesional, las condiciones de trabajo y de vida que enfrentan las personas jornaleras siguen siendo precarias. Una de las principales carencias que enfrenta este grupo es su falta de acceso a seguridad social, lo que es resultado de las malas prácticas de contratación, que a su vez llevan a un acceso restringido a servicios de salud. Además, es importante considerar que estos factores representan un impacto diferenciado, por ejemplo, en las mujeres jornaleras que enfrentan contextos de violencia, en especial en el contexto de la migración, como las violencias sexual, doméstica e intrafamiliar.

Por otro lado, estas mujeres también tienen que lidiar con el acoso, menores sueldos y la distribución inequitativa de las tareas de cuidado, ya que usualmente viajan en familia para trabajar en el sector agrícola. Por esta razón, investigar el fenómeno del acceso a vacunación contra la COVID-19 en esta población ayuda a identificar cómo los distintos factores de exclusión social afectan el ejercicio del derecho a la salud en contextos de crisis.

04. Silva, Diana, Daniel Castrejón, Julieta Lamberti, y Samantha Camacho. *El negocio de las vacunas*. Informe, Ciudad de México: Poder, 2022.
05. Organización de las Naciones Unidas, 3 de enero de 1976. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights#:~:text=Art%C3%ADculo%2012&text=1.-,Los%20Estados%20Partes%20en%20el%20presente%20Pacto%20reconocen%20el%20derecho,de%20salud%20f%C3%ADs> (último acceso: 15 de abril de 2023).
06. Flores Mariscal, Joel. *El trabajo jornalero agrícola: sus condiciones de precariedad en México y experiencias en la región latinoamericana para mejorar su acceso a la seguridad social*. Publicación seriada, Ciudad de México: Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), 2021.

El 29 de octubre de 2021, el Gobierno mexicano comunicó haber logrado la cobertura de 83% de la población mayor de 18 años con esquema completo de vacunación contra la COVID-19.⁷ Con esto, se dio por cumplido el objetivo de cobertura del 70% establecido en la Política Nacional de Vacunación contra COVID-19 (PNV). Después de este importante esfuerzo de inmunización contra el SARS-CoV2, debemos preguntarnos: ¿qué podemos aprender sobre el sistema de salud de la experiencia de vacunación contra la COVID-19? ¿Qué factores incidieron en el proceso de inmunización y protección de la población jornalera como grupo vulnerable? Reflexionar sobre el caso que presenta este reporte permite obtener lecciones para garantizar que las políticas públicas ante futuras pandemias sean realmente equitativas y universales.

En primer lugar, se presenta un panorama general sobre el acceso a la salud en México y la estrategia de vacunación contra la COVID-19. A través de trabajo de gabinete, **el reporte identifica importantes limitantes en la información pública**, lo que deriva en retos para el análisis de las barreras que enfrentaron las poblaciones en exclusión social.⁸ Como parte de este análisis, se ejemplifica, con un repaso a la literatura disponible, el impacto diferenciado de la pandemia y las barreras al acceso a la vacunación en algunos grupos poblacionales en condiciones de exclusión, como el caso de la población jornalera agrícola. En segundo lugar, se presenta un estudio de caso sobre los factores que incidieron en el acceso a vacunación contra COVID-19 para personas jornaleras agrícolas en las entidades de Sonora y Chiapas.

En el estudio de caso se lograron identificar diversos factores que incidieron en el ejercicio del derecho a la salud en el contexto de la pandemia y del proceso de vacunación contra la COVID-19. Si bien entre las personas entrevistadas no se identificaron graves problemas de disponibilidad de la vacuna, es importante considerar factores adicionales que funcionaron como barreras al acceso, como la desconfianza en la vacuna y servicios públicos, la

07. Sáenz Guzmán, Claudia. «Éxito en la misión: 83% de la población adulta ya recibió vacuna anti-COVID-19: Gatell.» *Capital* 21. 29 de octubre de 2021. <https://www.capital21.cdmx.gob.mx/noticias/?p=28382#:~:text=83%25%20de%20la%20poblaci%C3%B3n%20adulta%20ya%20est%C3%A1%20vacunada,condiciones%20de%20vida%20y%20sociales> (último acceso: 15 de abril de 2023).

08. Para los objetivos de este reporte, por exclusión social se entiende el “resultado de la convergencia de procesos estructurales —factores financieros, económicos, políticos, tales como el desempleo o el subempleo, la falta de apoyos a actividades económicas, la desprotección social, o la falta de procesos realmente democráticos, por ejemplo— y el entorno social —como las transformaciones demográficas y los procesos migratorios, o la fragilidad de las redes sociales actuales, entre otros” (González-Pérez, Guillermo J., María G. Vega-López, Samuel Romero-Valle, Agustín Vega-López, y Carlos E. Cabrera-Pivaral. «Exclusión social e inequidad en salud en México: Un análisis socio-espacial.» *Revista de Salud Pública* 10, n° 1 [diciembre 2008: 15-28]. Algunos de los grupos en condiciones de exclusión social coinciden con aquellos identificados como grupos históricamente discriminados [Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2022*. Ciudad de México: CONEVAL, 2022]: población indígena, personas con discapacidad, niños, niñas y adolescentes, población adulta mayor, jóvenes y mujeres. No obstante, hay grupos que por sus condiciones de vida y sus empleos también caen en exclusión debido a factores de desprotección social, como la falta de seguridad social, o procesos sistémicos de discriminación.

infodemia, la falta de información suficiente y culturalmente apropiada con traducción a lenguas indígenas, el desgaste preexistente en la relación entre el Estado y las personas jornaleras pertenecientes a comunidades indígenas, entre otros. Es importante reconocer que la falta de información suficiente y confiable para esta población fomentó el miedo a la vacuna y la resistencia a participar en el proceso de inmunización, propiciando esquemas incompletos de vacunación, inmunizaciones tardías e, incluso, el rechazo completo al biológico.

En el trabajo en campo fue posible identificar buenas prácticas como resultado de la coordinación entre las brigadas de vacunación en Sonora y algunos campos agrícolas que facilitaron y promovieron el acceso a la vacuna. Sin embargo, al no existir una estrategia oficial que garantizara el acceso a vacunas dentro de los espacios de trabajo de las personas jornaleras, estas medidas quedaron a la buena voluntad de las autoridades locales y de los lugares de trabajo, lo que dejó desprotegidas a las personas trabajadoras con peores condiciones de trabajo o a quienes terminaban su relación laboral. En respuesta a la desconfianza y a las condiciones de exclusión en las que vive esta población, el autotratamiento y la medicina tradicional ocuparon un lugar primordial en la forma de hacer frente a la enfermedad.

El miedo a la vacuna reforzó el uso de medicina tradicional como medida preventiva al contagio y a la gravedad de la enfermedad, sobre todo para la protección del sistema inmunológico. Por otra parte, el autotratamiento también se entendió como una forma de tomar acción sobre la salud personal. No obstante, ante casos de gravedad, esta población siguió dependiendo principalmente de servicios médicos en consultorios privados adyacentes a farmacias, tanto por barreras de acceso a servicios públicos, por su lejanía o condición laboral, como por la percepción de largos tiempos de espera y mala calidad de los servicios públicos.

Para Oxfam México, es fundamental dirigir los esfuerzos hacia la construcción de una política social antidiscriminatoria, universal y sensible a las diferencias. Comprender las barreras que enfrentan los grupos poblacionales con mayores dificultades para el ejercicio de los derechos sociales y económicos, sobre todo en el contexto de una crisis sanitaria, permite a los Estados estar más preparados para enfrentar futuras emergencias de manera justa e igualitaria, poniendo al centro a las personas que siempre han estado al margen de la política social. Al visibilizar los factores complejos que inciden en un proceso como la vacunación contra COVID-19 para personas jornaleras, también traemos al centro sus necesidades, sus historias y su forma de vivir y sobrevivir a una crisis como lo ha sido la pandemia.

01.

Aprender de la crisis: barreras al acceso equitativo a la vacuna contra la COVID-19

OXFAM
México 2023

¿Preparados para una pandemia? El acceso a la salud en México

¿Preparados para una pandemia?: el acceso a la salud en México

A pesar de que el derecho a la salud se encuentra establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (CPEUM), incluyendo consideraciones específicas para las personas sin seguridad social, 28.2% de las personas en Méxi-

co se encuentran en situación de carencia por acceso a servicios de salud.⁰⁹ En las últimas décadas, el sistema de salud ha buscado incrementar la cobertura de aseguramiento de servicios de salud o de protección social eliminando barreras relacionadas al acceso a servicios de salud condicionado al estatus laboral.

En 2003, surgió el Seguro Popular (SP) como el mecanismo operativo del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). El SP era un esquema de aseguramiento en salud dirigido a la población que no contaba con ningún esquema de seguridad social y tenía como objetivo la reducción del gasto de bolsillo en salud.¹⁰ El financiamiento del SPSS se constituía de forma tripartita, con aportaciones del gobierno federal, de las entidades federativas y contribuciones de las personas afiliadas.^{11, 12} Los sistemas estatales de salud eran los encargados de proveer los servicios médicos bajo esta política.

A partir del 1 de enero de 2020, el SP fue reemplazado por el Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi),¹³ el cual buscó brindar servicios de salud gratuitos a todas las personas que se encontraran en el país y no contaran con seguridad social. El Insabi tenía el objetivo de atender la segmentación del Sistema de

09. De acuerdo con la metodología para la medición multidimensional de la pobreza de 2020 (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. *Medición de la pobreza. 2020*. <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Pobrezalncio.aspx>).
10. La afiliación al SP tenía una vigencia de tres años, en los cuales las personas afiliadas tenían acceso a un conjunto de intervenciones médicas establecidas en el Catálogo Universal de Servicios de Salud, agrupadas en cinco conglomerados: prevención y promoción en salud, medicina general y de especialidad, urgencias, cirugía general y obstetricia. Además, otorgaba acceso a servicios médicos de alta especialidad mediante el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. *El Sistema de Protección Social en Salud: resultados y diagnóstico de cierre*. Ciudad de México: Coneval, 2019).
11. Las contribuciones de las personas afiliadas se calculaban conforme a su capacidad económica.
12. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. *El Sistema de Protección Social en Salud: resultados y diagnóstico de cierre*. Ciudad de México: Coneval, 2019.
13. Instituto de Salud para el Bienestar. «Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la LGS y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud.» 27 de diciembre de 2019. <https://www.gob.mx/insabi/documentos/decreto-por-el-que-se-reforma-adicionan-y-derogan-diversas-disposiciones-de-la-lgs-y-de-la-ley-de-los-institutos-nacionales-de-salud> (último acceso: 12 de octubre de 2022).

Salud Pública y los subsistemas existentes en la implementación del SP, así como ampliar la cobertura existente. Este siguió los criterios de universalidad, igualdad e inclusión.¹⁴

Con la creación del Insabi se buscó ampliar el número de enfermedades catalogadas como catastróficas y así poder incluirlas en la cobertura. Sin embargo, se preveía que esta ampliación de cobertura de padecimientos tuviera un impacto limitado, debido a que los recursos destinados a este fin fueron limitados y los padecimientos que se buscaba cubrir tienen un alto costo.¹⁵ En este sentido se ha señalado que “ni el SP ni ahora el Insabi garantizarán cabalmente el derecho a la salud de personas sin seguridad social que padecen enfermedades de alto costo”.¹⁶ Para el Insabi, **un reto fundamental fue lograr la coordinación con los Gobiernos de los estados para mantener y ampliar la cobertura de la población.**¹⁷

El 25 de abril de 2023 se votó en Cámara de Diputados la iniciativa por la que se reformaron diversas disposiciones por las que se eliminó el Insabi.¹⁸ Si bien el Insabi no consiguió consolidar sus objetivos y generó graves problemas en la disponibilidad de medicamentos y atención a la salud, la reforma representa un retroceso significativo en la propuesta más clara para avanzar hacia la construcción de un Sistema de Salud Universal. Finalmente, la atención de la población sin seguridad social recaerá en el ahora Sistema de Salud para el Bienestar creado a partir de esta reforma a la ley. Para personas sin seguridad social, esto genera una mayor incertidumbre sobre a qué lugar asistir para recibir atención, lo que significa un obstáculo más al ejercicio del derecho a la salud.

Otro de los grandes retos para lograr la cobertura universal de salud es el contar con los recursos financieros y materiales necesarios. En términos de gasto público, México es de los tres países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos^{19, 20} con menor gasto en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB). A pesar de los re-

14. Instituto de Salud para el Bienestar. «Instituto de Salud para el Bienestar.» 1 de enero de 2020..

15. Oropeza, Janet. *Fondo de Salud para el Bienestar: ¿una herramienta estratégica del INSABI para garantizar el derecho a la salud?* Ciudad de México: Fundar, Centro de Análisis en Investigación, 2021, 46.

16. Ídem.

17. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. *Evaluación Estratégica de Salud. Primer Informe: CONEVAL, 2022.* Ciudad de México: Coneval, 2022.

18. De forma general, la iniciativa mandató que toda la estructura administrativa y operativa de lo que era el Insabi fuera incorporado al IMSS-Bienestar. Se debe reconocer que ya existía una importante coordinación entre el Insabi e IMSS-Bienestar desde meses atrás vía convenios de colaboración. Por otra parte, la iniciativa redirigió el presupuesto correspondiente al Insabi al Fondo de Salud para el Bienestar, fideicomiso público sin estructura orgánica; el mismo tipo de fideicomisos eliminados en 2020 por considerarlos mecanismos poco transparentes.

19. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2021. “Health at a Glance 2021: OECD Indicators”. OECD iLibrary, p. 274..

20. Medida de los recursos disponibles para prestar servicios a los pacientes internados en hospitales en términos del número de camas que son regularmente mantenidas, atendidas y que están disponibles para uso inmediato. El total de camas de hospital incluye las de cuidados curativos (o intensivos), rehabilitación, cuidados de largo plazo y otras camas en hospital. (Indicadores clave de la OCDE). Consultado el 5 de octubre de 2022.

cientes aumentos, el gasto en salud se ha mantenido por debajo del 3% del PIB.²¹ Para 2022, el presupuesto asignado en el PEF a salud fue equivalente al 2.8% de PIB,²² considerablemente por debajo del nivel mínimo de gasto público en salud recomendado por la OPS y OMS de 6% del PIB²³. En cuanto a recursos materiales y humanos, México se ubica por debajo del promedio de países de la OCDE en camas de hospitales, en personal médico y de enfermería.²⁴

El impacto del déficit de recursos se percibe en el acceso a servicios de salud. El Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social (Coneval) reporta que, en 2018, 16.2% de la población presentaba **carencia por acceso** a servicios de salud y **en 2020 esta cifra subió a 28.2%**,²⁵ lo cual representa 20.1 y 35.7 millones de personas respectivamente. Este aumento afectó en mayor medida a la población en situación de pobreza extrema.²⁶ Además, la carencia por acceso a la seguridad social es la carencia social que representó la incidencia más alta en 2020, afectando a 52 de cada 100 habitantes.²⁷ Es importante mencionar que estas cifras podrían deberse a la falta de reconocimiento de la población del derecho a los servicios de salud gratuitos y sin necesidad de registro, además de las deficiencias en la calidad del servicio,, lo que demuestra la gran importancia de implementar campañas de información adecuadas para que la población haga efectivo su derecho.

El *Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018* del Coneval identifica retos para mejorar el acceso al derecho a la salud, entre los que se encuentran: avanzar en la integración de un sistema público de salud; mejorar la calidad y eficiencia del gasto en salud; aumentar la infraestructura en salud con especial énfasis en el primer nivel de atención, así como mejorar la distribución con base en las necesidades de la población; promover la contratación de personal para la salud; mejorar la calidad en los servicios de atención a la salud; promover la planeación de políticas públicas enfocadas en la prevención y promoción de la salud con atención especial a las necesidades de grupos sociales en desventaja, así como de regiones prioritarias; y contribuir a reducir la incidencia de obesidad y sobrepeso.²⁸

21. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria. *Gasto en salud y Objetivos de Desarrollo Sostenible*. s.f. <https://ciep.mx/M4v0>.
22. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria. Implicaciones del Paquete Económico 2023. CIEP 2022. <https://paqueteeconomico.ciep.mx/wp-content/uploads/2022/09/Implicaciones-del-Paquete-Economico-2023-27-Sep-2022.pdf>.
23. Organización Panamericana de la Salud. Espacio fiscal para la salud en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS; 2018. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34947/9789275320006_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y.
24. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2021. "Health at a Glance 2021: OECD Indicators". OECD iLibrary, p. 274.
25. Una persona se encuentra en situación de carencia por acceso a los servicios de salud cuando no cuenta con adscripción o afiliación al Seguro Popular, a las instituciones públicas de seguridad social (IMSS, ISSSTE federal o estatal, Pemex, Ejército o Marina), a servicios médicos privados, o bien, no reportó tener derecho a recibir los servicios que presta el Instituto de Salud para el Bienestar (INSABI) (Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social. *Índice de Rezago Social 2020*. 2021).
26. Ídem.
27. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2020. *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH). 2020 Nueva serie*. [En línea] Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2020/>.
28. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2018. *Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018*, Ciudad de México: Coneval.

Lo anterior da cuenta de las grandes brechas que aún existen para garantizar el derecho a la salud a todas las personas en México sin importar su ocupación o condición social. Por otra parte, estos datos reflejan el estado de salud de la población en general en el país, pero no necesariamente de grupos en condiciones de exclusión social. Para grupos como el de las personas jornaleras agrícolas, es necesario contar con datos que reflejen sus realidades y las barreras específicas que enfrentan para poder desarrollar políticas sensibles a sus entornos. En el contexto de una emergencia sanitaria, se podía esperar que dichas barreras al acceso se profundizaran, manifestándose en un menor acceso a servicios de salud de calidad e incluso un rezago o barreras frente a los procesos de vacunación.

02.

Aprender de la crisis: barreras al acceso equitativo a la vacuna contra la COVID-19

OXFAM
México 2023

La PNV y la vacunación contra COVID-19 en México

La PNV y la vacunación contra COVID-19 en México

El 29 de octubre de 2021 el Gobierno mexicano comunicó haber logrado la cobertura de 83% de la población mayor de 18 años con esquema completo de vacunación contra la COVID-19.²⁹ Con ello se superó considerablemente la meta definida dentro de la Política

Nacional de Vacunación contra COVID-19 (PNV) de vacunar al 70% de la población en México para lograr la inmunidad de grupo.³⁰ De acuerdo con las bases de datos del Gobierno federal, se estima que el 77.1% de toda la población mexicana está vacunada a enero del 2023.³¹

En diciembre de 2020, México fue el primer país en América Latina en aplicar una dosis contra el virus SARS-CoV2. A partir de ese momento se dio inicio con el Operativo Correccaminos que constituyó la estrategia operativa de la PNV a través de la cual se han logrado distribuir más de 216 millones de dosis hasta octubre de 2022.³² México logró colocarse al frente de la región con diversos contratos de adquisición de vacunas y una amplia distribución de los biológicos, aunque no sin enfrentar los retos logísticos de acceso a los territorios más remotos y las deficiencias estructurales de infraestructura que complicaron aspectos necesarios para el adecuado transporte de las vacunas, como el sostenimiento de la cadena de frío.³³

29. Sáenz Guzmán, C., 2021. *Éxito en la misión: 83% de la población adulta ya recibió vacuna anti COVID-19: Gatell*. [En línea] Disponible en: <https://www.capital21.cdmx.gob.mx/noticias/?p=28382#:~:text=83%25%20de%20la%20poblaci%C3%B3n%20adulta%20ya%20est%C3%A1%20vacunada,condiciones%20de%20vida%20y%20sociales>.
30. Secretaría de Salud, 2020. *Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-CoV-2, para la prevención de la COVID-19 en México*. Documento rector, s.l.: s.n.
31. Secretaría de Salud, 2021. *Operativo Correccaminos. Estrategia Operativa de la Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-CoV-2 para la prevención de la COVID-19 en México. Actualización: 15 de marzo de 2021*, s.l.: s.n.
32. Información sobre vacunación consultada el 14 de octubre de 2022 [Secretaría de Salud, 2021. *Operativo Correccaminos. Estrategia Operativa de la Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-CoV-2 para la prevención de la COVID-19 en México. Actualización: 15 de marzo de 2021*, s.l.: s.n.).
33. De acuerdo con la definición de la OMS, la cadena de frío es “un conjunto de normas y procedimientos que aseguran el correcto almacenamiento y distribución de vacunas a los servicios de salud desde el nivel nacional hasta el nivel local. La cadena de frío está interconectada con equipos de refrigeración que permiten conservar las vacunas a las temperaturas recomendadas para mantener su potencia”.

01.

Gráfico |

Etapas de la estrategia nacional de vacunación contra la COVID-19

- 1.er caso en México
27 de febrero de 2020
- Declaración de emergencia sanitaria DOF
30 de marzo de 2020
- Anuncio de regreso a nueva normalidad
13 de mayo de 2020
- Inicia la vacunación
24 de diciembre de 2020
- 5 etapas de vacunación
 - Etapa 1 (dic 2020-feb 2021): personal de salud de primera línea
 - Etapa 2 (feb-abr 2021): personal de salud restante y mayores de 60 años
 - Etapa 3 (abr-mayo 2021): personas entre 50 y 59 años
 - Etapa 4 (may-jun 2021): personas entre 40 y 49 años
 - Etapa 5 (jun 2021-mar 2022): resto de la población mayor de edad
- Se anuncia alcance de la meta de cobertura
29 de octubre de 2021 (durante Etapa 5)

34. El 24 de diciembre de 2020, dio inicio la primera fase de vacunación para prevenir la COVID-19 en México, siendo el personal de salud de primera línea de atención a COVID-19 el primer grupo prioritario. La segunda fase de implementación de la estrategia de vacunación fue dirigida a las personas de 60 o más años y personal de salud. La tercera fase de vacunación, entre mayo y junio de 2021, fue para las personas de 50 a 59 años y personas embarazadas de 18 años y más, a partir del tercer mes de embarazo. Posteriormente, la etapa 4 fue dirigida a personas de 40 a 49 años. Finalmente, la fase del resto de la población mayor de edad comenzó en julio de 2021 [Secretaría de Salud, 2022. Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-CoV-2, para la prevención de la COVID-19 en México. Documento Rector, s.l.: s.n.].
35. Si bien la declaración de emergencia se publicó el 30 de marzo de 2020 en el Diario Oficial de la Federación, el 24 de marzo realizó la declaración de la Jornada Nacional de Sana Distancia donde se establecieron diversas medidas para la mitigación y control de la epidemia. No obstante, lo anterior, es hasta el 31 de marzo, después de la declaratoria de emergencia, que se especificaron los sectores esenciales y no esenciales.

Fuente: elaboración propia con información de la Secretaría de Salud (2020).

Pese al importante esfuerzo en la logística de vacunación, **preocupaba que las condiciones estructurales de exclusión social prevalecieran como barreras al acceso.** La PNV definió 4 ejes de priorización para la vacunación: edad de las personas, comorbilidades, grupos de atención prioritaria y comportamiento de la epidemia. Conforme a la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), entre los grupos de atención prioritaria se debe considerar a miembros de los pueblos y comunidades indígenas, personas migrantes sin importar su estatus migratorio, personas jóvenes, mujeres, entre otros.³⁶ Si bien el grupo técnico asesor para la vacuna (GTAV)³⁷ recomendó tomar en consideración aspectos de pobreza y desigualdad, se resolvió que el criterio de edad fuera el eje principal de la estrategia (considerando que la COVID-19 afectaba más a las personas adultas mayores y personas con condiciones médicas preexistentes), además de la priorización del personal sanitario que enfrentaba a la COVID-19 en primera línea, personas con comorbilidades y personal docente en entidades con semáforo epidemiológico verde.³⁸ Este enfoque implicó que el eje de grupos de atención prioritaria fuera secundario, **dejando a la PNV sin consideraciones específicas para asegurar la inclusión de personas pertenecientes a estos grupos.**

2.1

Datos para no dejar a nadie atrás

Uno de los elementos clave para poder visibilizar barreras de acceso es contar con la información a un nivel suficiente de desagregación y de manera oportuna para identificar posibles rezagos por grupos de población. En el caso de la vacunación contra COVID-19, la estrategia fue implementada mediante el Operativo Correcaminos.³⁹ Aunque se planteó como una estrategia federal, el Operativo designó coordinaciones estatales para la implementación de la estrategia a nivel local.

36. Los grupos de atención prioritaria descritos por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH) y que se mencionan en la PNV son niñas, niños y adolescentes, personas de 60 años o más, mujeres, personas con discapacidad, víctimas, personas jóvenes, personas de la comunidad LGTBTTI, personas migrantes y sujetas de protección internacional, personas en situación de calle, personas privadas de la libertad, personas que residen en instituciones de asistencia social, personas afrodescendientes y las de identidad indígena. La niñez no fue un grupo considerado prioritario para vacunación en tanto no se tuvieran vacunas autorizadas para este grupo de edad (Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2018. Grupos de Atención Prioritaria y Otros Temas. Informe de actividades 2020 de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos, s.l.: s.n.).
37. Este grupo se conforma por expertos en materia de inmunología, vacunación, infectología, sociología, sistemas y economía de la salud.
38. En la actualización de junio de 2022 (Secretaría de Salud, 2022. *Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-CoV-2, para la prevención de la COVID-19 en México*. Documento Rector, s.l.: s.n.) los grupos priorizados en orden de prelación fueron personal sanitario que enfrenta COVID-19; población de 50 y más años cumplidos; personas embarazadas de 18 años y más a partir del tercer mes de embarazo; personal docente; población de 18 a 49 años; personas de 12 a 17 años que viven con alguna comorbilidad; personas de 12 a 17 años; independientemente de la presencia de comorbilidades; y personas de cinco a 11 años.
39. Secretaría de Salud, 2021. *Operativo Correcaminos. Estrategia Operativa de la Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-CoV-2 para la prevención de la COVID-19 en México. Actualización: 15 de marzo de 2021*, s.l.: s.n.

Sin embargo, esto resultó en una falta de claridad sobre la entidad que concentraba la responsabilidad del reporte de los datos de vacunación desagregados a nivel local y federal.

En este sentido, **la multiplicidad de actores locales coordinadores de la PNV generó una mayor complejidad para la sistematización de información y bases públicas** en torno a la vacunación. Por ejemplo, la coordinación estatal en Aguascalientes, Chihuahua, Coahuila, Durango, Guanajuato, Jalisco, Michoacán, Nuevo León, Querétaro y Tamaulipas estuvo a cargo de la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena); en Baja California, Ciudad de México, Estado de México, Morelos, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora y Zacatecas, a cargo del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); en Baja California Sur, Campeche, Guerrero, Nayarit, Quintana Roo, Veracruz y Yucatán, a cargo de la Secretaría de Marina (Semar); y finalmente, en Chiapas, Oaxaca, Puebla, Tabasco y Tlaxcala, del Instituto de Salud para el Bienestar (Insabi). Hasta septiembre de 2022, la Secretaría de Salud solamente había publicado el número de dosis aplicadas a la población por fase y su desglose estatal,⁴⁰ sin embargo, no se establecía el número de personas que tienen el esquema de vacunación completo o aquellas que recibieron refuerzo (*booster*), tampoco se presentaba una desagregación por grupo poblacional, sexo o cualquier otra.

40. Información de la página vacunacovid.gob.mx [Consultada el 14 de octubre de 2022].

01.

Tabla I

Número de dosis inoculadas reportadas a nivel estatal

Aguascalientes	Chihuahua	Querétaro
2,657,145	7,037,786	4,740,849
Baja California	Ciudad de México	Quintana Roo
4,677,226	21,310,974	3,505,365
Baja California Sur	Coahuila	San Luis Potosí
1,377,220	4,727,305	4,877,870
Campeche	Colima	Sinaloa
1,782,575	1,308,401	5,840,177
Chiapas	Durango	Sonora
4,717,637	3,011,314	5,285,472
Estado de México	Michoacán	Tabasco
34,531,943	7,312,587	4,760,737
Guanajuato	Morelos	Tamaulipas
10,902,997	3,692,124	6,450,304
Guerrero	Nayarit	Tlaxcala
4,802,283	2,028,280	2,302,489
Hidalgo	Nuevo León	Veracruz
6,016,919	10,201,570	11,613,004
Jalisco	Oaxaca	Yucatán
12,068,903	5,154,762	4,696,654
	Puebla	Zacatecas
	10,318,543	3,181,336

Total
Vacunas

216,892,751

Fuente:
Elaboración propia con información de la Secretaría de Salud

La entidad con un mayor número aplicado de vacunas era el Estado de México y la entidad con el menor número de vacunas, el estado de Colima. Lo anterior es consistente con los datos poblacionales, al ser estados con la mayor y menor población, respectivamente. En contraste, la distribución de centros de vacunación parece estar asociada al número de cabeceras municipales por entidad y no a los datos poblacionales: Oaxaca fue el estado con el mayor número de centros de vacunación (568), mientras que Baja California y Baja California Sur fueron las entidades con menores centros de vacunación.⁴¹ Si bien no existe una definición explícita sobre la estrategia para la distribución de centros de vacunación, la evidencia indica que dicha estrategia siguió principalmente una lógica general de ubicar al menos un centro de vacunación por municipio. Bajo esta lógica, es importante resaltar que las entidades con mayor déficit de centros de vacunación, comparados con el número de municipios, fueron Tamaulipas y Chiapas.

No obstante, con la información disponible no es posible realizar un análisis más detallado sobre la ubicación exacta donde se aplicaron las vacunas, o bien, a qué grupos poblacionales se les aplicó y a cuáles no. Diversas organizaciones han hecho llamados para pedir acceso a información sobre la aplicación de las vacunas o los centros de vacunación, resultando en una respuesta limitada a sus solicitudes de transparencia.⁴²

Como parte de este reporte se realizaron solicitudes de información a las instancias estatales de salud de las 32 entidades federativas.⁴³ Las solicitudes de información fueron atendidas por 27 instancias, de las cuales, solo se tiene información de seis entidades. En ningún caso se obtuvo una desagregación por municipio, sexo, grupo de edad y tipo de vacuna, como se solicitó. En su mayoría tampoco se obtuvieron datos en formato abierto. De la información recabada, destaca el caso del estado de Quintana Roo que presentó información con mayor detalle frente al resto de las entidades. En la siguiente tabla se enlistan las entidades de las que se tiene información y la desagregación disponible.

41. Para este reporte se consideran todos los centros de vacunación reportados como activo, concluido, pendiente y programado. Esta clasificación se refiere al estatus de vacunación en cada centro. No se identificó información sobre los centros de vacunación que se usaron en las etapas siguientes del PNV, por lo que existen limitaciones para desarrollar inferencia a profundidad sobre localidades con menor acceso a la vacunación.
42. Un esfuerzo para destacar es el de Serendipia, que logró tener acceso a la base de datos de unidades médicas y unidades de vacunación en marzo de 2021 (Ramos, Yareli, y Alejandra Padilla. «MAPA | ¿Cuántas vacunas COVID ha aplicado México por municipio?» Serendipia, abril 2021). La información reportada por la Secretaría de Salud en la página sobre vacunación refiere la ubicación de los centros de vacunación hasta la etapa 3 (personas de 50 a 59 años), al 14 de mayo de 2021. Esta información no incluye datos de centros de vacunación en 4 estados: Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.
43. La solicitud de información se presentó en los siguientes términos: Solicito una relación en formato abierto del número de personas que han sido vacunadas para prevenir la COVID-19, desglosada por entidad federativa, municipio, sexo y grupo de edad, así como vacuna inoculada.

02.

Tabla I

Disponibilidad de información sobre vacunación COVID-19

Fuente: Elaboración propia con información obtenida mediante solicitudes de transparencia de información. La lista de solicitudes está disponible en los anexos.

	Desagregación disponible
Baja California	Grupo de edad, número de dosis
Coahuila	Municipio, grupo de edad, número de dosis
Michoacán	Grupo de edad, tipo de vacuna
Guanajuato	Municipio, grupo de edad
Quintana Roo	Municipio, personal de salud, personal educativo, embarazadas, Cereso, grupo de edad, número de dosis
Tabasco	Municipio, mayores de edad, menores de edad, tipo de vacuna

En esta investigación, **no se logró identificar un ejercicio sistemático y homogéneo** de generación de información pública sobre la vacunación en México que contara **con información con suficiente nivel de desagregación** para capturar posibles rezagos o potenciales problemas para completar esquemas de inmunización. Cabe señalar que las entidades con más centros de vacunación no coinciden necesariamente con los lugares donde más dosis se aplicaron, lo que además puede indicar ciertas ineficiencias en la estrategia de distribución territorial. Es importante recalcar que, **para poder aprender** de las estrategias de despliegue de vacunas y las barreras que inciden en el acceso a los servicios de salud en un contexto de emergencia sanitaria, **es fundamental contar con información suficiente y oportuna** que al mismo tiempo garantice una tarea de transparencia sobre el uso de recursos públicos. Ello puede dar luz sobre espacios de mejora para garantizar el ejercicio del derecho a la salud en grupos con factores de exclusión social.

03.

Aprender de la crisis: barreras al acceso equitativo a la vacuna contra la COVID-19

OXFAM
México 2023

La COVID-19 y grupos en exclusión social

La COVID-19 y grupos en exclusión social

La Organización Panamericana de la Salud,⁴⁴ el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), y la Comisión Económica para América Latina⁴⁵ han señalado que la pandemia tiene mayores efectos en poblaciones que se encuentran en situación de pobreza, en

el sector informal, entre otros. Además, se reconoce la sobrerrepresentación de personas indígenas y afrodescendientes en los indicadores de contagio y mortalidad en América Latina. En este sentido, **se debe considerar el papel que juegan las condiciones estructurales de desigualdad, pobreza y discriminación en estos grupos para diseñar estrategias y políticas públicas sensibles a las diferencias.**

Actualmente, no existe información suficiente para entender el impacto de la COVID-19 en diversas poblaciones en exclusión social, principalmente por la falta de información desagregada. Esto resulta indispensable para dos propósitos: en primer lugar, para comprender el impacto diferenciado que la pandemia ha tenido para grupos poblacionales en condición de exclusión; en segundo, para recopilar lecciones de política pública para prevenir y atender factores de exclusión social en futuras pandemias. Desde la academia y organizaciones de la sociedad civil se han realizado esfuerzos para identificar barreras en el acceso a la salud, el impacto de la pandemia y factores de riesgo asociados a la pertenencia a grupos históricamente excluidos. A continuación, se resumen algunos factores que incidieron en el ejercicio del derecho a la salud de las personas jornaleras agrícolas durante la pandemia por COVID-19.

3.1 Personas jornaleras agrícolas

La población **jornalera agrícola es uno de los grupos para los que no se genera información pública suficiente** que permita conocer a profundidad sus condiciones de vida y los factores de exclusión social que enfrentan.

44. Organización Panamericana de la Salud. *El impacto de la COVID-19 en las poblaciones afrodescendientes de la Región de las Américas. Prioridades y oportunidades.* (OPS/EGC/COVID-19/21-0002). Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2021

45. Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Fondo de Población de las Naciones Unidas. *Afrodescendientes y la matriz de la desigualdad social en América Latina: retos para la inclusión.* Santiago de Chile: CEPAL y UNFPA, 2020.

Se estima que en México existen cerca de 3 000 417 personas trabajadoras agrícolas, donde solo 415 000 tienen acceso a servicios de salud.⁴⁶ Las personas jornaleras agrícolas viven constantes violaciones a sus derechos y una precariedad laboral alarmante, a través de irregularidades en el pago de los salarios, jornadas superiores a 8 horas sin pago adicional, condiciones de explotación, discriminación, así como falta de acceso a servicios de educación, salud y vivienda digna. Prácticas como el “saliendo, pagando” y distintas formas de terciarización deforman la relación de trabajo y limitan el acceso a derechos laborales. Se considera que la mayor parte de sus condiciones de precarización están asociadas tanto al fenómeno de movilidad como a la eventualidad de su trabajo, sumado a los débiles sistemas de salud que terminan minando su acceso a estos servicios.⁴⁷ De acuerdo con la CISS, para el primer trimestre de 2020, el 95% de las personas jornaleras laboraban en la informalidad.⁴⁸ Este dato es alarmante, ya que en México el acceso a la seguridad social bajo el esquema contributivo depende del estatus formal de la relación laboral. Es decir, tener un trabajo formal es casi la única llave para acceder a servicios de salud de calidad y demás elementos de seguridad social.

La Red Nacional de Jornaleros y Jornaleras Agrícolas (REJJA) identificó algunas condiciones que afectaron al ejercicio efectivo de los derechos de la población jornalera en el contexto de la pandemia por la COVID-19. Entre estas destacan las **condiciones relacionadas a la salud y a la vivienda**. En materia de salud, la lejanía de los campos a los centros de salud, las barreras en la atención dada la diferencia de lengua, los permisos por enfermedad restringidos y la falta de insumos sanitarios de protección como gel antibacterial y cubrebocas crearon mayores dificultades para garantizar la protección de la salud frente al contagio y durante la enfermedad por COVID-19.

46. Calvario Parra, José Eduardo, y otros. *Tiempos de pandemia: condiciones del cuidado de la salud entre la población jornalera de Sonora y Baja California*. El Colegio de Sonora. Hermosillo: El Colegio de Sonora, 2021. El artículo fue elaborado por Eduardo Calvario, Carmen Arellano, Juan Manuel Rodríguez y Lourdes Camarena con el apoyo económico del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología [Conacyt] en el proyecto “Condiciones sociales del cuidado entre jornaleros/as agrícolas de Sonora y Baja California frente a riesgos ambientales: el caso del COVID-19”, desarrollado de junio de 2020 a febrero de 2021. Eduardo Calvario es uno de los académicos que forma parte de la Red Nacional de Jornaleras y Jornaleros, colectivo que defiende los derechos humanos de las personas jornaleras agrícolas y sus familias. Actualmente, el artículo se encuentra en proceso de aceptación.

47. Ídem

48. Flores Mariscal, Joel. *El trabajo jornalero agrícola: sus condiciones de precariedad en México y experiencias en la región latinoamericana para mejorar su acceso a la seguridad social*. Publicación seriada, Ciudad de México: Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS), 2021.

En el tema de vivienda, la población jornalera no pudo implementar medidas de sana distancia, ya que normalmente viven en espacios reducidos, sin ventilación, en condiciones de hacinamiento y con poco acceso a servicios como agua potable.⁴⁸ A estas condiciones de vida y trabajo se suma **la incidencia de enfermedades y comorbilidades que incrementan las probabilidades de sufrir casos graves de COVID-19** y efectos secundarios. A través de entrevistas con organizaciones cercanas a la realidad jornalera se tiene conocimiento de la prevalencia de enfermedades como la diabetes y la hipertensión; sin embargo, **no existe información específica sobre esta población que permita conocer sus condiciones de salud a profundidad.**

Es importante señalar que la Secretaría del Trabajo y Previsión Social (STPS) en coordinación con la Secretaría de Salud (SSA) elaboraron la Guía de Acción para los Centros de Trabajo Agrícolas ante la COVID-19. La guía tenía el objetivo de orientar a los centros de trabajo en la adopción de medidas para la prevención y atención del coronavirus.⁴⁹ Si bien se identificaron centros de trabajo donde se implementaron medidas de prevención basadas en la guía, no existió un mecanismo que observara la aplicación de estas medidas en todas las zonas de trabajo.

No se cuenta con estimaciones sobre la incidencia de contagios a nivel nacional o estatal en personas jornaleras agrícolas. Si bien se reconoció en algunos campos la percepción de bajos niveles de contagio, existen reportes de brotes en albergues de Sonora, Chihuahua, Zacatecas y Baja California Sur producto de las condiciones de hacinamiento.⁵¹ La falta de comunicación sobre los síntomas de la enfermedad por el estigma del contagio, la baja disponibilidad de pruebas para COVID-19 en contextos rurales y la necesidad de continuar con el trabajo frente a la falta de protección por incapacidad y la consecuente pérdida del pago diario, son algunos de los elementos que pueden estar sumando a una percepción de bajos contagios y muertes en la población jornalera.

La agroindustria fue categorizada como sector esencial para el funcionamiento de la economía, por lo que el trabajo en los campos nunca paró. No obstante, **no existió una estrategia federal que abordara la realidad de las personas jornale-**

48. Red Nacional de Jornaleras y Jornaleros Agrícolas. «La población jornalera agrícola interna en México frente a la pandemia de COVID-19.» 2021.

49. Secretaría del Trabajo y Previsión Social y Secretaría de Salud. «Guía de acción para los centros de trabajo ante el COVID-19» 2020.

51. Olvera, D., 2020. COVID-19 brotó entre jornaleros agrícolas y sus familias en 4 estados, y hay dos muertos: Red. Sin embargo, 8 julio.

ras para garantizar su inclusión a los procesos de inmunización. Además de las condiciones de trabajo precario que caracterizan el día a día de las personas jornaleras agrícolas en México, es importante destacar las implicaciones que tuvo la política basada en factores etarios sobre esta población. Considerando que las personas jornaleras agrícolas pertenecen en su mayoría a la población de entre 12 y 39 años,⁵² pudieron acceder a la vacunación hasta la cuarta o quinta etapa (véase gráfico 1). Por otro lado, esta falta de estrategia específica para la inclusión de los y las jornaleras derivó en depender únicamente de esfuerzos locales, algunos de ellos no exitosos, como el de Fresnillo, Zacatecas, donde los horarios de atención de la campaña de vacunación coincidieron con la jornada laboral, por lo que asistir a la vacunación implicaba perder un día de pago.⁵³

Algunas de las barreras de vacunación que se podían anticipar para esta población incluyen sus condiciones de movilidad constante, ya que difícilmente podían encontrarse en sus comunidades de origen o en el mismo campo durante todo el tiempo que requería la vacunación para finalizar el esquema completo de inmunización y el refuerzo. Es importante mencionar que no todas las personas jornaleras cuentan con o llevan consigo su acta de nacimiento o CURP, documentos necesarios para el registro de vacunación, así como para recibir atención y medicamentos por instituciones como el Insabi por síntomas relacionados a la COVID-19. Además, su acceso a internet es restringido, por lo que su registro preliminar debía ser asistido por terceras partes o subsanado por otros mecanismos de registro en los sitios de vacunación.

Cabe señalar que dentro de la población jornalera existe una proporción significativa de personas originarias de comunidades indígenas, lo que representó un factor adicional de vulnerabilidad estructural frente a la COVID-19 para este grupo. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares (ENIGH) de 2016, se estimó que 19 de cada 100 trabajadores agrícolas de apoyo o jornaleros hablaban alguna lengua indígena.⁵⁴ Durante la primera parte de la pandemia (primer semestre de 2020) existió un mayor riesgo de contagio y muerte entre pacientes indígenas.⁵⁵ Adicionalmente, la tasa de contagio entre pacientes que no hablaban lengua indígena fue del 35.4%, comparada con una tasa

52. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2019. Encuesta Nacional Agropecuaria 2019, s.l.: INEGI.

53. Camiro, M. E. S Galicia, A., 2022. Vacunas para todos, menos para jornaleros y jornaleras. Pie de Página, 11 enero.

54. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH). 2016 Nueva serie. INEGI, 2016.

55. Horbath Corredor, Jorge Enrique. «La probabilidad de contagio y deceso por COVID-19 en pacientes indígenas y no indígenas iniciando la pandemia en México.» *Apuntes del Cenes* 40, n° 72 (marzo 2021): 205-232.

del 43% para pacientes que sí hablaban lengua indígena. Como se observa en la tabla 3, también se encontró una mayor tasa de hospitalización con y sin necesidad de ser intubado para población indígena. Otras estimaciones indican que, hasta febrero de 2021, persistió una mayor letalidad de la enfermedad en las personas indígenas, comparada con las no indígenas; 15% y 9% respectivamente.⁵⁶

03.

Tabla 1

Tasa de contagio por SARS-CoV-2 en pacientes indígenas y no indígenas

Fuente: Elaboración propia con base en Horbath Corredor (2021).

	Pacientes que sí hablan lengua indígena		Pacientes que no hablan lengua indígena
Contagios	43%	—	35.4%
Hospitalización	41.8%	—	38.2%
Hospitalización e intubación	5.6%	—	3.7%
Muerte	20.4%	—	11%

Los registros administrativos disponibles sí incorporaron datos sobre la población hablante de alguna lengua indígena. La Secretaría de Salud identificó que los grupos de edad más afectados entre personas que se reconocen como indígenas fueron los de 30 a 34 años durante la primera ola, tanto en contagios como en pacientes ambulatorios, donde 38.9% de los casos reportó al menos una comorbilidad.⁵⁷ No obstante, sigue sin quedar clara la proporción de personas jornaleras afectadas.

Como se observa, **las personas jornaleras acumulan diversos elementos que profundizan su vulnerabilidad frente a una crisis como la pandemia por COVID-19.** Ya sea por lo que implica la migración para quienes cambian de territorios en busca de trabajo o por su pertenencia a grupos históricamente excluidos como las comunidades indígenas, las personas jornaleras además enfrentan condiciones de vivienda y trabajo que vulneran aún más los determinantes de su salud y, por lo tanto, limitan el ejercicio efectivo de este derecho. A estas consideraciones se agregan barreras para el acceso a medicamentos, el riesgo de incurrir en gasto catastrófico por gasto de bolsillo, entre otras.

56. Sánchez-Talanquer, M. et al., 2021. *Mexico's response to COVID-19: a case study*, s.l.: UCSF Institute for Global Health Sciences.

57. Secretaría de Salud. *Informe Integral de COVID-19 en México. Número 11-2022*. Ciudad de México: Dirección General de Epidemiología, 2022.

04.

Aprender de la crisis: barreras al acceso equitativo a la vacuna contra la COVID-19

OXFAM
México 2023

El caso de la vacunación contra COVID-19 en personas jornaleras agrícolas

El caso de la vacunación contra COVID-19 en personas jornaleras agrícolas

Las personas jornaleras agrícolas han vivido históricamente en condiciones de exclusión social⁵⁸ con empleos precarios que se caracterizan por salarios bajos⁵⁹ y escaso acceso a seguridad social debido a la falta de incorporación al régimen del IMSS por parte de las empresas. Dentro de la política

social existe un vacío de acciones públicas destinadas a atender las muchas necesidades de esta población y la cancelación del Programa de Atención a Jornaleros Agrícolas (PAJA), único instrumento de política pública destinado específicamente a la atención de las personas jornaleras y sus familias,⁶⁰ repercutió en desigualdades sociales que afectaron de manera diferenciada a las personas jornaleras en términos del ejercicio de derechos sociales como el derecho a la salud.

Al ser limitado el acceso a servicios de salud públicos, uno de los elementos característicos de la experiencia de vida de las personas jornaleras agrícolas, investigar el fenómeno del acceso a vacunación contra la COVID-19 en esta población puede ayudar a identificar cómo distintos factores de exclusión social inciden en el ejercicio del derecho a la salud en contextos de crisis. Con este objetivo en mente, OXFAM realizó un ejercicio cualitativo con trabajo en campo para **escuchar** a las jornaleras y jornaleros en Chiapas y Sonora sobre su experiencia durante la pandemia y en el proceso de inmunización.⁶¹ Finalmente, como producto de este

58. Tlachinollan. «Los olvidados de la 4T.» *Pie de Página*, abril 2022.

59. El 17 de diciembre de 2020 se logró fijar un salario mínimo profesional para las personas jornaleras en México. Sin embargo, el salario de \$160 MXN sigue siendo insuficiente para garantizar un salario digno que permita cubrir las necesidades de los hogares jornaleros.

60. Con una duración de casi tres décadas, el PAJA buscó mejorar las condiciones de protección social para jornaleras y jornaleros agrícolas a través del acercamiento de servicios básicos de vivienda, salud y educación para mitigar las principales causas de vulnerabilidad de esta población y de sus familias. El programa se concentraba en medidas de corto plazo para incidir en momentos críticos para los hogares jornaleros. Sin embargo, el programa resultaba insuficiente para atender las necesidades que reflejaba la población, ya que carecía de presupuesto suficiente que resultaba también en la carencia de una estructura operativa propia y cargas de trabajo excesivas de su personal. Adicionalmente, el programa tenía dificultades para alcanzar a los sectores más desprotegidos de su población objetivo. En diversas evaluaciones, el programa reflejaba buenos indicadores de satisfacción de las personas beneficiarias, aunque no existe evidencia que permita verificar su impacto global. Este programa se canceló en 2019 [Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2022. *Estudio Diagnóstico del Derecho al Trabajo 2022*, s.l.: s.n.].

61. Para conocer los detalles del levantamiento y análisis de la información cualitativa, visite el [anexo metodológico](#). A grandes rasgos, se desarrolló un análisis comparativo basado en la metodología de estudio de caso múltiple (Forni, 2010). Los estudios de caso: Orígenes, cuestiones de diseño y sus aportes a la teoría social. *Miríada*, 3[5]. Disponible en: <https://p3.usal.edu.ar/index.php/miriada/article/view/5/168> siguiendo un enfoque etnográfico y con levantamiento de información vía entrevistas y grupos abiertos (Open Focus) en Chiapas y Sonora. Se entrevistó a 27 personas jornaleras agrícolas en total y a 16 actores clave (OSC y autoridades locales en salud). El desarrollo de la investigación en ambas entidades tuvo el objetivo de tener una comprensión más integral sobre el trabajo jornalero, incluyendo un territorio de origen y otro de destino.

proceso, se presentan **aprendizajes orientados al diseño de política pública** tanto para enfatizar la responsabilidad continua del Estado de garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud en esta población, como para contribuir a las consideraciones durante el diseño e impulsar acciones inclusivas ante futuras pandemias o emergencias similares.

4.1 Más allá de la disponibilidad

El proceso para hacer llegar las vacunas a las personas jornaleras que estaban trabajando en campos agrícolas, por medio de las brigadas de vacunación, implicó el involucramiento del personal de salud a nivel municipal, federal y estatal, pero además requirió la participación de agentes de la sociedad civil, propietarios de los campos agrícolas y personas voluntarias. A decir del personal médico entrevistado que estuvo involucrado en las brigadas de vacunación en Sonora, se logró garantizar la disponibilidad de las vacunas para esta población en el estado:

Seguimos los lineamientos con enfoque de riesgo, de que conforme quienes eran los grupos por vacunar y se garantizaba que todos recibieran la vacuna, que estuviera el acceso, hubiera la disponibilidad en todos los municipios [...] El acceso ahí está, incluso, conforme cada etapa avanzaba, siempre teníamos disponibilidad para aquella persona que se le pasó por algún motivo [para] que se le facilitara la aplicación de la vacuna [...].⁶²

Sin embargo, **la disponibilidad de vacunas no aseguró el éxito en el proceso de inmunización**. Como comenta Gloria, enfermera integrante de las brigadas de vacunación también en Sonora, **al principio hubo resistencia** por parte de las personas jornaleras agrícolas para aplicarse la vacuna:

[...] no lo percibí como una negación así total, como que “me espero para más información o a ver qué le pasa al amigo, al compañero ahí a ver si tiene alguna reacción, ya lo veo, ya vi bien y ya en la siguiente sí me puedo vacunar”. De verdad poco a poco se fueron sumando. Yo creo que no era mucho la barrera física, muchas veces fue cultural que no permitían la vacunación, la mayoría de la gente es de Chihuahua, Chiapas, Oaxaca, Puebla, Guerrero, entonces tienen una cerrazón con la vacunación tanto de menores como ellos en adultos.⁶³

62. Norma, personal médico, Sonora, 13 diciembre de 2022.

63. Gloria, personal médico, Sonora, 6 de diciembre de 2022.

Es importante problematizar la “cerrazón” que se señala, pues en muchas ocasiones **la resistencia vino de la desconfianza y de la falta de información suficiente** para tomar una decisión informada sobre su propia salud. En este sentido, algunas personas vivieron el proceso de vacunación como una imposición:

Pues siento que más que nada sería que te dieran una plática de información sobre la vacuna, porque nada más llegaban y decían “ahí va la vacuna”. Pues qué me van a poner, eso fue lo que pasó también en muchas personas, también en mi caso el que llegara la vacuna y qué me están poniendo para el COVID, y si me muero, pues si se han muerto en otros lugares. Pues es la falta de información que a veces no tienen esos Centros de Salud que hubiesen de tener reuniones, platicar y de todos los cuidados, pero jamás te dijeron las reacciones o lo que iba a haber de la vacuna. A esos les daba fiebre y temperatura y decían ya me dio COVID y no tenía yo nada, cuando había una reacción de la vacuna.⁶⁴

Dentro del proceso de vacunación contra COVID-19, como parte del derecho a la salud, se debió procurar el resto de los componentes del derecho además de la disponibilidad. Tanto por su estrecha vinculación con otros derechos, como el derecho a la información, como por el componente de aceptabilidad del derecho,⁶⁵ **resultaba indispensable acompañar a las brigadas de vacunación de información suficiente y culturalmente apropiada**, siguiendo un enfoque participativo de la salud.⁶⁶

64. Julia, jornalera en campo agrícola, Sonora, 7 de diciembre de 2022.

65. De acuerdo con la Observación General núm. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la Organización de las Naciones Unidas, el derecho a la salud incluye, entre sus componentes esenciales, el elemento de la aceptabilidad, definido como sigue: “Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, es decir, respetuosos de la cultura de las personas, las minorías, los pueblos y las comunidades, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida, y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad y mejorar el estado de salud de las personas de que se trate”. La observación representa un estudio sobre las cuestiones sustantivas del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, definido en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

66. Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas. *Observación General 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*. Ginebra: ONU, 2000.

Es importante reconocer los esfuerzos realizados por el personal de salud para garantizar la disponibilidad en el contexto de la emergencia sanitaria, que implicaron la transportación del personal hacia las distintas zonas y de las vacunas en las condiciones adecuadas. En este sentido, un elemento importante a considerar son **las capacidades rebasadas por las fuertes cargas de trabajo** que esto implicó para el personal de salud:

Nosotros iniciamos a finales del [2020] la planeación precisamente cuando ya se emiten los lineamientos generales de la Estrategia Nacional de Vacunación. Fueron semanas de programación, de reuniones, de logística, de cómo lo íbamos a hacer [...] cuando ya llegó [la vacuna] fue trabajar al 200 por ciento con todos los equipos de vacunación: médicos, enfermeras, promotores, capturistas, toda la logística de apoyo, porque no nada más es la enfermera que aplica, sino que se hace una movilización muy importante. Si llegaba la vacuna en la mañana, mediodía, tarde, noche, a la hora que fuera se distribuía, tuvimos días de distribución de madrugada para amanecer en cada una de las localidades [...] también las recomendaciones de garantizar la red de frío de la vacuna, para nosotros pues éramos la parte técnica y teníamos que cuidar desde que se recibe hasta que se aplica.⁶⁷

En la logística, la **transportación del personal de salud fue una de las mayores dificultades**, pues no se contaba con suficientes vehículos y los que se tenían estaban en malas condiciones para recorrer grandes distancias o para llegar a lugares de difícil acceso:

Tenemos vehículos en el programa, pero no están en buenas condiciones, nosotros también cubrimos el área de la sierra, realmente son vehículos muy desgastados, en sí insumos nada, más bien en vehículos, son nuestra única dificultad.⁶⁸

En lo observado en Sonora, las brigadas de salud lograron adecuarse a los horarios de trabajo de las personas jornaleras, para que no perdieran “ni el trabajador, ni el patrón”⁶⁹. Asimismo, **el personal médico prestó apoyo para el llenado del registro de las y los trabajadores** vía formatos impresos para las personas que no sabían

67. Norma, personal médico, Sonora, 13 de diciembre de 2022.

68. Gloria, personal médico, Sonora, 6 de diciembre de 2022.

69. Gloria, personal médico, Sonora, 6 de diciembre de 2022.

leer, escribir o que no hablaban español, por lo que estas limitantes no constituyeron un obstáculo significativo. No obstante, esto naturalmente se tradujo en **retos para contar con una sistematización adecuada, dado que no todas las personas conocían sus datos**. En estos casos, el personal médico entrevistado señaló que ello no fue impedimento para acceder a la vacuna. En las entrevistas realizadas a personas jornaleras no se encontró información contraria.

Parte importante de favorecer el acceso a la vacunación para personas jornaleras en Sonora fue la coordinación entre las brigadas y las empresas para llevar las vacunas a los campos. Sin embargo, no existe evidencia sobre que esta coordinación fuera un componente formal de la estrategia de vacunación a nivel local. Es decir, existió esta posibilidad en la medida en la que los campos agrícolas procuraron las condiciones sanitarias necesarias y se coordinaron con el personal de salud. Esto es algo similar a lo que sucedió con el cumplimiento de las medidas sanitarias. En algunos campos agrícolas existieron medidas de prevención que evitaron amplios brotes y el cese de operaciones: “tuvimos que hacer ajustes, tenemos que hacer cabinas, empezar a sanitizar todo lo que se podía, aun cuando no estaba comprobado que fuese mortal el virus”.⁷⁰ Sin embargo, esto no fue necesariamente la regla:

Bueno, yo estuve la temporada pasada y había muchos enfermos de COVID y los tenían encerrados en un cuarto y por eso empezaron a poner la vacuna, les daba dolor de hueso, mucha temperatura y no querían comer.⁷¹

Casos como el de Juan, jornalero agrícola que ha trabajado en años recientes en Sonora y Jalisco, muestran esta **otra realidad para trabajadores fuera de los campos agrícolas con mejores condiciones** de trabajo. En otros lugares la vacunación fue incluso un obstáculo al ejercicio del derecho al trabajo:

No, el que no quiera vacunar no podía quedar ahí en el campo, tenía que regresar en su casa, no podía quedar ahí y va a quedar sin trabajo, no le daban trabajo hasta que vacunen le van a dar trabajo y hay muchos que no vacunaron y regresaron y los que se vacunaron quedaron ahí en el campo, sí.⁷²

70. Fermín, propietario de campo agrícola, Sonora, 7 de diciembre de 2022.

71. Guadalupe, jornalera agrícola, Sonora, 7 de diciembre de 2022.

72. Juan, jornalero agrícola tzotzil, Chiapas, 22 de noviembre de 2022.

Por una parte, la falta de información afectó negativamente la confianza en la vacuna. Adicionalmente, el hecho de que el proceso de inmunización fuera informalmente obligatorio en algunos lugares de trabajo generó procesos de discriminación y de exclusión que pudieron haber sido prevenidos y debieron ser supervisados por autoridades de la STPS.

El hecho de dejar la logística de vacunación a la buena voluntad de autoridades locales y productores agrícolas generó barreras al acceso y retrasos en la inmunización, como fue el caso de trabajadores mayores de 60 años. Al no existir protocolos que consideraran las condiciones de trabajo de este grupo, hubo casos donde los campos no notificaron sobre este proceso a los trabajadores a quienes ya les correspondía participar en las jornadas de vacunación. Esto les sucedió a algunas personas jornaleras mayores de 60 años que no tuvieron conocimiento de las campañas a pesar de que su grupo de edad fue de los primeros en las fases de vacunación.⁷³ Por otra parte, se debe considerar que aun cuando las y los jornaleros trabajan dentro de campos que garantizan mejores condiciones y atención médica de primer nivel, **estas prestaciones solo son vigentes por la duración del contrato** de trabajo y para quienes lo tengan.⁷⁴ Recordemos que se estima que en México solo el 5% de las personas jornaleras tiene una relación laboral formal.

La realidad para personas jornaleras en Chiapas fue distinta. En esta entidad, **la desconfianza a la vacunación contra COVID-19 se conjugó con elementos históricos y culturales más complejos** donde los mitos y miedos fueron aún más profundos. A diferencia de otros procesos de vacunación que ya son familiares en esta entidad, la vacuna contra la COVID-19 generó extrañeza y desconfianza:

Más que nada fue con lo del COVID, porque campañas de vacunación siempre ha habido, pero casi siempre son aceptadas [...] porque las campañas se dan en las escuelas, porque son las básicas, las que ya conocemos que la del tétano, la viruela, la gente ya las conoce. Pero en el caso de esta, como fue nueva, había mucha desconfianza y mucha falta de información de cuál iba a ser el impacto.⁷⁵

73. Camacho Servín, Fernando. «Jornaleros de Guerrero mayores de 60 años no fueron vacunados contra Covid-19.» *La Jornada*, 17 de junio de 2021.

74. Calvario Parra, José Eduardo, y otros. *Tiempos de pandemia: condiciones del cuidado de la salud entre la población jornalera de Sonora y Baja California. El Colegio de Sonora*. Hermosillo: El Colegio de Sonora, 2021.

75. Alejandro, organización civil, Chiapas, 24 de noviembre de 2022.

A decir de Hanna, quien trabaja de manera cercana a mujeres campesinas en Chiapas:

No hay ningún problema, la gente se vacuna. El miedo era la vacuna COVID, por todo este tema de lo nuevo. Y corrían muchos rumores de que en la vacuna te iban a meter la enfermedad o que de ahí que la vigilancia, que de ahí que si te inyectaban el chip.⁷⁶

La desconfianza en la vacuna se sumó a un largo proceso de desgaste y ruptura de la relación entre las autoridades y estas poblaciones; condiciones que articulan una sensación de olvido y deuda histórica presente en todas las entrevistas:

La gente reacciona a partir de lo que ve y de lo que escucha, y al menos desde lo que se promovía en la televisión sí había una total desconfianza porque ya la gente, a diferencia de en otros tiempos, ha perdido la confianza por lo que ha visto, lo que ha vivido que constantemente los han engañado con lo que hay en la televisión, con las noticias, que se manipulan las cifras, porque hubo una, digamos, la forma de cómo se quiso introducir la vacuna es a través del miedo. [...] Entonces utilizaron ese mecanismo en la televisión, en la radio, y por eso es que la gente decía que los querían como engañar a través de los medios de comunicación, que siempre nos han mentado, ahora nos quieren vender una idea de que esto [la vacuna] es bueno para nosotros.⁷⁷

Si bien la política de vacunación en México había sido un esfuerzo central para garantizar los servicios de salud a las personas jornaleras y de comunidades indígenas en Chiapas, en tiempos recientes se vivió una reducción en la disponibilidad de vacunas dentro del esquema básico para niñas y niños, con lo que dieron inicio brotes de enfermedades prevenibles por vacunación como la tosferina y la tuberculosis. Estos factores también abonaron a la desconfianza:

76. Hanna, organización civil, Chiapas, 24 de noviembre de 2022.

77. Alejandro, organización civil, Chiapas, 24 de noviembre de 2022.

La vacunación contra tuberculosis también disminuyó muchísimo por falta de disponibilidad de vacunas. Todo eso minó también la confianza de la gente, porque entonces la gente acudía a lugares para la vacunación y no encontraba vacunas.⁷⁸

Aquí el problema ha sido el tema del desabasto constante prácticamente de la vacunación. [...] en algunas comunidades que nos pusimos a la labor de hacer una pequeña investigación sobre ese tema, pues se veía que la mayoría de las cartillas estaban incompletas y tiene que ver justamente con ese desabasto [...] básicamente porque no había disponibilidades de vacuna en muchos periodos, por lo menos de estos 10 años de mi experiencia.⁷⁹

Otro factor importante por considerar en cuanto a la adecuación de las brigadas a la realidad de estas poblaciones fue el efecto de la custodia de las vacunas por militares:

Hubo una parte de la población que no se acercó, pues porque también no querían tener contacto con esas personas [militares que custodiaban las brigadas de vacunación] y además de que seguía y sigue esta información que puede ser falsa de que la vacuna lleva otro virus que te genera enfermedad.⁸⁰

El vacío institucional en el cuidado y la atención de la salud de las personas fue una vía fácil para vincular la desconfianza en las intenciones del aparato gubernamental con la vacuna. Uno de los médicos señaló que desde que su trabajo inició en la comunidad en 1986 el vacío institucional se mantiene. Él recuerda varios casos sobre la dificultad para completar la vacunación de la niñez, entre ellos también destaca el de la tuberculosis:

Uno de los problemas que empezamos a detectar hace ocho, nueve años, que éramos puente para vacunar, es que a la Secretaría de Salud se le

78. Julio, organización civil, Chiapas, 22 de noviembre de 2022.

79. Cristina, organización civil, Chiapas, 22 de noviembre de 2022.

80. Mario, organización civil, Chiapas, 23 de noviembre de 2022.

solicitaban los esquemas completos y ésta daba en forma parcial y eso es un problema para organizar una aplicación en comunidades [...]. Desde la lógica epidemiológica se trata de cubrir a toda la población, si no, dejas algunos ahí sin vacunar y eso hace posible que aparezca la enfermedad contra la que se está luchando.⁸¹

De esta manera, **la inesperada oferta de vacunas contra la COVID-19 no pudo reparar la permanente ausencia de los servicios de salud:** “los servicios de salud no tienen un anclaje en las zonas comunitarias”, comentó el médico. **Si siempre había existido un vacío en el esquema general de vacunación, ¿por qué ahora habrían de confiar en la vacuna contra la COVID-19?**

¿Por qué no puede haber eso? ¿Cómo no podía interpretarse esto como un intento de acabar con los pueblos originarios? ¿Por qué no? Esta situación [la COVID-19] da pie para que cualquier información, cualquier señalamiento, en el sentido de que nos quieren matar, de que están haciendo un genocidio, un etnocidio, digo, los pueblos originarios cada vez son menos.⁸²

Es así como la desconfianza y falta de información llevó a Alberto de 31 años, originario de Chiapas y jornalero agrícola en Sonora, a tomar la decisión de solo aplicarse una dosis, pero sin refuerzos:

Yo me apliqué una [vacuna] nada más, y eso porque decían que me la aplicara, una y ya y no me pegó a mí, gracias a Dios que estamos bien y toda la familia, no les pegó, unos con gripe, pero de ahí no pasó y nada más una con toda la familia [...], porque se escuchaban rumores en aquellos tiempos de que la vacuna o el medicamento que se les aplicaba es para cortarles la vida al ser humano [...] se escuchaba para allá y todo el pueblo.⁸³

En lo observado, **no se encontraron graves problemas de disponibilidad** de la vacuna para esta población. Existieron algunos elementos que dificultaron el acceso, especialmente destaca **la falta de una estrategia formal que tomara en cuenta**

81. Médico 2 de la comunidad, Chiapas, 25 de noviembre de 2022.

82. Médico 2 de la comunidad, Chiapas, 25 de noviembre de 2022.

83. Alberto, jornalero agrícola, Sonora, 7 de diciembre de 2022.

las condiciones de trabajo para acercar las vacunas a los centros de trabajo. Si bien se logró subsanar a través de la iniciativa de las brigadas y de algunos centros de trabajo, es muy probable que las personas que trabajan en campos agrícolas con peores condiciones hayan quedado excluidas por los horarios laborales o por la lejanía de los centros de vacunación respecto a sus espacios de vivienda y trabajo.

Se debe reconocer que existieron **factores adicionales a la disponibilidad que funcionaron como barreras al acceso, como la desconfianza en la vacuna, la infodemia y la falta de información, así como el desgaste preexistente en la relación entre autoridades y personas jornaleras pertenecientes a comunidades indígenas.** La misma falta de información dirigida a esta población fomentó el miedo a la vacuna y la resistencia a participar en el proceso de inmunización, propiciando esquemas incompletos de vacunación, inmunizaciones tardías e incluso el rechazo completo al biológico.

4.2 La necesidad de información oportuna

Por una parte, la abundancia de mitos e información falsa sobre la vacunación fue un elemento al que se enfrentó la población médica que trabajaba en las comunidades agrícolas: “nosotros tampoco sabíamos bien qué hacer o cómo comunicarnos con las personas que nos pedían información. La pandemia nos agarró desprevenidos”.⁸⁴ La información obtenida sobre el tema llegaba a través de las redes sociales (Facebook y WhatsApp, principalmente) y de los comentarios que realizaban familiares y amigos desde fuentes similares. Todo eso **dificultó encontrar orientación fidedigna y fuentes confiables.**

Respecto a los mensajes oficiales del Gobierno federal, las personas comentan que no tenían sentido, en primer lugar, porque no habían recibido información previa sobre el virus, la pandemia y las vacunas y, en segundo lugar, **porque la traducción en su idioma no era clara o, incluso, no era correcta.** Mensajes como “quédate en casa” y “sana distancia”⁸⁵ se percibieron como un método poco apropiado para sensibilizar sobre la enfermedad y la posterior aplicación de la vacuna. Asimismo, las conferencias vespertinas que se transmitían todos los días para informar sobre la pandemia no estuvieron traducidas en idiomas indígenas:

84. Médico 2 de la comunidad, Chiapas, 25 de noviembre de 2022.

85. Véanse anexos 2 a 5.

Había muy poca información verdadera, real, hacia las comunidades en lenguas originarias [...] y que contuvieran información pertinente, idónea, adecuada. Entonces, por ejemplo, lo de “quédate en casa” lo tradujeron a varias lenguas de Chiapas y no tenía ningún sentido el mensaje. Entonces, la gente que escuchaba, pues decían: “eso, ¿qué es? O sea, más bien lo que tenemos que hacer es salir, ir a la milpa, si quieren que se ventile la casa, no nos vamos a quedar allá adentro, no es nuestra costumbre.”⁸⁶

Si bien se llegó a reconocer por parte de la Secretaría de Salud que las principales campañas de comunicación constituían un llamado genérico,⁸⁷ **la adecuación de los mensajes, como parte fundamental del derecho a la salud, era una vía para fomentar el acceso:**

Si yo me ubico como defensor de derechos humanos, entonces yo también puedo decir que hubo violación a derechos humanos cuando de manera sistemática el Estado no supo cómo informar a la población de pueblos originarios desde sus lenguas y que tuvieran una información pertinente, idónea, adecuada, culturalmente. Eso no hubo.⁸⁸

Ciertamente, se reconocieron esfuerzos a nivel local por tener mensajes traducidos a distintas lenguas, pero, a decir de organizaciones locales cercanas a la población, **era necesario ir más allá de una traducción literal.** Las traducciones no hicieron un ejercicio a profundidad para que los mensajes se pudieran recibir “con mayor eficacia y con mayor apropiación hacia la lengua meta, hacia la población”.⁸⁹

86. Mario, organización civil, Chiapas, 23 de noviembre de 2022.

87. Presidencia de la República. «Versión estenográfica. Conferencia de prensa. Informe diario sobre coronavirus COVID-19 en México.» Gobierno de México, 2020.

88. Mario, organización civil, Chiapas, 23 de noviembre de 2022.

89. Mario, organización civil, Chiapas, 23 de noviembre de 2022.

Como respuesta a la notoria necesidad de información en Chiapas, distintas organizaciones civiles brindaron acompañamiento a la población jornalera, ya fuera para sobrellevar la pandemia o para informar sobre las vacunas. Ese fue el caso de un centro de investigación en Chiapas; ante la problemática de la infodemia, se generaron campañas de vacunación en idiomas indígenas:

En el 2020 prácticamente no había nada de información en lenguas y todo era desde el mensaje institucional central de la Secretaría de Salud y pues lógicamente no todo era aterrizado o todo era comprendido por las personas. Cuando inició, que nos dimos cuenta de la magnitud del problema, sí se identificaron esas otras afectaciones, que aparte de estar lidiando con toda la situación de la emergencia sanitaria había mucha información falsa que circulaba y llegaba a muchas personas de la comunidad [...] eso hacía más complejo cómo poder enfrentar la situación. Cuando nosotros nos dimos cuenta, de que faltaba información [...] en lenguas originarias nosotros hicimos el esfuerzo de hacer audios, infografías, pequeños videos.⁹⁰

Gaspar cuenta cómo tuvieron que adaptar la información al contexto de las poblaciones indígenas utilizando WhatsApp con memes sobre la pandemia, para hacer los mensajes más cercanos.

La necesidad de información adecuada a los contextos de los trabajadores fue uno de los principales hallazgos en las entrevistas en Chiapas, donde las comunidades con lenguas distintas al español son predominantes. Si bien también existía miedo y desconocimiento en las personas consultadas en Sonora, el factor de movilidad propició una menor desconfianza a la vacunación. Adicionalmente, la proporción de personas hablantes de un idioma indígena consultadas fue mayor en Chiapas que en Sonora, lo que **da indicios de la falta de una correcta adecuación de los mensajes sobre la enfermedad y la vacunación como un factor importante de exclusión.**

90. Gaspar, centro de investigación, Chiapas, 29 de noviembre de 2022.

4.3

Autotratamiento y medicina tradicional como remedio a la desconfianza

El virus fue visto como una gripe más que se podía controlar y curar. Sin embargo, la vacuna sí representaba un acercamiento a la muerte. Ante la COVID-19, las comunidades buscaron soluciones en los remedios caseros o en la medicina tradicional, pero la solución al miedo a la vacuna era no aplicársela:

El COVID es lo mismo, ya lo hemos visto, es como cuando nos da una gripe, que tienes dolor de cabeza. Aquí todos nos hemos enfermado de eso alguna vez. Cuando, por ejemplo, mi familia se enferma, compro unas pastillas o les damos unas hierbas. Cuando uno se enferma de gripe, gripe o diarrea, dolor de cabeza, estómago, algunas hierbas podemos buscar, puedo buscar en el monte, ahí sí, es menos gasto también, sí, con unas hierbas está bien.⁹¹

Las formas de vida de quienes viven y trabajan en el campo son muy distintas a las de quienes habitan la ciudad. La COVID-19 no representó una extrañeza para las personas originarias de una comunidad, pues predominaban las ideas respecto a que su situación era diferente por vivir en el campo. En muchos casos se hacía referencia a que **el virus habitaba en la ciudad**:

Como la gente en la comunidad es diferente a los que viven aquí en ciudad, [...] dijeron que no les iba a afectar, porque todos los días se dedican a trabajar en su parcela, en el campo y van en la parcela, en el cafetal y todo donde trabajan. Entonces, por eso las personas son bien conscientes que no se llega a enfermar.⁹²

Esta visión sobre la enfermedad y el virus se mantuvo entre las personas jornaleras agrícolas que migraron para trabajar: “Allá en mi comunidad sí están algo preocupados por cómo está todo acá, me dicen que casi no salga y que me cuide, que allá están bien”.⁹³ Guadalupe dijo: “Incluso me han dicho que mejor ahorita no

91. Juan, jornalero agrícola tzotzil, Chiapas, 22 de noviembre de 2022.

92. Carlos, jornalero agrícola tzeltal, Chiapas, 22 de noviembre de 2022.

93. Silvia, jornalera agrícola, Sonora, 7 de diciembre de 2022.

venga, que me espere a que se pase un poco todo esto”.⁹⁴ El problema estaba en la diferencia entre el interior y el exterior o la salida y el regreso a las comunidades:

En algunas comunidades también donde cerraron, que no dejaron pasar a las personas que son, o sea, que acaban de llegar y que ya tienen tiempo trabajando en la ciudad o en el campo y hay personas que no le dieron acceso porque pensaba la comunidad que están enfermos y se llega a contaminar en sus casas y todo eso.⁹⁵

En gran medida el contagio se atribuía a las dinámicas de socialización urbanas. Como ya se mencionó, **aunque existía el miedo al contagio por el virus, sus síntomas se percibían más familiares que la vacunación.** El virus se parecía a algo que ya se había vivido y sobrevivido, mientras que sobre la vacuna contra la COVID-19 no existía información disponible y accesible que les diera certeza sobre sus efectos. Varias personas manifestaron haber retomado el uso de la medicina tradicional para cuidarse contra el virus; consumían té elaborados con plantas naturales para reducir las molestias del mismo modo en que trataban una gripe:

Entonces, estaban en sus casas relajados, tranquilos, tomando sus preparados a base de plantas medicinales que no son cosa menor [...] Había que proteger por otro lado y eso fue lo que hizo mucha gente.⁹⁶

La vacuna, en cambio, representaba un riesgo más que una medida preventiva por esta falta de claridad. No era el miedo a morir, sino el temor a morir por una situación ajena.

Las principales formas de atención a la salud en las comunidades indígenas en Chiapas, de las que una considerable proporción de las personas jornaleras de la entidad son originarias, radican en la compra de medicamentos en farmacias particulares, para atender ligeras enfermedades o que se pueden controlar con autotratamiento. Sin embargo, cuando se enfrentan a una enfermedad más grave o que se sale de control, las personas buscan asistencia médica, primero, en los **consultorios adyacentes a farmacias (CAF)** y, después, en el sistema de salud

94. Guadalupe, jornalera agrícola, Sonora, 7 de diciembre de 2022.

95. Carlos, jornalero agrícola tzeltal, Chiapas, 22 de noviembre de 2022.

96. Médico 2 de la comunidad, comunicación personal, Chiapas, 25 de noviembre de 2022.

público o privado. Un ejemplo es el testimonio de Manuel, de 26 años, que vive en una comunidad ubicada a hora y media de San Cristóbal de las Casas, municipio al que tiene que acudir para atender situaciones graves:

Si es más grave vamos al hospital, si no, no. Si hay una enfermedad que nos afecta, si está tan grave, pues hay que ir cuando se puede, pero cuando hubo COVID, ¿cómo va a ir uno al hospital si solamente tiene síntomas? Nada más, o sea, tos, gripa, pues nada más vas en las farmacias por medicinas, nada más.⁹⁷

Cuando las personas deciden ir a las clínicas privadas o a servicios públicos tienen que desplazarse por largas distancias. En el caso de los servicios públicos de salud, tienen que llegar en los horarios de atención que casi siempre están saturados por la alta demanda. Cuando alcanzan un lugar en la fila, el tiempo de espera es de dos a tres horas, pero, además, hay poca continuidad en la atención de sus enfermedades:

Nos dan algo nomás para pasar el rato, pero no te revisan bien y luego te dicen que regreses al otro día, pero está canijo, ¿cómo voy a estar regresando nomás por las pastillas que me dan?⁹⁸

La otra vez me dolía el estómago muy feo y no se me quitaba, fui al médico, pero nomás me traían vuelta y vuelta —que regrese mañana, que regrese mañana—, mejor se me quitó el dolor solito.⁹⁹

“El autotratarse también es empoderamiento”, comentó uno de los médicos que trabajan con las comunidades.¹⁰⁰ Esta postura no descarta la atención médica y especializada, sin embargo, frente a las barreras estructurales al acceso a servicios de salud, el autotratamiento **es una forma de tomar acción sobre su propia salud con los medios de los que disponen.**

Miriam, de 29 años, proveniente de Chiapas, comparte la opinión de Manuel sobre la atención médica en su comunidad:

97. Manuel, comunicación personal, San Cristóbal de las Casas, Chiapas, 22 de noviembre de 2022.

98. Guadalupe, jornalera agrícola, Sonora, 7 de diciembre de 2022.

99. Margarita, jornalera agrícola, Sonora, 7 de diciembre de 2022.

100. Médico 1, Chiapas, 29 de noviembre de 2022.

Mi comunidad [...] tiene una enfermería en el centro de Tenejapa que es como a 20 minutos. Casi ahí no hay medicamento. Hay para controlar, no para que nos atiendan bien, no hay recursos tampoco y uno que ya está muy mal, enfermo, pues tendríamos que viajar hasta San Cristóbal a atendernos ahí [...] está como a una hora y media de Tenejapa. Yo prefiero buscar algo por mi cuenta y darle a mi familia.¹⁰¹

Los consultorios de las farmacias particulares que brindan servicios gratuitos o a bajo costo y que también cuentan con medicamentos genéricos son una opción viable no solamente en Chiapas.¹⁰² **Un factor común en el trabajo agrícola que les lleva a acudir a los CAF es no contar con afiliación al IMSS.** Por otra parte, la percepción que existe es la de tener un mejor servicio en unidades privadas de bajo costo:

Sí hay IMSS, pero yo no tengo seguro y no a cualquiera le dan atención ahí. Entonces, por lo particular, pues siempre pagamos consulta particular, ya que sí hay varias clínicas y pues no, no batallamos tanto en eso. En medicamentos igual, los que tienen [seguro social] cuentan que casi nunca te los dan y si vas y quieres que te atiendan, pues no, te dicen que saques primero una cita y ya dependiendo para el día que te pongan esa cita, ya es cómo vas. Es lo que dicen. Preferimos mejor irnos a consultorios particulares porque ahí llegas, pagas tu consulta y ya te vas a la farmacia y ahí te dan medicamento.¹⁰³

Ciertamente, el autotratamiento tiene riesgos, especialmente por la automedicación con sustancias que tengan posibles efectos secundarios negativos. Al respecto, se reconoció un mayor control en la adquisición de medicamentos como antibióticos. Sin embargo, resulta importante prevenir el abuso de otros medicamentos con menor control, sin que esto implique la minimización de prácticas de prevención y tratamiento más cercanas a las personas y con mayor pertinencia cultural.

101. Miriam, jornalera agrícola, Sonora, 7 de diciembre de 2022.

102. Esta situación se repite en todo el país: México cuenta con 18 000 consultorios adyacentes a las farmacias, los cuales forman parte de soluciones más ágiles ante la escasa atención del sistema de salud público. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición sobre COVID (2021), el 23.3% de las personas en México se atendió en el IMSS; el 22.2% con médicos que tienen consultorios en domicilios particulares; el 16.4% en unidades de la Secretaría de Salud; el 19.9% en consultorios adyacentes a farmacias (CAF); el 5.5% en consultorios dentro de un hospital privado; y el 3.2% en otros servicios privados. Esta encuesta responde a información recolectada entre 2020 y 2021 en nueve regiones del país Feria, A. P., 2022. [Entrevista] (17 agosto 2022).

103. Yunuén, jornalera agrícola, Sonora, 7 de diciembre de 2022.

05.

Aprender de la crisis: barreras al
acceso equitativo a la vacuna
contra la COVID-19

OXFAM
México 2023

Aprendizajes para una política social inclusiva

Aprendizajes para una política social inclusiva

A partir del presente reporte, se han identificado aprendizajes orientados a asegurar la inclusión de las personas jornaleras agrícolas en políticas públicas de salud. Estas consideraciones tienen como objetivo fomentar el acceso equitativo a los servicios de salud

y promover una política de prevención efectiva que contemple las particularidades de estos grupos sociales:

Información para todas y todos: Se deben incluir espacios de educación sobre la salud en las brigadas de vacunación para fomentar la participación de la población en el cuidado de su salud y garantizar la efectividad de las políticas de vacunación, así como su derecho a la información. Además, es fundamental adecuar los mensajes de información sobre las enfermedades y las vacunas para que sean culturalmente apropiados y comprensibles para todos los grupos sociales considerados en las políticas para así prevenir la propagación de mitos y miedos en torno a la inmunización.

Datos para no dejar a nadie atrás: Es importante contar con más información pública que permita conocer a profundidad las condiciones de vida de la población jornalera agrícola y los factores de exclusión social que enfrentan. En contextos de emergencia, es necesario producir información pública con datos desagregados al menos por municipio, sexo, grupo de edad, ocupación y tipo de vacuna, en formato abierto y de manera accesible al público para mejorar la transparencia y la toma de decisiones informadas. Mejores datos producen mejores políticas públicas.

Políticas públicas inclusivas para personas jornaleras: Se deben contemplar acciones específicas para incluir de manera efectiva a las personas jornaleras en las políticas públicas de salud, garantizando su acceso a los servicios básicos de salud conforme a las diversas condiciones de movilidad.

Presencia institucional cercana en el cuidado de la vida digna y la salud de grupos en exclusión social: Es importante que las autoridades locales propicien una presencia institucional más cercana en el cuidado de la vida digna de los grupos en exclusión social, contemplando las diversas determinantes del derecho a la salud (vivienda, educación, alimentación y acceso a servicios básicos).

Inclusión de prácticas culturales en las campañas de prevención y tratamiento: Se deben reconocer aquellas prácticas culturales asociadas a la salud para que puedan ser incluidas en las campañas de prevención y tratamiento de enfermedades, lo que puede aumentar la eficacia de estas políticas.

Protección laboral y social para trabajadores jornaleros: Es indispensable asegurar el cumplimiento de las obligaciones de las empresas que emplean a personas jornaleras y facilitar medidas de protección social adicionales.

Fortalecimiento de esfuerzos coordinados de prevención: Es importante fortalecer los esfuerzos coordinados entre todos los niveles de Gobierno para promover una política de prevención efectiva, que incluya la vacunación universal y contemple medidas de seguimiento de la salud y abasto de medicamentos y biológicos requeridos. La coordinación con centros de trabajo y empresas también representa una oportunidad para el desarrollo de políticas públicas para esta población.

Conclusiones

Aprender de la crisis: barreras al
acceso equitativo a la vacuna
contra la COVID-19

OXFAM
México 2023

Conclusiones

La vacunación fue entendida como la principal forma de hacer frente a la crisis para aminorar sus riesgos para la salud de las personas. La vacunación contra la COVID-19 en México tuvo un despliegue importante en distintas regiones del país con lo que se aseguró una amplia disponibilidad de la vacuna. Sin embargo, la disponibilidad del biológico contra la COVID-19 no fue suficiente para garantizar el ejercicio del derecho a la salud a toda la población.

A través de la investigación realizada se encontraron distintos factores que incidieron en el proceso de vacunación para el caso de las personas jornaleras agrícolas. Si bien entre las personas entrevistadas no se identificaron graves problemas de disponibilidad, es importante considerar el rol que jugó la desconfianza en las autoridades sanitarias y en la vacuna para el caso de esta población. La falta de información suficiente, clara, adecuada y oportuna dio paso libre a la infodemia y la propagación de mitos en torno a la vacuna contra la COVID-19. Esto también impidió que las personas entrevistadas tomaran una decisión informada sobre su salud, lo que derivó en una vacunación que se sintió forzada en algunos casos, o bien, esquemas incompletos de vacunación, inmunizaciones tardías e incluso el rechazo completo a la vacuna. El miedo a la vacuna reforzó el uso de medicina tradicional

Es importante destacar que se observó un menor grado de desconfianza a la vacunación en personas trabajadoras entrevistadas en Sonora que en las consultadas en Chiapas, lo que puede explicarse en parte por una mayor cercanía a fuentes de información y a experiencias de personas cercanas que ya habían participado en el proceso de inmunización. Particularmente, las necesidades de información confiable quedaron sin ser atendidas para las personas hablantes de un idioma indígena. Campañas de comunicación como “Quédate en casa” y “Sana distancia” no apelaban a la población ni a sus realidades. Asimismo, aunque se tradujeron mensajes y campañas oficiales a otros idiomas, estas traducciones fueron literales y no se consideraron apropiadas a los contextos de las personas jornaleras indígenas.

En Chiapas, como parte de un largo proceso de desgaste y ruptura de la relación entre las autoridades y las comunidades de las que son originarias algunas personas trabajadoras agrícolas, la desconfianza también tuvo un tono de miedo a la violencia desde el Estado (como un intento de acabar con los pueblos originarios). Frente a la desconfianza, el autotratamiento y la medicina tradicional ocuparon un lugar primordial en la forma de hacer frente a la enfermedad para evitar depender de la vacuna como la única solución. El miedo a la vacuna reforzó el uso de medicina tradicional como medida preventiva para el contagio y para tratar la enfermedad. Sin embargo, esto no evitó que, ante una manifestación de enfermedad grave, muchas jornaleras y jornaleros tuvieran que recurrir a consultorios privados adyacentes a farmacias, lo que preferían antes que acercarse a los servicios públicos debido a una percepción de mala calidad del servicio, largas esperas y lejanía.

Finalmente, se pudieron reconocer buenas prácticas de coordinación entre las brigadas de vacunación en Sonora y algunos campos agrícolas que facilitaron y promovieron el acceso a la vacuna. Sin embargo, no se identificó una estrategia oficial que garantizara el acceso a vacunas dentro de los campos agrícolas y de forma cercana a los centros de trabajo. Así como sucedió con el cumplimiento de las medidas sanitarias en los campos agrícolas, el acercamiento entre autoridades de salud encargadas de la vacunación y los campos en Sonora quedó a la buena voluntad de ambos actores, dejando desprotegidas a las personas trabajadoras con peores condiciones de trabajo o al finalizar la duración del contrato, para quienes cuentan con uno.

Los esfuerzos de diversas brigadas de vacunación ya representan un paso en la dirección correcta para garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud y recuperar la confianza en las instituciones de salud. No obstante, los testimonios son un reflejo de las áreas pendientes a cubrir para subsanar el olvido histórico y las condiciones materiales que mantienen a las personas jornaleras en condiciones de exclusión y que reflejan una deuda histórica que permanece para con las jornaleras y los jornaleros en México.

Referencias bibliográficas

Aprender de la crisis: barreras al
acceso equitativo a la vacuna
contra la COVID-19

OXFAM
México 2023

Referencias bibliográficas

- _Berkley, S., 2020. *COVAX explained. The Global Alliance for Vaccines and Immunisation*. [En línea]
Disponible en: <https://www.gavi.org/vaccineswork/covax-explained>
- _Calvario Parra, E., Arellano, C., Rodríguez, J. M. & Camarena, L., 2021. Condiciones de vida y COVID-19 en comunidades agrícolas: personas jornaleras de Sonora y Baja California.
- _Calvario Parra, J. E. y otros, 2021. *Tiempos de pandemia: condiciones del cuidado de la salud entre la población jornalera de Sonora y Baja California*. El Colegio de Sonora, Hermosillo: El Colegio de Sonora.
- _Camacho Servín, F., 2021. Jornaleros de Guerrero mayores de 60 años no fueron vacunados contra Covid-19. *La Jornada*, 17 junio.
- _Camiro, M. E. & Galicia, A., 2022. Vacunas para todos, menos para jornaleros y jornaleras. *Pie de Página*, 11 enero.
- _Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, s.f. *Gasto en salud y Objetivos de Desarrollo Sostenible*. [En línea]
Disponible en: <https://ciep.mx/M4v0>
- _Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, 2022. *Implicaciones del Paquete Económico 2023*. [En línea]
Disponible en: <https://paqueteeconomico.ciep.mx/wp-content/uploads/2022/09/Implicaciones-del-Paquete-Economico-2023-27-Sep-2022.pdf>
- _CISC, 2020. *Imagen sobre lavado de manos*, s.l.: s.n.
- _Comisión Económica para América Latina y el Caribe y Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2020. *Afrodescendientes y la matriz de la desigualdad social en América Latina: retos para la inclusión*. Santiago de Chile: CEPAL y UNFPA.
- _Comisión Nacional de los Derechos Humanos, 2018. *Grupos de Atención Prioritaria y Otros Temas. Informe de actividades 2020 de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos*, s.l.: s.n.
- _Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, 2000. *Observación General 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*, Ginebra: ONU.
- _Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2018. *Estudio Diagnóstico del Derecho a la Salud 2018*, Ciudad de México: Coneval.
- _Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2019. *El Sistema de Protección Social en Salud: resultados y diagnóstico de cierre*, Ciudad de México: Coneval.

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2020. *Medición de la pobreza*. [En línea]

Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Pobrezalnicio.aspx>

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2021. Índice de Rezago Social 2020. [En línea]

Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Medicion/IRS/Paginas/Indexe_Rezago_Social_2020.aspx

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2022. *Estudio Diagnóstico del Derecho al Trabajo 2022*, Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Derechos_Sociales/EDDT_2021.pdf

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2022. *Evaluación Estratégica de Salud. Primer Informe: CONEVAL, 2022*, Ciudad de México: Coneval. Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/Documents/Evaluacion_Estrategica_Salud_Primer_Informe.pdf

Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2022. *Informe de Evaluación de la Política de Desarrollo Social 2022*, Ciudad de México: CONEVAL. Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Evaluacion/IEPSM/IEPSM/Paginas/IEPDS-2022.aspx>

Feria, A. P., 2022. [Entrevista] (17 agosto 2022).

Flores Mariscal, J., 2021. *El trabajo jornalero agrícola: sus condiciones de precariedad en México y experiencias en la región latinoamericana para mejorar su acceso a la seguridad social*, Ciudad de México: Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS).

Forni, P., 2010. Los estudios de caso: Orígenes, cuestiones de diseño y sus aportes a la teoría social. *Miríada*, 3(5).

González-Pérez, G. J. y otros, 2008. Exclusión social e inequidad en salud en México: Un análisis socio-espacial. *Revista de Salud Pública*, diciembre, 10(1), pp. 15-28.

Horbath Corredor, J. E., 2021. La probabilidad de contagio y deceso por COVID-19 en pacientes indígenas y no indígenas iniciando la pandemia en México. *Apuntes del Cenes*, marzo, 40(72), pp. 205-232.

Instituto de Salud para el Bienestar, 2019. *Decreto por el que se reforman, adicionan y derogan diversas disposiciones de la LGS y de la Ley de los Institutos Nacionales de Salud*. [En línea]

Disponible en: <https://www.gob.mx/insabi/documentos/decreto-por-el-que-se-reforman-adicionan-y-derogan-diversas-disposiciones-de-la-lgs-y-de-la-ley-de-los-institutos-nacionales-de-salud>

[Último acceso: 12 octubre 2022].

_Instituto de Salud para el Bienestar, 2020. *Instituto de Salud para el Bienestar*. [En línea]

Disponible en: <https://www.gob.mx/insabi/articulos/instituto-de-salud-para-el-bienestar-230778>

_Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2016. *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares* (ENIGH). 2016 Nueva serie, s.l.: INEGI.

_Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2019. *Encuesta Nacional Agropecuaria 2019*, s.l.: INEGI.

_Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2020. *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH). 2020 Nueva serie*. [En línea]

Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2020/>

_No todos los países en el mundo cuentan con las vacunas contra la COVID-19, en México son universales, gratuitas y voluntarias. ¡Acude a vacunarte!. 2021. [Película] Dirigido por CISC. s.l.: s.n.

_Olvera, D., 2020. COVID-19 brotó entre jornaleros agrícolas y sus familias en 4 estados, y hay dos muertos: Red. *Sin embargo*, 8 julio.

_Organización de las Naciones Unidas, 1976. *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. [En línea]

Disponible en: <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/international-covenant-economic-social-and-cultural-rights#:~:text=Art%C3%ADculo%2012S;text=L-,Los%20Estados%20Partes%20en%20el%20presente%20Pacto%20reconocen%20el%20derecho,de%20salud%20f%C3%ADs>

[Último acceso: 15 abril 2023].

_Organización Mundial de la Salud, 2020. *The true death toll of COVID-19, Estimating global excess mortality*. [En línea]

[Último acceso: 2023 febrero 19].

_Organización Panamericana de la Salud, 2021. *El impacto de la COVID-19 en las poblaciones afrodescendientes de la Región de las Américas. Prioridades y oportunidades*. (OPS/EGC/COVID-19/21-0002), Washington: Organización Panamericana de la Salud.

_Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, 2021. "Health at a Glance 2021: OECD Indicators". OECD iLibrary.

_Organización Panamericana de la Salud, 2018. *Espacio fiscal para la salud en América Latina y el Caribe*, Washington, D.C.: OPS. [En línea] Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34947/9789275320006_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

_Oropeza, J., 2021. *Fondo de Salud para el Bienestar: ¿una herramienta estratégica del INSABI para garantizar el derecho a la salud?*, Ciudad de México: Fundar, Centro de Análisis en Investigación.

_Ortega, A., 2019. *TCUX Open Focus*. [En línea]

Disponible en: <https://arturoortega.medium.com/tcux-open-focus-b93d7b1b84f4>

Presidencia de la República, 2020. *Versión estenográfica. Conferencia de prensa. Informe diario sobre coronavirus COVID-19 en México*, s.l.: s.n.

Ramos, Y. & Padilla, A., 2021. MAPA | ¿Cuántas vacunas COVID ha aplicado México por municipio?. *Serendipia*, 7 abril.

Red Nacional de Jornaleras y Jornaleros Agrícolas, 2021. *La población jornalera agrícola interna en México frente a la pandemia de COVID-19*, s.l.: s.n.

Rockwell, E., 2005. *Del campo al texto. Reflexiones sobre el trabajo etnográfico*. Talavera la Reina, s.n.

Sáenz Guzmán, C., 2021. *Éxito en la misión: 83% de la población adulta ya recibió vacuna anti COVID-19: Gatell*. [En línea]

Disponible en: <https://www.capital21.cdmx.gob.mx/noticias/?p=28382#:~:text=83%25%20de%20la%20poblaci%C3%B3n%20adulta%20ya%20est%C3%A1%20vacunada,condiciones%20de%20vida%20y%20sociales>.

[Último acceso: 15 abril 2023].

Sánchez-Talanquer, M. et al., 2021. *Mexico's response to COVID-19: a case study*, s.l.: UCSF Institute for Global Health Sciences.

Secretaría de Salud, 2020. *Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-CoV-2, para la prevención de la COVID-19 en México. Documento rector*, s.l.: s.n.

Secretaría de Salud, 2021. *Operativo Correccaminos. Estrategia Operativa de la Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-CoV-2 para la prevención de la COVID-19 en México. Actualización: 15 de marzo de 2021*, s.l.: s.n.

Secretaría de Salud, 2022. *Calendario de vacunación*. [En línea]

Disponible en: <https://vacunacovid.gob.mx/calendario-vacunacion/>

[Último acceso: 14 octubre 2022].

Secretaría de Salud, 2022. *Informe Integral de COVID-19 en México. Número 11-2022*, Ciudad de México: Dirección General de Epidemiología.

Secretaría de Salud, 2022. *Política Nacional de Vacunación contra el virus SARS-CoV-2, para la prevención de la COVID-19 en México. Documento Rector*, s.l.: s.n.

Secretaría del Trabajo y Previsión Social y Secretaría de Salud, 2020. *Guía de acción para los centros de trabajo ante el COVID-19*, s.l.: s.n.

Silva, D., Castrejón, D., Lamberti, J. & Camacho, S., 2022. *El negocio de las vacunas*, Ciudad de México: Poder.

Tlachinollan, 2022. Los olvidados de la 4T. *Pie de Página*, 19 abril.

Anexos

Aprender de la crisis: barreras al
acceso equitativo a la vacuna
contra la COVID-19

OXFAM
México 2023

01.

Anexo I

Información Estatal

A continuación, se presenta la información referente al número de dosis de vacunación aplicada por estados, así como el número de centros de salud identificados hasta mayo de 2021. La información presentada informaciones una síntesis de la disponible en la página vacunacovid.gob.mx de la SSA al 13 de octubre de 2022.

Aguascalientes 2,657,145 11 centros de salud	Estado de México 34,531,943 125 centros de salud	Querétaro 4,740,849 18 centros de salud
Baja California 4,677,226 6 centros de salud	Guanajuato 10,902,997 46 centros de salud	Quintana Roo 3,505,365 11 centros de salud
Baja California Sur 1,377,220 5 centros de salud	Guerrero 4,802,283 81 centros de salud	San Luis Potosí 4,877,870 58 centros de salud
Campeche 1,782,575 13 centros de salud	Hidalgo 6,016,919 84 centros de salud	Sinaloa 5,840,177 18 centros de salud
Chiapas 4,717,637 112 centros de salud	Jalisco 12,068,903 125 centros de salud	Sonora 5,285,472 72 centros de salud
Chihuahua 7,037,786 67 centros de salud	Michoacán 7,312,587 113 centros de salud	Tabasco 4,760,737 17 centros de salud
Ciudad de México 21,310,974 16 centros de salud	Morelos 3,692,124 36 centros de salud	Tamaulipas 6,450,304 9 centros de salud
Coahuila 4,727,305 38 centros de salud	Nayarit 2,028,280 20 centros de salud	Tlaxcala 2,302,489 ND
Colima 1,308,401 10 centros de salud	Nuevo León 10,201,570 51 centros de salud	Veracruz 11,613,004 ND
Durango 216,892,751 39 centros de salud	Oaxaca 5,154,762 568 centros de salud	Yucatán 4,696,654 ND
	Puebla 10,318,543 217 centros de salud	Zacatecas 3,181,336 ND

02.

Anexo I

Video para llamar a la vacunación en Comitán, Chiapas



Fuente:
CISC, 2021.

03.

Anexo I

Mensaje para lavado de manos



Fuente.: Fuente:
CISC, 2021.

Material distribuido en abril de 2020.

04.

Anexo |

¡Quédate en casa!
Mensaje de la Secretaría de Salud Federal



**Ayan me ta
ana ma xlok'at
Bats'il k'op Tseltal**

 **GOBIERNO DE MÉXICO**

 gob.mx/coronavirus

Material construido en conjunto entre la Secretaría de Cultura y el Instituto Nacional de Lenguas Indígenas (INALI), publicado en su sitio web en 62 lenguas indígenas. Fuente: tomado de [Inali.gob.mx](https://inali.gob.mx) (enero 2023).

05.

Anexo I

Tríptico
"Cultura de la
prevención"

Te Smuk'ul Snail talle Kuejelajil ta slum sk'inal te Mejjikoe ya yalbe ya yejal spilil ta stojoj te nakejetik te binti-a te schanul chamele (COVID-19, sok ya yal binti yu'um te tulan sk'opilal ya kil j'abjik yu'umme jich ma juchantik-a te chamele.

¿BINTIWAN-A TE ACH' SCHANUL CHAMELE?



Te ach' schanul chamele ja' j'kum ch'v'ch'ul chaneetik te ya sbats'ejotik yu'um sbolile, ya yak' bayel simal obal, ma stak' ya kich'tik ik' yu'um te ya yich' kuchanel ta chanbalemetike sok ta kirsanuetik.

Te ach' schanul chamele ya kaltike ay ch'ojantik maba tulan ya yak', j'ebnax ya yak' chamele ta stojoj te kirsanuetik.

¿BINTI UT'IL YA YICH' KUCHANEL TE CHAMELE?

Te ach' schanul chamele ya xjelaw ta j'ujutul kirsanuetik, ja' j'ich ya xbeen beel te chamele.

Ya xjelaw beel ta j'ujutul kirsanuetik te mach'tatik ay schamele, ta ya'le'it'it te mach'a ya sja't'subajle, jich bit'il te mach'a ya x-obanaje, ta stsakel k'abal, te mach'a ipajemix ta chamele, jich bit'il te mach'a maba spokojo sk'abe teme ay binti spikojo teme ma spokojo sk'abe, jich bit'il te mach'a spikojo ye, sni' sok sit teme ma y'uk spokojo.

¿BINTI YA STAK' YA JPASTIK YU'UM TEME AYIX-A TE JCHAMELTIK YU'UM TE ACH' SCHANUL CHAMELE?

Yame sk'an ya j'ok'bijetik sk'op ya'yejal ta snail postayel tey ta **Inteligencia Epidemiologica Sanitaria.**



Yilobil ta chinam tak'in:
ncov@gepisalud.gob.mx



Ch'ajan tak'in:
(55) 5337 1845 ó al (800) 004-4800

Snail:
Secretaría de salud

Lengua:
Tse'ital

Traducción:
Alonso Guzmán Velasco



[gob.mx/cultura](https://www.gob.mx/cultura)

YA'YEJAL BINTI UT'IL LEK KUXULOTIK SOK BIT'IL YA STAK' YA JMAKTIK TE CHAMELE

¿BIT'IL YA JTAJTIK TA ILEL TE MACH'A AY SCHAMELE?

Obal sok jat'subajel

Ay silk-k'ajik'



Ay silk-k'ajik' ta sk'ojot bak'tel'ali

Ay k'ux Jolobil



Ma stak' ya kich'tik ik' (teme k'alal lipix ta jk'axel-ae)



Teme ay mach'a jich xchamel te'ye, yame sk'an ya yich' ilel yu'um j'ooxaywanej.

¿BINTI UT'IL YA STAK' JMAK JBAJTIK YU'UM TE SCHANUL ACH' CHAMELE?



Poka ak'ab ta ajk'ats'in sok xapon, teme ju'uke ta spoxil smilobil chameletik gel te yich'ij 70%.

Mame xa'pik avelaw sok spapasil ak'ab, jich bit'il ani', awe sok asit.



Te k'alal ya x-obanajate mak ya sja't'subajate, yame amak ani' sok awe ta j'ujuk pak', teme ju'uke yame amak ta yutil xujkubil ak'ab.



Maxa' tuja ya'le'it'.



Teme ma st's'jik ya awa'ye, turnesa j'ujuk pak', ta patil tik'a ochel ta wosa nallo, chuka ta lek, choja beel ta k'a'pal, ta patil yame apok ta lek ak'ab.

Kusa ta lek sok ak'boya smilobil chamele sp'ilil te bit'ik ya x'tun ta yutil te nae, ta snail a'telil, ta yutil karo, ta snail tsoblej, sok ayiktoyan yant'ik-a, yame sk'an jamal yu'umme jich ya x-och ik'-a sok j'ojobil k'alal ta yutil te nae.



Mame stak' ya xlok't' ta ana teme ay stsakojoj simal obale sok teme ma stak' xa'wich' ik'e, yame sk'an ya xba awak' aba ta ilel ta stojoj j'ooxaywanej teme ay j'iche (toyem silk-k'aj te yich'ojik 38°C, k'ux j'olil, k'ux nu'ukil, xilketnax yaxa' simal sok ayiktoyan yant'ik-a.



Mame stak' ya j'ak' j'abjik sok te mach'a ay schamelel simal obale sok te mach'a ma stak' yich'ik' ik'e.

BITIK MA JICHUK SOK BITIK SMELELIL

¿Yabal stak' smak ach' schanul chamele te bak'il poletietik?

Ju'uk. Te bik'il poletietik ma stak' ya j'urtestetik yu'umme jich ya smak schanul-a te ach' schanul chamele.

¿Ywan stak' j'ojik ta ilel ta onax ta k'alal tsak'bilotik yu'um schanul-a te ach' chamele?

Ju'uk. Ja'haax ya stak' ilel-a teme ya yich' ilel ta yilbil chameletik ta snail te j'ooxaywanejetik.

¿Ywan smak ach' schanul chamele ek te jubil poxil ta sawente te influenze?

Ju'uk. Te j'ulil poxil ta sawente te influenze, maba ya xmak' yu'um te ach' schanul chamele, yame sk'an ayuk' spoxil ta stulok ta sawente ya yich' mak'il milel-a te ach' schanul ach' chamele.

¿Ja'nabai ya sbats'ejik ta chamele yu'um te mach'tatik mamaleetik yu'um schanul te ach' chamele?

Ju'uk. Ma sp'ipal yu'um sp'ilil kirsanuetik, ja'haax ya'ni' bayel ya sbats'ejik te me'el mamaleetik me'el k'unubnix te sk'ojot bak'tel'ali.

BIT'IL YA STAK' YA JKANANTAY JBAJTIK TE K'ALAL AY TSOBLEJ MAK TE BA'AY YIPAL KIRSANUETIKE

SEBAIL	XCEBAL	YOSEBAL
(Te k'alal j'abtoj (chameletik-ae) Ma y'uk ya yich' j'ok'banai a'tel'ali y'ae)	(Te k'alal bayelnae ta j'ich'ameletik) Yame yich' j'ok'banai te chamele	(Ita k'alal toq'olil-a te chameletik) Yame yich' j'ok'banai te a'tel'ali
Yame sk'an ya yich' turnesa spoxil smilobil chameletik ta yonch'ab a'tel'ali sok tsoblej	Yame sk'an ya yich' turnesa spoxil smilobil chameletik ta yonch'ab a'tel'ali sok tsoblej	Yame yich' spox'haner mak ya yich' j'el'ic a'ne'alai sp'ilil te b'ik, se'wach'ik ya yich' poletil
Yame sk'an ya yich' ilel te banti ay yawil poletil, ta sawente smak'obil smilobil schanul te chamele	Yame sk'an ya yich' ilel te banti ay yawil poletil, ta sawente smak'abil smilobil schanul te chamele	Ma'yo'ok bayel ya yich' paxel tsak'banik, paxax te b'iknix ut'il-ae
Yame sk'an ya kil j'abjik te k'ala ya j'abjik j'abjik j'abjik		

Materal
construido en
conjunto entre
la Secretaría
de Cultura y el
Instituto Nacional
de Lenguas
Indígenas (INALI),
publicado en
su sitio web
en 62 lenguas
indígenas.
Fuente: tomado
de inali.gob.mx
lenero 2023).

06.

Anexo |

Mapas de distribución de centros de vacunación y vacunas aplicadas por entidad federativa.



Número de centros de vacunación por entidad

Número de vacunas aplicadas por entidad



Fuente:
Elaboración propia con información de la Secretaría de Salud, actualizada al 14 de mayo de 2021

07.

Anexo I

Lista de solicitudes de información

Ámbito Federal

Dependencia	Estado	Folio de la solicitud
Secretaría de Marina (Semar)	NA	330026622001693
Instituto Nacional de Migración (INM)	NA	330020322000981
Segob-Coordinación para la Atención Integral de la Migración en la Frontera Sur (*)	NA	330026622001693
Insabi-Fondo de Salud para el Bienestar	NA	331017122000469
Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena)	NA	330026422005973
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	NA	330018022027910
Secretaría de Salud (SSA)	NA	330026922011151
Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	NA	330018022026456

Ámbito Estatal

Instituto de Servicios de Salud del Estado de Aguascalientes	Aguascalientes	010049922000416
Secretaría de Salud	Baja California	021167322000750
Secretaría de Salud	Baja California Sur	030076222000255
Secretaría de Salud	Campeche	040084900025522
Secretaría-Instituto de Salud	Chiapas	071523322000449
Secretaría de Salud	Chihuahua	080142622000379
Agencia Digital de Innovación Pública de la Ciudad de México	Ciudad de México	092077922000332
Secretaría de Salud	Ciudad de México	090163322006032
Secretaría de Salud	Coahuila	050098800050822
Servicios de Salud del Estado (SSE)	Colima	061493822000470
Secretaría de Salud y Bienestar Social (Poder Ejecutivo)	Colima	060110122000222
Secretaría de Salud del Estado de Durango (SSD)	Durango	100178000040222

Ámbito Estatal

Secretaría de Salud	Estado de México	482807
Secretaría de Salud	Guerrero	141296522001627
O.P.D. Servicios de Salud Jalisco	Jalisco	141296522001627
Coordinación General Estratégica de Desarrollo Social (Educación, Salud, Asistencia Social, Igualdad Sustantiva, Cultura y Procuraduría Social)	Jalisco	142041922001941
Secretaría de Salud de Michoacán	Michoacán	160340022000455
Secretaría de Salud	Morelos	171341022000293
Servicios de Salud de Nayarit	Nayarit	181191322000441
Secretaría de Salud (DGC)	Nuevo León	191108822000678
Servicios de Salud de Oaxaca	Oaxaca	201193322000515
Secretaría de Salud	Baja California Sur	030076222000255
Secretaría de Salud	Puebla	211200722001125
Servicios de Salud del Estado de Querétaro	Querétaro	221472322000456
Secretaría de Salud	Quintana Roo	231413500028022
Régimen Estatal de Protección Social en Salud del estado de San Luis Potosí	San Luis Potosí	241489222000053
Servicios de Salud	San Luis Potosí	241230322000577
PE05700-Secretaría de Salud	Sinaloa	251159900033922
Secretaría de Salud Pública	Sonora	261156722000402
Secretaría de Salud (SS)	Tabasco	270507800084822
Secretaría de Salud y Servicios de Salud de Tamaulipas	Tamaulipas	280517222000481
Secretaría de Salud y O. P. D. Salud de Tlaxcala	Tlaxcala	291216122000414
Secretaría de Salud	Veracruz	301153822000971
Secretaría de Salud	Yucatán	311216922000359
Servicios de Salud de Zacatecas	Zacatecas	320590022000369

08.
Anexo I

Metodología del levantamiento de información en campo

Para este reporte se realizó un estudio con trabajo de campo con el objetivo de tener más información sobre la forma en que las personas jornaleras enfrentaron la crisis sanitaria y qué factores incidieron en el proceso de inmunización y el acceso equitativo a vacunas. Se desarrolló un análisis comparativo basado en la metodología de estudio de caso múltiple (Forni, 2010) con levantamiento de información en Chiapas y Sonora.

En el caso de Chiapas, esta entidad es un territorio de origen para personas jornaleras en México, con una alta proporción de población indígena,¹⁰⁴ y el más alto grado de rezago social.¹⁰⁵ Por su parte, Sonora es una de las principales entidades de destino para el trabajo agrícola, junto con Baja California, Sinaloa, Michoacán y Zacatecas. Se estima que en los estados del norte del país trabajan más de 200 000 jornaleros, donde el 80% es concentrado por las entidades de Baja California, Sonora, Sinaloa y Baja California Sur.¹⁰⁶ Además, Sonora es uno de los estados con los niveles más bajos de rezago social en el país, colocándose en el puesto 27, en 2020.¹⁰⁷

104. Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2020. *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH). 2020 Nueva serie.* [En línea] Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/enigh/nc/2020/>
105. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2020. *Medición de la pobreza.* [En línea] Disponible en: <https://www.coneval.org.mx/Medicion/Paginas/Pobrezalncio.aspx>.
106. Calvario Parra, José Eduardo, y otros. *Tiempos de pandemia: condiciones del cuidado de la salud entre la población jornalera de Sonora y Baja California. El Colegio de Sonora.* Hermosillo: El Colegio de Sonora, 2021.
107. Consejo Nacional de Evaluación de la Política de Desarrollo Social, 2020. *Índice de Rezago Social.* [En línea] Disponible en: https://www.coneval.org.mx/Medicion/IRS/Paginas/Indice_de_Rezago_Social_2020_anexos.aspx

La investigación siguió un enfoque etnográfico definido como una perspectiva ética (Rockwell, 2005).¹⁰⁸ Se realizaron entrevistas semiestructuradas con representantes de organizaciones civiles. Adicionalmente, se realizaron sesiones de Open Focus¹⁰⁹ para las entrevistas con las personas jornaleras. A través de esta metodología se busca el involucramiento de las entrevistadas desde la exploración del tema hasta el diseño de las soluciones, por lo que el conjunto de participantes (incluye a la persona que modera el ejercicio) es parte de una inteligencia colectiva que aporta conocimiento a las hipótesis y a los ejes de análisis. Las sesiones con personas jornaleras se desarrollaron con guías de tópicos (acceso a salud, condiciones de trabajo, COVID-19) y en grupos pequeños en tono de charla, donde se procuró la participación de todas las personas. En total se desarrollaron tres grupos en Chiapas y seis en Sonora, con la participación total de 27 personas jornaleras.

Adicionalmente se realizaron 16 entrevistas semiestructuradas con actores clave relevantes a la investigación en Chiapas y Sonora:

04.

Tabla 1

Entrevistas a personas jornaleras

Elaboración propia con información de entrevistas de entrevistas en Chiapas y Sonora.

	Hombres	Mujeres	Edades	Lugares de origen	Idioma materno
San Cristóbal de las Casas, Chiapas	8	1	19-43	San Juan Cancuc y Chenalhó, Chiapas	Tzeltal y tzotzil
Campos agrícolas, Sonora	9	9	18 a 39	Veracruz, Oaxaca y Chiapas	Tzotzil, zapoteco y tzeltal
Total Hombres y Mujeres	17	10			

108. Rockwell, E., 2005. Del campo al texto. Reflexiones sobre el trabajo etnográfico. Primer Congreso de Etnología y Educación, Universidad Castilla-La Mancha, Talavera la Reina. Disponible en: <https://cursoensenada2011.files.wordpress.com/2011/05/rockwell-del-campo-al-texto-2005.pdf>

109. Ortega, A., 2019. TCUX Open Focus. [En línea] Disponible en: <https://arturoortega.medium.com/tcux-open-focus-b93d7b1b84f4>

05.

Tabla I

Entrevistas a actores clave

Elaboración propia con información de entrevistas en Chiapas y Sonora.

Acceso a la salud	Chiapas	6
Defensa de derechos humanos	Chiapas	5
Personal médico	Sonora	3
Periodista	Chiapas	1
Campo agrícola	Sonora	1

Total
Personas entrevistadas 16

Esta investigación cualitativa tuvo el objetivo de identificar qué factores incidieron en el proceso de inmunización en la población jornalera y cómo se articularon en el día a día. Por una parte, se buscó verificar si las condiciones laborales y de vida que presenta esta población fueron condicionantes de su acceso a la vacuna. En lo particular, se indagó sobre la existencia de barreras materiales en torno a la disponibilidad de las vacunas contra COVID-19. El desarrollo de la investigación en ambas entidades buscó generar una comprensión más integral sobre el trabajo jornalero, incluyendo un territorio de origen y otro de destino.



OXFAM
México

Cda. de Salvador Alvarado, No.7, Nivel 2
Col. Escandón. Alcaldía Miguel Hidalgo
C.P. 11800
5556873002



www.oxfamMexico.org



@oxfamMexico



@oxfamMexico



Oxfam México