
Recuperación del COVID-19:
desarrollar la preparación
para futuras pandemias y
comprender la participación
ciudadana en los Estados Unidos
y el Reino Unido

“La medicina sigue estando en contra de las personas negras”

*Mapeo y visualización de las intersecciones
de las desigualdades sociales, la desconfianza
de la comunidad y la reticencia a la vacunación
en espacios físicos y en línea en el Reino Unido
y los Estados Unidos*

Febrero de 2023

Ozge Ozduzen
Billur Aslan Ozgul
Bogdan Ianosev
Alireza Karduni

Nelli Ferenczi
Wenwen Dou
Matthew Adams
Monika Frątczak

Acerca de los autores

La Dra. Ozge Ozduzen es profesora de Medios Digitales y Sociedad en la Universidad de Sheffield. La Dra. Billur Aslan Ozgul es profesora de Comunicación Política en la Facultad de Ciencias Sociales y Políticas de la Universidad Brunel de Londres. Bogdan Ianoşev es doctorando de la Facultad de Negocios y Sociedad de Glasgow de la Universidad Caledonian de Glasgow y asistente de investigación en la Universidad de Sheffield. El Dr. Alireza Karduni es becario posdoctoral de los Departamentos de Ciencias de la Computación y Psicología de la Universidad Northwestern, en conjunto. La Dra. Nelli Ferenczi es profesora de Psicología y miembro del Centro para la Cultura y la Evolución de la Universidad Brunel de Londres. La Dra. Wenwen Dou es profesora asociada en la Facultad de Computación e Informática y miembro principal del plantel docente del Centro de Visualización de Charlotte de la Universidad de Carolina del Norte en Charlotte. Matthew Adams es investigador doctoral en la división de Antropología y asistente de investigación en la Facultad de Negocios, Artes y Ciencias Sociales de la Universidad de Brunel. La Dra. Monika Fratzczak es investigadora del Departamento de Estudios Sociológicos de la Universidad de Sheffield.

Acerca de la serie Recuperación del COVID-19: desarrollar la preparación para futuras pandemias y comprender la participación ciudadana en los Estados Unidos y el Reino Unido

Este programa es el resultado de una alianza entre la Academia Británica, el Consejo de Investigación de Ciencias Sociales (SSRC) y la Red de Ciencia e Innovación en los Estados Unidos (SIN USA) con el objetivo de otorgar fondos a diez estudios transatlánticos centrados en el compromiso con la vacuna contra el COVID-19 en el Reino Unido y los Estados Unidos. Sigue un estudio piloto que explora los niveles de compromiso con la vacuna en cuatro lugares de los EE. UU y el Reino Unido, mientras que el programa más amplio abarcó múltiples lugares de estudio. El programa fue financiado por el Departamento de Negocios, Energía y Estrategia Industrial del Reino Unido.

Resumen ejecutivo

Este informe financiado por la Academia Británica forma parte de un proyecto de investigación titulado “Mapeo y visualización de las intersecciones de las desigualdades sociales, la desconfianza de la comunidad y la reticencia a la vacunación en espacios físicos y en línea en el Reino Unido y los Estados Unidos”. En este informe, se investigan los factores sociales, culturales y políticos que subyacen a las creencias e ideas reticentes a la vacunación entre las comunidades minoritarias en el Reino Unido y en los Estados Unidos de América. Los datos se recopilaban a partir de entrevistas y grupos focales con personas reticentes a la vacunación en diferentes comunidades religiosas, étnicas y raciales minoritarias, entrevistas con médicos y un análisis temático de la comunicación sobre las vacunas en Twitter y Telegram durante la pandemia del COVID-19. A partir de nuestros hallazgos (consulte la Figura 1), sugerimos cinco objetivos estratégicos para los responsables de la elaboración de políticas:

Reconocer el sesgo y la discriminación en las instituciones sanitarias y en los modelos biomédicos de salud: En lugar de adoptar un mismo enfoque para todos, las políticas y las decisiones deben basarse en el reconocimiento de las injusticias sociales y del maltrato médico histórico y actual de las comunidades minoritarias. Se deben investigar y compartir públicamente los posibles efectos de la vacuna contra el COVID-19 para las comunidades minoritarias. También se deberían reconocer las injusticias y el racismo pasados y actuales en los mensajes oficiales y se le debería asegurar al público que se está haciendo todo lo posible para evitar repetir los errores del pasado. Y, sobre todo, se debe informar a los médicos acerca del racismo médico sistémico y de las experiencias vividas por las comunidades minoritarias por medio de capacitación formal para ayudar a fomentar la confianza.

Priorizar el desarrollo de relaciones sólidas entre las comunidades minoritarias y las instituciones sanitarias: A fin de infundir confianza y poner fin a las relaciones desiguales que, según muchos de nuestros participantes, caracterizaron sus interacciones con los profesionales de la salud, proponemos iniciativas de participación, como foros abiertos que funcionen *dentro* de las comunidades. Cuando sea posible, estos proyectos deberían incluir a miembros de confianza de la comunidad, como líderes religiosos y médicos expertos.

Reconocer las inquietudes de los pacientes en relación con la moralidad y las organizaciones: Los Gobiernos y las instituciones sanitarias de EE. UU. y el Reino Unido deberían considerar acercarse a las comunidades minoritarias mediante el reconocimiento de sus inquietudes en torno a la vacuna contra el COVID-19 relacionadas con la moralidad y las organizaciones, como aquellas acerca de la percepción de que la vacuna es nociva, de que se favorece al grupo interno propio y de que las organizaciones son justas solo con algunas comunidades..

Mejorar la manera en que se comparte la información y los datos con el público: Sugerimos que, en comunicaciones futuras, se expliquen los efectos secundarios y la frecuencia con la que ocurren con mayor transparencia y claridad. Esto puede ser útil para los Gobiernos e instituciones sanitarias durante momentos históricos complicados, como la pandemia del COVID-19. A fin de comunicar información complicada relacionada con la salud, los Gobiernos y los responsables de la elaboración de políticas deberían asociarse con expertos en comunicación y visualización de la información para desarrollar recursos y materiales eficaces, simples y útiles.

Reconocer las diferentes experiencias de vida de las comunidades reticentes a la vacunación y evitar polarizar el discurso: Las instituciones públicas, incluidas las compañías de medios, deben adoptar un lenguaje que no estigmatice a las personas y comunidades reticentes por los problemas sociales y médicos de la pandemia del COVID-19. La estigmatización provoca temor al castigo social o a afrontar costos económicos, como perder el empleo, y evita que el público reticente a la vacunación se exprese y comunique sus necesidades. Es posible que los artículos periodísticos que generalizan a las personas reticentes a la vacunación y las denominan “antivacunas” también impidan que el público comprenda las diferentes experiencias y reservas de estas comunidades.

Figura 1: Hallazgos del informe

T1 Racismo y discriminación

El **legado** de colonialismo, de esclavitud y **racismo** médico estructural, de abuso y negligencia justifica que las personas tengan **desconfianza en las instituciones**, lo que incluye programas e iniciativas de salud.



“Me sorprende la aceptación en mi comunidad; sabemos lo que ha pasado con ella... La medicina sigue estando en contra de las personas negras. Entonces, cuando escuchas las experiencias de las personas, desde luego que te impacta de alguna manera, incluso aunque no lo hayas vivido como ellas lo vivieron. Está en nuestra conciencia”.

T2 Libertad

Las **inquietudes morales** acerca de **proteger las libertades personales** afectan negativamente la disposición de las personas a recibir la vacuna y aceptar la vacunación obligatoria.



“No tengo dudas sobre las vacunas, tomé mi decisión hace mucho tiempo, y es una decisión bastante informada. Y he tenido la libertad de elección para tomar esa decisión”.

T3 Efectos secundarios

Las percepciones de los **efectos secundarios** y la **falta de transparencia** en relación con los procesos de desarrollo de las vacunas contra el COVID-19 alimentan las miradas y creencias de las personas sobre la vacuna.



“Pero por la investigación que estoy haciendo, hay muchas personas que están muriendo. Muchos tienen reacciones adversas. Uno de mis familiares transpira mucho todo el tiempo desde que se vacunó. Hay efectos secundarios y, si el gobierno fuera honesto y no dijera que solo duele el brazo, sino que la vacuna también puede provocar parálisis, sería mejor”.

T4 Creencias espirituales

Las percepciones de **conflictos entre las creencias espirituales personales y la vacunación** se relacionan con una mayor reticencia a la vacuna.



“[...] Soy una persona religiosa, cristiana. Sé que hay leyes sobre salud que realmente funcionan, por lo que también forma parte de mi pensamiento que necesito cuidar mi cuerpo, mi templo, el templo de Dios y que, para poder optimizar su capacidad, el sistema inmunitario debe ser capaz de luchar contra cualquier cosa que no sea mortal, incluso cuando esa sea la narrativa que surge”.

T5 Comunicación ineficaz

Las **comunicaciones** de los gobiernos, las instituciones médicas y los medios hegemónicos se **percibieron contradictorias** y ocasionaron confusiones sobre la eficacia y la seguridad de las vacunas.



“No encuentro particularmente confiable la información de funcionarios de la salud pública. No creo que los CDC y la Casa Blanca mientan sobre todo y quieran vengarse de todos los ciudadanos. No creo que haya una conspiración masiva para dañar al público general, pero, en mi opinión, es más difícil que nunca saber qué información de fuentes oficiales y de los medios es creíble”.

T6 Expertos médicos

La falta de pautas adaptadas para trabajar con comunidades minoritarias y el desconocimiento del racismo médico histórico y contemporáneo afecta las capacidades de desarrollar relaciones eficaces.



“Hace falta que haya mejor educación del personal de por qué las personas desconfían del sistema sanitario, de qué comunidades debemos esperar lo y de que realmente existen casos importantes que han causado esa desconfianza”.

Introducción

La pandemia del COVID-19 exacerbó las desigualdades sociales existentes, lo cual ha afectado a las personas más vulnerables y ha conducido a que las comunidades étnicas y raciales minoritarias tengan más riesgo de enfermarse y morir.¹ La distribución de las vacunas se promocionó como un factor fundamental para detener los contagios a nivel comunitario. No obstante, han surgido enormes disparidades en la aceptación de las vacunas entre las poblaciones mayoritarias y minoritarias, tanto en EE. UU. como en el Reino Unido. Según los Activos de Datos de Salud Pública de la Oficina de Estadísticas Nacionales del Reino Unido (ONS, por sus siglas en inglés), los grupos de británicos blancos (68,4%), indios (65,3%) y chinos (64%) presentan mayores probabilidades de recibir tres vacunas que los grupos de caribeños de raza negra (33,9%), pakistaníes (37,8%) y africanos de raza negra (37,9%) en el territorio.² La proporción también es más baja en la comunidad musulmana, en comparación con otras religiones. En EE. UU., la desconfianza en la vacuna contra el COVID-19 está generalizada entre los afroestadounidenses e hispanos,³ aunque el primer grupo es más reticente a la vacunación en comparación con otras poblaciones estadounidenses.⁴

Hasta ahora, no se han implementado intervenciones basadas en pruebas para reducir la reticencia a la vacunación.⁵ Nuestras recomendaciones para eliminar la división histórica entre las comunidades minoritarias y las instituciones sanitarias se basan en construir un espacio donde los médicos y estas comunidades puedan conversar honestamente sobre sus inquietudes acerca de la vacuna contra el COVID-19 y donde se reconozca la desconfianza legítima y el racismo médico estructural histórico y contemporáneo. El objetivo de este informe también es resaltar las experiencias multifacéticas de las comunidades reticentes a la vacunación para ayudar a dispersar algunos de los prejuicios arraigados en torno a estas identidades grupales. Nuestro enfoque ha revelado varias maneras en las que las temáticas más o menos universales del razonamiento interactúan con las identidades sociales, las experiencias de discriminación histórica y actual, las preferencias morales y las diferencias personales que se entrecruzan y dan origen colectivamente a la reticencia a la vacunación.

De este modo, intentamos abordar varias preguntas de investigación en este informe. En primer lugar, nos preguntamos si las experiencias de opresión histórica han determinado las actitudes y decisiones de las comunidades minoritarias en relación con los mandatos de salud pública y las vacunas. En segundo lugar, exploramos el maltrato y la discriminación actuales hacia estas comunidades en el Reino Unido y EE. UU. y el modo en que esto afecta la confianza en las iniciativas de salud pública, como los programas de vacunación. En tercer lugar, en el presente

1 Platt, L. (November 2021). *Why ethnic minorities are bearing the brunt of COVID-19*. <https://www.lse.ac.uk/research/research-for-the-world/race-equity/why-ethnic-minorities-are-bearing-the-brunt-of-covid-19> [accessed 24/03/2022].

2 Office for National Statistics (January 2022). *Coronavirus and vaccination rates in people aged 18 years and over by socio-demographic characteristic and occupation, England: 8 December 2020 to 31 December 2021*. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthinequalities/bulletins/coronavirusandvaccinationratesinpeopleaged18yearsandoverbysociodemographiccharacteristicandoccupationengland/8december2020to31december2021> [accessed 24/03/2022].

3 Wagner, E. F., Langwerden, R. J., Morris, S. L., Ward, M. K., Trepka, M. J., Campa, A. L., ... and Hospital, M. M. (2021). 'Virtual Town Halls Addressing Vaccine Hesitancy Among Racial/Ethnic Minorities: Preliminary Findings', *Journal of the American Pharmacists Association*, 62(1), pp. 317-325.

4 Niño, M. D., Hearne, B. N., and Cai, T. (2021). 'Trajectories of COVID-19 vaccine intentions among US adults: The role of race and ethnicity', *SSM-population health*, 15, pp. 1-8.

5 Peteet, B., Belliard, J. C., Abdul-Mutakabbir, J., Casey, S., and Simmons, K. (2021). 'Community-academic partnerships to reduce COVID-19 vaccine hesitancy in minoritized communities', *EClinicalMedicine*, 34, pp.1-2.

informe, revelamos si hay otros factores que hayan fomentado la reticencia a la vacunación durante la pandemia del COVID-19, como creencias religiosas y la exposición a medios hegemónicos. En cuarto lugar, abordamos las maneras en que las comunidades reticentes a la vacunación utilizan las redes sociales y exploramos el modo en que la interacción de estas comunidades determina las opiniones y creencias reticentes y la organización de protestas. Por último, en lugar de suponer que la causa principal de la reticencia a la vacunación son las actitudes y creencias de los pacientes, adoptamos un diseño de investigación “simétrico” y analizamos si hay prejuicios sistémicos de las comunidades médicas y la manera en que estos reproducen y refuerzan la reticencia entre las comunidades minoritarias.

A fin de responder estas preguntas, utilizamos tres conjuntos de datos diferentes, pero interrelacionados, para detectar discursos en línea y fuera de Internet relacionados con la vacuna contra el COVID-19. En primer lugar, este informe está basado en entrevistas y grupos focales con comunidades raciales, étnicas y religiosas minoritarias de EE. UU. y del Reino Unido, que se organizaron en enero, febrero y marzo de 2022 durante la pandemia del COVID-19. Debido a que las relaciones sociales y las comunidades compartidas conforman uno de los pilares de esta investigación, adoptamos principalmente un enfoque de bola de nieve para reclutar personas. Para ello, les preguntamos a los participantes de nuestras entrevistas si estarían dispuestos a compartir nuestro estudio con su red social. También reclutamos participantes para la investigación mediante el uso de publicidades en nuestras redes sociales personales y en los perfiles de las redes sociales institucionales de nuestras universidades y mediante la publicación de nuestros Formularios de Google sobre los canales y grupos reticentes a la vacunación y antivacunas en las plataformas de redes sociales. Además, utilizamos el banco de participantes de Prolific Academic para reclutar a algunos de nuestros participantes.

Durante el reclutamiento, les informamos a los participantes que dos de los criterios de inclusión adoptados en el estudio eran que se identificaran 1) como reticentes a la vacunación y 2) como miembros de una comunidad religiosa, racial o étnica minoritaria. Incluimos esta información en nuestros anuncios de reclutamiento y en la hoja informativa para participantes. Esto evita que los investigadores (a menudo, en posición de poder) juzguen quién constituye una minoría y asignen esta cualidad. A fin de comprender la (falta de) lógica de la estratificación social, la marginación cultural o la desigualdad, debemos comprender la profunda y compleja interpenetración de la raza, la clase, el género y la sexualidad. No obstante, la raza ha desempeñado un papel único en la formación y el desarrollo histórico de EE. UU. y del Reino Unido.⁶ Para comprender la integración estructural del racismo en las sociedades occidentales, incluido el racismo médico, es necesario adoptar una perspectiva histórica que demuestre el modo en que la universalización de la racionalización de las diferencias humanas determinó, efectivamente, la aceptabilidad de la exclusión.⁷ La condición de minoría, por consiguiente, hace referencia al grado de poder social. Y para que haya minorías, debe haber una mayoría que tenga más poder social.⁸ En este contexto, minoría, como término, hace referencia a grupos que han sido sometidos a opresión, discriminación y exclusión por parte de la mayoría, es decir, de quienes se encuentran en posiciones sociales más poderosas.⁹ Debido a la manera en que funcionan las normas y expectativas culturales compartidas y a que los miembros de los grupos dominantes son privilegiados, son los mismos miembros de las comunidades minoritarias quienes

6 Omi, M. and Winant, H. (2015), *Racial Formation in the United States* (3rd Edition), New York and Abingdon: Routledge.

7 Lentin, A. (2000), ‘Race’, Racism and Anti-Racism: Challenging Contemporary Classifications, *Social Identities*, 6(1), pp.91-106.

8 Balibar, E. and Wallerstein, I. (1991), *Race, Nation, Class: Ambiguous Identities*, London and New York: Verso.

9 Perkins, K. and Wiley, S. (2014), ‘Minorities’ in Teo, T. (ed.), *Encyclopedia of Critical Psychology*, (New York: Springer), https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5583-7_188.

saben si los grupos dominantes los marginan o minorizan. Estas identidades son interseccionales. Los participantes de nuestra investigación mencionan identidades raciales, étnicas, culturales (por ejemplo, la nacionalidad) y religiosas que son minoritarias y, a veces, mencionan diferentes identidades minoritarias. Dicho esto, la comunidad minoritaria más grande, tanto en EE. UU. como en el Reino Unido, está conformada por participantes de raza negra (afroestadounidenses, británicos de raza negra, caribeños de raza negra e inmigrantes de raza negra), seguidos de participantes multirraciales en ambos lugares, hispanos en EE. UU. y sudasiáticos en el Reino Unido.

También recurrimos a dos muestras poblacionales para nuestras entrevistas: 1) comunidades étnicas, raciales y religiosas minoritarias que sean reticentes a la vacunación; y 2) comunidades minoritarias que hayan participado en las protestas contra el pase vacunatorio. Esto nos permitió comprender en mayor profundidad la opinión de los manifestantes que eligieron no participar en el programa de vacunación contra el COVID-19 y, en lugar de ello, eligieron protestar contra los mandatos de vacunación percibidos. En total, llevamos a cabo 27 entrevistas en el Reino Unido y 13 en EE. UU. con personas reticentes a la vacunación en comunidades minoritarias. Además de las entrevistas, organizamos dos grupos focales con grupos reticentes a la vacunación en el Reino Unido (con cuatro participantes) y en EE. UU. (con cinco participantes), que nos permitió comprender los matices de los discursos sobre los problemas, las inquietudes, las reservas y los asuntos históricos y sociales específicos que plantean estas comunidades sobre las vacunas contra el COVID-19. Para comprender la interacción de los médicos, enfermeros y otros profesionales de la salud con los pacientes reticentes a la vacunación durante la pandemia del COVID-19, llevamos a cabo ocho entrevistas con médicos en el Reino Unido y seis en EE. UU. En total, llevamos a cabo 54 entrevistas detalladas y organizamos dos grupos focales en EE. UU. y en el Reino Unido.

Por último, durante nuestras entrevistas y charlas con grupos focales con comunidades minoritarias, identificamos que Twitter y Telegram son fuentes de noticias importantes para muchas comunidades reticentes a la vacunación. A fin de explorar y analizar las conversaciones en redes sociales de las comunidades antivacunas y reticentes a la vacunación, el informe se basó en la recopilación y el análisis de un conjunto mediano de datos de redes sociales, obtenidos de Telegram y Twitter. Twitter es una plataforma de red social orientada al público que permite la difusión de información de manera resumida. En esta red social, utilizamos hashtags y menciones en la intersección del discurso racial y las vacunas contra el COVID-19. Nuestro conjunto de datos de Twitter incluyó palabras clave, como #BML, #BlackLivesMatter (Las vidas negras importan) y #vacuna, y estaba conformado por más de 70 000 tuits (incluidos los retuits duplicados) y 19 211 tuits únicos (sin incluir los retuits).

Telegram es, principalmente, una aplicación de mensajería que ofrece funciones para enviar mensajes privados y en grupos. Debido a que no suele imponer el cumplimiento de normas sobre la desinformación, permite enviar los tipos de mensajes que suelen eliminarse o prohibirse en Twitter y otras plataformas. El carácter híbrido de Telegram (por ejemplo, chat privado, chat público y canales) ha logrado que sea una plataforma popular para las acciones colectivas, como la organización de protestas y la divulgación de información de manera más encubierta.¹⁰ Identificamos canales de Telegram populares que se concentran en información general sobre el COVID-19 (por ejemplo, protestas, organización, circulación de noticias) y otros que concentran en los efectos secundarios de las

vacunas. En la primera cuenta, Covid Red Pills (Píldoras rojas del COVID), un canal de EE. UU., se obtuvo un total de 8105 mensajes, mientras que, en la segunda cuenta, TRUTH PILLS (Píldoras de la verdad), un canal del Reino Unido, se obtuvo un total de 4819 mensajes. A fin de comprender los efectos secundarios y las lesiones que preocupan a los usuarios de Telegram, también recopilamos mensajes del canal de Telegram Covid Vaccine Injuries (Lesiones por la vacuna contra el COVID), que contenía 10 646 mensajes. Combinamos, limpiamos y procesamos los mensajes de estas tres cuentas y empleamos un enfoque de método mixto para analizar los datos de texto de Telegram y Twitter. En primer lugar, resumimos un corpus extenso de texto mediante la creación de modelos de temas. Luego evaluamos cualitativamente y analizamos temáticamente los temas extraídos automáticamente más prevalentes de nuestros conjuntos de datos.

A partir de estos conjuntos de datos, en el presente informe, se demuestra que el razonamiento, las motivaciones y las decisiones de nuestros participantes reticentes a la vacunación pertenecientes a minorías étnicas, raciales y religiosas estaban determinados por una multitud de factores prominentes, que incluyen 1) las evaluaciones de costo y beneficio relacionadas con los efectos secundarios de las vacunas, 2) la desconfianza en las instituciones y en los mensajes oficiales sobre la salud, 3) la sensibilidad ante las injusticias sociales y la discriminación del pasado y del presente, 4) la participación y la interacción con medios sociales y tradicionales, 5) las creencias religiosas y espirituales, y 6) las inquietudes morales como la libertad personal y las inquietudes acerca de los costos sociales. Sin embargo, nuestros resultados también indican que no todos los participantes se ven afectados por todos estos factores. Cada comunidad tiene sus propias características y sus propios orígenes (por ejemplo, su religión, condición migratoria o identidad étnica) y estos determinan sus creencias acerca de las vacunas.

Nuestro informe está conformado por dos secciones principales: nuestros hallazgos y las consecuencias y recomendaciones para la elaboración de políticas. En primer lugar, en este informe, se revelan las temáticas relacionadas con la reticencia a la vacunación en las comunidades minoritarias por medio del análisis de entrevistas, grupos focales y conversaciones en redes sociales sobre la vacuna contra el COVID-19 durante la pandemia. En la sección siguiente, se exploran los sesgos estructurales indiscutidos de los médicos y las dificultades con las que se encuentran en sus interacciones con pacientes reticentes a la vacunación durante la pandemia. En la parte final del informe, se brindan cinco sugerencias estratégicas para la elaboración de políticas como punto de partida útil para promover el compromiso con las políticas y el cambio en cuanto a la reticencia a la vacunación, las desigualdades sociales y la desconfianza de la comunidad.

Hallazgos

T1. Racismo y discriminación: El legado histórico y la discriminación actual afectan la reticencia a la vacunación

A lo largo de su historia, las comunidades minoritarias de EE. UU. y del Reino Unido han sufrido problemas de abandono, racismo y discriminación por parte de las instituciones sanitarias que no querían o no podían satisfacer sus necesidades,^{11 12 13 14} y aún es posible observar fácilmente su impacto, como se demuestra en nuestras entrevistas y grupos focales. Las pruebas demuestran claramente que las historias de abuso, abandono, discriminación y racismo marcaron de forma permanente las decisiones de salud de las comunidades étnicas, raciales y religiosas minoritarias en EE. UU. y en el Reino Unido. Los entrevistados hicieron referencia al legado histórico del colonialismo, la esclavitud y la negligencia histórica, que ha generado una clara desconfianza en las instituciones. Como instancias conocidas de discriminación y abuso histórico, mencionaron particularmente el estudio de sífilis de Tuskegee y la historia de Henrietta Lacks, que han conducido a los participantes de nuestra investigación a cumplir con cautela con los programas y mandatos sanitarios actuales. Una diferencia importante entre nuestras entrevistas y los grupos focales en el Reino Unido y en EE. UU. es que, en el segundo país, la explicación de los participantes de la discriminación histórica fue inmediata y estaba integrada en sus procesos de pensamiento. Por otro lado, las comunidades de raza negra en el Reino Unido relataron estos sucesos con una distancia implícita y se tomaron más tiempo para recordarlo. Esto es una señal de la diferencia entre ambas naciones en el grado y el alcance de la discriminación vivida por nuestros participantes.

Los participantes negros manifestaron que creían que la investigación médica era racista y que estaba orientada a los cuerpos y las necesidades de las personas blancas. De ese modo, señalaron sus inquietudes y reservas acerca de los efectos secundarios percibidos de la vacuna contra el COVID-19 para los diferentes cuerpos y la amenaza de los posibles ensayos que podrían llevarse a cabo en sus propias comunidades. Los participantes negros también comentaron que no recibieron la atención que esperaban por parte de los médicos. Además, destacaron que la medicina para blancos y los profesionales médicos han minimizado institucionalmente su dolor físico. Durante nuestro trabajo de campo, las minorías étnicas y raciales de EE. UU. también afirmaron que reciben atención médica de menor calidad y que creen que los hospitales que están destinados principalmente a los pacientes hispanos y de raza negra cuentan con financiación insuficiente. De modo similar, las pruebas demuestran que la discriminación racial es un factor clave que contribuye a las desigualdades sanitarias en el Reino Unido. El trato insatisfactorio que reciben algunas de estas comunidades en el Reino Unido y en EE. UU. fomenta la desconfianza en el sistema sanitario, incluidas las vacunas recomendadas por dicho sistema.

11 Kennedy, B. R., Mathis, C. C., and Woods, A. K. (2007). 'African Americans and their distrust of the health care system: healthcare for diverse populations', *Journal of cultural diversity*, 14(2), pp. 56-61.

12 Jamison, A. M., Quinn, S. C., and Freimuth, V. S. (2019). "You don't trust a government vaccine": Narratives of institutional trust and influenza vaccination among African American and white adults', *Social Science & Medicine*, 221, pp. 87-94.

13 Nuriddin, A., Mooney, G., and White, A. I. (2020). 'Reckoning with histories of medical racism and violence in the USA', *The Lancet*, 396(10256), pp. 949-951.

14 Marcelin, J. R., Swartz, T. H., Bernice, F., Berthaud, V., Christian, R., Da Costa, C., ... and Abdul-Mutakabbir, J. C. (September 2021). 'Addressing and Inspiring Vaccine Confidence in Black, Indigenous, and People of Color During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic', In *Open Forum Infectious Diseases* (Vol. 8, No. 9, p. ofab417). US: Oxford University Press.

Los participantes que forman parte de otras comunidades raciales, étnicas o religiosas minoritarias (por ejemplo, hispanos de segunda generación, mediorientales, europeos del este o musulmanes) también hicieron referencia en varias ocasiones a sus propias experiencias o a las experiencias de sus padres y abuelos de discriminación manifiesta y racismo descarado en las instituciones sanitarias del Reino Unido y de EE. UU. Estas experiencias variaban desde comentarios discriminatorios y racistas hasta insinuaciones sexuales. En algunos casos, algunos participantes también señalaron que fueron discriminados debido a sus acentos en inglés. Las barreras lingüísticas se destacaron como un factor que conduce a la falta de interés por parte de los médicos en los síntomas y problemas de los pacientes. Esto determinó su desconfianza en los médicos y en los sistemas sanitarios, incluida su comprensión de la vacuna contra el COVID-19 y su reacción a esta.

Además, descubrimos que la negligencia médica pasada y actual con las personas negras afectó las decisiones sobre la salud de los afroestadounidenses de manera mucho más directa, incluida su aceptación de la vacuna contra el COVID-19. Los participantes de EE. UU. vivieron situaciones en las que la confianza en los médicos se quebró como resultado del descuido al que se enfrentaron en visitas médicas anteriores, lo cual afecta sus creencias y decisiones actuales sobre las vacunas. Los encuestados también compartieron experiencias y la sensación de no pertenecer al sistema sanitario debido a sus identidades étnicas y raciales, de haberse sentido incómodos mientras se los trataba, de haber sido descuidados y menospreciados, de haber sido juzgados por los profesionales médicos por dudar de las vacunas, de haber recibido atención de mala calidad (con muchos casos de diagnósticos erróneos), y de entablar una mala comunicación con los médicos.

A partir de nuestros hallazgos, indicamos que estas experiencias motivaron a las comunidades minoritarias, que actualmente se identifican como reticentes a la vacunación o antivacunas, a buscar soluciones médicas alternativas, como tener que regresar a su país de origen para recibir atención médica si eran inmigrantes de primera o segunda generación. La discriminación y la marginación también llevaron a los grupos minoritarios a buscar médicos de sus propias comunidades étnicas, raciales o religiosas, y algunos de los participantes afirmaron que buscaron profesionales de la salud que compartieran sus valores y experiencias. Este es un ejemplo de la falta de conocimiento compartido percibida entre los pacientes de minorías y los proveedores de atención sanitaria blancos. Algunos señalaron que sufrieron marginación en el grupo y también alienación a nivel social debido a sus creencias sobre las vacunas.

También descubrimos que los médicos no contaban con pautas específicas de la comunidad para atender a pacientes de diferentes orígenes durante la pandemia del COVID-19. En lugar de ello, parece que las iniciativas de salud pública en el Reino Unido y en EE. UU. están basadas en un enfoque único para todos, que supone un público meta homogéneo. También parece haber sido diseñado desde la perspectiva de una mayoría blanca y, posiblemente, de clase media, ya que no tiene en cuenta las diferencias dominantes en las oportunidades de vida disponibles para las personas de diferentes comunidades.

T2. Libertad: Las inquietudes acerca de la violación de la libertad de las personas afectan la reticencia a la vacunación

Una de las temáticas más importantes de nuestra investigación son las inquietudes morales sobre la libertad individual y la percepción de que la vacunación obligatoria limita dicha libertad. Los participantes reticentes a la vacunación y antivacunas

creen que los mandatos de vacunación obligatoria representan un problema moral y que nadie debería obligar a nadie a vacunarse si no quiere. Los participantes de la investigación del Reino Unido se identificaron explícitamente como ‘a favor de la elección’ en este debate. No obstante, la mayoría de los participantes de EE. UU. eligieron no identificarse de ese modo, a pesar de que eran conscientes de este identificador y del debate que abarca. Las inquietudes acerca de la libertad personal estaban asociadas principalmente con opiniones negativas sobre toda forma de mandato emitido por el Gobierno, pero, en especial, sobre los pases vacunatorios y los mandatos. Los participantes describieron explícitamente estos mandatos y pases como moralmente incorrectos, o bien mencionaron la importancia de proteger la libertad de elección en cuestiones personales o médicas, además de otros motivos por lo que estos mandatos son inadecuados. Estas razones incluyeron dudas acerca del desarrollo científico de las vacunas contra el COVID-19, reacciones a mecanismos de control de la sociedad, temor a políticas estatales tiránicas, creencias religiosas, desconfianza en los Gobiernos y las corporaciones farmacéuticas, creencias libertarias y teorías conspirativas. Por ejemplo, uno de los participantes indicó que cree que el pase vacunatorio es una herramienta de control para vigilar lo que uno hace y dónde lo hace.

A partir de nuestros hallazgos, demostramos que la desconfianza de los participantes en el Gobierno y en las iniciativas de salud pública también estaba relacionada directamente con la percepción de una falta de un debate público genuino en torno a las vacunas y los mandatos. En lugar de ello, los encuestados señalaron que se sintieron presionados por la sociedad a vacunarse. Algunos de ellos indicaron que incluso se los hostigó para que se vacunaran contra el COVID-19. Como resultado del debate moral sobre la vacunación, los participantes observaron que las creencias sobre la vacunación suelen conducir a que la sociedad quede polarizada políticamente. Debido a esta polarización, revelamos en nuestros hallazgos que estas personas reticentes a la vacunación percibieron determinados costos sociales por expresar sus creencias sobre las vacunas en grupos sociales que quizás no estaban de acuerdo con ellos. Un participante explicó que se guardó sus creencias al respecto por precaución y para no arriesgarse a perder su trabajo. Otros participantes también se alejaron de los debates sobre las vacunas después de que se los culpaba y estigmatizara por sus creencias, de que se sintieran marginados o de que se los etiquetara como formuladores de teorías conspirativas.

Nuestros participantes tampoco confiaban en las iniciativas sanitarias del Gobierno, ya que creían que brindaban información incoherente, por ejemplo, consejos contradictorios acerca del uso de mascarillas y la eficacia de la vacuna. Algunos también mencionaron que la información científica oficial cambiaba a medida que se analizaban periódicamente datos nuevos, y esto redujo su confianza en los consejos científicos oficiales. Del mismo modo, percibieron el requisito adicional de la dosis de refuerzo contra el COVID-19 como una señal de que los ensayos con las vacunas no habían finalizado antes de que comenzara su distribución. Como lo destacó un encuestado, primero, el Gobierno propuso una vacuna para poner fin a la pandemia, pero luego se necesitó una segunda dosis y luego un refuerzo posterior, y así sucesivamente. Es posible que los funcionarios de la salud pública esperaran que la gran parte del público supiera que muchas otras vacunas también requieren varias dosis. Sin embargo, nuestras entrevistas nos permitieron revelar que las comunidades minoritarias reticentes a la vacunación creen que los refuerzos representan el fracaso de la información y los datos científicos anteriores.

Algunos participantes también mencionaron que el plan inicial del Gobierno del Reino Unido de adoptar un enfoque de inmunidad de rebaño,¹⁵ el cual descartaron poco tiempo después, reafirmó la desconfianza en sus consejos de salud. Por lo tanto, la incoherencia percibida entre las narrativas gubernamentales fomentó la reticencia a la vacunación para nuestros encuestados. Además, el incumplimiento de las medidas de distanciamiento social por parte de miembros gubernamentales durante la pandemia exacerbó la desconfianza en las medidas de aislamiento y en los programas de vacunación propuestos por las mismas personas. En EE. UU., algunos participantes confesaron que quizás habrían estado más dispuestos a cumplir con los consejos del Gobierno si este hubiera admitido que no estaba seguro acerca de cuáles serían las mejores medidas para mitigar el impacto de la pandemia. Les preocupaba que, en lugar de ello, el Gobierno estuviera presionando a los ciudadanos a aceptar decisiones de salud tomadas en su nombre.

La percepción de incoherencia en las políticas de la pandemia y las decepciones percibidas de la ciencia médica erosionan aún más la confianza entre los participantes. Algunos de ellos hablaron de la carencia de lógica de las iniciativas gubernamentales. Cuando los ciudadanos se sienten limitados y obligados a someterse a procedimientos físicamente invasivos, como vacunarse, y, al mismo tiempo, sienten que nadie oye sus inquietudes morales, tienen más probabilidades de ser cautelosos y sospechar de la vacuna contra el COVID-19. Esto se suma a la multitud de motivos adicionales que impulsan la reticencia a la vacunación. Debido a que las inquietudes morales son fundamentales para la vida humana, los ciudadanos que creen que estos mandatos ponen en peligro su libertad pueden entender la vacunación obligatoria como un abuso de los derechos morales básicos. Cuando los pacientes ya sienten que nadie oye sus preocupaciones, ignorar su capacidad y sus principales inquietudes al diseñar políticas de salud pública puede parecer bastante paternalista. Estos reclamos pueden entenderse como una reacción negativa a las políticas paternalistas de la pandemia, en las que no se ve a las personas como agentes morales, racionales y activos, sino como blancos pasivos de las políticas de salud pública.

T3. Efectos secundarios: Los efectos secundarios y los riesgos para la salud afectan la reticencia a la vacunación

A partir de los hallazgos de nuestra investigación, también revelamos que los efectos secundarios y los riesgos para la salud percibidos de la vacuna contra el COVID-19 estimularon en gran medida las opiniones y creencias reticentes a la vacunación de nuestros participantes. La desconfianza en las instituciones sanitarias y científicas viene acompañada de reclamos relacionados con la transparencia de la información y los datos sobre el proceso de desarrollo de la vacuna contra el COVID-19. Los resultados indican que a las personas reticentes a la vacunación en comunidades minoritarias les preocupaba que el desarrollo de dicha vacuna hubiera sido “demasiado rápido”. Además, algunos de los participantes británicos de raza negra, caribeños de raza negra y afroestadounidenses dudaban de que se hubieran tenido en cuenta las posibles reacciones de las poblaciones negras a la vacuna durante los ensayos, antes de distribuirlas. Asociaron la rapidez del avance de la vacuna con investigación insuficiente para su desarrollo o para los ensayos antes de su aprobación. La percepción de que se había acelerado el desarrollo fomentó la curiosidad por las posibles razones que justificaban la urgencia.

15 Johnston, J. (March 2020), ‘Matt Hancock insists ‘herd immunity’ not part of government’s plan for tackling coronavirus’, *PoliticsHome*, <https://www.politicshome.com/news/article/matt-hancock-insists-herd-immunity-not-part-of-governments-plan-for-tackling-coronavirus> [accessed 24/03/2022].

En los casos en los que las fuentes de información y datos parecen estar en riesgo o parecen ser insuficientes, los participantes tienden a ignorar las explicaciones basadas en la urgencia médica y a contemplar los aspectos más amenazantes y prominentes de las vacunas o los programas de vacunación. Las historias y los informes acerca de los efectos secundarios de la vacuna, tanto a corto como a largo plazo, afectaron la disposición de los participantes a considerar vacunarse contra una enfermedad que no percibían como una gran amenaza, en especial en las poblaciones más jóvenes. De modo similar, en el presente informe, se demuestra que nuestros participantes confiaban en las historias y experiencias de otras personas con los efectos secundarios de esta y otras vacunas para definir su decisión de rechazar la vacuna o aceptarla debido a la presión laboral o de sus pares. En algunos casos, los entrevistados informaron que los efectos secundarios parecían ser peores que los síntomas del COVID-19. También esperaron para ver cómo evolucionaban los efectos secundarios con el tiempo y cómo respondían fisiológica y físicamente más personas a la vacuna.

T4. Creencias espirituales y religiosas: Las creencias religiosas y espirituales determinan la reticencia a la vacunación

A partir de nuestros hallazgos, también demostramos que las creencias religiosas y espirituales desempeñaron un papel importante en las creencias e ideas de las comunidades minoritarias reticentes a la vacunación. Los participantes explicaron que dudaban de la vacuna porque era “un pecado” ingerir químicos nocivos y porque la vacuna estaba hecha de células fetales, que contradice la postura “provida” religiosa y cristiana. Algunos de los encuestados musulmanes también señalaron que creían en el “poder de la oración” y que el islam fomenta la protección del cuerpo propio y que “insertar algo en tu cuerpo no es bueno para tu salud”. En general, los participantes cristianos, musulmanes o de otras religiones comentaron que sus creencias religiosas y espirituales determinaron sus decisiones sobre la vacunación durante la pandemia.

Muchas personas de comunidades minoritarias también indicaron que preferían tomar remedios naturales, en lugar de fármacos o vacunas fabricados por el hombre. Algunos participantes resaltaron que las vacunas no son necesarias porque no existían en las épocas en las que las personas aún podían superar enfermedades naturalmente. Otros identificaron la vacuna contra el COVID-19 como una “vacuna de ADN”, que efectuaría cambios genéticos y dañaría el cuerpo humano como lo creó Dios. Estos son ejemplos de creencias religiosas explícitas que afectan las actitudes hacia las vacunas. Nuestros resultados también revelan casos en los que las creencias religiosas afectaron indirecta o implícitamente la postura de los participantes sobre las vacunas. Por ejemplo, algunos no mencionaron explícitamente que sus creencias religiosas les prohibían vacunarse, sino que señalaron que se negaban a hacerlo por motivos no relacionados con esto (por ejemplo, efectos secundarios), pero luego mencionaron la religiosidad en el contexto de la vacunación (cuando se les preguntó específicamente al respecto). Además de las creencias religiosas, también se observaron fuertes creencias espirituales no religiosas en “remedios naturales” y en la medicina alternativa y holística entre las preferencias de algunos participantes reticentes a la vacunación de ambos países, las cuales afectaron sus creencias.

T5. Comunicación ineficaz: La información contradictoria proveniente de funcionarios, medios hegemónicos y redes sociales fomenta la reticencia a la vacunación

Durante nuestro trabajo de campo, los participantes de nuestra investigación de comunidades minoritarias indicaron que se sentían excluidos de procesos médicos, menospreciados y discriminados. Les parecía que los consejos médicos y gubernamentales oficiales eran confusos e incoherentes. También señalaron que creían que la comunicación con las instituciones gubernamentales y los médicos era mala. Creían que había falta de información y datos adecuados acerca de los efectos secundarios de la vacuna, mientras que el tono de los consejos oficiales parecía estar impulsado por la necesidad de obligar a la población a vacunarse, sin importar los posibles efectos secundarios ni la responsabilidad o las elecciones morales. Además, la falta de comprensión de la tecnología de ARNm y de confianza en las grandes compañías farmacéuticas (en particular, Pfizer) contribuye a la reticencia. También se ha denominado erróneamente a las poblaciones reticentes “antivacunas” o “formuladores de teorías conspirativas”, dos términos que muchos participantes rechazaron. Esto también redujo la probabilidad de participar en alguna forma de debate informado con estas comunidades. A partir de nuestros hallazgos, demostramos que algunas de las personas reticentes a la vacunación en las comunidades minoritarias estarían dispuestas a reconsiderar vacunarse contra el COVID-19 si se abordaran correctamente sus inquietudes por medio de comunicaciones de salud oficiales y debates públicos.

También señalamos que las personas que se manifestaron en contra del pase vacunatorio en el Reino Unido creen que los medios hegemónicos, como la BBC, son moralmente corruptos y que conspiran con instituciones de la clase dirigente política con fines tiránicos y de control. Aquellos que pertenecen a movimientos de protestas antivacunas señalaron que se resistieron activamente a las fuentes de noticias hegemónicas, principalmente debido a sus intereses políticos.¹⁶ Uno de los participantes del Reino Unido, que también se manifestó, describió a los consumidores de medios hegemónicos como cómplices, lo que es representativo de la perspectiva conspirativa. Por otro lado, quienes no participaron en protestas antivacunas se mostraron menos reacios a los medios hegemónicos en ambos países. Debido a la comunicación oficial exclusiva, la cobertura divisiva de los medios hegemónicos (aunque se percibiera de manera parcialmente diferente en EE. UU.) y la catalogación oficial de sus propias comunidades como “antivacunas”, nuestros participantes desarrollaron un sentido de identidad heterogéneo, pero comunal, en sus propias redes sociales cerradas en línea o en espacios físicos percibidos como más seguros, como las protestas contra el pase vacunatorio o la comunidad de su iglesia.

También demostramos que los encuestados que participaron activamente en protestas contra el pase vacunatorio eran más propensos a evitar los medios hegemónicos y a congregarse en plataformas de redes sociales alternativas como Telegram. Además de estas plataformas alternativas (y más nuevas), las pruebas demuestran claramente la importancia de los videos de YouTube para todos los participantes dentro y fuera de los movimientos sociales contra el pase en ambos países. Revelamos que muchas personas reticentes a la vacunación utilizaron YouTube para obtener (y, en algunos casos, difundir) información sobre la salud durante la pandemia. No obstante, algunos también señalaron que creen que YouTube es una plataforma cómplice debido al poder de sus algoritmos de sugerencia y al incumplimiento percibido del principio de imparcialidad. Por este

16 Edgerly, L., Toft, A., and Veden, M. L. (2011), ‘Social movements, political goals, and the May 1 marches: Communicating protest in polysemous media environments’, *The International Journal of Press/Politics*, 16(3), pp. 314-334.

motivo, algunos participantes señalaron que cambiaron a plataformas más nuevas y pequeñas como Parler y Rumble, donde, según ellos, podían compartir sus opiniones libremente sobre la vacuna contra el COVID-19 sin que los censuraran.

Una de nuestros hallazgos es que los miembros de diferentes comunidades reticentes se conectaron con personas que pensaban de modo similar y confiaron más en ellas. Los resultados nos permiten ver que las personas reticentes a la vacunación de comunidades minoritarias confiaban en videos en línea, documentales, información y datos que circulaban en algunas de las plataformas de redes sociales tradicionales como Twitter y en información y datos sobre la vacuna contra el COVID-19 y la pandemia divulgados en plataformas de redes sociales más nuevas. La tendencia de los encuestados de unirse a otras personas que piensan de modo similar en estas plataformas, además de su diseño intrínseco (por ejemplo, los algoritmos que promueven la interacción), desempeña un papel crucial para crear cámaras de eco en línea.

Además, a partir de los resultados de las entrevistas y grupos focales, sugerimos que los manifestantes antivacunas entre los grupos reticentes utilizaban Telegram con mayor frecuencia. Nuestra investigación nos permite revelar que muchos de los entrevistados, que habían participado en protestas contra el pase vacunatorio, se unieron en torno a teorías conspirativas y narrativas populistas y se orientaron hacia la radicalización. Por otro lado, el contenido en Telegram contradecía las creencias y actitudes de los participantes reticentes a la vacunación de las comunidades minoritarias que no se identificaban con las protestas antivacunas. En varias ocasiones, este grupo criticó las protestas. No obstante, si bien las publicaciones de Telegram resaltaban una mayor deshumanización de las personas ajenas al grupo, las afirmaciones de los entrevistados remarcan la importancia de tolerar todos los tipos de opiniones sobre la vacunación. Todas estos hallazgos explican la diversidad de razonamientos, opiniones, creencias, orígenes sociales y políticos e ideologías políticas dentro de estos grupos reticentes. Si bien tenían fines diferentes, en los tres canales de Telegram que analizamos, es decir, TRUTH PILLS (Píldoras de la verdad), Covid Red Pills (Píldoras rojas del Covid) y Covid Vaccine Injuries (Lesiones por la vacuna contra el Covid), el tono de los debates sobre los mandatos o las protestas era similar. Los canales de Telegram y nuestras entrevistas comparten sentimientos negativos sobre los aislamientos y los mandatos de vacunación obligatoria y una sensación de discriminación. Algunas temáticas y temas, como “efectos secundarios”, “Bill Gates” y “seguridad de los niños”, y las temáticas dominantes de “libertad personal” y “autoritarismo” se repitieron en los datos recopilados a partir de los canales de Telegram y de las entrevistas y grupos focales. Una temática central en todos estos canales de Telegram es que los mensajes invocaban valores de libertad y versaban sobre el disgusto con la vacunación obligatoria de las personas reticentes. Por otro lado, los mensajes acerca de las lesiones por la vacuna tenían un tono emotivo y sensacionalista. Lo que diferencia a las publicaciones de Telegram de nuestras entrevistas es que uno de los temas más populares sobre las vacunas en la red social son las protestas contra la vacunación obligatoria. Por ejemplo, el objetivo principal del canal Covid Red Pills era informar a los seguidores acerca de las protestas nacionales e internacionales contra las vacunas.

Descubrimos que el lenguaje de los canales TRUTH PILLS y Covid Red Pills contiene dicotomías populistas y llamados radicales a la acción. Estos canales también incluyen a grupos más radicalizados, como “Alpha Men Assembly” (Asamblea de hombres alfa), que se reúnen con regularidad en espacios físicos para practicar tácticas de guerra militar. La principal diferencia entre ambos canales era que, en el canal del Reino Unido, TRUTH PILLS, se hablaba principalmente de asuntos políticos y cotidianos del Reino Unido, como una situación acerca del NHS durante la pandemia o el discurso público o las medidas de Boris Johnson respecto a la

vacuna. También se mencionaban específicamente muchas protestas y reuniones locales. En general, el canal TRUTH PILLS desempeñaba una función más bien organizativa. No obstante, en el canal de EE. UU., Covid Red Pills, se hablaba más acerca de asuntos políticos del país, como Biden. Si bien en este canal se organizaba a las personas, ya que llamaban a representantes locales en algunos mensajes, no había muchas organizaciones de base que se reunieran realmente en parques locales u otros espacios públicos. Esto se debe, en parte, a que los usuarios de EE. UU. son de ciudades grandes de diferentes estados. Salvo algunas excepciones en las que se llamó a las personas a asistir a protestas, en este canal, se organizaba menos y se compartían más noticias de protestas globales, en comparación con TRUTH PILLS.

El tercer canal de Telegram que analizamos fue Covid Vaccine Injuries, que nos permite alcanzar nuestro objetivo de identificar diferentes tipos de canales de Telegram donde se comunicaba sobre las vacunas. Descubrimos que el objetivo de este canal era comunicar información sobre lesiones provocadas por las vacunas. A partir de los hallazgos de este canal que nos permitieron definir temas, demostramos que los supuestos síntomas y efectos secundarios asociados a la vacuna contra el COVID-19 son diversos e incluyen coágulos sanguíneos, miocarditis, ataques cardíacos, muerte y abortos espontáneos. Casi todos los mensajes sobre los efectos secundarios de esta vacuna en este canal estaban acompañados de imágenes o videos con contenido emotivo o sensacionalista. En algunos casos, se relataban historias descriptivas en primera persona, o se asociaban incidentes sufridos por personas famosas debido a las vacunas contra el COVID-19. Nuestros entrevistados y grupos focales también mencionaron algunos de los efectos secundarios destacados en este canal, como los coágulos sanguíneos y los ataques cardíacos.

En estos canales, también se hacen afirmaciones exageradas y que siembran temor y se utiliza un lenguaje diseñado para disparar emociones como ira e indignación, que se sabe que determinan la deshumanización. Demostramos que hay una mayor homogeneidad ideológica en los canales de Telegram, lo cual también está relacionado con que solo un número reducido de personas los moderan y deciden lo que se comparte allí. A pesar del número bajo de administradores en estos canales, siguen siendo significativos porque los siguen miles de usuarios. Sin embargo, estos moderadores no representan necesariamente a la comunidad reticente a la vacunación en su totalidad. Por otro lado, tras aplicar nuestro análisis para definir temas a las publicaciones de Twitter, demostramos que la raza y el racismo son temas centrales en las conversaciones sobre las vacunas y que se comparten con hashtags relacionados con la vacuna contra el COVID-19 y con el movimiento Black Lives Matter (BLM). Nuestro análisis sistémico de estos tuits nos permite demostrar que los usuarios que publicaron tuits con estos hashtags percibían los mandatos como racistas. Esto se debe, principalmente, a que se creía que la comunidad afroestadounidense era más reticente a la vacunación que otros grupos. La definición de temas basada en las publicaciones compartidas con estos hashtags reveló que la organización del BLM, al menos en algunas partes de EE. UU., sostenía la idea de que los mandatos de vacunación obligatoria eran racistas y que afectaban a los afroestadounidenses de modo desproporcionado. Esta importante problemática se vio potencialmente eclipsada por grupos más estridentes de 1) activistas antimandato, que veían el BLM como un foco importante en sus luchas contra los mandatos de vacunación, y 2) personas de ultraderecha, que entendían los mandatos de vacunación como programas de izquierda pertenecientes a la misma categoría que el BLM y el movimiento Antifa.

Particularmente, estos resultados ponen énfasis en la importancia de abordar la reticencia a la vacunación con un enfoque interseccional que incluya un análisis de las narrativas generales y las experiencias vividas por estas comunidades más allá de la pandemia, así como de la comunicación más específica sobre la vacuna contra el COVID-19 en las plataformas de redes sociales. Además, nuestro enfoque para analizar las entrevistas, los grupos focales y los datos de las redes sociales nos permite obtener resultados complementarios. Si bien las voces que más se hacen escuchar en las redes sociales evocan un sentimiento profundo antivacunas, los resultados de nuestras entrevistas y grupos focales presentaron una mayor variedad de matices y brindan motivos adicionales a nivel personal y comunitario por los que las personas se niegan a vacunarse contra el COVID-19. Además, llevar a cabo entrevistas y grupos focales con personas reticentes a la vacunación de comunidades minoritarias del Reino Unido y de EE. UU. nos permitió oír y representar a las voces que no necesariamente tenían representación en las conversaciones sobre las vacunas en las redes sociales.

T6. Expertos médicos: Falta de concientización y orientación acerca de las inquietudes de las comunidades minoritarias

En nuestra investigación, también se resaltan los sesgos y las suposiciones de las comunidades médicas sobre los grupos minoritarios, que perpetúan la desconfianza basada en las prácticas históricas poco éticas por parte de miembros de los grupos culturales dominantes. Por medio de nuestras entrevistas con médicos del Reino Unido y de EE. UU., nuestro objetivo también fue comprender el impacto de la relación entre el paciente y el proveedor de atención sanitaria en el desarrollo de la confianza y en el refuerzo de la tranquilidad respecto a las vacunas. A partir de los resultados de estas entrevistas, revelamos que los profesionales médicos se encontraron con varias dificultades al hablar sobre la reticencia a la vacunación con sus pacientes durante la pandemia. En primer lugar, los médicos de la muestra comentaron que muchos pacientes reticentes creían que la vacuna era insuficiente para protegerlos del virus y detener la propagación.

En segundo lugar, los participantes del Reino Unido y EE. UU. señalaron que muchos pacientes creían que las probabilidades de padecer síntomas leves si se contagiaban COVID-19 eran altas. Además, identificaron que es posible que las publicaciones no reguladas en las redes sociales también hayan afectado negativamente la voluntad de sus pacientes de vacunarse, en especial si se tiene en cuenta que los casos más prominentes sobre los efectos secundarios más graves tienen más visibilidad en línea que los millones de casos de personas que tuvieron efectos secundarios leves o que no padecieron ninguno. Por otro lado, los médicos señalaron que las personas que mejor toleraron los efectos secundarios de la vacuna eran más propensas a animar a los demás a vacunarse. Lo que es interesante es que los resultados indican que las historias acerca de estos efectos también pueden afectar la decisión de los profesionales médicos de rechazar una marca específica de la vacuna, como fue el caso de un participante que rechazó la vacuna de Pfizer.

Demostramos que los participantes médicos también se encontraron con dificultades con los pacientes reticentes que confiaban en sus consejos médicos para tratar otras enfermedades, como el cáncer, pero no cuando se trataba del COVID-19. Otra temática que surgía con frecuencia en las conversaciones entre los pacientes y médicos, según nuestros participantes, era la reticencia debido a creencias religiosas. Además, nuestros participantes profesionales señalaron que creen que las normas sociales conservadoras que prohíben la vacunación se pasan a generaciones más jóvenes en algunas comunidades. También revelamos, a partir de nuestros hallazgos, que los pacientes de algunos médicos sospechaban de los motivos relacionados

con las ganancias de las compañías farmacéuticas que producían la vacuna, un tema que surgió en sus interacciones con los pacientes. Los médicos de la muestra identificaron las mutaciones del COVID-19 que hacen que la enfermedad sea menos grave como posibles factores que fomentan la reticencia a la vacunación en los pacientes.

El grupo demográfico percibido por los participantes médicos como reticente a la vacunación que mencionaron con mayor frecuencia fueron las comunidades negras, asiáticas, mediorientales, nativas de EE. UU. gitanas y nómadas. Cuando les preguntamos a los médicos si dirían que hay comunidades que, en general, son más propensas a ser reticentes a la vacunación, la mayoría de los médicos de EE. UU. (cinco de seis) mencionaron a la comunidad afroestadounidense y tres de seis mencionaron a los seguidores de derecha de Trump como los grupos más reticentes del país. Dos médicos también hicieron referencia a grupos religiosos, y uno mencionó a los nativos de EE. UU. Las respuestas de los médicos británicos discreparon un poco más, ya que mencionaron diferentes grupos demográficos como los más propensos a la reticencia. De ocho participantes, la mayoría (tres) mencionó a las comunidades negras, y otros tres mencionaron a las personas blancas, incluida la subcultura de la Nueva Era, los obreros y los grupos religiosos, como los creyentes o seguidores musulmanes o de los testigos de Jehová. Dos participantes mencionaron a las comunidades sudasiáticas, y uno mencionó a las comunidades de gitanos y nómadas.

Cuando les preguntamos a nuestros participantes médicos si habían oído anteriormente acerca de algún caso histórico de maltrato médico de las comunidades minoritarias, los participantes del Reino Unido respondieron, en su mayoría, con respuestas imprecisas, lo que refleja su incertidumbre acerca de lo que realmente sucedió en el pasado. El médico 4, por ejemplo, dijo: “Sí, oí hablar de ello en el pasado (aquí hace referencia al maltrato histórico en el Reino Unido), pero no sé si fue un ensayo de un medicamento o qué”. Por otro lado, los participantes de EE. UU. se mostraron más seguros en sus respuestas, lo que refleja su conocimiento del maltrato médico histórico en EE. UU. El médico 4 de este país mencionó, por ejemplo, que “definitivamente hay antecedentes de ese tipo de sucesos en los Estados Unidos”. El médico 5 también dijo: “Creo que la población afroestadounidense también parece ser un poco reticente. Y, probablemente, con mucha razón. No sé si ha oído hablar del experimento de Tuskegee con sífilis en su momento. No creo que, en general, el Gobierno esté haciendo lo que debería para fomentar la igualdad entre ellos, en comparación con los blancos y otros grupos étnicos”.

Además, en ambos países, ninguno de los participantes que trabajan en el sistema sanitario conoce la existencia de algún tipo de pautas adaptadas para tratar a los miembros de las comunidades minoritarias. En lugar de ello, comentaron que, en los sistemas sanitarios de sus países, se emplean las mismas soluciones y recomendaciones para todos. Ante la ausencia de pautas específicas, algunos médicos han asumido la responsabilidad de restablecer la confianza entre las comunidades minoritarias. Para ello, por ejemplo, eligieron vacunarse con la misma marca que ofrecían a sus pacientes. Estas acciones demuestran confianza en la seguridad de las vacunas, lo que puede ayudar con el proceso de decisión de los pacientes que temen a los efectos secundarios y que también son cautelosos debido a la discriminación pasada o que sospechan de las compañías farmacéuticas por concentrarse en las ganancias y no en la seguridad de los pacientes. Los participantes médicos también señalaron que dedicaron tiempo a oír las inquietudes de los pacientes sobre los efectos secundarios de las vacunas y a abordar su reticencia en sesiones de asesoramiento.

Sin embargo, la conceptualización de la reticencia a la vacunación de algunos de ellos reveló que los perciben como un grupo social homogéneo, con connotaciones negativas provenientes del marcador “antivacunas”. Como ya mencionamos en partes anteriores de este informe, la mayoría de nuestros entrevistados que eran reticentes a la vacunación no querían ser catalogados como ‘antivacunas’ ni ‘formuladores de teorías conspirativas’. Reconocimos que hablar de las comunidades reticentes a la vacunación como ‘antivacunas’ e imaginarlas como un grupo homogéneo dificultaba la posibilidad de entablar un diálogo genuino con ellos y de comprender sus inquietudes individuales y colectivas relacionadas con las vacunas. Los médicos reconocieron que la inquietud moral acerca de la libertad que surge de los mandatos de la vacunación obligatoria desempeña un papel central en la reticencia. Algunos participantes creían que obligar a los profesionales de la salud a vacunarse y amenazar con quitarles el empleo si no cumplían constituía una forma de discriminación. Si bien, en este informe, analizamos principalmente los sesgos y prejuicios de las comunidades minoritarias reticentes a la vacunación sobre el Gobierno, el sistema sanitario y los proveedores de atención sanitaria, también deshacemos los sesgos y prejuicios de los médicos sobre estas comunidades y su reflejo de las medidas y los enfoques que deberían adoptarse en los sistemas sanitarios del Reino Unido y de EE. UU. para entablar un mejor diálogo y desarrollar más confianza entre estos grupos y los médicos.

Consecuencias y recomendaciones para la elaboración de políticas

A partir de seis de las temáticas (T1: racismo y discriminación; T2: libertad; T3: efectos secundarios; T4: creencias espirituales; T5: comunicación ineficaz; T6: expertos médicos) de nuestros hallazgos, sugerimos cinco objetivos estratégicos para los responsables de la elaboración de políticas (consulte la Figura 2). Creemos que estas sugerencias para las políticas y estrategias ayudarán a estas personas a abordar las desigualdades sociales y la desconfianza que sienten las comunidades minoritarias, y que los guiarán para que puedan mirar hacia el futuro y definir la década del COVID-19.

Figura 2: Recomendaciones para la elaboración de políticas

<p>T1 Racismo y discriminación</p>	<p>T1 Racismo y discriminación</p>
<p>T6 Expertos médicos</p>	<p>T4 Creencias espirituales</p>
<p>Reconocer el sesgo y la discriminación en las instituciones sanitarias y en los modelos biomédicos de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recomendamos que los Gobiernos y las instituciones sanitarias reconozcan las diferencias específicas de las comunidades minoritarias en cuanto a las precauciones y oportunidades de salud para acercarse a ellas. • Las iniciativas de salud pública futuras deben reconocer en primer lugar las injusticias sociales y adaptarse a sus estrategias y enfoques sanitarios, según corresponda. 	<p>T6 Expertos médicos</p> <p>Priorizar el desarrollo de relaciones sólidas entre las comunidades minoritarias y las instituciones sanitarias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se deben crear iniciativas de participación, como foros abiertos, que funcionen dentro de las comunidades para desbaratar las expectativas normativas de desigualdad en las relaciones que, según muchos de nuestros participantes, caracterizan sus interacciones con los profesionales de la salud. • Se deben crear espacios donde las personas sientan que pueden entablar diálogos honestos para debatir sus inquietudes, creencias y experiencias y recibir respuestas sin ser juzgadas.
<p>T2 Libertad</p>	<p>T3 Efectos secundarios</p>
<p>T4 Creencias espirituales</p>	<p>T5 Comunicación ineficaz</p>
<p>T5 Comunicación ineficaz</p> <p>Reconocer las inquietudes de los pacientes en relación con la moralidad y las organizaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Los Gobiernos y las instituciones sanitarias deben acercarse a las comunidades minoritarias mediante el reconocimiento de sus inquietudes relacionadas con la moralidad y las organizaciones, como aquellas acerca de la prevención de daños, de que se favorece al grupo interno propio o de que las organizaciones son justas solo con algunas comunidades. • Las estrategias de comunicación de salud pública implementadas en las futuras distribuciones de vacunas también deben incluir mensajes relacionados con las inquietudes morales. 	<p>Mejorar la manera en que se comparten la información y los datos con el público</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar los efectos secundarios y la frecuencia con la que ocurren con mayor transparencia y claridad puede ser útil, especialmente en momentos de crisis. • Es buena idea asociarse con expertos en comunicación y visualización de la información para desarrollar métodos eficaces, simples y útiles para comunicar información compleja relacionada con la salud.
<p>T5 Comunicación ineficaz</p> <p>Reconocer las diferentes experiencias de vida de las comunidades reticentes a la vacunación y evitar polarizar el discurso</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se debe adoptar un lenguaje que no estigmatice a las personas y comunidades reticentes a la vacunación por los problemas sociales y médicos de la pandemia del COVID-19. • Se deben evitar las categorizaciones como “antivacunas”, que dividen a la sociedad en dos polos opuestos entre los vacunados y los antivacunas. 	

1. Reconocer el sesgo y la discriminación en las instituciones sanitarias y en los modelos biomédicos de salud

Sugerimos que uno de los puntos de partida más importantes para reducir la reticencia a la vacunación en las comunidades minoritarias es **generar confianza**. La falta de responsabilidad por la negligencia médica del pasado continúa estando presente en el proceso de razonamiento de estas comunidades. Ser más transparentes acerca de las problemáticas ayudaría a recuperar la confianza de estas comunidades. A partir de la temática predominante **T1: Racismo y discriminación**, recomendamos que los Gobiernos y las instituciones sanitarias, tanto en EE. UU. como en el Reino Unido, reconozcan las diferencias específicas de las comunidades minoritarias en cuanto a las precauciones y oportunidades de salud para acercarse a ellas. Los participantes de comunidades históricamente minoritarias de la muestra informaron que sospechaban de los Gobiernos y las instituciones sanitarias porque sus predecesores los habían discriminado. También descubrimos que, en las iniciativas de salud pública en torno a la pandemia del COVID-19, se ha tratado a todos los pacientes de manera uniforme. Esto sugiere una falta de conciencia de que las distintas comunidades tienen historias, experiencias vividas y necesidades diferentes o, por lo menos, una falta de interés por actuar a partir de dicha conciencia. Sugerimos que las iniciativas de salud pública futuras reconozcan en primer lugar las injusticias sociales y que adapten sus estrategias y enfoque sanitarios, según corresponda.

Proponemos que estos cambios deben adoptarse a nivel individual. Por ejemplo, cuando los pacientes informan a su médico acerca del dolor que sienten, no se los debe desestimar debido a ideas erróneas históricas, intencionales y discriminatorias, para lo cual es importante educar a los médicos acerca de los casos históricos de negligencia. Nuestras entrevistas con los médicos nos permitieron ver que hay una falta de educación y capacitación formalizada acerca del racismo estructural en el sector sanitario. A nivel comunitario, es importante contar con iniciativas de participación comunitaria, incluidos foros abiertos y talleres públicos que puedan reunir a médicos y comunidades minoritarias. Y a nivel social, esto puede lograrse mediante el reconocimiento público del maltrato histórico y actual de las comunidades minoritarias, *específicamente* en el contexto del debate de la pandemia del COVID-19 y del programa de vacunación, por parte del Gobierno y de las instituciones sanitarias, como el NHS (Reino Unido) y los proveedores de atención sanitaria (EE: UU.). Solo es posible comenzar a abordar la disparidad del impacto de la pandemia en estas comunidades si se afianzan estas relaciones y se abordan estas problemáticas predominantes. El objetivo es que, en caso de que irrumpa una pandemia similar en el futuro, estas disparidades puedan minimizarse y abordarse desde el comienzo.

2. Priorizar el desarrollo de relaciones sólidas entre las comunidades minoritarias y las instituciones sanitarias

A partir de nuestras conclusiones de las temáticas **T1: Racismo y discriminación**, **T4: Creencias religiosas** y **T6: Expertos médicos**, proponemos iniciativas de participación, como foros abiertos, que funcionen *dentro* de las comunidades para desbaratar las expectativas normativas de desigualdad en las relaciones que, según muchos de nuestros participantes, caracterizan sus interacciones con los profesionales de la salud. Cuando sea posible, estos proyectos deberían incluir a miembros de confianza de la comunidad, como líderes religiosos (T4) y médicos expertos (T6), para forjar la confianza y las relaciones. Además, en estos foros, no debería haber expectativas de que se acepten las vacunas. Dicho de otro modo, los

mensajes de estas iniciativas *deberían basarse menos en los índices de vacunación*. En lugar de ello, recomendamos que funcionen como espacios donde las personas sientan que pueden entablar diálogos honestos para debatir sus inquietudes, creencias y experiencias y recibir respuestas sin ser juzgados y sin que se espere que quieran vacunarse al final de la conversación.

Esto permitiría abordar las inquietudes planteadas por los participantes sobre el hecho de que obtuvieron gran parte de la información acerca de la vacuna mediante búsquedas personales (por ejemplo, en línea) porque sentían que no podían mantener estas conversaciones con médicos o en algunas de sus redes sociales inmediatas debido a la posible estigmatización. Si se aborda la falta de procedimientos, pautas y estrategias para interactuar con las personas que se rehúsan a vacunarse y se garantiza que los profesionales de la salud conozcan estos recursos específicos, será posible ayudar de manera más formal a estas personas que están preocupadas por la vacuna. Además, si se desarrollan pautas sobre la vacuna contra el COVID-19 para las comunidades minoritarias, las fuentes de información serán más fiables y las compañías de redes sociales podrán regular dicha información.

Nuevamente, las narrativas de los entrevistados minoritarios sugieren que la manera de iniciar el largo camino para ganarse su confianza conlleva dos pasos: reconocer públicamente el sesgo y la discriminación en las instituciones sanitarias y en los modelos biomédicos de salud, y oír y valorar las experiencias vividas. Es muy importante resaltar esto, ya que muchos de los participantes médicos del Reino Unido, en especial aquellos que provenían de identidades culturales privilegiadas y dominantes, no demostraron tener conciencia de la discriminación y el racismo sistémicos en las instituciones sanitarias, ni en la historia, ni en la actualidad. De este modo, estos foros de participación comunitaria también incluirían **capacitaciones y prácticas activas contra el racismo para los profesionales de la salud**. También demostramos con nuestras entrevistas que una mayor representación de las minorías en el personal médico también incrementaría la aceptación de la vacuna. Solo es posible comenzar a abordar la disparidad del impacto de la pandemia en estas comunidades si se afianzan estas relaciones. El objetivo es que, en caso de que irrumpa una pandemia similar en el futuro, estas disparidades puedan minimizarse y abordarse desde el comienzo.

3. Reconocer la capacidad y las inquietudes morales de los pacientes

A partir de las temáticas **T2: Libertad**, **T4: Creencias espirituales** y **T5: Comunicación ineficaz**, sugerimos que, para acercarse a las comunidades minoritarias, los Gobiernos y las instituciones sanitarias, tanto en EE. UU. como en el Reino Unido, deben reconocer su capacidad y sus inquietudes morales y saber, por ejemplo, cómo evitar perjudicarlos, favorecer al grupo interno propio o ser justos solo con algunas comunidades. Por ejemplo, a partir de nuestros hallazgos, demostramos que muchas personas que se oponen a la vacunación obligatoria plantean inquietudes morales acerca de la libertad. Hace poco, psicólogos especializados en cuestiones morales revelaron que algunas personas parecen preocuparse más por su libertad personal que por los demás y que son más sensibles a la posible violación de estas libertades.^{17,18} También observamos una inquietud relativamente mayor acerca de la

17 Graham, J., Haidt, J., and Nosek, B. A. (2009), 'Liberals and conservatives rely on different sets of moral foundations', *Journal of personality and social psychology*, 96(5), pp. 1029-1046.

18 Iyer, R., Koleva, S., Graham, J., Ditto, P., and Haidt, J. (2012), 'Understanding libertarian morality: The psychological dispositions of self-identified libertarians', *PLOS ONE*, 7(8), pp. 1-23.

libertad personal en nuestros participantes reticentes a la vacunación, en especial en aquellos que también protestaban contra el pase vacunatorio y los mandatos. Si bien es importante ver a los pacientes como un agregado de agentes para poder definir, controlar y reducir la propagación del virus durante una pandemia, también es importante abordar a cada agente de manera individual. Muchos participantes notaron la falta de un debate real sobre los mandatos de la vacunación obligatoria y del pase vacunatorio, sintieron que nadie escuchaba sus inquietudes y se sintieron excluidos incluso del debate superficial que dividió a los pacientes en ‘buenos ciudadanos’ y ‘formuladores de teorías conspirativas’. Cuando a las personas que les preocupa mucho proteger su libertad personal se les dice que deben someterse o se los presiona para que se sometan a un procedimiento físicamente invasivo (por ejemplo, la vacunación), lo perciben como una violación de su libertad, sienten indignación a nivel moral y se oponen al mandato. Por lo tanto, recomendamos que las estrategias de comunicación de salud pública implementadas en distribuciones de vacunas futuras también incluyan mensajes relacionados con las inquietudes morales, especialmente las relacionadas con la libertad individual. Esto se debe a que es probable que estas inquietudes también afecten negativamente a las iniciativas de salud pública futuras.

4. Mejorar la manera en que se comparten la información y los datos con el público

A partir de las temáticas **T3: Efectos secundarios** y **T5: Comunicación ineficaz**, destacamos que gran parte de la reticencia a la vacunación proviene del temor a los efectos secundarios de las vacunas. Sobre la base de nuestros hallazgos, revelamos que los participantes reticentes a la vacunación tendían a buscar información adicional sobre las vacunas contra el COVID-19 porque sentían que la información que recibían de las instituciones gubernamentales era insuficiente. Sugerimos que, en comunicaciones futuras, se expliquen los efectos secundarios y la frecuencia con la que ocurren con mayor transparencia y claridad. Esto puede ser útil, especialmente durante momentos históricos complicados, como la pandemia del COVID-19. Los Gobiernos y las organizaciones sanitarias también deberían brindarle al público información clara y transparente sobre la ciencia que subyace al desarrollo y la eficacia de las vacunas.

Sugerimos que los responsables de la elaboración de políticas y los Gobiernos del Reino Unido y de EE. UU se asocien con expertos en comunicación y visualización de la información para desarrollar métodos eficaces, simples y útiles para comunicar información compleja relacionada con la salud. Gran parte de los temores de nuestros participantes a los efectos secundarios provenían de anécdotas originadas de experiencias personales, de familiares o de amigos. Sugerimos que las comunicaciones gubernamentales se concentren en 1) informar los problemas de basarse en anécdotas y 2) visualizar la información que comunique el tamaño de las muestras. Además, como la narración es una poderosa herramienta de persuasión, sugerimos que los mensajes sobre los beneficios de las vacunas se concentren en historias individuales gráficas presentadas mediante la visualización de datos, además de utilizar estadísticas y números. Las iniciativas de salud pública también podrían incluir videos educativos intuitivos sobre la tecnología de ARNm o utilizar la ludificación para facilitar su comprensión.

5. Reconocer las diferentes experiencias de vida de las comunidades reticentes a la vacunación y evitar polarizar el discurso

A partir de la temática **T5: Comunicación ineficaz**, en especial, y de todas las temáticas que surgieron en nuestro estudio, también recomendamos que las instituciones públicas, incluidas las compañías de medios, adopten un lenguaje que no estigmatice a las personas y comunidades reticentes a la vacunación por los problemas sociales y médicos de la pandemia del COVID-19. Los mandatos de la vacunación obligatoria se han convertido rápidamente en una problemática polarizadora que ha conducido a que muchas personas reticentes oculten sus verdaderas inquietudes por temor a sufrir costos sociales, como ser dejado de lado por los círculos sociales inmediatos, o costos financieros, como perder el empleo. Si bien las iniciativas de salud pública no estaban verdaderamente diseñadas para alcanzar estos objetivos, estos resultados pueden entenderse como efectos secundarios del mandato de la vacunación obligatoria contra el COVID-19. Por consiguiente, en las iniciativas futuras, se deberían tener en cuenta los costos sociales estimados para los pacientes.

Las compañías de medios también deberían evitar las categorizaciones como “antivacunas”, que dividen a la sociedad en dos polos opuestos entre los vacunados y los antivacunas. Describir de manera generalizada a las comunidades minoritarias entre las personas reticentes a la vacunación con el término “antivacunas” nos impide comprender los matices de la experiencia personal que determinan sus reservas y definen sus decisiones. Por último, los Gobiernos podrían encargar a desarrolladores de juegos de mesa la creación de juegos educativos que apunten a recrear las condiciones socioeconómicas e históricas desiguales a las que deben enfrentarse los miembros de las comunidades minoritarias. En estos juegos, las personas de diferentes orígenes, incluidos los médicos y los responsables de la elaboración de políticas, tendrían la oportunidad de familiarizarse con los obstáculos específicos que deben superar las comunidades minoritarias para acceder a la atención sanitaria, por ejemplo, o al lidiar con el descuido y la discriminación.¹⁹

19

For an example, please see this video: Vox (2021) *Glad You Asked*, S2, E4. Available at: https://www.youtube.com/watch?v=YUbSpl0J9aQ&t=19s&ab_channel=Vox [accessed 24/03/2022].

Conclusión

Las entrevistas, los grupos focales y los datos de redes sociales que recopilamos durante la pandemia del COVID-19 nos permitieron identificar una gran variación en los niveles de desconfianza, no solo en los Gobiernos, sino también en los sistemas sanitarios y los consejos científicos del día. También encontramos diferentes factores que motivan la reticencia de los encuestados a la vacunación, dependiendo de si pertenecen a diferentes comunidades étnicas, religiosas, culturales o raciales. Además, encontramos diferencias en los niveles de reticencia a la vacunación entre las personas que se identifican con las protestas antivacunas y aquellas que no. Explicamos estas variaciones como un factor de las historias específicas vividas, del legado pasado y de la discriminación actual, que provocan la desigualdad de acceso a oportunidades para las comunidades minoritarias. Nuestro enfoque resalta la necesidad de adoptar una perspectiva interseccional para diseñar políticas públicas y así tener más en cuenta los diferentes obstáculos con los que suelen encontrarse estos grupos. Identificamos las temáticas centrales que contribuyen a la decisión de estos participantes a rechazar o posponer la vacunación, así como los factores contextuales y estructurales que refuerzan este resultado.

En conjunto, nuestros hallazgos indican que el nivel de desconfianza en los Gobiernos y las instituciones sanitarias en el Reino Unido y EE. UU. es variable, en especial debido a la negligencia y marginación históricas y a las prácticas y políticas discriminatorias actuales del sistema sanitario y en otros ámbitos. En este informe, demostramos que esta desconfianza determina en gran medida las creencias y decisiones sobre la vacunación de las comunidades minoritarias en estos países. La recuperación de un punto de apoyo en el conocimiento compartido sobre los traumas culturales y generacionales sufridos por estas comunidades les permitiría a los responsables de la elaboración de políticas identificar claramente los obstáculos para estos grupos y corregirlos. Sin duda, esto ayudaría mucho a recuperar la confianza de las comunidades en las instituciones estatales y las iniciativas de salud pública.

Como observamos en los datos de redes sociales recopilados en Twitter y Telegram, los usuarios suelen depender de ‘investigaciones personales’ para obtener información sobre el COVID-19, lo cual impone la carga de distinguir entre la desinformación y las fuentes creíbles sobre las personas. A partir de nuestros hallazgos, demostramos que la desinformación sobre la vacuna contra el COVID-19, a menudo, se basa en un lenguaje emotivo y en temáticas que hacen que el contenido sea atractivo para los usuarios. Los resultados de las entrevistas y grupos focales también indican que los manifestantes antivacunas entre los grupos reticentes utilizaban Telegram con mayor frecuencia. No obstante, demostramos en nuestro informe que el contenido de Telegram contradecía las creencias y actitudes de los participantes reticentes a la vacunación de las comunidades minoritarias que no se identificaban con las protestas antivacunas. Esto refuerza la necesidad de adoptar un enfoque interseccional para estudiar la reticencia a la vacunación, las desigualdades sociales y la desconfianza.

También demostramos con nuestros hallazgos que se necesita más transparencia e información más detallada acerca de los ensayos con las vacunas y sus efectos secundarios para generar, mantener y recuperar la confianza de las diferentes comunidades minoritarias reticentes a la vacunación en el Reino Unido y en EE. UU. La falta de transparencia sobre los efectos secundarios insignificantes, pero que han tenido mucha difusión, o graves, pero inusuales, podría dificultar seriamente

las campañas de distribución. Por otro lado, si no se adapta por completo al nivel de la población, puede entenderse como una señal de paternalismo, que fomenta la desconfianza, ya que las personas podrían preguntarse con razón por qué la información sobre las vacunas no es más accesible y no está más difundida. También descubrimos que otro aspecto importante de una gobernanza exitosa podría ser la comunicación eficaz entre el Gobierno y los ciudadanos sobre la salud, que debería apuntar a la recuperación durante la pandemia. Los Gobiernos, las iniciativas de salud pública y los responsables de la elaboración de políticas que contemplen iniciativas de vacunación futuras deberían pensar en promover un debate informado sobre las diferentes creencias y actitudes que llevan a rechazar la vacuna por motivos morales, por ejemplo, debido a una mayor sensibilidad al problema de la libertad personal. Por último, sostenemos que los políticos, las compañías de medios, las organizaciones de fe de la comunidad y los médicos clínicos desempeñan un papel fundamental en la tarea de mejorar las relaciones entre los médicos y las comunidades minoritarias reticentes a la vacunación y de abordar sus inquietudes.

Referencias

Balibar, E. and Wallerstein, I. (1991), *Race, Nation, Class: Ambiguous Identities*, London and New York: Verso.

Edgerly, L., Toft, A., and Veden, M. L. (2011), ‘Social movements, political goals, and the May 1 marches: Communicating protest in polysemous media environments’, *The International Journal of Press/Politics*, 16(3), pp. 314-334.

Graham, J., Haidt, J., and Nosek, B. A. (2009), ‘Liberals and conservatives rely on different sets of moral foundations’, *Journal of personality and social psychology*, 96(5), pp. 1029-1046.

Iyer, R., Koleva, S., Graham, J., Ditto, P., and Haidt, J. (2012), ‘Understanding libertarian morality: The psychological dispositions of self-identified libertarians’, *PLOS ONE*, 7(8), pp. 1-23.

Jamison, A. M., Quinn, S. C., and Freimuth, V. S. (2019), ‘“You don’t trust a government vaccine”: Narratives of institutional trust and influenza vaccination among African American and white adults’, *Social Science & Medicine*, 221, pp. 87-94.

Johnston, J. (March 2020), ‘Matt Hancock insists ‘herd immunity’ not part of government’s plan for tackling coronavirus’, *PoliticsHome*, <https://www.politicshome.com/news/article/matt-hancock-insists-herd-immunity-not-part-of-governments-plan-for-tackling-coronavirus> [accessed 24/03/2022].

Kennedy, B. R., Mathis, C. C., and Woods, A. K. (2007), ‘African Americans and their distrust of the health care system: healthcare for diverse populations’, *Journal of cultural diversity*, 14(2), pp. 56-61.

Lentin, A. (2000), ‘Race’, Racism and Anti-Racism: Challenging Contemporary Classifications, *Social Identities*, 6(1), pp.91-106.

Marcelin, J. R., Swartz, T. H., Bernice, F., Berthaud, V., Christian, R., Da Costa, C., ... and Abdul-Mutakabbir, J. C. (September 2021), ‘Addressing and Inspiring Vaccine Confidence in Black, Indigenous, and People of Color During the Coronavirus Disease 2019 Pandemic’, In *Open Forum Infectious Diseases* (Vol. 8, No. 9, p. ofab417). US: Oxford University Press.

Niño, M. D., Hearne, B. N., and Cai, T. (2021), ‘Trajectories of COVID-19 vaccine intentions among US adults: The role of race and ethnicity’, *SSM-population health*, 15, pp. 1-8.

Nuriddin, A., Mooney, G., and White, A. I. (2020), ‘Reckoning with histories of medical racism and violence in the USA’, *The Lancet*, 396(10256), pp. 949-951.

Office for National Statistics (January 2022), *Coronavirus and vaccination rates in people aged 18 years and over by socio-demographic characteristic and occupation, England: 8 December 2020 to 31 December 2021*. <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/healthinequalities/bulletins/coronavirusandvaccinationratesinpeopleaged18yearsandoverbysociodemographiccharacteristicandoccupationengland/8december2020to31december2021> [accessed 24/03/2022].

Omi, M. and Winant, H. (2015), *Racial Formation in the United States* (3rd Edition), New York and Abingdon: Routledge.

Perkins K. and Wiley S. (2014), ‘Minorities’ in Teo, T. (ed.), *Encyclopedia of Critical Psychology*, (New York: Springer), https://doi.org/10.1007/978-1-4614-5583-7_188.

Peteet, B., Belliard, J. C., Abdul-Mutakabbir, J., Casey, S., and Simmons, K. (2021), ‘Community-academic partnerships to reduce COVID-19 vaccine hesitancy in minoritized communities’, *EClinicalMedicine*, 34, pp.1-2.

Platt, L. (November 2021), *Why ethnic minorities are bearing the brunt of COVID-19*. <https://www.lse.ac.uk/research/research-for-the-world/race-equity/why-ethnic-minorities-are-bearing-the-brunt-of-covid-19> [accessed 24/03/2022].

Sauda, E., Wessel, G., and Karduni, A. (2021), *Social Media and the Contemporary City*, Abingdon: Routledge.

“La medicina sigue estando en contra de las personas negras”

Vox (2021) Glad You Asked, S2, E4. Available at: https://www.youtube.com/watch?v=YUbSpI0J9aQ&t=19s&ab_channel=Vox [accessed 24/03/2022].

Wagner, E. F., Langwerden, R. J., Morris, S. L., Ward, M. K., Trepka, M. J., Campa, A. L., ... and Hospital, M. M. (2021), 'Virtual Town Halls Addressing Vaccine Hesitancy Among Racial/Ethnic Minorities: Preliminary Findings', *Journal of the American Pharmacists Association*, 62(1), pp. 317-325.

Acerca de la Academia

La Academia Británica es una corporación independiente y autorregulada compuesta por casi 1000 miembros en el Reino Unido y 300 en el extranjero, elegidos en reconocimiento de su carácter distinguido como académicos e investigadores. Sus objetivos, facultades y marco de gobierno se establecen en el acta constitutiva y sus estatutos, según lo aprobado por el Consejo Privado. La Academia recibe financiación pública del presupuesto de Ciencias e Investigación, asignado mediante una beca del Departamento de Negocios, Energía y Estrategia Industrial (BEIS). También recibe apoyo de fuentes privadas y recurre a sus propios fondos. Los puntos de vista y conclusiones aquí expresados no necesariamente cuentan con el respaldo de los miembros individuales, pero se recomiendan como un aporte al debate público.

La Academia Británica es la academia nacional del Reino Unido en humanidades y ciencias sociales. Movilizamos estas disciplinas para comprender el mundo y dar forma a un futuro más brillante.

Los desafíos complejos de la actualidad —desde la inteligencia artificial hasta el cambio climático, desde la generación de prosperidad hasta la mejora del bienestar— solo se pueden resolver si profundizamos nuestra percepción de las personas, culturas y sociedades.

Invertimos en investigadores y proyectos en el Reino Unido y en el extranjero, involucramos al público con ideas y debates nuevos, y reunimos a becarios, gobiernos, empresas y la sociedad civil para influir en las políticas en beneficio de todos.

La Academia Británica
10-11 Carlton House Terrace
Londres SW1Y 5AH

Asociación benéfica registrada n.º 233176

thebritishacademy.ac.uk
Twitter: @BritishAcademy_
Facebook: TheBritishAcademy

Publicado en febrero de 2023

© The authors. Esta es una publicación de acceso abierto con licencia Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 4.0 Unported License

Para citar este informe: Academia Británica (2023), *“La medicina sigue estando en contra de las personas negras”: mapeo y visualización de las intersecciones de las desigualdades sociales, la desconfianza de la comunidad y la reticencia a la vacunación en espacios físicos y en línea en el Reino Unido y los Estados Unidos*, La Academia Británica, Londres

doi.org/10.5871/c19-recovery/O-O-B-A-O-A-KN-F-W-D-M-A-M-F-Spanish

Diseño de Only