



## Arraigados en la Confianza

# Desconfianza generada por la inequidad

Sus impactos en el manejo de la "infodemia" y la respuesta de salud pública y qué hacer al respecto.





## **AUTORES:**

Este documento ha sido redactado por Alejandro Posada, Rocío López Iñigo y Beesyna Majid. Se basa en gran medida en la investigación y el análisis llevados a cabo por los equipos de Rooted in Trust en Colombia e Irak. Agradecemos especialmente el apoyo de nuestros socios nacionales: Sinergias, Tech for Peace, Kirkuk Now y la Barzani Charity Foundation por su ayuda durante el proceso de investigación.

Agradecemos a todos los que generosamente nos han dedicado su tiempo y han compartido abiertamente con nosotros sus ideas y experiencias. Sus contribuciones han sido extremadamente valiosas para identificar necesidades, retos y formas de estar mejor preparados para la infodemia.

© Internews Julio de 2023 Esta publicación está protegida por derechos de autor, pero el texto puede utilizarse gratuitamente con fines de promoción, campañas, educación e investigación, siempre que se cite la fuente. El titular de los derechos de autor solicita que todo uso de este tipo le sea registrado a efectos de evaluación de impacto. Para la copia en cualquier otra circunstancia, o para la reutilización en otras publicaciones, o para la traducción o adaptación, debe obtenerse permiso. La información contenida en esta publicación es correcta en el momento de su impresión. Esta investigación se ha realizado generosamente con financiación de la Oficina de Ayuda Humanitaria (BHA) de USAID, en el marco del proyecto Rooted in Trust.

Portada, diseño del informe e ilustraciones de Ana Agudelo y Ganaëlle Tilly



# Contenido

- 1. Introducción**
- 2. Marco analítico**
- 3. Métodos y limitaciones**
- 4. Sección 1: Generadores mediante los cuales la inequidad afecta la confianza**
  - 4.1 Factor generador 1: Desigualdades estructurales**
    - 4.1.1 Marginación histórica
    - 4.1.2 Acceso a servicios de salud
  - 4.2 Factor generador 2: Inequidad durante la respuesta en salud**
    - 4.2.1 Respuesta de arriba hacia abajo: participación limitada, falta de voluntad para escuchar y falta de presencia
    - 4.2.3 Intenciones cuestionables
  - 4.3 Factor generador 3: La inequidad como parte de la respuesta informativa**
    - 4.3.1 Acceso a información relevante
    - 4.3.2 Producción y divulgación de información
- 5. Sección 2. Los impactos de la desconfianza generada por la inequidad**
  - 5.1 Impacto 1: Vinculación con la información**
    - 5.1.1 Vinculación activa con los rumores y la desinformación
    - 5.1.2 Desvinculación de la respuesta institucional
  - 5.2 Impacto 2: Resultados de salud**
    - 5.2.1 Falta de voluntad para seguir las recomendaciones sanitarias
    - 5.2.1 Recrudece las desigualdades y aísla a las comunidades
  - 5.3 Impacto 3: Respuesta humanitaria**
- 6. Sección 3: Recomendaciones para mitigar, abordar y reconocer la desconfianza generada por la inequidad**
  - 6.1 Recomendación 1: Respondiendo a las: Desigualdades estructurales**
  - 6.2 Recomendación 2: Respondiendo a la: Inequidad durante la respuesta en salud**
  - 6.3 Recomendación 3: Respondiendo a la: La inequidad como parte de la respuesta informativa**
- 7. Conclusión**
- 8. Trabajos citados**

# Introducción.

La pandemia del COVID-19, junto con otras crisis sanitarias recientes, ha puesto de relieve el grave impacto que tienen la desinformación y la desconfianza en la información sanitaria en los sistemas de salud. Diferentes estudios han subrayado asociaciones negativas entre la desconfianza y varios aspectos relacionados con la respuesta en salud, incluidos los resultados de salud, el uso de servicios de salud preventivos, la disposición a recibir atención (incluida la vacunación), las tasas de mortalidad durante una emergencia, la percepción de los riesgos y la aceptación general de medidas sanitarias ([Lee & Lin 2011](#), [Musa et al. 2009](#), [Ahorsu 2021](#), [Reiersen et al. 2022](#), [Bollyky 2022](#), [Pian et al. 2021](#)). Es fundamental comprender qué genera la desconfianza en la información sanitaria y qué posibles acciones pueden abordar o mitigar el impacto que tiene en la efectividad de la respuesta a emergencias sanitarias ([Mulukom 2022](#)). Dado el importante papel que desempeña la confianza durante una respuesta en salud, resulta fundamental analizar más a fondo cuáles son los principales factores generadores de desconfianza en la información sanitaria en una crisis de salud. Esta investigación hace parte del proyecto [Rooted in Trust \(RiT\) de Internews](#), que desde 2020 trabaja en alianza con más de 41 organizaciones locales en quince entornos humanitarios diferentes, para responder a la escalamiento y la velocidad sin precedentes de la desinformación y los rumores sobre salud. Como parte de nuestro proyecto, identificamos que la inequidad es un importante impulsor de la desconfianza, particularmente para las comunidades en riesgo en entornos humanitarios. La inequidad también ha demostrado ser un determinante social importante de la salud que puede tener un impacto en los resultados de salud ([OMS, 2008](#)).

Una revisión de la literatura existente muestra un importante vacío que este trabajo pretende comenzar a abordar. Algunos estudios han concep-

tualizado la inequidad en la información como la falta de acceso a información fáctica y científica, y han enfatizado en cómo ésta contribuye al aumento de la desinformación ([Mostagir & Siderius, 2022](#)). Sin embargo, la gestión de la “infodemia”<sup>1</sup> ha demostrado que el acceso a evidencia científica por sí solo no frena necesariamente la difusión de información errónea sobre salud ([Internews, 2020](#)). En consecuencia, otros estudios se han centrado cada vez más en las desigualdades estructurales y su papel como determinantes sociales de la salud, para comprender su influencia en la desconfianza y en la desinformación. Estos estudios han enfatizado que problemas sociales como el racismo estructural, la vulnerabilidad y la discriminación influyen en la desconfianza de las comunidades marginadas frente a la información sanitaria, con impactos en los resultados de salud ([Musa et al., 2009](#); [Jaiswal et al., 2020](#); [Bazargan, Rasheeta 2020](#), [Da Silva et al 2021](#), [Smith 2021](#)).

Sin embargo, muchos de estos estudios se han centrado principalmente en comunidades en riesgo en entornos de altos recursos, particularmente en Estados Unidos. Como resultado, existe una brecha en la literatura cuando se trata de comprender cómo opera la desconfianza generada por la inequidad para las comunidades en riesgo en entornos de bajos recursos, específicamente en contextos humanitarios. Factores como sistemas de salud poco confiables, la pobreza y la desigualdad generalizadas, los conflictos geopolíticos, las tensiones poscoloniales y las instituciones débiles pueden afectar las formas en las que opera la desconfianza generada por la inequidad en esos contextos. Además, los estudios existentes examinan cómo influye en el comportamiento de la salud la desconfianza generada por la inequidad, sin abordar adecuadamente su impacto en la gestión de la “infodemia”, la respuesta a emergencias de salud o la respuesta humanitaria.

---

<sup>1</sup>Según la OMS, la infodemia se da por un exceso de información, incluida información falsa y engañosa en entornos digitales y físicos durante un brote de enfermedad.

Teniendo esto en cuenta, este documento tiene como propósito abordar estas brechas, investigando las formas en que la inequidad contribuye a la desconfianza en la información sobre salud en las comunidades en riesgo en contextos humanitarios. Se trata de arrojar luz sobre los potenciales impactos de esta desconfianza en la respuesta a emergencias sanitarias y la gestión de la “infodemia”.

Para ello, el estudio provee un recuento empírico de estudios de caso realizados con comunidades de desplazados internos en el norte de Irak y comunidades indígenas en las regiones amazónicas de Colombia y Brasil.

## La investigación está guiada por tres objetivos principales:

**01.**

Comprender cómo la inequidad puede propiciar desconfianza en la información sanitaria entre las comunidades participantes. **(Sección 1).**

**02.**

Categorizar las formas en que esta desconfianza generada por la inequidad puede afectar la gestión de la “infodemia” y la respuesta a emergencias de salud. **(Sección 2).**

**03.**

Identificar estrategias para mitigar, abordar y reconocer los impactos de la desconfianza generada por la inequidad. **(Sección 3).**

Nuestro estudio identifica tres generadores principales mediante los cuales la inequidad puede propiciar desconfianza en la información: **(1)** las inequidades estructurales y las injusticias; **(2)** las inequidades en la respuesta en salud y **(3)** las inequidades directamente asociadas con la respuesta a la información. Estos tres generadores de desconfianza demuestran que las poblaciones en riesgo en entornos de bajos recursos pueden experimentar desigualdades a nivel nacional, regional y global, a menudo arraigadas en estructuras poscoloniales de producción de conocimiento, sistemas de salud desiguales y/o distribución desproporcionada de suministros médicos. Además, identificamos los

tres principales impactos posibles de la desconfianza generada por la inequidad: **(1)** Impactos en la forma en que las comunidades se relacionan o no se relacionan con la información oficial; **(2)** Impactos directos o indirectos en los resultados de salud y la relación de las comunidades con los sistemas de salud, **(3)** Impactos en la vinculación y la relación de las comunidades con las respuestas humanitarias. Finalmente, ofrecemos un conjunto de recomendaciones sobre las posibles maneras en las que diversos actores que hacen parte de la respuesta pueden abordar los propiciadores de la desconfianza generada por la inequidad para mitigar sus impactos.



# DESCONFIANZA GENERADA POR LA DESIGUALDAD

## Generadores

¿Cómo genera desconfianza la inequidad?

### Sección 1

01

Marginación Estructural

02

Práctias en la Respuesta Sanitaria

03

Práctias Informativas

INEQUIDADES

DESCONFIANZA

## Impactos

¿Cómo impacta esto la respuesta sanitaria?

### Sección 2

01

Vinculación con la Información

02

Resultados de Salud

03

Respuesta Humanitaria

RESPUESTA  
SANITARIA

## RECOMENDACIONES

¿Qué podemos hacer al respecto?

### Sección 3

**FORMAS DE ABORDAR LOS  
FACTORES GENERADORES  
PARA MITIGAR LOS IMPACTOS**



En general, la investigación sostiene que la inequidad es un importante generador de desconfianza en la información en salud para las comunidades en riesgo, y que la falta de reconocimiento y mitigación de los efectos de las inequidades profundamente arraigadas puede obstaculizar seriamente la eficacia de los esfuerzos para gestionar la "infodemia" y la respuesta a la emergencia sanitaria.

# Marco analítico.

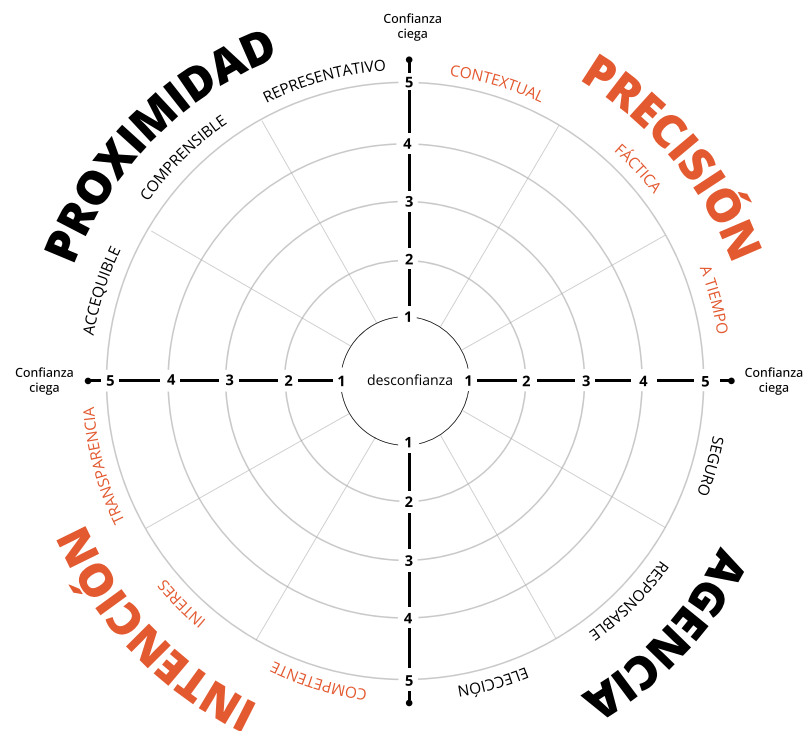
El concepto de inequidad es central para esta investigación. Si bien la inequidad y la desigualdad son conceptos relacionados, tienen significados distintos que revisamos cuidadosamente. La desigualdad se refiere a la distribución desigual de recursos, oportunidades o resultados tales como ingresos, riqueza, disparidades sociales o educación en una sociedad. En contraste, la inequidad va más allá de la desigualdad y enfatiza en la justicia de tales disparidades. Se enfoca en la percepción de injusticia, y en las disparidades evitables, para lo que considera factores como la justicia social, la equidad y los derechos humanos.

En este estudio no nos enfocamos en las inequidades estudiadas, cuantificadas o previamente identificadas, sino que empleamos una metodología de la base hacia arriba para permitir a los participantes definir cuáles percibieron como las principales inequidades que enfrentó su comunidad durante y antes de la pandemia de COVID-19. Todos estuvimos de acuerdo en que una inequidad puede representar cualquier percepción de injusticia o desigualdad comúnmente asociada con una dinámica de poder desequilibrada, ya sea con un actor o un grupo de actores, con implicaciones económicas, sociales, epistemológicas o culturales. Igualmente, explicamos cómo los perpetuadores de las desigualdades pueden ser abstractos (estructuras, sistemas o fuerzas en la sociedad) o institucionales (públicos, privados o no gubernamentales), tanto a nivel local como nacional, regional o global.

Una vez identificadas las inequidades percibidas, no nos enfocamos en evaluar estadísticas significativas, realistas o fácticas de estas inequidades. En cambio, nos enfocamos en explorar las emociones asociadas a esas inequidades y su impacto en la confianza en la información.

La confianza es otro concepto central en el análisis de esta investigación. En el documento, nos referimos directamente al [marco de confianza de Internews](#). El marco de confianza es

una herramienta conceptual y práctica utilizada para comprender los elementos centrales que impulsan la confianza en la información. El marco consta de cuatro elementos claves: **(1) proximidad, (2) precisión, (3) intención y (4) agencia**. Cada elemento clave cuenta con tres subelementos, que permiten comprender con mayor profundidad cómo funciona el marco, una herramienta para evaluar la confianza en las comunidades y una guía para mejorar las relaciones de confianza. Muestra que la confianza es un proceso dinámico que existe en un espectro influenciado por los cuatro elementos clave y sus doce subelementos. En todo el documento, aunque principalmente en los capítulos 1 y 3, nos referimos a elementos y categorías del marco de confianza. Animamos a los lectores/as a mirar y utilizar el marco para obtener más contexto sobre lo que queremos decir con cada uno de los diferentes elementos.





# Métodos y limitaciones.

Esta investigación la realizaron diferentes equipos de Rooted in Trust (RiT) en Colombia, Irak y Brasil. Cada país tenía una población de riesgo específica de interés y una región donde se llevó a cabo el estudio. En Colombia y Brasil, la atención se centró en las poblaciones indígenas de la región amazónica, particularmente en el lejano departamento amazónico de Vaupés. Para el estudio de caso en Irak, la atención se centró en los campamentos de desplazados internos en la región del Kurdistán del norte del país. La mayoría de la población de los campamentos de desplazados internos donde se llevó a cabo el estudio tenía alguna asociación con el conflicto reciente (2013-2017) con el Estado Islámico. Los pasos metodológicos consistieron en:

## 1. Mapas de inequidad

Comenzamos creando mapas de palabras sobre la inequidad en Brasil, Colombia e Irak. Buscábamos identificar palabras de uso frecuente en rumores relacionados con la inequidad. Solicitamos listas de palabras a los equipos nacionales de RiT, que abarcaran instituciones, regiones, figuras públicas y expresiones asociadas con la inequidad en sus respectivos contextos.

## 2. Análisis de rumores

A partir de las listas de palabras, extrajimos y analizamos subconjuntos de rumores de la base de datos de RiT que contenían estas palabras. Este proceso nos permitió identificar temas comunes y clasificar los rumores según su alcance, los actores mencionados y el marco de confianza de Internews ([enlace a mapa de rumores](#)).

## 3. Recopilación de datos

Con base en los temas identificados, desarrollamos instrumentos de investigación para implementar en Colombia e Irak. Llevamos a cabo cuatro grupos focales (GF) en Colombia e Irak, y adelantamos 16 entrevistas con informantes clave (EIC) en cada contexto. Los grupos focales los realizamos con diversos grupos de miembros de la comunidad que habían sido beneficiarios de los programas de RiT. Las EIC incluyeron conversaciones con los medios, con organizaciones humanitarias, con la sociedad civil y con trabajadores de la salud comunitarios y con líderes comunitarios.

## 4. Análisis de datos

Utilizamos una combinación de codificación cualitativa deductiva e inductiva para identificar temas relacionados con las formas en las que la inequidad influye en la confianza en la información, los impactos de la desconfianza generada por la inequidad y una serie de recomendaciones para mitigar esos impactos. Por motivos de privacidad, nos referimos a los informantes clave por el sector que representan en lugar de la organización específica desde la cual hablaron.

Nuestra investigación se centró principalmente en explorar la desconfianza generada por la inequidad y su impacto. Si bien se consideraron ejemplos positivos de colaboración local para la sección de recomendaciones, no se desarrollaron ampliamente en la sección de hallazgos. Esta limitación puede haber resultado en una descripción un tanto unilateral de la dinámica, lo que destaca la necesidad

de una investigación más integral que comprenda mejor las complejidades contextuales.

De otro lado, nuestro estudio fue limitado dado el número restringido de entrevistas con informantes clave (16), realizadas en sólo dos contextos. Sería valioso realizar investigaciones adicionales en diversos contextos humanitarios para ampliar las perspectivas. Dada la complejidad de cada contexto y de cada comunidad, nuestra comprensión de las dinámicas históricas, sociales y políticas es limitada. El documento no sugiere que todas las comuni-

dades en riesgo se enfrenten de la misma manera a los generadores de desconfianza provocada por la inequidad. Para explorar otras capas de resultados es necesario investigar más a fondo estas dinámicas. Además, es clave tener en cuenta los desafíos planteados por el lenguaje y la traducción, particularmente en Vaupés, al interpretar los hallazgos y realizar investigaciones más adelante. Para abordar estas limitaciones, los estudios futuros deben seguir un enfoque multifacético que permita ampliar el alcance del análisis y comprender mejor las dinámicas del contexto.



# Sección 1

## Generadores mediante los cuales la inequidad afecta la confianza

Este capítulo explora los factores mediante los cuales la inequidad puede influir en la desconfianza en la información sobre salud. Buscábamos identificar entre las comunidades participantes quejas o reclamos de injusticias, tanto históricos como actuales, y comprender cómo interactúan con la confianza o la desconfianza que sienten frente a la información en salud, con un enfoque particular pero no exclusivo en la pandemia de COVID-19. A los entrevistados se les preguntó sobre las prin-

cipales inequidades o injusticias que vivieron las comunidades durante la pandemia. Una vez éstas se identificaron, las preguntas buscaban determinar cómo estos factores influían en su confianza en la información sobre salud.

Identificamos tres factores principales, no mutuamente excluyentes, mediante los que las inequidades percibidas influyeron en la confianza en la información en salud.

## Generadores ¿Cómo puede la inequidad generar desconfianza?



**El primer factor generador** se refiere a las inequidades estructurales que experimentan las comunidades que no están directamente asociadas con la provisión de información o la respuesta a la emergencia sanitaria, pero que terminan impactando en la confianza que las comunidades tienen hacia los actores o instituciones y, como tal, en la información sanitaria que divulgan. Este primer factor está compuesto por dos subcategorías que incluyen: (1) los procesos históricos de abuso y marginación global y nacional asociados a conflictos, geopolítica y estructuras poscoloniales y (2) las desigualdades directamente asociadas con el acceso limitado a servicios y recursos de salud de calidad.

**El segundo factor generador** se refiere a las inequidades percibidas en la pandemia y como parte de la respuesta a la emergencia, que terminan afectando la confianza en la información en salud. Este segundo contiene dos subcategorías: (1) una respuesta de arriba hacia abajo caracterizada por una participación comunitaria limitada o apenas simbólica, la falta de voluntad para escuchar los comentarios de las comunidades y la presencia limitada de actores responsables en las comunidades y (2) elementos de corrupción en la respuesta ofrecida, a menudo asociados con promesas vacías y la injusta aplicación obligatoria de medidas de salud.

**El tercer factor generador** se refiere a las inequidades percibidas que se asocian directamente con el suministro de información sobre salud durante una emergencia sanitaria. Este tercer factor contiene dos subcategorías: (1) acceso limitado a información relevante, que incluye información objetiva y transparente, localizada, accionable, en el idioma preferido y que promueve el diálogo; (2) inequidades en la producción y divulgación de información, que incluyen una falta de representación en la producción de información y un nexo desarticulado entre la información y la prestación de servicios.

Los tres generadores demuestran la naturaleza compleja, longitudinal y frágil de la confianza.

Durante una crisis sanitaria, los mecanismos mediante los cuales la inequidad influye en la confianza en la información son dinámicos y resultan de prácticas y estructuras presentes antes, durante y como parte de la respuesta a la emergencia sanitaria. Las desigualdades que hacen parte de la respuesta informativa en sí pueden influir en la confianza en la información. Sin embargo, las prácticas e inequidades presentes en otras áreas de la respuesta (como la prestación de servicios) y en la sociedad en su conjunto (en la distribución de recursos) también pueden influir en la confianza que las comunidades depositan en la información que se les proporciona. Además, en entornos humanitarios o en vías de desarrollo, las comunidades en riesgo pueden experimentar desigualdades a nivel nacional, regional y global. Estas desigualdades pueden cimentarse en estructuras poscoloniales de producción de conocimiento, sistemas de salud desiguales y/o la distribución desproporcionada de suministros médicos, y pueden terminar influyendo en su confianza en la información. Si bien estas comunidades experimentan inequidades en sus contextos nacionales, en los datos de rumores recopilados también identificamos sentimientos generalizados de que sus países igualmente están expuestos a inequidades a nivel global.

A pesar de la complejidad identificada, es fundamental comprender las formas en que la desconfianza generada por la inequidad opera, así como sus impactos en la gestión de la información y la respuesta en salud (Capítulo 2), para identificar formas de mitigar y abordar esos impactos (Capítulo 3). El resto de este capítulo proporciona descripciones detalladas de cada impulsor identificado, junto con ejemplos de datos de rumores y entrevistas.





# \*Factor generador 1

## Desigualdades estructurales

Este primer generador tiene que ver con la marginación histórica y actual que existe desde antes y persiste durante la respuesta a la emergencia sanitaria, sin ser directamente parte de la respuesta. Esos procesos estructurales son demostrativos del elemento temporal de la confianza como algo que se construye y se pierde con el tiempo. Además, como argumentó anteriormente Internews, la confianza es algo que, una vez perdido, es difícil de reconstruir ([Internews, 2020](#)). En concordancia con la literatura existente, este estudio encontró que para las poblaciones vulnerables en entornos de bajos recursos, las desigualdades estructurales que generan desconfianza en la información también se recrudecen y caracterizan con la geopolítica regional y global y con las relaciones poscoloniales. En estos contextos, además de la desconfianza que generan los actores nacionales (gobiernos, sector privado, sociedad civil, etc.) también existe el sentimiento de inequidad vivida por el país en el contexto global. En general, esta sección refuerza el argumento de que la confianza en la información se extiende más allá de las estrategias de comunicación que hacen parte de una respuesta, ya que también es el resultado de las inequidades actuales e históricas que afectan a distintas sociedades.

A continuación, presentamos dos de las categorías identificadas como inequidades estructurales. La primera tiene que ver con la marginación histórica y la segunda con las menciones directas al acceso y la calidad de los servicios de salud. Las dos categorías se interconectan y refuerzan mutuamente, sin embargo, es útil diferenciarlas con fines analíticos.

### Marginación Histórica

Los datos recogidos revelan numerosos ejemplos de relaciones históricamente fracturadas entre comunidades y actores a nivel local, nacional, regional y global. Estas relaciones a menudo resultaron en la desconfianza en la información proporcionada durante las crisis sanitarias. En muchos casos, las relaciones fracturadas son causa de las acciones o la inacción de estos actores. Estas inequidades se traducen en pobreza percibida, falta de estabilidad, pérdida de libertad, desigualdad, falta de movilidad, discriminación y marginación, todo lo cual alimenta la desconfianza generada por la inequidad.

La siguiente cita de una entrevista con un medio de comunicación local en Irak muestra las formas en que las relaciones de poder entrelazadas entre actores en diferentes niveles pueden influir en la confianza en la información:

“

*“Por supuesto, Irán está interfiriendo en los asuntos iraquíes y Occidente también... La gente es muy escéptica porque no hay mejoras en la infraestructura... Siempre es fácil que otros actores interfieran e influyan en las personas... Hay actores locales que en realidad le están haciendo campaña a actores regionales, por eso es muy difícil. Y la interferencia extranjera es muy clara.”*

*- Medio de comunicación local, norte de Irak*

A nivel global, los datos obtenidos de los rumores revelaron muchas tensiones con las instituciones de gobernanza global, las industrias farmacéuticas y las figuras públicas filantrópicas. Con frecuencia, estos sentimientos se deben a la interferencia percibida en la soberanía y la libertad de elección de los países en desarrollo y se fundamentan en sentimientos poscoloniales de dependencia y sumisión a un sistema global y del Norte. Este tipo de tensión es particularmente perjudicial para el elemento agencia del marco de confianza, que postula que la libertad y la soberanía involucradas en la toma de decisiones informadas es un elemento clave de la confianza en la información. El siguiente ejemplo de un rumor recurrente en las redes sociales identificado en Brasil presenta estas tensiones:

“

*“El objetivo de la OMS es subordinar a todos los países a ella, lesionando gravemente la soberanía de los países. Eso significa nuevamente bloqueos, desempleo, la quiebra de la economía y la pérdida de derechos garantizados por la Constitución... ¡Brasil es soberano! No aceptamos ser sumisos a entidades extranjeras... ¡Lucha hoy si no quieres ser un esclavo mañana!”*

*- Rumor en redes sociales, Brasil*

Tanto a nivel nacional como a nivel local, identificamos tensiones con instituciones gubernamentales, militares y de la sociedad civil, en muchos casos motivadas por sentimientos de abandono, abuso y corrupción. Esto hizo que a las comunidades les resultara cada vez más difícil confiar en los propósitos detrás de la información sanitaria asociada a esos actores durante la pandemia. Por ejemplo, la siguiente entrevista con un líder comunitario de Irak demuestra algunas de estas tensiones:

“

*“No podemos confiar en el gobierno central porque muchas personas en este campamento son sobrevivientes del Estado Islámico. Por ejemplo, les dijeron que regresaran a sus casas y el gobierno los capturó y los encerró en prisión durante quince años. Entonces, incluso si nos brindan {información sanitaria}, no podemos confiar en ella... Si el gobierno ni siquiera nos ha brindado ayuda legal, ¿cómo podemos confiar en la otra información que traen?”*

*- Líder comunitario, Campamento de desplazados internos, norte de Irak*

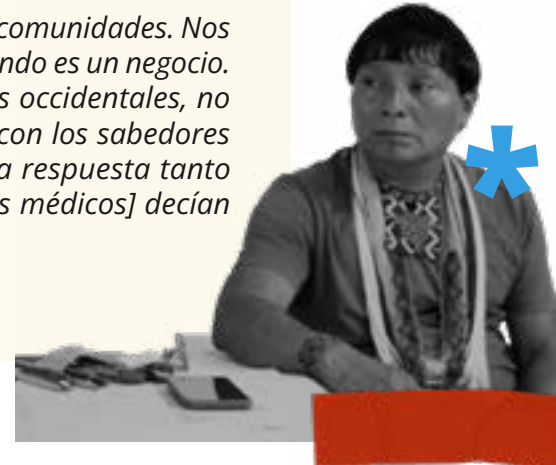
De otro lado, también identificamos tensiones históricas entre los sistemas de conocimiento locales y lo que se percibe como ciencia occidental. Hay una falta percibida de colaboración histórica entre sus formas de conocimiento y el conocimiento que interpretan como proveniente de “Occidente”. Este fue el caso particular de las formas de conocimiento tradicionales y ancestrales, como las de las comunidades indígenas en Brasil y Colombia. Muchas de estas denuncias tienen su origen en abusos históricos y poscoloniales que han intentado destruir, extraer y comercializar el conocimiento indígena, particularmente en áreas relacionadas con la salud ([Brown et al, 2012](#), [Simpson 2004](#)). En la región suroriental de Colombia, en el departamento de Vaupés, las comunidades indígenas expresaron su frustración por las formas en que ciertas instituciones de salud pretendieron obtener una cura y soluciones a la pandemia derivadas del conocimiento indígena, sin un intento real de generar colaboración e intercambio intercultural. Por ejemplo, un líder comunitario explicó cómo algo tan básico como la dieta occidental que los indígenas se ven obligados a comer cuando están hospitalizados es ya una gran barrera para la verdadera colaboración entre formas de saber. El siguiente extracto de una conversación del grupo focal con comunidades indígenas en Vaupés ilustra estas tensiones:



“

*“Hubo intercambio de conocimientos, pero sólo entre nuestras propias comunidades. Nos reuníamos en la maloca<sup>2</sup> para buscar cómo cuidarnos [...] Todo en el mundo es un negocio. Por eso nunca entregamos nuestras recetas, al igual que las patentes occidentales, no compartimos nuestra sabiduría con otros [...] No hubo coordinación con los sabedores tradicionales. Podrían haber contratado a los payés<sup>3</sup> para tener una respuesta tanto occidental como ancestral, pero había que hacer sólo lo que ellos [los médicos] decían [...] El Ministerio de Salud se atribuyó el trabajo de los sabedores.”*

*- Líder indígena, grupo focal, sur de Colombia*



En contraposición, también encontramos ejemplos de [cómo Sinergias](#), una organización de la sociedad civil y socia del proyecto Rooted in Trust (RiT), navegó de manera efectiva en un diálogo honesto y bidireccional entre los sistemas de conocimiento indígenas y la ciencia occidental durante el proceso de respuesta. Incluso tenían un sabedor tradicional como colaborador y asesor técnico de la organización. Como lo reflejaron nuestras entrevistas, esto contribuyó en gran medida a la confianza que esta organización ha podido establecer con las comunidades a las que sirve.

La tensión histórica en términos de desigualdad que identificamos en los tres países tiene también otra cara. Se trata de los casos en los que la ciencia, sólo por el hecho de ser percibida como “occidental”, es vista por las comunidades del sur global como

superior o más fáctica. Son muchos los factores que han influido en este constructo, uno de los cuales tiene que ver con la desigualdad histórica que ha permeado la producción de conocimiento científico y que ha dificultado la participación de académicos del sur global en los debates mundiales ([Posada & Chen, 2018](#)). En los datos recolectados, identificamos múltiples rumores y desinformación que mencionan un país occidental o una universidad occidental para aumentar la credibilidad de la información que comparten.

Por ejemplo, cuando le contamos a un actor del sector salud en Irak sobre las tensiones que habíamos identificado en Colombia, esta fue su reacción:



“

*“Aquí en este país tenemos una perspectiva totalmente diferente. No confiamos en los lugareños. La gente confía en los que estudiaron en Oxford y en todos estos lugares y en Estados Unidos. Uno escucha cosas como que este científico en Estados Unidos dijo esto o aquello. Tenemos que creer en él.”*

*- Agencia humanitaria, norte de Irak*

<sup>2</sup> Una maloca es una casa ancestral y un lugar de reunión comunitario utilizado por los pueblos indígenas de la Amazonía, especialmente en Colombia y Brasil.

<sup>3</sup> Los payés son curanderos tradicionales de la región del Vaupés en Colombia. También se les conoce como “sabedores” y aportan a crear un puente entre el mundo espiritual y el natural.

<sup>4</sup>Sabedores es una forma de referirse a los curanderos o a los que tienen el conocimiento.

## ■ Acceso a servicios de salud

Esta segunda categoría está directamente relacionada con las desigualdades en el acceso y la calidad de los servicios de salud antes y durante una crisis sanitaria. Estos factores afectan la confianza que las comunidades depositan en la información sanitaria. Las comunidades vulnerables en los entornos de bajos recursos son particularmente susceptibles a enfrentar desafíos para acceder a la atención médica. Sin embargo, como se demuestra en esta sección, estos desafíos no se presentan de igual manera en todas las comunidades. Esto se explorará más a fondo en el Capítulo 3, que se centra en las recomendaciones y enfatiza la importancia de adaptar las respuestas a las necesidades específicas de cada comunidad.

La desconfianza en los hospitales y los servicios de salud fue una característica común de la desinformación sobre el COVID-19 a nivel mundial. Uno de los factores que propician la desconfianza en la atención médica es la distribución desigual de servicios y la calidad de los servicios disponibles. En el sur de Colombia y el norte de Irak, identificamos quejas sobre la calidad de la atención que reciben las comunidades vulnerables en los hospitales.

Las entrevistas revelaron que todo un historial de servicios y trabajadores de la salud de baja calidad influyó en la desconfianza que las comunidades tenían en la información que los animaba a buscar atención médica. Los entrevistados mencionaron personal de salud con limitada capacitación, infraestructura inadecuada y equipos e insumos insuficientes como factores contribuyentes a esa desconfianza. Por ejemplo, un entrevistado de Colombia mencionó que en Vaupés se dispusieron tres unidades de cuidados intensivos, pero nadie sabía cómo operarlas. La conexión entre los servicios de salud de baja calidad y la desconfianza en la información que promueve el uso de esos servicios puede parecer obvia, pero a menudo se pasa por alto y no se reconoce en los intentos de abordar la desinformación. De acuerdo con el marco de confianza de Internews, los servicios de baja calidad generan dudas en las comunidades sobre

la capacidad que tienen los distintos actores para cuidarlos, incluso si sus intenciones son correctas. Esto, a su vez, influye en el nivel de confianza que depositan en ellos.

El siguiente extracto de una entrevista con un actor humanitario en Irak ilustra esta relación:

“

*“Hay sistemas de salud muy deficientes. La gente iba a hacerse algo en un hospital, una cirugía menor, y se moría en el proceso. Todas esas cosas crearon esta brecha y falta de confianza entre la gente y su gobierno.”*

*Agencia humanitaria, norte de Ira*

Además de la calidad de los servicios de salud, otro problema importante que identificamos fue la capacidad que tienen las comunidades para acceder a ellos. Es complicado para las comunidades confiar en la información que les pide que busquen servicios de salud, cuando no se abordan las barreras y desafíos que impiden su acceso a ellos. Si bien los estudios de caso de Irak y Colombia hablaron sobre las dificultades de acceso, las razones de esas dificultades fueron bastante diferentes en ambos casos. Esto ejemplifica la importancia de reconocer las razones contextuales detrás de un problema de desconfianza que puede parecer similar, pero que puede comprender factores muy diferentes.

En la región del Vaupés en Colombia, las comunidades indígenas siempre han tenido problemas para acceder a los servicios de salud debido a su aislamiento geográfico. Muchas comunidades deben viajar varios días en bote para llegar al hospital más cercano. Los equipos de salud comunitarios visitan periódicamente las aldeas más cercanas a Mitú, la capital del departamento, pero para las comunidades que viven en lo profundo de la selva tropical, el acceso a la atención médica es casi inexistente.

Además, los pacientes con casos graves de enfermedad normalmente necesitan ser trasladados en avión a otra ciudad con hospitales de mayor calidad. Durante la pandemia, el limitado equipo médico disponible en el hospital de Mitú fue enfático en la necesidad de trasladar a los pacientes en estado crítico a ciudades como Bogotá y Villavieja. Según nuestros entrevistados, la mayoría de ellos terminaron muriendo solos en una ciudad ajena y sin poder traer el cuerpo de vuelta. Esto generó mucha desconfianza en el Hospital de Mitú y en cualquier información asociada a él. Por eso, las comunidades indígenas a menudo optan por permanecer en sus aldeas cuando se enferman y recurren a la medicina ancestral para curar el COVID-19. Los desplazados internos en las comunidades

rurales del norte de Irak también compartieron con nosotros que enfrentan muchos problemas para acceder a los servicios de salud. Sin embargo, las razones fueron muy diferentes. En teoría, los desplazados internos están cerca de hospitales de calidad, pero en parte debido a su asociación con el Estado Islámico, su movilidad está restringida y les resulta difícil salir del campamento, y peor aún para ir a un hospital. Frecuentemente no pueden viajar a Erbil o Mosul, donde podrían acceder a tratamientos especializados. Esto genera mucha frustración entre las personas que viven en el campamento, que se manifiesta como desconfianza en la respuesta sanitaria. Lo anterior se evidencia en el siguiente fragmento de una entrevista con un trabajador de la salud en el campamento:

“

*“Yo les digo a los del gobierno central: ¿Qué quieren hacer? ¿Quieren matar a todos los desplazados internos de esta comunidad? Porque si lo que quieren es matarlos, entonces listo, no los dejen salir y que se mueran. Pero nosotros necesitamos tratar a la gente. Necesitamos atenderlos, esto así no es ningún servicio. No se trata sólo de recetar analgésicos. A veces las personas necesitan citas especializadas o una intervención de alto nivel, o una cirugía. Hoy en día eso no pueden conseguirlo... Y nosotros no podemos hacer esas cosas en el campamento porque no hay un quirófano. Pero si tratan de ir a Mosul desde el campamento, se encuentran con un puesto de control... Están atrapados”.*

*- Trabajador de atención médica comunitaria, campamento de desplazados internos, norte de Irak*

**El historial de casos de desconfianza generada por la inequidad debido a las desigualdades estructurales hace que las comunidades se preocupen y sospechen de las intenciones detrás de la información proporcionada durante una respuesta en salud en una emergencia sanitaria.**



# \* Factor generador 2

## Inequidad durante la respuesta en salud

Esta sección se enfoca en las inequidades que se dan al interior de la respuesta a la emergencia sanitaria, aparte de la respuesta informativa, y que impactan la confianza en la información. Estas inequidades se relacionan con las disparidades percibidas durante el diseño, la implementación y la evaluación de una respuesta a una emergencia sanitaria, que involucra a varios actores más allá del sistema nacional de salud. Si bien la primera sección demostró que hay factores estructurales que influyen en la confianza en la información, esta

sección argumenta que existen factores al interior de la respuesta en salud misma que no están directamente relacionados con la información o la comunicación, pero que, en todo caso, afectan la confianza en la información.

La sección se divide en dos características interrelacionadas de una respuesta a una emergencia que, según nuestros datos, contribuyen a la desconfianza generada por la inequidad.

### Respuesta de arriba hacia abajo: participación limitada, falta de voluntad para escuchar, y falta de presencia

Esta característica se relaciona con el enfoque de arriba hacia abajo en el diseño e implementación de una respuesta en salud. Una respuesta de arriba hacia abajo puede afectar negativamente la confianza en la información al derrumbar la responsabilidad percibida de los actores de la respuesta y generar dudas sobre sus intenciones. La frustración con las respuestas de arriba hacia abajo fue un tema recurrente en los datos recolectados.

En primer lugar, identificamos la frustración por falta de participación o la participación meramente simbólica de las comunidades en la respuesta en salud, no sólo como beneficiarios sino también como tomadores de decisiones o implementadores (Arnstein, 1969). La falta de participación afecta la confianza de la comunidad en múltiples aspectos. Por un lado, contribuye a la desconfianza en las intenciones de los involucrados en la respuesta, ya que limita su capacidad para abordar las necesidades reales de las comunidades y limita la transparencia y la rendición de cuentas. Por otro lado,

cuando las comunidades sienten que otros se están beneficiando de la implementación de la respuesta y en cambio ellos no, aumenta la desconfianza en los intereses de los implementadores.

Por ejemplo, identificamos la frustración de las comunidades por las maneras en las que son involucradas en el diseño y la implementación de la respuesta. La importancia de involucrar liderazgos locales que puedan representar los intereses de las comunidades a la hora de diseñar una respuesta en salud se vuelve fundamental porque contribuye a generar una respuesta contextualizada y enraizada en las verdaderas necesidades y preocupaciones de las comunidades (Kamuzora et al 2013 ; Schoch-Spana et al 2007; Larson et al 2009). Un entrevistado de la sociedad civil de Colombia destacó el efecto perjudicial de no trabajar con los consejos indígenas locales en el diseño e implementación de la respuesta en salud. También hubo mucha frustración por parte de los actores de la comunidad por la falta percibida de participación de los curanderos



tradicionales (en esa región se los conoce como sabedores o “los que tienen el conocimiento”). El entrevistado explicó que esto se vio agravado por el hecho de que el gobernador electo durante la pandemia no entendió la dinámica local. Al no comprender e involucrar a las estructuras locales,

la respuesta puede no adaptarse al contexto local y fortalece la noción de que las decisiones son tomadas a distancia, por personas que no son parte de la comunidad y que no se tienen en cuenta sus perspectivas.

“

*“El nuevo que asumió la gobernación no tenía un conocimiento claro de las estructuras organizativas indígenas porque él no es de aquí... Si no trabajas con indígenas y no estás involucrado en todas estas dinámicas, no tienes el contexto en tu mente. Esto pasa con personas que vienen de instituciones del interior del país, como no conocen estas estructuras organizativas y las dinámicas del departamento, hacen y planifican sin tener en cuenta que las comunidades indígenas tienen gobiernos propios que deben estar incluidos en todo, porque, en realidad, son ellos quienes impactan y entienden todo el territorio.”*

*- Organización de la sociedad civil, sur de Colombia*

Si bien la no participación puede tener efectos perjudiciales en los niveles de confianza, no todas las formas de participación necesariamente propician la confianza. Hay formas de participación simbólica en las que miembros de la comunidad son alentados a aportar ideas, pero no tienen realmente influencia o poder real en la toma de decisiones. Este tipo de participación también puede afectar la confianza en los actores de la respuesta en salud y, en consecuencia, en la información que brindan. Esto también sucede cuando los líderes comuni-

tarios son utilizados como vehículos para transmitir información para que resulte atractiva localmente, pero no tienen influencia en las decisiones editoriales ni en cómo podría relacionarse la información proporcionada con las necesidades y expectativas reales de la comunidad. En el siguiente extracto, un actor humanitario en Irak reflexiona sobre cosas que ha escuchado en el campamento, un ejemplo de la frustración asociada con la participación meramente simbólica:

“

*“He escuchado mucho en las comunidades decir: “Ustedes vienen a tomar fotos para los donantes y luego nos abandonan en medio del proceso y se van. No lo hacen por razones humanitarias. Lo hacen es por las donaciones. Hacen lo que quieren en el campamento y nos usan como herramientas para obtener dinero y luego se van, sin más.”*

*- Agencia humanitaria, norte de Irak*

También hay frustración asociada a la falta de participación de actores más allá de los tradicionales de salud, como lo son los medios de comunicación y la sociedad civil en el diseño y luego en la implementación de la respuesta en salud. Identificamos frustraciones con el papel limitado que se les dio a las organizaciones de la sociedad civil y a los medios de comunicación locales al comienzo de la respuesta sanitaria. Esto fue particularmente cierto en Colombia, donde nuestros entrevistados expresaron su frustración con el enfoque centralizado que tuvieron los secretarios de salud al comienzo de la pandemia, al no incluir a los actores con relaciones más cercanas con las comunidades, que podrían haber jugado un papel más importante en la respuesta. Esos mismos actores expresaron cómo su muy ocasional inclusión como parte de la respuesta sanitaria, cuando sí se dio, afectó positivamente la proximidad y la relación de los actores del sector salud con las comunidades indígenas.

“

*“El mecanismo inicial estaba muy centralizado en la Secretaría de Salud Departamental y era ahí donde se manejaban todas las orientaciones de quienes debían estar involucrados en los equipos de respuesta en el territorio frente al COVID. Lógicamente, queríamos no sentirnos inútiles sino poder aportar. Ese fue un primer desafío porque vimos que al principio no nos tomaban en cuenta desde el marco institucional como un actor válido para generar acciones más allá de brindar información o para interactuar con algunos líderes.”*

- Organización de la sociedad civil, sur de Colombia

Otra práctica que contribuye a una respuesta de arriba hacia abajo es la falta de voluntad para escuchar genuinamente a las comunidades, particularmente cuando expresan críticas a la respuesta. Esta falta de diálogo bidireccional fomenta la desconfianza y conduce a una implementación que no aborda las necesidades específicas de las comunidades. Identificamos la frustración derivada de la falta de voluntad para recibir retroalimentación. Medios locales y comunitarios en Colombia compartieron relatos de cómo tuvieron que enfrentar recriminaciones por parte de la audiencia cuando una emisora local mantuvo un diálogo abierto y

bidireccional con las comunidades indígenas. Explicaron que la emisora operaba con una política de micrófono abierto, lo que permitía a los miembros de la comunidad expresar sus opiniones y necesidades. En muchos casos, los miembros de la comunidad expresaron críticas y preocupaciones con respecto a quienes implementaron la respuesta sanitaria, entre otras cosas por divulgar información errónea. Como resultado, la emisora fue recriminada por las autoridades e, incluso, fue acusada de ser responsable de desinformación o de difundir información errónea.

“

*“La emisora también está abierta a la comunidad, la gente puede llamar al aire para hacer preguntas y decir lo que está pasando. Por eso, las autoridades a veces se molestan con la emisora, porque la gente hace reclamos por medio de ella.”*

- Emisora de radio local, sur de Colombia





Finalmente, también identificamos el impacto que tiene en la generación de confianza una presencia física constante y duradera en la comunidad. Como explicó un entrevistado de la sociedad civil en Colombia, **“Ellos {las comunidades} confían en las entidades que acompañan a la gente {en el territorio}”**. Se refería específicamente a la iglesia y a los líderes religiosos, y por qué las comunidades tuvieron tanta confianza en ellos durante la pandemia. Identificamos un caso similar en Irak donde un líder comunitario explicó que **“la mayoría de la gente aquí confía en el administrador del campamento. Esto sucede porque desde la admin-**

**istración del campamento se hacen rondas, visitas a las personas, reuniones con ellas en lugares específicos y se les habla de cómo protegerse.”**

Así como la presencia puede generar desconfianza, la falta de presencia también puede generar desconfianza. Identificamos esto en Colombia cuando un líder local explicó que **“los entes territoriales ni siquiera aparecían, se perdió la confianza en la alcaldía y en la gobernación porque no vinieron por acá en ningún momento, entonces la gente no confiaba en ellos.”**

## ■ Intenciones cuestionables

Esta segunda característica tiene que ver con la corrupción o con prácticas poco éticas por parte de los involucrados en la respuesta, que generan desconfianza a medida que las comunidades cuestionan su capacidad, intenciones y transparencia. Encontramos casos como promesas vacías, aplicación desigual de medidas, o una respuesta inoportuna.

Identificamos varios casos en los que a las comunidades se les prometieron cosas que nunca llegaron. Esto tuvo efectos devastadores en el nivel de desconfianza en la respuesta y sus actores, lo que indirectamente afecta la desconfianza que las comunidades tienen en la información proporcionada. Tal como se menciona en el marco de confianza de Internews, la transparencia en torno

a la capacidad de entrega es una de las variables que afecta la confianza en la información. Es claro que las promesas vacías pueden ser el resultado de múltiples factores. Por un lado, puede que se caiga en prometer demasiado, sin tener necesariamente malas intenciones. Pero de otro lado, hay promesas mal intencionadas, para, por ejemplo, conseguir aceptación, que no tienen la intención de cumplirse. Se trata de una estrategia para lograr aceptación inmediata en el corto plazo, pero que en el largo plazo puede tener importantes efectos en la confianza o en la desconfianza. Además, muchas veces el incumplimiento de algunos pocos puede tener un impacto en la desconfianza en todo el sector. Esto lo explicó un actor humanitario con el que hablamos en Irak:

“

*“Muchas ONG están haciendo falsas promesas a las comunidades. Dicen cosas como: “Llenen esta encuesta y les ayudaremos, les traeremos comida y pañales y leche para sus hijos, y luego se desaparecen. Esto genera falta de confianza entre la comunidad y las diferentes agencias y ONG. Ellos vienen, se llevan lo que quieren y se van y nunca regresan.” Todo esto afecta incluso nuestras iniciativas o intervenciones en torno a la comunicación de riesgos y la participación comunitaria (RCCE por su sigla en inglés)<sup>5</sup>, donde se necesita precisamente generar confianza. Si no genero confianza en la comunidad, no puedo convencerlos de nada. Cuando me acerco, me encuentro con una relación destruida incluso antes de conocerles. Esto afecta mucho nuestras intervenciones en salud y nos resulta muy difícil tratar de hacer lo mejor por ellos.”*

*- Agencia humanitaria, norte de Irak*

<sup>5</sup>Según el Comité Internacional de Rescate, IRC, este tipo de intervención tiene como objetivo mitigar el riesgo y el impacto de un brote al ofrecer un enfoque y un conjunto de herramientas para trabajar con las comunidades para prevenir la exposición, detener la transmisión de enfermedades y mitigar los efectos nocivos del brote.



También hay quejas de corrupción o aplicación desigual de las medidas de respuesta sanitaria. Durante la pandemia, esto se vio principalmente cuando las personas tenían que seguir las órdenes de quedarse en casa. Por ejemplo, un rumor en redes sociales captado en Colombia, muestra la frustración que enfrentan las poblaciones indígenas y afrocolombianas ante las severas consecuencias que tuvo para ellos el confinamiento dada la infor-

malidad de su empleo. Esto coincide con múltiples estudios que explican las formas en que las órdenes de quedarse en casa tienen efectos desproporcionados en las poblaciones de bajos recursos ([Basu et al 2021](#); [Partha & Kalam 2020](#); [Cho 2021](#)).

“

*“Como comunidades afro e indígenas no nos gusta que nos encierren. Las autoridades dijeron que nos teníamos que quedar encerrados o nos pondrían multas, pero nosotros teníamos que trabajar. La mayoría creía que eran pretextos del gobierno, decían que todo era un invento de China para reducir la población.”*

*- Rumor en redes sociales, Colombia*



# \*Factor generador 3

## La inequidad como parte de la respuesta informativa

Este último factor aborda las prácticas desiguales que contribuyen directamente en la respuesta informativa durante una emergencia sanitaria, generando una sensación de desconfianza en la información proporcionada. Aquí, identificamos las inequidades relacionadas con el acceso a información sanitaria relevante y en los procesos involucrados en la producción y divulgación de la misma. Este tercer generador enfatiza la importancia de

los elementos de proximidad y precisión del marco de confianza. Si bien la precisión generalmente se asocia con el acceso a información fáctica, la presentación oportuna y la relevancia de la información en un contexto dado son igualmente importantes. La proximidad está influenciada por la accesibilidad, la representatividad y la comprensibilidad de la información para la comunidad objetivo.

### ■ Acceso a información relevante

La falta de acceso a información adecuada tiende a ser la injusticia más crítica asociada a la desconfianza generada por la inequidad. Si bien el acceso es importante para generar confianza, los datos demuestran que no se trata sólo de la disponibilidad de información científica o fáctica, sino de la

relevancia de la información disponible. A continuación, destacamos algunas características de la información que, cuando faltan, disminuyen su relevancia y, por lo tanto, afectan la confianza de las comunidades en la información disponible.

### Fáctica

El acceso a información verificada, verificable y fáctica es un importante generador de confianza en la información. En Irak, identificamos instancias en las que un ecosistema de información debilitado

limitó la disponibilidad de información verificada. Además de generar desconfianza, también creó el espacio para que surgieran narrativas discriminatorias contra las comunidades vulnerables:

“

*“En el ecosistema de información iraquí, los medios de comunicación son de hecho muy poco saludables. No producimos mucho periodismo objetivo de calidad. La gente no recibe información verificada. Es muy difícil para la gente decidir realmente lo que quiere. Lo anterior abre campo a discursos de odio porque... el ecosistema de información de Irak está lleno de discursos de odio contra las minorías y los desplazados internos.”*

*-Medio de comunicación local, norte de Irak, marco de confianza: fáctica*

## Localizada

Incluso cuando efectivamente se dispone de información fáctica y verificada, las comunidades quieren que esa información sea contextualizada, de manera que responda a sus necesidades y realidades. Las comunidades vulnerables a menudo se ven expuestas a información producida para el consumo

general, pero que no habla de su realidad. Cuando la información está disponible, pero no responde a las necesidades y preocupaciones específicas de su audiencia, se abre el espacio perfecto para que aumenten la desconfianza y la proliferación de rumores y desinformación.

“

*“Había mucha información de lo que estaba pasando afuera (en la capital y en otros países), y sobre la angustia por tantos muertos, pero sin embargo no había claridad sobre lo que estaba pasando aquí. Creo que esa desinformación generó mucha angustia en la gente. No había nadie que les dijera lo que estaba pasando en su contexto.”*

*- Organización de la sociedad civil, sur de Colombia. marco de confianza: contextualizada*

## Prescriptiva

La imposición de información, a diferencia de un diálogo, también propicia la desconfianza generada por la inequidad. Las comunidades quieren tener la capacidad de tomar sus propias decisiones informadas.



“

*“No nos preguntaron si aceptábamos o no aceptábamos vacunarnos. Sólo nos dijeron que había que hacerlo. Sólo después me enteré de que existen unos decretos que dicen que uno puede decidir si se quiere vacunar o no.”*

*- Líder comunitario, sur de Colombia, marco de confianza: elección*

## Idioma

La falta de acceso a la información en los idiomas locales puede generar una sensación de distancia y desconfianza entre la comunidad y los actores involucrados en la respuesta, ya que el idioma es un elemento crucial de cercanía. Al delegar la creación de contenido a socios locales que pueden crear

contenido en el idioma local e incorporar expresiones locales, es más probable que la comunidad confíe en la información resultante y la entienda, lo que reduce la desconfianza provocada por la inequidad.

“

*“La gente no confía -ni confió durante la pandemia- en los hospitales. Los indígenas han sido históricamente rechazados por el sistema de salud. No hay referencia para nosotros, tampoco hay traductor. La gente no entiende lo que se le está diciendo.”*

*- Rumor de grupo de escucha, Colombia, marco de confianza: comprensible*

## Accionable

También hay frustración cuando la información no ofrece soluciones prácticas. Cuando las personas no reciben información que les ayude a abordar los riesgos y desafíos específicos que enfrentan, puede surgir la desconfianza. Muchas comunidades vulnerables experimentaron esto durante la pandemia

de COVID-19, pues gran parte de la información y las recomendaciones proporcionadas fueron producidas pensando en poblaciones urbanas con mayores recursos, lo que las hizo irrelevantes o difíciles de aplicar en otros contextos.

“

*“Las expectativas de la comunidad estaban ancladas en sus necesidades y vacíos, y por lo tanto pensaban que las autoridades locales proporcionarían medicamentos y ofrecerían parámetros claros para combatir el virus. Pero en lugar de esto, recibieron información científica y recomendaciones que percibían como complejas y alejadas de la realidad del territorio tales como “lávate las manos con jabón frecuentemente”, cuando el acceso a este tipo de insumos siempre ha sido complicado”.*

*Informe del grupo focal, equipo colombiano de Rooted in Trust, marco de confianza: Contextual*

## Fuentes-Transparencia

Finalmente, la falta de transparencia en torno a las fuentes y motivaciones detrás de la información también puede propiciar la desconfianza generada por la inequidad. La confianza de las comunidades en los proveedores de información es influida por una variedad de quejas y prácticas estructurales presentes durante la respuesta sanitaria. Por lo

tanto, es importante no sólo que las comunidades tengan acceso a la información, sino también saber quién la proporciona y cuáles son sus intenciones. La participación de actores con quienes las comunidades han tenido relaciones tensas puede afectar la forma en que esa información se recibe.

“

*“Haga la tarea: pause el video, anote los nombres y compruebe por sí mismo cada uno de estos casos. Si está esperando información de parte de los medios populares brasileños (TV, periódicos, revistas, sitios de noticias, etc.), olvídelo. No es bueno para el negocio divulgar noticias que generen interrogantes sobre la sospecha de que @reacoesadversas tiene vínculos con la vacuna del COVID. Cuanto más estúpido e ignorante es un pueblo, más fácil se convierte en fiel cliente consumidor. Tu corazón, ♥ ¡Gracias!”*

*- Rumor en las redes sociales, Brasil*



## Producción y divulgación de información

Esta sección aborda las inequidades relacionadas con la forma en que se produce y divulga la información. Nuestros datos sugieren que, junto con el acceso a información relevante, el “cómo” de la producción de información también es un factor importante de confianza. Durante el proceso de producción de información, identificamos inequidades relevantes relacionadas con la falta de participación de la comunidad en la producción de información, así como prácticas extractivas en las formas de recolectar información.

Las comunidades expresaron su frustración por la falta de participación en la producción de la información compartida. La falta de representación genera un sentimiento de inequidad, lo que también contribuye a la desconfianza y a la falta de relevancia en la información proporcionada. Por ejemplo, un medio de comunicación local en Irak explicó que **“básicamente, los grupos iraquíes desfavorecidos como las minorías y los desplazados internos, los refugiados, las mujeres, las víctimas, etc., no están bien representados en los medios. No tienen un espacio en los medios, y no hay suficiente información en términos de calidad y cantidad sobre esos grupos.”** Explicó cómo esos grupos vulnerables han expresado constantemente su frustración por la falta de participación: **“Siempre gritan y reclaman que no tienen suficientes representantes en la sala de redacción, que sus voces no están siendo**

**escuchadas.”** Igualmente, destaca algunos de los impactos negativos asociados con la falta de representación de las comunidades en la producción de información: **“Cuando las comunidades no están bien representadas, se generan olas de discursos de odio contra ellos; no tienen herramientas para protegerse... Así, nos quedamos sin conocer la otra cara de la moneda.”**

La falta de transparencia en los métodos de recopilación de datos también puede contribuir a la desconfianza en la información presentada. Las prácticas de investigación éticas y transparentes son un componente esencial para generar confianza. En nuestros dos estudios de caso principales, identificamos la frustración con las prácticas extractivistas en la recopilación de datos. Los entrevistados se refirieron a casos en los que los actores llegaron con preguntas para recopilar datos, pero no les proporcionaron información o servicios útiles a cambio. La investigación extractivista también puede tener muchas implicaciones poscoloniales para la extracción de conocimiento que, como se explica en el apartado del primer factor propiciador, puede desencadenar elementos históricos y estructurales de desconfianza generada por la inequidad ([lgwe et al 2022](#); [Tembo Et al 2021](#)).

“

*“Hay una ONG... que opera en algunos territorios, que ha generado mucha desconfianza pues... dicen que han venido a investigar, pero no se sabe dónde están esas investigaciones ni dónde está la información... Entonces la gente dice que vienen y recogen información, que se la roban y se la llevan al extranjero y que han producido libros con ella.”*

*- Organización de la sociedad civil, sur de Colombia*



También identificamos frustración por la mala coordinación entre la provisión de servicios y de información, lo que contribuye a generar el sentimiento de que la información es inoportuna e irrelevante, lo que afecta la confianza en la misma. Este fue un tema recurrente, pues hubo instancias en las que se proporcionó información sin el suministro de servicios de salud, o viceversa, como casos en los que los servicios de salud llegaron sin ninguna

información adjunta. Esto subraya la importancia de contar con una respuesta informativa debidamente articulada con la prestación de los servicios.

En Colombia, por ejemplo, un líder local explicó cómo las visitas de profesionales de la salud que sólo venían a concientizar, pero no brindaban ningún servicio, generaban desconfianza en la comunidad.

“

*“Ellos sólo venían con palabras, palabras, palabras y más palabras y se iban. Pero las comunidades indígenas estaban esperando algo que les sirviera. No que sólo llegaran, saludaran, hablaran y se fueran.”*

*- Líder comunitario, sur de Colombia*

También registramos un escenario opuesto, pero con un resultado similar, en una entrevista con una líder de vacunación en Colombia. En este caso, ella explicó cómo se distribuyeron algunas vacunas a ciertos territorios sin ninguna información previa, lo que resultó en desconfianza y baja aceptación de la vacunación.

“

*“No logramos desarrollar una sensibilización previa, pero es que había dificultades con el clima, no teníamos congeladores, las vacunas llegaban y tocaba aplicarlas o llevárnoslas inmediatamente.”*

*- Líder de vacunación, sur de Colombia*



# Sección 2

## Los impactos de la desconfianza generada por la inequidad

Este segundo capítulo trata sobre los impactos perjudiciales que la desconfianza generada por la inequidad puede tener en la gestión de la información y la respuesta a emergencias sanitarias. El objetivo es demostrar que la inequidad es una variable significativa que debe considerarse por

parte de quienes se preocupan por las formas en que la confianza en la información impacta la efectividad de las respuestas a emergencias en salud. Nuestro estudio identificó tres principales impactos potenciales resultado de la desconfianza generada por la inequidad.

### Impactos ¿Cómo impacta la respuesta sanitaria la desconfianza generada por la inequidad?



**El primer impacto** está relacionado con las formas en que las comunidades interactúan con la información debido a la desconfianza generada por la inequidad. Identificamos dos prácticas opuestas que tienen impactos negativos similares en la salud de un ecosistema de información. Por un lado, la participación activa en la difusión de rumores y desinformación alimentada por injusticias y frustraciones derivadas de la desconfianza generada por la inequidad. Por otro lado, está la desvinculación de las intervenciones formales de información y una búsqueda activa de fuentes alternativas producto de la frustración y la desconfianza asociadas a las inequidades vividas antes y durante la respuesta en salud. Cuando las personas sienten que la información no representa con precisión su realidad ni aborda sus necesidades, pueden desvincularse de los proveedores de información, incluso si esos ofrecen información objetivamente correcta, y buscar a cambio información en otros lugares. Esta desvinculación plantea graves amenazas para la salud del ecosistema de información, particularmente durante tiempos de crisis, ya que se puede recurrir a fuentes alternativas potencialmente menos confiables. Por eso, tanto la participación activa como la desvinculación de la respuesta de información oficial presentan graves amenazas para la salud del ecosistema de información.

**El segundo impacto** está relacionado con los efectos directos e indirectos de la desconfianza generada por la inequidad en los sistemas de salud comunitarios y en los resultados de salud. En cuanto a los efectos directos, identificamos una falta de voluntad para seguir las recomendaciones sanitarias, en parte debido a frustraciones asociadas

con la desconfianza generada por la inequidad. Esto se agravó cuando las recomendaciones fueron transmitidas por actores que las comunidades responsabilizan por las inequidades enfrentadas durante la pandemia. La falta de voluntad para seguir las recomendaciones también incluyó dudas frente a la vacuna. En cuanto a los efectos indirectos sobre la salud, identificamos un círculo vicioso en el que la inequidad genera desconfianza, lo que puede recrudecer aún más las inequidades. Uno de los resultados de ese círculo vicioso es el distanciamiento y aislamiento que se genera entre las comunidades y los sistemas de salud.

**El tercer impacto** está relacionado con las formas en las que la desconfianza generada por la inequidad influye en la relación entre las comunidades y las organizaciones humanitarias o de la sociedad civil. Aquí, identificamos que la inequidad también aumenta la frustración que sienten las comunidades vulnerables hacia los actores que deberían representar y atender sus necesidades. Esto aumenta la distancia frente a las organizaciones humanitarias y de la sociedad civil, que resulta en la falta de voluntad para participar en sus programas o actividades.

Los tres impactos demuestran la importante influencia negativa que pueden tener las percepciones de inequidad. Esta influencia no sólo pone en peligro la salud del ecosistema de información sino que contribuye a deteriorar las relaciones entre las comunidades y todos los actores en posiciones de poder. Esto, por supuesto, repercute en la posibilidad de contar con una respuesta y una información eficaz frente a la emergencia sanitaria.



# \* Impacto 1

## Vinculación con la información

Al analizar los datos recolectados, identificamos que la desconfianza generada por la inequidad tuvo un impacto en las formas en las que las comunidades interactúan con la información. Mientras que para algunos resulta en frustración y en un involucramiento activo con los rumores y la desinformación, para otros resulta en la decisión de desconectarse y apartarse de los proveedores de información institucional oficial y buscar fuentes alternativas,

en algunos casos incluso de menor calidad. Ambas prácticas aparentemente opuestas pueden emanar de una frustración similar y tener efectos perjudiciales en la salud del ecosistema informativo.

El resto de esta sección presenta un análisis detallado con ejemplos de las formas en que se presentaron los datos de vinculación o desvinculación de las fuentes de información.

### Vinculación activa con los rumores y la desinformación

Identificamos que una de las posibles reacciones que emanan de la frustración asociada a la desconfianza generada por la inequidad es la decisión de involucrarse activamente con la desinformación (información involuntaria falsa o inexacta). Lo que identificamos es que las injusticias asociadas con la inequidad generaban muchas dudas y cuestionamientos (muchas veces legítimos) entre las comunidades, que podían llegar al punto de convertirse en un rumor. Por ejemplo, un trabajador de la salud comunitario en Irak explicó: **“La inequidad nos afecta porque las comunidades no confían en nosotros desde el principio. Cuando llegamos a ayudar, no confían en nosotros. Se preguntan: ‘¿Será verdad? ¿Vienen a ayudarnos? ¿Será en serio o será que sólo quieren vacunarnos? Nos van a dejar infértiles.’ Llega el punto en que no confían en nadie porque todo el mundo ha intentado abusar de ellos de diferentes maneras.”** Un actor humanitario en Irak también explicó cómo los rumores asociados con la desconfianza generada por la inequidad se propagaron cuando se administró la vacuna a los desplazados internos: **“En el campamento empezaron a correr rumores de que no le importamos al gobierno, y de repente nos quieren vacunar... ¡Claro!, nos están trayendo vacunas vencidas.”** En Colombia, se presentó una situación similar cuando el gobierno decidió vacunar primero a las comunidades indígenas, y se encontró con el rechazo debido a los rumores en las comunidades de que serían los primeros en vacunarse

porque el Estado quería experimentar con ellos, tal como lo había hecho en el pasado.

También encontramos que la desconfianza generada por la inequidad se puede utilizar para promover campañas de desinformación (la divulgación deliberada de noticias falsas). Vimos que al reconocer e incorporar la marginación histórica y continua que enfrentan las comunidades como resultado de la inequidad, las campañas de desinformación pueden generar mucho arrastre. Si bien la información puede ser falsa o incorrecta, las emociones a las que se dirige son muy reales e importantes en los imaginarios de las comunidades a las que se dirige. El siguiente extracto del informe del equipo que implementó los grupos focales en Colombia brinda un ejemplo de este aspecto:

**“Algunas campañas de desinformación se han alimentado de esta desconfianza generada por la inequidad, combinando varias de las tendencias de rumores antes mencionadas para socavar la importancia de las vacunas, alegando, por ejemplo, que ‘la solución milagrosa, la vacuna, es un veneno y muchas personas tienen serios problemas de salud debido a ella, que es un negocio lucrativo, un arma de doble filo de la industria farmacéutica.”**

El ecosistema informativo se ve muy afectado por las formas en que la desconfianza generada por la inequidad da lugar a información errónea y a desinformación. Como parte del proyecto Rooted

in Trust, recopilamos rumores relacionados con la salud que circularon entre las comunidades en riesgo en contextos humanitarios en los últimos dos años. En la preparación de este documento, analizamos colaborativa y sistemáticamente todos los rumores recopilados en Irak, Colombia y Brasil. Se trataba de identificar las formas en que los rumores expresan la inequidad percibida. El resultado fue un conjunto de mapas de rumores por país con un análisis temático ([Link to rumor maps](#)). Los principales temas identificados están relacionados con:

01.

## Tendencia del rumor: Injusticias percibidas llevadas a cabo por actores poderosos

Este conjunto de rumores habla de injusticias percibidas o sospechadas, por acciones llevadas a cabo por actores a nivel nacional y global. El conjunto más recurrente de actores incluyó: políticos, farmacéuticos, filántropos, medios e instituciones globales.

**a. Censura:** Hubo múltiples rumores que expresaban la frustración por la supuesta censura experimentada por quienes critican las vacunas o la respuesta en salud en general. Un componente clave del marco de confianza es la rendición de cuentas, que propone que los proveedores de información deben alentar a sus audiencias a hacer preguntas, analizar y modificar la información con sus perspectivas y puntos de vista.

“

“Los médicos honorables son silenciados para que no digan la verdad... Hablé con varios médicos en Cisjordania... durante la campaña de dosis venenosas, y me confirmaron que cuando trataron de abordar este tema y el alcance de su moralidad, fueron amenazados con la revocación de su licencia y otros castigos.”

- Rumor en las redes sociales, Irak

**b. Transparencia:** La falta de transparencia también fue una injusticia percibida común entre los rumores. Identificamos muchas afirmaciones en torno a que los gobiernos y las industrias farmacéuticas habían omitido deliberadamente información o datos sobre los efectos secundarios de las vacunas. En publicaciones anteriores hemos escrito sobre la importancia de comunicar la incertidumbre en torno a las vacunas. ([Internews 2021](#)).

“

“Pfizer y los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades estaban ocultando datos que mostraban efectos nocivos y muertes causadas por la vacuna. Lo que está pasando aquí es criminal. Para las personas que conocían los datos, pero no dijeron nada, habrá consecuencias legales... Serán testigos o acusados.”

- Rumor en las redes sociales, Brasil

**c. Privacidad de datos:** También hubo numerosos casos de rumores que expresaron la frustración por la falta de privacidad y seguridad en el uso de datos por parte de actores poderosos. La recopilación de datos nunca ha sido fácil, lo que también ha aumentado las preocupaciones sobre los riesgos asociados a la proliferación de la vigilancia biomédica como resultado de la pandemia de COVID-19.

“

“La identificación digital de la ONU tendrá acceso a todos los aspectos importantes de la vida de uno. Conectará al ciudadano a una red global que definirá su puntaje de crédito social, capacidad para trabajar, viajar, comprar o vender, inscribir a sus hijos en la escuela, recibir atención médica, registrarse o acceder a un lugar para vivir, etc., todo gestionado por las mismas personas benévolas que ahora patrocinan la nueva narrativa de ‘quédate en casa... si puedes.’ Con todos los aspectos de nuestras vidas centralizados digitalmente utilizando biometría, reconocimiento facial, blockchain, inteligencia artificial y una extensa red 5G, ¿alguna vez se ha preguntado qué tipo de control social podría proporcionar esto si las personas deciden no obedecer ciertas restricciones o requisitos?”

Rumor en las redes sociales, Brasil



**d. Corrupción:** Igualmente, registramos muchas frustraciones por supuestos beneficios económicos o políticos por parte de actores poderosos a nivel mundial y nacional derivados de las medidas sanitarias asociadas a la pandemia. A partir de nuestros datos de rumores, identificamos cómo la supuesta corrupción hizo que las audiencias cuestionaran las intenciones y la capacidad de los proveedores de información.

“

*“NUEVO ORDEN MUNDIAL: La próxima pandemia va a ser más letal, dice Bill Gates, y ya está todo preparado para que suceda. Las ONG, la fundación Bill y Melinda Gates y un banco se encargarán de todo el asunto financiero, para inmunizar a la gente.”*

*-Rumor en las redes sociales, Brasil*

## 02. Tendencia del rumor: Tensiones entre agendas globales y nacionales

Este conjunto de rumores habla de tensiones geopolíticas entre instituciones globales o países del norte global y países del sur global que desembocaron en sentimientos de injusticia o inequidad.

**a. Pérdida de soberanía:** Un tema recurrente en los datos recolectados de rumores fue el sentimiento de pérdida de libertad y soberanía por parte de los Estados nacionales a manos de una estructura de gobernanza global y bajo la excusa de una agenda de salud mundial. Esta supuesta interferencia extranjera o global parece crear mucha desconfianza y preocupación entre quienes están detrás de los rumores. En países con antecedentes de colonialismo o interferencia extranjera, existe un reclamo histórico particular asociado con la pérdida de la autodeterminación nacional.

“

*“MIENTRAS LA GENTE SE DISTRAE CON LAS TELENOVELAS, LA CERVEZA Y EL FÚTBOL, LA AGENDA 2030 DEL FORO ECONÓMICO MUNDIAL AVANZA. Pandemia: la excusa perfecta para hacer que todos los países renuncien a su soberanía y poder de decisión y los entreguen a manos de un organismo internacional. Vacunación obligatoria, vacunación con el uso de la fuerza policial, requisitos de pasaporte de salud para poder tener un trabajo, comprar en el supermercado o mantener a sus hijos en la escuela... ¿Y si todo esto ya no lo decidiéramos nosotros, mediante el poder político de cada Estado, sino los extranjeros, organismos internacionales que creen que saben mejor que los mismos ciudadanos lo que es mejor para su salud?”*

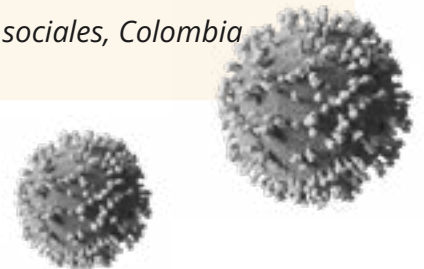
*- Rumor en las redes sociales, Brasil*

**b. Quejas histórica:** Los conflictos históricos y las tensiones entre los países occidentales y los del sur global también contribuyeron a los datos de rumores asociados con la desconfianza generada por la inequidad. Esto fue particularmente cierto para los países que habían estado en guerra, colonizados o invadidos por países occidentales. Por ejemplo, en el caso de Irak y otros países del Medio Oriente en los que trabajamos, hemos identificado múltiples tendencias de rumores con sentimientos antioccidentales que mencionan la invasión occidental a esta región. De igual forma, en países sudamericanos también hemos captado rumores que hacen referencia al pasado colonial.

“

*“Los ancianos estaban enojados: decían cosas como que los blancos siempre nos traen enfermedades, esta no es la primera vez.”*

*- Rumor en las redes sociales, Colombia*





**c. Ciencia occidental y sistemas de conocimiento:** Este conjunto de rumores aborda las tensiones entre los sistemas de conocimiento tradicional y la ciencia. Incluye afirmaciones en torno a una ciencia "occidental" predominante que tilda a quienes la critican como enemigos de la ciencia. Tiene sus raíces en la historia desigual de la producción de conocimiento, lo que dificulta que otros sistemas de conocimiento tengan legitimidad o participen en los debates globales.

“

*"Tienen el control de todo, nuestro trabajo, nuestra religión, nuestra política, ya sea de izquierda o derecha, controlan nuestros alimentos, nuestra medicina y la falsa ciencia. (Antony Fauci y Bill Gates son Illuminatis)."*

- Rumor en las redes sociales, Brasil

03.

## Tendencia del rumor: Inequidades en los servicios de salud

Este conjunto de rumores habla de las desigualdades que enfrentan las comunidades o países en torno a los sistemas de salud.

**a. Acceso a servicios de salud de calidad:** Se trata de rumores relacionados con el acceso a servicios de salud de baja calidad que terminan influyendo en la desconfianza que las comunidades tienen frente a las instituciones, y por ende frente a la información o recomendaciones que brindan. Esto también incluyó tensiones en torno a una distribución desigual de los servicios de salud, incluida la vacunación, que terminan afectando desproporcionadamente a las comunidades vulnerables.

“

*"Otro asunto es que las vacunas no son iguales en todo el mundo en cuanto a calidad. La vacuna enviada a Bagdad es mucho mejor que la vacuna disponible acá en la región. Yo me alejé y alejé a mi familia de esa maravillosa vacuna. La Pfizer es mucho mejor, es la que usaron en Europa, no la china."*

- Rumor de las redes sociales, Irak

**b. Las medidas recrudecen la inequidad:** Estos rumores incluyen afirmaciones en torno a que la pandemia y las medidas de respuesta terminaron exacerbando aún más las inequidades para las poblaciones en riesgo. Lo anterior incluye asuntos como la orden de quedarse en casa y de aislamiento.

“

*"La pobreza aumenta el daño causado por enfermedades como el coronavirus y el cólera en la gente... Una de las causas de la enfermedad es el retorno de las personas desplazadas a sus lugares de residencia porque su entorno está contaminado con gases tóxicos."*

- Rumor de las redes sociales, Irak

**c. Servicios discriminatorios:** Este conjunto de rumores aborda el acceso discriminatorio a los servicios de salud, particularmente de las comunidades vulnerables. Incluye denuncias de población indígena, desplazada interna o LGBTQI al momento de acceder a los servicios de salud durante la pandemia. También incluye diversas expresiones de frustración e injusticia en el acceso a los servicios de salud por parte de quienes decidieron no vacunarse.

“

*"¿Hasta cuándo? No debemos tener miedo de usar los servicios médicos sólo porque no nos hemos inyectado la vacuna experimental. Yo le pregunto a los médicos, ¿dónde está su humanidad?"*

Rumor en las redes sociales, Colombia



## Desvinculación de la respuesta institucional

Otra posible consecuencia de la desconfianza generada por la inequidad es la decisión de las comunidades de desvincularse de la información que proporcionan los actores institucionales oficiales y buscar activamente fuentes alternativas de información. Esto plantea un desafío importante para la respuesta oficial en salud, pues limita su capacidad de brindar información vital y esencial a las comunidades en una emergencia sanitaria. Lo anterior podría convertirse en un desafío más difícil que la vinculación activa descrita más arriba. Con quienes se vinculan, al menos existe la posibilidad de fomentar el diálogo y llegar a acuerdos. Sin embargo, cuando la información oficial pierde importancia y relevancia, se hace mucho más difícil manejar los impactos.

El siguiente líder religioso de Irak explica algunos de los procesos que impulsan la desconexión o desvinculación de fuentes institucionales: **“Si no reciben asistencia a tiempo, por ejemplo el suministro de alimentos cada tres meses, pues no confían del todo en el sector de la salud. Esta es la verdadera lucha... No les importa la información sanitaria pues no reciben la asistencia básica a tiempo.”**

Esto también lo enfatizó un líder comunitario cuando se le preguntó cómo reaccionaría la comunidad de desplazados internos ante la información recibida del gobierno central, que previamente habíamos identificado como responsable de muchas de las inequidades que ellos enfrentan.

“

*“Aunque nos den información, no podemos confiar en ellos porque llevamos mucho tiempo aquí y no han tomado medidas. Si trajeran información, en todo caso les tendríamos miedo. Pensaríamos que tal vez no nos brindarán la información adecuada”.*

*-Líder comunitario, norte de Irak*

La desvinculación entre los proveedores de información oficial y las comunidades también puede contribuir a la búsqueda de fuentes alternativas, algunas de las cuales pueden ser de menor calidad y potencialmente dañinas, como se analizará más adelante en la siguiente sección.

## \* Impacto 2

### Resultados de salud

La desconfianza impulsada por la inequidad también puede tener un impacto directo o indirecto en los sistemas de salud y en los resultados de salud. En primer lugar, puede llevar a que las comunidades no estén dispuestas a seguir las recomendaciones de salud durante una emergencia sanitaria, así como a buscar activamente alternativas a tratamientos y

medidas preventivas, algunas de las cuales pueden poner en peligro sus vidas. De otro lado, las frustraciones resultantes de la desconfianza generada por la inequidad pueden aumentar la distancia y perturbar aún más la relación con los actores del sector salud. Esto da como resultado un círculo vicioso en el que la desconfianza generada por la

inequidad aleja aún más a las comunidades de los actores del sector salud, lo que a su vez recrudece las inequidades en términos de salud que estas comunidades ya enfrentan. El resto de esta sección

proporciona ejemplos y una descripción más detallada de cómo operan esos impactos directos e indirectos en los resultados de salud.

## Falta de voluntad para seguir las recomendaciones sanitarias

Las frustraciones asociadas con la desconfianza generada por la inequidad pueden contribuir a la falta de voluntad para seguir las recomendaciones sanitarias durante una crisis. Si la gente desconfía de la información, hay menos incentivos para prestar atención o acatar lo que esa información propone. En los casos en que la desconfianza es muy severa, los efectos de las recomendaciones pueden incluso resultar contraproducentes, de manera que los miembros de la comunidad toman medidas completamente opuestas o buscan alternativas.

Este impacto está intrínsecamente relacionado con el aumento de los rumores y la desinformación presentado en la sección anterior. Los rumores también contribuyen a la falta de voluntad para seguir las recomendaciones de salud durante una emergencia sanitaria. Esta transcripción de un grupo focal en Colombia explica cómo las tendencias de rumores asociados con la desconfianza generada por la inequidad contribuyen a la deslegitimación del virus y las vacunas:

“

*“Estas tendencias de rumores han influido en la percepción de la ilegitimidad del virus, presente en algunos imaginarios colectivos donde el público en general duda de su existencia, su potencial gravedad, la importancia o relevancia de las vacunas, las medidas de bioseguridad y otras acciones tomadas por el gobierno y las organizaciones transnacionales para atender la emergencia sanitaria.”*

*- Informe del grupo focal, sur de Colombia*

Esto también se ejemplificó en una entrevista con un líder juvenil de Colombia a quien se le preguntó cómo reaccionaron los jóvenes ante la información que trajeron actores en los que no confiaban debido a la desconfianza generada por la inequidad:

“

*“Bueno, recibieron la información de esos actores, pero nunca la siguieron. Decían cosas como que la información no es útil, no es verdad, entonces por qué la seguiríamos o la creeríamos.”*

*- Líder juvenil, sur de Colombia*

La inequidad asociada con la falta de información y los servicios también puede empujar a las comunidades a buscar soluciones alternativas en términos de curas y medidas preventivas para el virus. Algunas de las alternativas pueden ser bastante peligrosas y suponer un mayor riesgo para la salud; como los numerosos casos de rumores que sugerían el uso no supervisado de cloroquina para tratar

el COVID-19<sup>6</sup>. En el caso de Colombia, los grupos focales evidenciaron cómo, ante la desigualdad en el acceso a servicios médicos, el conocimiento indígena se convirtió en muchas instancias en la única alternativa viable.

<sup>6</sup> La FDA advirtió sobre el uso de cloroquina para combatir el COVID-19 fuera de un entorno hospitalario o de un ensayo clínico, dado el riesgo de problemas del corazón que podía causar.



*“En la pandemia, la comunidad experimentó una escalada de barreras preexistentes debido a la excesiva burocracia de las instituciones de salud. Esta burocracia provocó retrasos en la contratación de profesionales médicos y la asignación de recursos para la compra de insumos de bioseguridad. Es en este punto que surge el elemento antes mencionado: la medicina ancestral. La medicina ancestral no sólo sirve como medio para preservar y utilizar el conocimiento tradicional para mejorar el bienestar físico y espiritual de la comunidad, sino que también actúa como uno de los pocos enfoques disponibles para abordar las enfermedades, si se considera la escasez de profesionales y recursos accesibles en la medicina occidental.”*

*- Informe del grupo focal, sur de Colombia*

## Recrudece las desigualdades y aísla a las comunidades

La desconfianza generada por la inequidad no sólo influye en la disposición de las comunidades a seguir las recomendaciones sanitarias, sino que erosiona la relación entre esas comunidades y los proveedores de atención médica. Esto puede provocar daños irreversibles a largo plazo a medida que se rompe la confianza. Problemas como las promesas incumplidas y el acceso desigual a los servicios contribuyen a esta frustración generalizada frente a los actores del sector salud. Por ejemplo, durante una conversación de un grupo focal en Irak, se

observó que muchos participantes ya no confiaban en los servicios proporcionados por las clínicas. Según los participantes, esta falta de confianza se debió en parte a que el gobierno y las organizaciones realizaron repetidas visitas y promesas sin tomar acciones concretas. Un entrevistado de una agencia de salud humanitaria también destacó cómo la relación tensa y distante entre las comunidades y los sistemas de salud impactó su trabajo.



*“Durante la pandemia, fuimos testigos de dudas por parte de la gente, y de una falta de confianza tanto en las personas como en los gobiernos. Desafortunadamente, estas dudas se debieron a varios factores, incluidos el sectarismo, los servicios de salud inadecuados, una situación política desafiante, la inestabilidad, la presencia del Estado Islámico, la crisis de refugiados y los asentamientos informales para desplazados internos (DI). Estas circunstancias fueron extremadamente desafiantes y representaron una carga para nuestro trabajo. Hubo una notable sensación de duda entre las comunidades y los sistemas de salud y nosotros quedamos atrapados en la mitad.”*

*- Agencia humanitaria, norte de Irak*

El rompimiento de la relación entre las comunidades y los sistemas de salud contribuye a un círculo vicioso que recrudece aún más las desigualdades enfrentadas por las comunidades. Al distanciarse de los sistemas de salud, es menos probable que las comunidades puedan posicionar sus necesi-

dades y preocupaciones sanitarias en la agenda política para garantizar la provisión de servicios. Como resultado, existe una mayor probabilidad de que esas necesidades no se consideren o aborden, lo que aumenta aún más las desigualdades que dañaron la relación en primer lugar.

# \* Impacto 3

## Respuesta humanitaria

El tercer y último impacto de la desconfianza generada por la inequidad que identificamos fue el aumento de la frustración asociada con los actores involucrados en una respuesta humanitaria. Al igual que con los sistemas de salud, también observamos evidencias de una relación rota entre las comunidades y las organizaciones humanitarias o de la sociedad civil, o la respuesta en salud en su conjunto, debido a la frustración asociada con la desconfianza generada por la



*“Es muy pero muy difícil cuando te acercas a las personas con intenciones genuinas, con entusiasmo y disposición para ayudar, pero te responden con comentarios negativos. Nosotros y la agencia también estamos dedicados a realizar nuestro trabajo, pero nos encontramos con una relación tensa incluso antes de que tenga lugar cualquier interacción. Esto tiene un gran impacto en nuestras intervenciones en salud y plantea desafíos importantes en nuestros esfuerzos por brindarles la mejor asistencia posible.”- Agencia humanitaria, norte de Irak*

Las experiencias negativas de las comunidades con ciertas organizaciones pueden afectar a todo el sector. En algunos casos, puede haber una frustración generalizada con las formas en que ciertas prácticas o programas han afectado negativamente a las comunidades. La desconfi-



*“Hemos recibido informes de que algunos beneficiarios se niegan a abrir sus puertas durante las visitas puerta a puerta debido a experiencias negativas con otras organizaciones no gubernamentales que operan allí. Resultó clave, en ciertas áreas, reconstruir la confianza y reintroducir nuestro trabajo como independiente y diferente del de otras organizaciones que trabajan en la región. Procedimos así para facilitar intervenciones más fluidas y mejorar la aceptación de nuestro trabajo por parte de la comunidad.” - Agencia humanitaria, norte de Irak*

La frustración con la respuesta humanitaria también se vio influenciada por la temporalidad y la sostenibilidad de la implementación. Durante nuestras entrevistas en Irak, nos encontramos con una frustración significativa relacionada con el abrupto retiro de los fondos humanitarios de los campamentos de desplazados internos en el norte. La falta de continuidad del programa y la mala comunicación y transparencia que acompañan a estas acciones pueden contribuir a una sensación de abandono repentino, lo que

inequidad. Esta relación fracturada puede tener un impacto negativo en las capacidades de las agencias para crear e implementar programas conectados con respuestas humanitarias más amplias. Una de las agencias humanitarias que entrevistamos en Irak explicó cómo sentían que, en muchos casos, la relación entre la agencia y la comunidad se agrió antes de siquiera comenzar su trabajo.

anza asociada puede impactar el trabajo de las nuevas organizaciones, incluso si no fueron ellas las involucradas en esas prácticas. Detectamos múltiples instancias en las que se volvió primordial para las organizaciones restablecer la confianza diferenciándose del sector en general.

genera rumores y percepciones de inequidad. Este problema es, en parte, el resultado de la falta de articulación entre las iniciativas humanitarias y para el desarrollo, lo que hace que la transición entre unas y otras se sienta abrupta. En Irak, las comunidades expresaron su preocupación por la falta de comunicación sobre lo que sucedería una vez que se acabara el apoyo humanitario. Todas estas frustraciones contribuyen a sentimientos de inequidad e injusticia, lo que impacta aún más la relación entre las comunidades y la futura programación humanitaria.



# Sección 3

## Recomendaciones para mitigar, abordar y reconocer la desconfianza generada por la inequidad

La desconfianza se basa en numerosos factores. Hemos intentado traer la inequidad a la ecuación y comprender el papel que juegan los casos de injusticia e inequidad en las relaciones de confianza de los grupos vulnerables en medio de una emergencia. Para ello, identificamos varios factores mediante los cuales la inequidad contribuye a crear o mantener la desconfianza en las respuestas humanitarias y de salud, los actores que las lideran y/o la información proporcionada antes y durante una emergencia.

En esta sección proporcionamos una serie de recomendaciones sobre la mejor manera de abordar e intentar mitigar las raíces de la desconfianza generada por la inequidad. Las recomendaciones también incluyen mejores prácticas o prácticas positivas que están funcionando en algunos de nuestros casos de estudio y que contribuyen a promover la confianza entre los actores y las comunidades afectadas por la crisis.

Las recomendaciones enumeradas a continuación se identificaron en conversaciones con nuestros informantes clave de Colombia e Irak. También se basaron en los aprendizajes del proyecto Rooted in Trust desde el comienzo de la pandemia de COVID-19.

Enumeramos las recomendaciones siguiendo la lógica del primer capítulo (generadores mediante los cuales la inequidad afecta la confianza). Estos generadores representan los puntos de tensión que los actores humanitarios y de salud deben tener en cuenta al diseñar e implementar programas para comunidades vulnerables que experimentan casos de inequidad. Entendemos que estas expresiones de inequidad son complejas de abordar. No existen fórmulas mágicas que puedan equilibrar las relaciones de poder históricas y profundamente arraigadas que afectan a estas comunidades. Sin embargo, esperamos que los actores que operan en contextos humanitarios reconozcan estos factores intangibles que, de hecho, pueden tener profundas implicaciones en los resultados de las respuestas a las emergencias. Esperamos que estas recomendaciones ayuden a las organizaciones humanitarias y de salud a adaptar sus prácticas, no sólo para garantizar la confianza en la información que proveen, sino para considerar las formas en que la desconfianza generada por la inequidad puede, en últimas, afectar su trabajo.



# \* Recomendación 1

## Responder a las: Desigualdades estructurales

### Marginación histórica

**Tenga en cuenta las experiencias pasadas y vividas.** Reconozca cómo el pasado puede tener un impacto muy real en la relación de una comunidad con la salud pública y las intervenciones de emergencia en la actualidad. Es importante considerar las historias de opresión o discriminación que permean las prácticas actuales, no sólo para promover nuevas relaciones de confianza, sino también para asegurar que las comunidades puedan recuperar el poder que les fue arrebatado. Como tal, es importante que los actores evalúen las relaciones de poder y tengan en cuenta las dinámicas en juego en los entornos en los que operan.

- \* Contemple organizar grupos focales con miembros de la comunidad para comprender cómo perciben la respuesta humanitaria y qué valor le ven al trabajo de su organización. Escuche lo que las comunidades necesitan de usted.
- \* No le huya a la crítica y manténgase abierto a recibir comentarios incómodos que cuestionen sus prácticas y su función.

Garantice el diálogo entre los sistemas de conocimiento occidental e indígena/tradicional. El paradigma del conocimiento occidental, con sus formas de comprender y registrar la realidad, a menudo ha invalidado o cuestionado los sistemas de conocimiento locales e indígenas que abarcan diversas formas de transmitir el conocimiento, muy diferentes a las del enfoque científico. Sin embargo, para muchas comunidades en el Sur Global, estas formas culturales, sistemas de clasificación y prácticas rituales/espirituales informan la toma de decisiones cotidiana, incluso en tiempos de emergencia. Abrir la puerta a conversaciones sobre esto es el primer paso para respetar este aspecto fundamental de la vida de las personas, reconocer la

diversidad de prácticas de atención o cuidado y, como resultado, fomentar la confianza entre las comunidades.

- \* Incluya a yerbateros, curanderos tradicionales y líderes espirituales en su red de socios de primera línea para que canalicen en sus prácticas curativas la orientación sobre los servicios de salud disponibles y las medidas de prevención.
- \* Asegúrese de consultar a estos actores al diseñar estrategias de comunicación de riesgos y participación comunitaria (RCCE, por su sigla en inglés) para que aporten la perspectiva de la curación tradicional e informar su trabajo.

### Brechas en el acceso a servicios de calidad

**Tenga en cuenta cómo las brechas en el acceso a servicios de salud de calidad pueden recrudecer aún más la desconfianza en los actores de la salud y su orientación.** Es difícil para las comunidades confiar en los actores de la salud que han fallado continuamente en la prestación de servicios y la protección de los mismos. Por lo tanto, es importante comprender la relación con las autoridades de salud locales y nacionales, así como con los hospitales o centros de salud locales, con el objetivo de resarcir las promesas incumplidas y reparar los valores irrespetados.

- \* Realice grupos focales e identifique cómo se sienten las personas frente a los servicios de salud en el área, converse sobre las limitaciones y las opciones disponibles para que tengan expectativas reales.
- \* Converse con los actores de salud, nacionales y locales, la importancia de generar confianza con el público antes de una emergencia, mediante la inclusión y la equidad en la prestación de servicios de salud.

## \* Recomendación 2

### Responder a la: Inequidad durante la respuesta en salud

#### Simbólico y no participativo

**Reconozca las capacidades existentes en la comunidad.** Las comunidades de todo el mundo cuentan con amplias capacidades y estructuras para responder a las adversidades y aprender de ellas, tal como lo han venido haciendo históricamente. Asumir que siempre es necesario importar profesionales del campo humanitario es un grave error instalado en las prácticas colonizadoras y paternalistas de ayuda. Si bien a veces puede ser necesario traer experiencia adicional de otras partes del mundo para complementar la respuesta, lo primero y más importante es identificar y respetar a aquellos que ya operan a nivel local. Esto no sólo contribuirá a un rico intercambio de aprendizajes, sino que también apoyará la nivelación de las relaciones de poder entre los actores internacionales y los locales, creando un sentido de confianza en ambas partes.

- \* Realice un mapeo de las capacidades de los actores locales de respuesta antes de una emergencia y mantenga un diálogo continuo con ellos, apoyando la transferencia de conocimientos y el intercambio de información.
- \* Asegúrese de priorizar las estructuras comunitarias para la respuesta antes de subcontratar servicios con terceros y, cuando lo haga, asegúrese de coordinarlos correctamente con los actores de la comunidad.
- \* Capacite a los miembros de la comunidad cuando identifique vacíos de habilidades para que puedan estar al frente de la respuesta como implementadores. Esto contribuirá a reducir la desconfianza en sus intenciones al reconocer la agencia de las comunidades para definir la respuesta de la manera más adecuada.

**Garantice la participación continua de las comunidades en los planes de preparación y respuesta.** Las comunidades están bien posicionadas para informar a los actores técnicos sobre las prioridades, necesidades y fortalezas que pueden guiar los planes de preparación a nivel hiper-local. También pueden informarles sobre las prácticas comunitarias que pueden afectar la implementación de los planes de emergencia. Por ello, es fundamental contar con las comunidades en la mesa de toma de decisiones.

- \* Al preparar planes de emergencia, póngase en contacto con las organizaciones de la sociedad civil y los líderes comunitarios que puedan informarle sobre la pertinencia y adecuación de esos planes.
- \* Contemple la participación de representantes de grupos vulnerables para identificar riesgos y barreras que afectan a diferentes grupos demográficos, como mujeres, jóvenes, personas con discapacidades, personas mayores o comunidades LGBTQI+.
- \* Los esfuerzos de escucha social y seguimiento de rumores pueden proporcionar información valiosa sobre las necesidades, preocupaciones y riesgos de una comunidad. En consecuencia, utilizar los hallazgos derivados de la escucha social para influir en el diseño y la implementación de planes de preparación y respuesta es un enfoque complementario para garantizar la inclusión de las voces de la comunidad en los programas.

## Enfoques de arriba hacia abajo

**Garantice la disponibilidad de opciones y evite imponer soluciones unidireccionales.** La confianza sólo puede entrar en juego cuando el individuo o la comunidad tienen la libertad de actuar y decidir sobre las medidas que los afectan, sobre las formas en que se prestan los servicios o incluso sobre las estrategias para enfrentar una emergencia. Cuando se nos da la oportunidad de participar en las conversaciones sobre opciones posibles, abrimos la puerta a identificar objetivos comunes al reconocer diferentes capacidades y niveles de autonomía.

- \* Tenga en cuenta las diferentes posibilidades que tienen las comunidades para tomar medidas sobre las instrucciones dadas: proporcione opciones viables.
- \* Promueva la confianza bidireccional brindando opciones y reconociendo que las personas finalmente tomarán las decisiones que tengan más sentido para sus realidades.

**Implemente la escucha social, sistematice la retroalimentación y actúe en consecuencia a partir de los hallazgos.** A las comunidades se les pide continuamente que respondan preguntas, completen formularios, brinden comentarios y participen en grupos focales. Pero rara vez ven el resultado de esas interacciones transformado en algo significativo para ellos. Esto, sin duda, genera sospechas y desconfianza sobre las intenciones de las agencias humanitarias y trae recuerdos del pasado colonial extractivo. Para abordar esto, es importante definir protocolos y estructuras de seguimiento a la información aportada por la comunidad como parte de los ciclos de retroalimentación.

- \* Al recopilar datos en la comunidad, explique por qué los está recopilando y permita que los miembros de la comunidad investiguen más sobre su uso.
- \* Antes de implementar cualquier mecanismo de retroalimentación o escucha social, asegúrese de tener los sistemas adecuados, la cultura organizacional y el poder de adaptación para tomar medidas relevantes sobre los datos.

- \* Comparta los hallazgos con las comunidades, escuche sus ideas sobre cómo abordar los principales problemas identificados y asegúrese de que haya margen en su programa para adoptar soluciones comunitarias o para brindar apoyo a las comunidades para que las implementen ellas mismas.

**Mantenga relaciones de colaboración duraderas.** La presencia en la comunidad debe ser un esfuerzo continuo, antes, durante y después de la emergencia. Es difícil construir relaciones sólidas con los actores de la comunidad si los actores humanitarios intervienen con sus propias expectativas y formas de hacer las cosas antes de una emergencia y abandonan el lugar inmediatamente después, sin estrategias de salida adecuadas. Por lo tanto, es esencial invertir recursos para construir enfoques verdaderamente colaborativos que puedan evolucionar a lo largo de las diferentes fases de la crisis.

- \* Incluya a los medios locales en las plataformas de coordinación relevantes, como los Grupos de Trabajo de Medios, para garantizar diálogos bidireccionales sobre prioridades, políticas, acciones de respuesta y el papel de los medios en ello.
- \* Permita la retroalimentación y la crítica por parte de los profesionales de los medios; ellos también son parte de la comunidad y pueden guiarlo sobre lo que funciona y lo que no cuando intenta llegar a diferentes audiencias.
- \* Transfiera capacidades y herramientas cuando se vaya, y asegúrese de que los socios de los medios locales estén equipados para llenar los vacíos.

## Intenciones cuestionables

**Sea transparente sobre los procesos y las intenciones para mantener la confianza.** Teniendo en cuenta los procesos de marginación y las historias problemáticas que a menudo enfrentan los grupos vulnerables, es importante que los actores humanitarios sean abiertos y transparentes sobre sus intenciones, guiando a las comunidades en cada paso del camino.

- \* Identifique puntos de entrada confiables para la comunidad que puedan explicar de manera relevante, no sólo el “qué” y el “cuándo” de las medidas de salud pública o la prestación de servicios, sino también el “por qué” y el “cómo” de las diferentes decisiones tomadas durante una emergencia. Sea claro sobre los criterios utilizados para tomar ciertas decisiones y asegúrese de que también

haya espacio para hablar sobre “quién” está involucrado (incluido quién paga por ello).

- \* Defienda a las autoridades de salud pública y capacítelas para que mantengan un enfoque transparente en su comunicación durante una emergencia, reconociendo la incertidumbre y estando abiertos a las preguntas.

## **Recomendación 3**

### **Responder a la: La inequidad como parte de la respuesta informativa**

#### **Acceso a información relevante**

**Fortalezca la capacidad del ecosistema de información para emergencias sanitarias.** Así como los actores de la salud pública se enfocan en fortalecer la capacidad de los sistemas de salud para la preparación ante una crisis, también deben enfocarse en fortalecer el ecosistema de información inmediatamente relacionado con los grupos vulnerables afectados por las emergencias de salud. Esto significa mapear a todos los actores relevantes con anticipación, realizar evaluaciones que informen sobre el uso de la información de la comunidad y las dinámicas de acceso, identificar los desafíos para la colaboración entre los actores involucrados y establecer mecanismos para abordar las brechas con mucha anticipación a la emergencia.

- \* Formule estrategias de comunicación del riesgo y participación comunitaria (RCCE en inglés) que incorporen a todos los actores dentro del ecosistema informativo, es decir, medios y periodistas, organizaciones de la sociedad civil, estructuras comunitarias, trabajadores de la salud locales, autoridades de salud locales, actores humanitarios y otros proveedores de información no tradicionales.
- \* Identifique las principales brechas que afectan la colaboración óptima entre estos actores y

construya los puentes con anticipación para que la experticia en salud y las orientaciones de salud pública puedan llegar a las comunidades de la manera más adecuada en medio de una emergencia.

- \* Defina roles y responsabilidades claras entre todos los actores, identificando espacios de trabajo complementario y necesidades de mayor coordinación.
- \* Capacite a los actores del ecosistema informativo sobre la importancia de la participación de la comunidad y el valor de la escucha social, para que puedan identificar mejor las necesidades de información de las comunidades.

**Proporcione información contextualizada, localizada y procesable.** Evite distribuir mensajes generales, y apoye a las comunidades para desarrollar contenidos informativos relevantes para sus pares. Esto se puede lograr apoyando a los medios de comunicación locales y las organizaciones de la sociedad civil, permitiéndoles flexibilidad e independencia para cubrir los temas que son importantes para ellos, e incluyendo a miembros de la comunidad como parte de su equipo.



- \* Apoye a las comunidades para que lideren la producción de formatos y contenidos informativos que permitan la comunicación bidireccional (por ejemplo, programas de radio interactivos, programas de teatro en vivo en línea con espacio para comentarios, reuniones comunitarias, etc.).
- \* Capacite a las comunidades para que tengan en cuenta las necesidades y las barreras de grupos específicos para acceder a la información y utilizarla: los enfoques personalizados son importantes para garantizar que la información llegue a todos en medio de una crisis, a pesar de los riesgos que enfrentan.
- \* Cuando sea posible, identifique campos de acción para los expertos en salud locales y acerque su experiencia a la comunidad: las personas pueden confiar en un médico de familia que pueda relacionarse con sus referencias inmediatas más que en un experto de alto nivel de la OMS que desconoce las especificidades locales.
- \* La escucha social y el seguimiento de rumores pueden decirnos mucho sobre las necesidades, preocupaciones y riesgos a los que se enfrenta una comunidad. Los aprendizajes derivados de la escucha social pueden ayudar en la difusión de información contextualizada y procesable.

## Producción y difusión de información

**Combine la divulgación de información con la disponibilidad de servicios y acciones claras en las diferentes etapas de la respuesta de emergencia.** Crear expectativas o generar demanda sobre un servicio o tratamiento que no está disponible sólo genera frustración. Guardar silencio sobre los servicios que sí están disponibles puede crear sospechas sobre los intereses en juego. Por lo tanto, es importante vincular las iniciativas de comunicación adecuadas con la etapa de la respuesta de emergencia, la disponibilidad de los servicios y las opciones de acceso a ellos por parte de los grupos vulnerables y marginados.

- \* Si los servicios no están disponibles, o no hay claridad sobre los próximos pasos en la respuesta humanitaria, no se quede callado, sino que explique por qué sucede esto y qué están haciendo las organizaciones para abordar las brechas.
- \* Defienda ante los socios humanitarios y del sector salud los beneficios de informar a las comunidades de los ajustes en la respuesta humanitaria. Es mejor mantener abierta la conversación y reconocer la incertidumbre que abrir espacio para la desinformación y la desconfianza de las comunidades.



# Conclusión.

La pandemia de COVID-19 ha demostrado el impacto perjudicial de la desinformación y la desconfianza en la información sanitaria en los sistemas de salud. Este documento tuvo como objetivo abordar las brechas en la comprensión del papel de la inequidad en la generación de desconfianza en la información sanitaria en las comunidades vulnerables en contextos humanitarios, y su impacto en la gestión de la “infodemia” y la respuesta a emergencias sanitarias. Mediante estudios de casos realizados en el norte de Irak y las regiones amazónicas de Colombia y Brasil, la investigación identificó tres factores principales de la desconfianza generada por la inequidad: inequidades estructurales, inequidades durante la respuesta en salud e inequidades asociadas con la respuesta informativa.

Los hallazgos revelaron que las poblaciones vulnerables en entornos de bajos recursos experimentan desigualdades en varios niveles, a menudo arraigadas en estructuras poscoloniales de producción de conocimiento, sistemas de salud desiguales y distribución desproporcionada de suministros médicos. Estas inequidades contribuyen a la desconfianza en la información sanitaria, lo que genera impactos en las formas en que las comunidades se involucran con la información oficial, los resultados y comportamientos sanitarios, y la relación con los sistemas de salud y las respuestas humanitarias.

Para mitigar los impactos de la desconfianza generada por la inequidad, se propusieron varias recomendaciones. Estas incluyen reconocer experi-

encias pasadas y vividas, entablar un diálogo entre los sistemas de conocimiento occidental e indígena o tradicionales, abordar las brechas en el acceso a servicios de calidad, reconocer y respetar las capacidades locales y fomentar una participación comunitaria significativa.

Si bien esta investigación arroja luz sobre los propietarios y los impactos de la desconfianza generada por la inequidad, también reconoce sus limitaciones. El estudio se realizó en un número limitado de contextos, y es necesario investigar más a fondo en diversos entornos humanitarios para ampliar las perspectivas y comprender las complejidades contextuales. Los desafíos del lenguaje y la traducción también estuvieron presentes, particularmente en el contexto del Vaupés, y deben ser tenidos en cuenta al interpretar los hallazgos y realizar futuras investigaciones.

En conclusión, esta investigación destaca la importancia de abordar las inequidades profundamente arraigadas para mitigar los efectos de la desconfianza en la información sanitaria entre las comunidades en riesgo. Al reconocer y trabajar activamente para abordar los generadores de la desconfianza propiciada por la inequidad, los actores humanitarios y del sector salud pueden mejorar los esfuerzos de gestión de la “infodemia” y las respuestas a emergencias sanitarias, lo que en última instancia promueve la confianza y mejores resultados de salud para las poblaciones vulnerables.

# Trabajos Citados.

1. Ahorsu, D. K., & Lin, C. Y. (2021). The mediational role of trust in the healthcare system in predicting COVID-19 vaccine hesitancy: A structural equation modeling approach. *International Journal of Mental Health and Addiction*. doi:10.1007/s11469-021-00604-6. Recuperado de: <https://www.semanticscholar.org/paper/The-mediational-role-of-trust-in-the-healthcare-in-Ahorsu-Lin/4030153b-06c4c54267a32991eefdd841256bd16b>
2. Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Planning Association*, 35(4), 216-224. Recuperado de: [https://www.historyofsocialwork.org/1969\\_ENG\\_Ladderofparticipation/1969,%20Arnstein,%20ladder%20of%20participation,%20original%20text%20OCR%20C.pdf](https://www.historyofsocialwork.org/1969_ENG_Ladderofparticipation/1969,%20Arnstein,%20ladder%20of%20participation,%20original%20text%20OCR%20C.pdf)
3. Basu, S., & Bell, D. (2020). COVID-19, social distancing, and the poor: An analysis of the impact of social distancing policies on persistent poverty. *Journal of Social Structure*, 16(1), 1-23. Recuperado de: <https://www.semanticscholar.org/paper/COVID-Social-Distancing-and-the-Poor%3A-An-Analysis-Basu-Bell/2f590f1d01969e74808d5a4b20219dd8c-c08b4b0>
4. Brown, L. A., & Mcpherson, F. (2021). Our land, our language: Connecting dispossession and language reclamation in Australia. *Cultural Studies Critical Methodologies*, 21(4), 274-290. doi:10.1177/1532708621994634. Recuperado de: <https://www.semanticscholar.org/paper/Our-land%2C-our-language%3A-connecting-dispossession-in-Brown-Mcpherson/3e-a95348492553ecbe14347a80c30e91b6db99a5>
5. Cho, W., & Lee, J. (2020). Social distancing, labor supply, and income inequality. *Journal of Social Structure*, 16(1), 1-17. Recuperado de: <https://www.semanticscholar.org/paper/Social-Distancing%2C-Labor-Supply%2C-and-Income-Cho/49168ca0fcc5e95b8fbbf4e31a67470ac3cc1f1a>
6. *Frontiers in Communication*. (2022). Editorial: Communication, Trust, and Public Health: Informing and Influencing Public Health Outcomes Through Communication. *Frontiers in Communication*, 6, 822302. doi:10.3389/fcomm.2022.822302. Recuperado de: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fcomm.2022.822302/full>
7. *Internews*. (2021). Understanding Trust: Information Ecosystems, Information Disorders, and the COVID-19 Pandemic. Recuperado de: [https://internews.org/wp-content/uploads/legacy/2021-03/understanding\\_trust\\_COVID-19\\_pandemic.pdf](https://internews.org/wp-content/uploads/legacy/2021-03/understanding_trust_COVID-19_pandemic.pdf)
8. *Internews*. (n.d.). Vaccine Inequality: Why Vaccine Inequality Is Our Biggest COVID-19 Communication Challenge Yet. Recuperado de: <https://internews.org/resource/vaccine-inequality-why-vaccine-inequality-our-biggest-covid-19-communication-challenge-yet/>
9. Lee, Y., & Lin, C. (2012). How much does trust really matter? A study of the longitudinal effects of trust on organizational engagement. *Journal of Managerial Psychology*, 27(8), 783-798. doi:10.1108/02683941211264663. Recuperado de: <https://www.semanticscholar.org/paper/How-much-does-trust-really-matter-A-study-of-the-of-Lee-Lin/4f3d337d46edd28befe000a13d-c63ffb1dd22dd9>
10. Liebert, M. A., & Liebert, L. R. (2006). Public trust and public participation: The origins, strategies, and influence of a citizen coalition in the oversight of nuclear weapons facilities. *Bulletin of Science, Technology & Society*, 26(4), 330-346. doi:10.1089/bsp.2006.0036. Recuperado de: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/bsp.2006.0036>
11. Md Tausif, A. (2021). Communicating trust: Disentangling trust and crisis communication. *Health Communication*, 36(10), 1258-1270. doi:10.1080/10410236.2020.1811495. Recuperado de: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/13557858.2020.1841120>
12. Mcpherson, F., & Simpson, L. (2022). Anticolonial strategies for the recovery and reimagining of Indigenous languages and knowledges. *Language & Communication*, 85, 136-141. doi:10.1016/j.langcom.2021.10.002. Recuperado de:



<https://www.semanticscholar.org/paper/Anticolonial-Strategies-for-the-Recovery-and-of-Simpson/9a7c7bb7e7c9f55ffb97b843b7dee7d40d919094>

- 13.** Ministry of Health New Zealand. (2002). Community participation in health initiatives for minority ethnic groups: A literature review. Recuperado de: [https://journals.lww.com/ambulatorycaremanagement/Abstract/2009/10000/Community\\_Participation\\_in\\_Health\\_Initiatives\\_for.2.aspx](https://journals.lww.com/ambulatorycaremanagement/Abstract/2009/10000/Community_Participation_in_Health_Initiatives_for.2.aspx)
- 14.** Partha, D., & Kalam, M. A. (2020). What does “Social Distancing” and “Stay at Home” mean? Understanding the perceptions and practice of social distancing during the COVID-19 pandemic in Bangladesh. *Journal of Population and Social Studies*, 28(4), 335-347. doi:10.25133/JPSsv28n4. Recuperado de: <https://www.semanticscholar.org/paper/What-does-Social-Distancing-and-Stay-at-Home-mean-Partha-Kalam/088f97d-40d0c11ee230c2b188849aabb3a1ef788>
- 15.** Public Health Agency of Canada. (2009). What is trust? Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2696665/>
- 16.** Simpson, L. B. (2019). Decolonising research approaches towards research sovereignty and Indigenous resurgence. *EPJ Data Science*, 9(3), 204. doi:10.1140/epjds/s13688-020-0218-7. Recuperado de: <https://elpub.episciences.org/4618/pdf>
- 17.** The BMJ. (2021). Editorial: Achieving equitable global COVID-19 vaccine distribution. *BMJ*, 372, n178. doi:10.1136/bmj.n178. Recuperado de <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n178.abstract>
- 18.** The Lancet. (2022). Building trust in COVID-19 vaccines by addressing vaccine hesitancy and equity. *The Lancet*, 399(10320), 3-4. doi:10.1016/S0140-6736(22)00172-6. Recuperado de: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(22\)00172-6/fulltext#%20](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(22)00172-6/fulltext#%20)

- 19.** Tshiswaka, D. I., Mufinda, M., Tshiswaka, D., & Nshimba, R. (2021). The importance of trust in the COVID-19 pandemic: Evidence from Africa. *World Medical & Health Policy*, 13(3), 289-299. doi:10.1002/wmh3.461. Recuperado de: <https://www.mdpi.com/2076-393X/9/3/204>
- 20.** United Nations Research Institute for Social Development. (2013). Language, culture and trust: How people’s identity and trust in institutions are shaped by the language they speak. Recuperado de: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.3402/gha.v6i0.22669>
- 21.** United Nations Research Institute for Social Development. (2017). Inequality and social protection in the world: What kind of welfare regime will the Sustainable Development Goals give rise to? Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0306457321001977>
- 22.** World Health Organization. (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health: Final report of the Commission on Social Determinants of Health. Recuperado de: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>
- 23.** World Health Organization. (2022). Mental health policies and programs in the WHO European Region: Situation analysis, challenges and recommendations. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7241063/>
- 24.** World Health Organization Regional Office for Europe. (2021). Health in the green economy: Co-benefits to health of climate change mitigation in the housing sector. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953622002180>







# Rooted in Trust

