

Introducción:

En julio de 2016, con fondos de la National Science Foundation, se llevó a cabo una investigación cualitativa, principalmente en el estado de Chiapas, con el fin de obtener información de primera mano sobre los aspectos sociales del virus del zika en México. También se realizaron algunas entrevistas fuera de ese estado, en Ciudad de México, Puebla y Veracruz, con el fin de observar la existencia de diferencias relacionadas con la proximidad al brote epidémico. El proyecto busca contribuir a la comprensión de tres factores: el primero es la circulación del conocimiento por medio de redes, el segundo son los mecanismos de transmisión de la información relacionada al zika, y el tercero es la percepción del riesgo y las acciones aceptadas en respuesta al brote del zika en América Latina. Para este fin, se llevaron a cabo 100 entrevistas en México, 100 en Argentina y 100 en Brasil. En ese entonces, el boletín epidemiológico de la Secretaría de Salud Pública de México informó que había 786 casos de zika en el país, siendo Chiapas, con 287, el estado con el número más alto, seguido de Oaxaca con 204 y Guerrero con 170 (Secretaría de Salud, 2016). Razones de seguridad hicieron imposible extender la investigación a Oaxaca y Guerrero, sin embargo, el foco en Chiapas estaba justificado dado que era la entidad con más casos y que, por entonces, implicaba los mayores esfuerzos en materia preventiva y de interés público. Desde entonces, las cifras han cambiado. Para noviembre de 2016, el número de casos superaba los 5 mil, siendo Veracruz el estado más afectado por el virus, con 1742 casos (Secretaría de Salud, 2016). En la actualidad, los estados más afectados son Veracruz y Yucatán, que, actualmente cuentan con 2,100 y 1,299 de casos respectivamente, superando a otros estados endémicos como Guerrero con 886 y Chiapas con 821 casos (Secretaría de Salud, 2018)

En este trabajo se presentarán los hallazgos de dicha investigación para el caso de México en lo relativo a la desconfianza de la población y la manera en que esta afecta a la salud pública. Mi análisis está compuesto de cuatro partes: 1) la desconfianza de los ciudadanos en el gobierno, 2) la desconfianza de los ciudadanos en los medios de comunicación, 3) la percepción de la gente respecto

a las acciones del sector salud y 4) la percepción de los ciudadanos sobre las acciones del gobierno en cuanto a prevención y erradicación del virus.

La evidencia de esta investigación permite comprender la desconfianza en el gobierno a partir de cuatro ejes. En primer lugar, la (in)capacidad del gobierno para controlar el brote de zika. En segundo lugar, el (des)interés en hacerlo. En tercer lugar, y quizás la más llamativa, es que para algunos informantes el gobierno es responsable de dicho brote. Finalmente, se sostiene que el gobierno no comunica abiertamente a la población sobre el virus. Cada uno de estos temas será abordado en un apartado específico.

Posteriormente, se profundiza en la difidencia de los ciudadanos en los medios de comunicación, partiendo de la información revelada en las mismas entrevistas. Esta sección da a conocer la suspicacia de la información que surge de los medios de comunicación nacionales y en las redes sociales; así como también, la desconfianza de la información de las instancias gubernamentales.

En la tercera sección, se resalta la información obtenida en el trabajo de campo, y se analizan aquellos pasajes donde los entrevistados hablan de las acciones del sector salud. Aquí, se abordan dos aspectos importantes: el interés del sector salud en ofrecer a la población tratamiento preventivo y curativo y su capacidad para tratar a los pacientes.

Finalmente, la tercera sección comparte la percepción de la sociedad respecto a las acciones del gobierno en cuanto a prevención y erradicación del virus. En ese apartado se analizan las acciones que, según los entrevistados, el gobierno ha llevado a cabo en torno al zika tales como fumigar las calles y ofrecer información sobre el virus. Se incluyen también algunas acciones que el gobierno ha realizado en torno a otros temas, afectando directamente el presupuesto que debería destinarse al tratamiento del zika.

Contexto:

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, desde el año 2007 se ha reportado la existencia del virus del zika en 48 países, incluyendo a los que actualmente ya no presentan casos de infección por el virus. Desde su primera identificación en América, en el 2015, se ha extendido la distribución geográfica del zika hasta 28 países en el continente. Entre estos países, existen seis de ellos que han presentado un aumento en los casos de microcefalia y el síndrome de Guillain-Barré desde la llegada del virus. La estrategia de prevención y control del virus llevada a cabo por la OMS abarca la vigilancia, la investigación y las actividades de respuesta (OMS, 2016).

El zika, según el Informe Semanal de Morbilidad y Mortalidad del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades, es un virus que se transmite por medio de vectores que, en este caso, son mosquitos. Específicamente, insisten en el mosquito *Aedes Aegypti* y su capacidad transmisora del virus en México. Estos autores indican que la enfermedad por el virus del zika es asintomática en un 80% de los casos y que, en el 20% de los casos en los que sí hay enfermedad, los síntomas son generalmente leves y espontáneos (Oster, et al., 2016).

El 7 de mayo de 2015 la Organización Panamericana de la Salud, junto con la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, emitieron la primera Alerta Epidemiológica en relación con el virus del zika (OPS/OMS, 2015). En ésta se reconoce que México es un país propenso a desarrollar una epidemia de zika, debido a que en muchas zonas del país se encuentra la especie de mosquito *Aedes Aegypti*, transmisor también del dengue y la chikungunya. Además de la existencia de esta especie de mosquito en el país, las condiciones sociales y económicas complicadas de ciertas zonas del país dificultan la prevención del virus. Hasta el 12 de marzo de 2018, en México se han confirmado 11,954 casos de enfermedad por el virus del zika, de los cuales, 7,008 se registraron en mujeres embarazadas (Secretaría de Salud, 2018). De acuerdo con la OMS (2017), en México se ha presentado un caso de microcefalia posiblemente asociado a la infección por el virus del zika. Si bien no se ha reportado un aumento de casos del Síndrome de Guillain-Barré desde la aparición del virus en el país,

existe al menos un caso de dicha enfermedad en el que se confirmó una infección por el virus del zika. Esto representa un problema ya que, de acuerdo con Laura C. Rodrigues (2016), miembro del Grupo de Investigación de Epidemia de Microcefalia (MERG) de Recife, en Brasil, hay un 1% de posibilidades de que el producto de dichos embarazos presente microcefalia. Las zonas del país más afectadas por el virus son, naturalmente, aquellas cuyas condiciones climatológicas permiten la reproducción del mosquito *Aedes Aegypti*.

El gobierno de México, durante los años 2015 y 2016, cuya Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud está encabezada por el doctor Pablo Kuri Morales, continuó con la campaña “Lava, tapa, voltea y tira” que había sido llevada a cabo anteriormente en la zona con el propósito de reducir los criaderos del mosquito vector del dengue, la chikungunya y ahora el zika. Además, mantuvo un seguimiento cercano con las mujeres embarazadas infectadas con el virus del zika, aclarando que no necesariamente se asocia a este con la microcefalia. Igualmente, publicó los lineamientos técnicos para la atención y seguimiento del embarazo en relación con el virus y puso en marcha campañas para la prevención del contagio en las mujeres que se encontraran en periodo de gestación (Secretaría de Salud, 2016).

Metodología:

El objetivo de este trabajo es analizar la confianza de los ciudadanos en el gobierno, los medios de comunicación, las acciones del sector salud y las acciones de prevención, a partir del caso de la epidemia de zika en México, en el estado de Chiapas en 2016. El tipo de análisis que se realiza está basado en un trabajo de campo de carácter cualitativo. Como lo dicen Hernández Sampieri, Fernández Collado y Baptista Lucio (2010), en su libro sobre metodología de la investigación, el propósito de la investigación cualitativa es comprender los fenómenos desde el punto de vista de los participantes. Por lo anterior, el presente trabajo utiliza este tipo de recopilación de datos con la intención de analizar la perspectiva de quienes se vieron afectados directamente por el virus del zika en este periodo, además de quienes participaban en las campañas de prevención y erradicación del virus (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, p. 364).

El trabajo de campo tuvo lugar entre junio y agosto de 2016, principalmente en el estado de Chiapas. Este trabajo de campo forma parte de un proyecto mucho más grande, que incluye la realización de 100 entrevistas semi-estructuradas en Brasil y 100 en Argentina, y fue financiado por la National Science Foundation. El director general del proyecto es el Dr. Wesley M Shrum y a nivel nacional es el Dr. Leandro Rodríguez Medina.

Se optó por realizar entrevistas semi-estructuradas porque la intención de esta investigación era conocer la percepción personal de cada uno de los entrevistados, según sus determinadas características (nivel socioeconómico, edad, etc.). En el caso específico de México, las entrevistas se realizaron principalmente en el estado de Chiapas, en su capital Tuxtla Gutiérrez. Debido a un cierre de carreteras en el estado, no fue posible acceder a otras ciudades, pero se seleccionó a personas de distinto nivel socioeconómico y ubicación geográfica para observar el fenómeno de manera amplia y evitar un sesgo en la investigación.

En total, se realizaron 100 entrevistas. Concretamente, 80 fueron realizadas en Chiapas y 20 más se llevaron a cabo en otros estados, como Puebla, Ciudad de México y Veracruz. En Chiapas, 24 de los entrevistados fueron hombres, 12 mujeres mayores, 29

mujeres en edad reproductiva, de las cuales, 21 utilizaban los servicios públicos de salud y 8 pagaban por un servicio privado, y por último 15 expertos (médicos, enfermeros, investigadores y funcionarios públicos). Fuera de Chiapas, 5 de los entrevistados fueron hombres, 4 de Puebla y 1 de Ciudad de México, 8 mujeres en edad reproductiva 6 de Puebla y 2 de Veracruz, de las cuales la mitad utilizaban los servicios públicos de salud (3 de Puebla y 1 de Veracruz) y la mitad pagaban por servicios privados (3 de Puebla y 1 de Veracruz), y finalmente 7 fueron expertos, 6 de Puebla y 1 de Ciudad de México.

El material recopilado tenía como objetivo principal objetivo conocer la percepción social de la epidemia causada por el virus del zika, por lo que los cuestionarios que fungieron como guía para realizar las entrevistas se enfocaban en (1) la credibilidad de las fuentes de información (2) el conocimiento sobre la enfermedad y (3) las políticas gubernamentales y acciones de la comunidad.

El propósito de entrevistar hombres fue conocer la perspectiva de quien puede infectarse con el virus, pero cuyas consecuencias tienen menos probabilidad de ser graves, ya que pueden enfermarse con el síndrome de Guillain-Barre, pero no pueden infectar a su descendencia causándole microcefalia, lo mismo con las mujeres mayores que ya no pueden reproducirse. Por otro lado, la intención al entrevistar mujeres en edad reproductiva de distintos niveles socioeconómicos fue conocer su punto de vista sobre la enfermedad, sabiendo que ellas eran las principales afectadas por la epidemia. Finalmente, al entrevistar expertos se buscaba obtener una perspectiva profesional del virus, tanto médica para conocer las implicaciones del virus en la salud, como académica y política, para entender la manera en que eran llevadas las campañas de prevención del zika y sus implicaciones a nivel académico.

Para fines consultivos, se catalogaron las entrevistas bajo la siguiente lógica: Primero, el número de entrevista, por orden de ejecución. Después, se colocaron las letras “C” para las entrevistas realizadas en Chiapas y “O” para aquellas que se hicieron en otro estado del país, consecuentemente, se añadieron las siglas “IE” para las entrevistas hechas a investigadores y expertos, refiriéndose a médicos, funcionarios públicos e investigadores, “HA” para hombre adulto y “MA” para mujer adulta. Finalmente, en el

caso de las mujeres en edad reproductiva, se sustituyó as siglas “HA” y “MA” por, “MER” y se adjuntó, en aquellas entrevistas que nos proporcionaron esta información, “PR” a las que frecuentaban hospitales privados y “PB” hospitales públicos.