**Autores/as:**

Leandro Rodriguez Medina

Doctor en Sociología, Universidad de Cambridge

leandro.rodriguez@udlap.mx

CS-256, Departamento de Relaciones Internacionales y Ciencia Política

Universidad de las Américas Puebla

Ex Hacienda de Santa Catarina Mártir S/N

72810, San Andrés Cholula, Puebla, México

(222) 229-2611

Ana Pandal de la Peza

Licenciada en Relaciones Internacionales, Universidad de las Américas Puebla

ana.pandalda@udlap.mx

CS-256, Departamento de Relaciones Internacionales y Ciencia Política

Universidad de las Américas Puebla

Ex Hacienda de Santa Catarina Mártir S/N

72810, San Andrés Cholula, Puebla, México

(222) 229-2611

**Sobre la confianza en la ciencia y la política: el brote de zika en México, 2016-2018.**

On trust in science and politics: The Zika outbreak in Mexico, 2016-2018

*Leandro Rodriguez Medina[[1]](#footnote-1)*

*Ana Pandal de la Peza[[2]](#footnote-2)*

Resumen:

Tras la declaración del estado de emergencia por el virus del zika, emitida por la Organización Mundial de la Salud entre febrero y noviembre de 2016, han sido llevadas a cabo un gran número de investigaciones dedicadas a analizarlo. No obstante, en ellas se observan dos brechas significativas. Primero, se desarrollan bajo marcos epidemiológicos y de salud pública, pero no con una perspectiva de estudios sociales de la ciencia y la tecnología. En segundo lugar, solo ocasionalmente la atención se centra en la situación de salud en los países de la periferia. Este documento es producto de una investigación en curso iniciada en junio de 2016 por un equipo internacional que incluye miembros de Brasil, Argentina, México y los Estados Unidos y que ha sido financiada por la *National Science Foundation*. El objetivo de este análisis es llenar ese nicho, estando enfocado en la situación específica de México. En principio, estudia la desconfianza que la ciudadanía le tiene tanto al gobierno como a los medios de comunicación. Después, estudia la percepción que tienen los ciudadanos sobre la participación de la Secretaría de Salud Pública y los esfuerzos del gobierno en la prevención y la erradicación del virus. Finalmente, presenta las conclusiones de dicha investigación y las relaciona con la efectividad de las campañas gubernamentales en torno al virus.

Palabras clave: zika, desconfianza, gobierno.

Abstract:

Following the declaration of the state of emergency because of the zika virus, issued by the World Health Organization between February and November 2016, a large amount of scientific investigations dedicated to analyzing it have been carried out. Nevertheless, there are two significant gaps among them. On the first hand, they have been developed under epidemiological and public health frameworks, but not with a STS perspective. On the other hand, only occasionally attention is focused on the health situation in the periphery’s countries. This document is a product of an ongoing research initiated in June 2016 by an international team that includes members from Brazil, Argentina, Mexico and the United States and that has been funded by the National Science Foundation. The objective of this analysis is to fill that slot, being focused on the specific situation of Mexico. First, it studies the mistrust that citizens have on both, the government and the media. And second, it studies the perception that the people has about the role of the Ministry of Public Health and the government’s efforts in the prevention and eradication of the virus. Finally, it presents the conclusions of the research and relates them to the effectiveness of government campaigns around the virus.

Key words: zika, mistrust, government.

Introducción

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

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

El 7 de mayo de 2015 la Organización Panamericana de la Salud, junto con la Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud, emitieron la primera alerta epidemiológica en relación con el virus del zika (OPS/OMS, 2015). Allí se reconoce que México es un país propenso a desarrollar una epidemia, debido a la presencia del mosquito *Aedes Aegypti*, transmisor también de dengue y chikungunya. Además, las condiciones sociales y económicas de ciertas zonas del país dificultan la prevención del virus. Hasta el 12 de marzo de 2018, en México se han confirmado 11,954 casos de enfermedad por el virus del zika -7,008 en mujeres embarazadas (Secretaría de Salud, 2018). De acuerdo con la OMS (2017), en México se ha presentado un caso de microcefalia posiblemente asociado a la infección por el virus del zika. Si bien no se ha reportado un aumento de casos del síndrome de Guillain-Barré desde la aparición del virus, existe al menos un caso de dicha enfermedad en el que se confirmó una infección por el virus del zika. Esto representa un problema ya que, de acuerdo con Rodrigues (2016), miembro del Grupo de Investigación de Epidemia de Microcefalia (MERG) de Recife, en Brasil, hay un 1% de posibilidades de que el producto de dichos embarazos presente microcefalia. Las zonas del país más afectadas por el virus son, naturalmente, aquellas cuyas condiciones climatológicas permiten la reproducción del vector.

El gobierno de México, entre 2015 y 2016, continuó con la campaña “*Lava, tapa, voltea y tira*” que había sido llevada a cabo anteriormente en la zona para reducir los criaderos del mosquito vector de dengue, chikungunya y ahora zika. Además, mantuvo un seguimiento cercano con las mujeres embarazadas infectadas con el virus del zika, aclarando que no necesariamente se asocia a éste con la microcefalia. Igualmente, publicó los lineamientos técnicos para la atención y seguimiento del embarazo en relación con el virus e implementó campañas para la prevención del contagio en las mujeres que se encontraran en periodo de gestación (Secretaría de Salud, 2016).

En este artículo, como parte de los hallazgos de dicha investigación para el caso de México se analiza la desconfianza de la población y la manera en que esta afecta a la salud pública. La evidencia de esta investigación permite comprender cuatro dimensiones de la desconfianza en el gobierno: (a) la (in)capacidad del gobierno para controlar el brote de zika; (b) el (des)interés en hacerlo; (c) el papel percibido del gobierno como responsable del brote y (d) la idea que el gobierno no comunica abiertamente a la población sobre el virus.

En las siguientes páginas, nuestro argumento se estructura de la siguiente manera. Primero, revisamos literatura sobre la relación entre confianza y ciencia. Luego, presentamos los hallazgos empíricos, siguiendo las dimensiones señaladas en el párrafo anterior. Posteriormente, discutimos algunas de las aproximaciones teóricas a la luz de nuestros datos, para concluir con algunas preguntas que se abren a partir de nuestra investigación y que pueden guiar futuros esfuerzos.

**Confianza y ciencia: una relación siempre en construcción**

Uno de los principales aportes de los estudios sociales de ciencia y tecnología (CTS) es la idea de que la ciencia debe pensarse en relación con otras esferas del quehacer humano: la política, la cultura, la economía y las cuestiones de género, entre otras. Así, CTS ha introducido un vocabulario específico para referirse a esa fluidez que va del laboratorio a los consejos de ciencia y tecnología y de éstos a las empresas que utilizan conocimiento: arenas trans-epistémicas, actor-redes, y co-producción se destacan en el campo. Una característica importante de esta visión es observar y comprender qué es aquello que fluye a través de los diferentes sitios de producción/utilización de conocimiento. ¿Ideas? ¿Teorías? ¿Prestigio? ¿Instrumentos? ¿Dinero? La respuesta es que todo esto efectivamente circula, pero el listado es más amplio. De hecho, el foco de este artículo, la confianza, es otro de esos elementos que se desplazan. O, para decirlo mejor, se construye, se mantiene, se desplaza, se transforma, y, eventualmente, se pierde.

Antes de repasar la literatura sobre la relación entre confianza y ciencia, debemos empezar señalando qué se entenderá en este artículo por desconfianza. Según Wolfensberger (2016), existen dos tipos de desconfianza (en inglés, *distrust* y *mistrust*). El primero significa que alguien desconfía cuando tiene la creencia firme en que los intereses de otro actor no son compatibles con los propios, o no confía en que las acciones se lleven a cabo con el fin con el que fueron propuestas. El segundo tipo de desconfianza parte del desconocimiento del otro y se refiere a una falta total de confianza, en la que no se sabe cuáles son los intereses del actor externo y no se sabe si podrán concordar o no con los propios. Así, mientras la primera acepción se basa en el conocimiento del otro agente, pero la (aparente) incompatibilidad de intereses y acciones, en la segunda hay un absoluto desconocimiento que impide evaluar más allá la compatibilidad entre actores. A la luz de esta diferencia, que podremos observar en la sección empírica, repasemos ahora la literatura relevante sobre el tema.

Los trabajos sobre confianza y ciencia pueden dividirse, en líneas generales, en dos grupos. En primer lugar, están aquellos que se basan en la idea tradicional de que existen expertos que saben y un público que no sabe y que, como consecuencia, requiere información/conocimiento. Esto se conoce como el modelo de déficit y ha sido una postura clásica que, aún hoy, es defendida por muchos practicantes de las disciplinas científicas (por ejemplo, médicos, epidemiólogos, biólogos). Así, por ejemplo, Leopold enumera algunos logros de la ciencia de los últimos tres siglos para luego cuestionarse por qué la población no les cree a los científicos.

A pesar de estos avances, la confianza en la ciencia permanece baja (alrededor del 45% en Estados Unidos), lo que se ha mantenido desde los años 1970. La confianza en la ciencia es aún menor (aproximadamente, 35%) entre los que se autoproclaman conservadores… A la luz de todo lo que la ciencia y la tecnología han producido – incluyendo los mismos medios que facilitan la diseminación de retórica anti-científica – es difícil de comprender por qué una parte tan amplia de la sociedad quiere a la ciencia lejos y por qué tantos sólo abordan los temas (científicos) para condenarlos (2014: 1063).

Es tratando de responder a esta pregunta que la literatura CTS cobra relevancia. Porque en cuanto se retoma la idea de fluidez desde los sitios ‘científicos’ y los ‘no-científicos’ (dentro del imaginario tradicional), entonces las respuestas comienzan a mostrar hasta qué punto la ciencia está imbricada en las condiciones sociales de producción de conocimiento (Golinski 2005; Sztompka 2007). Haerlin y Parr, por ejemplo, argumentan que, desde los 1980s, la privatización de la ciencia se ha vuelto la política oficial en la mayoría de los países desarrollados y, en ese contexto, es imposible distinguir la frontera entre los intereses de las instituciones que financian (para su uso) y los de los científicos.

Argumentar que la ciencia es el único árbitro de la acción política disminuye la confianza en el concepto de análisis científico. La culpa principal en la devaluación de la autoridad científica no son necesariamente los científicos en sí, sino las corporaciones y los políticos, dispuestos a confiar en la idea ilusoria de los árbitros científicos autorizados. Los científicos no son más percibidos exclusivamente como guardianes de la verdad objetiva, sino como promotores astutos de sus propios intereses en un mercado impulsado por los medios (1999: 499).

A veces, no es la fusión entre intereses científicos y corporativos lo que quita credibilidad y confianza en la ciencia, sino la cercanía con los intereses de la política. Así, Arimoto y Sato (2012) han sostenido que, tras el desastre de Fukushima, la población japonesa ha perdido parte de su confianza en la ciencia. La razón es perfectamente clara:

En la amarga lucha por la recuperación, los científicos a menudo crearon confusión al proveer recomendaciones contradictorias sobre la evacuación, la seguridad alimentaria y la limpieza (*cleanup*). La confianza pública en la imparcialidad de los científicos se puso en duda cuando la población sospechó que algunos de ellos apoyaron demasiado fácilmente la visión del gobierno (2012: 1176).

La asociación entre ciencia y política, y su efecto en la confianza, debe leerse también a la luz de la relación entre la ciudadanía y las instituciones en general, de la cual la ciencia es una. Entre el año 2016 y el 2017, el informe del Latinobarómetro (2017) presentó datos importantes sobre México y la confianza de los ciudadanos en sus instituciones, por ejemplo, la confianza en la policía obtuvo el lugar más bajo de América Latina, con un 21%. Igualmente, el poder judicial obtuvo un 23% de confianza entre los mexicanos y los partidos políticos tan solo un 9%. También es interesante ver que el gobierno como institución, obtuvo únicamente un 15% de confianza. Es difícil que la ciencia que sea comunicada desde el gobierno (por ejemplo, desde hospitales públicos) pueda aislarse de esta percepción generalizada sobre las instituciones políticas.

La (falta de) confianza en la ciencia y la tecnología es un problema sociológico y epistemológico de primer orden. Wynne (2006) ha señalado acertadamente que la misma no puede ser analizada como una suerte de malfuncionamiento de la comunidad científica, del público, de los medios (científicos y masivos) y de las organizaciones no gubernamentales. Por ello, el problema demanda comprender “el modo en que la ciencia está institucionalizada, apropiada y controlada – una dimensión de la cuestión de la comprensión pública de la ciencia que ha sido largamente reconocida por los científicos sociales” (2006: 212). En la misma línea, pero explorando sus consecuencias epistemológicas, Hardwig (1991) sostiene que el trabajo en equipo y la especialización que son propias de la ciencia contemporánea ponen a la confianza en el centro del quehacer científico-tecnológico. Dado que los científicos requieren, dentro de sus equipos, de datos e interpretaciones producidos por expertos en otros campos, sólo la relación de confianza que puede permitirles aceptar confiadamente la información provista. Este planteo es relevante porque no coloca a la confianza como una relación entre expertos y no-expertos, sino como una característica intrínseca de la ciencia.

Mucho del conocimiento científico descansa en el carácter moral y epistémico de los científicos. Inevitablemente. No porque los datos duros y los argumentos lógicos no son necesarios, sino porque los datos relevantes y los argumentos son demasiado extensos y difíciles para ser conseguidos por cualquier otro medio además del testimonio (de otros científicos) (1991: 706. Ver también Wolfensberger 2016).

Una de las formas en que la institucionalización de la ciencia condiciona la confianza de la población es en la manera en que los científicos deben justificar sus investigaciones. En un intento por demostrar la utilidad pública y social de sus trabajos, suelen apelar a argumentos de promoción de ciertas ideas, tecnologías y objetos científicos. Master y Resnik señalan, para el caso de la biotecnología, que la promoción “resulta en una pérdida de la confianza pública, y el posible entusiasmo y apoyo público a la ciencia, porque las expectativas públicas de las promesas biotecnológicas serán incumplidas” (2013: 321). Esta promoción, a menudo desmedida, ha llevado a algunos a considerar a los científicos como los nuevos profetas al servicio del gobierno y de las corporaciones (Walsh 2013).

En algún sentido, podría afirmarse que es lo opuesto a la promoción como panacea de soluciones lo que debe hacer la ciencia: debe lidiar con alta incertidumbre. Analizando la información relacionada a la epidemia del virus del zika, Reynolds y Seeger (2016) argumentan que el público espera que las autoridades obtengan datos, empoderen la toma de decisiones, se involucren como participantes y no solo como espectadores, vigilen la asignación de los recursos y vean por el bienestar de la gente. Por ello, sugieren que las autoridades no deben hacer promesas en cuanto a los resultados, si no, más bien, comunicar la incertidumbre de la situación y clarificar el proceso para solucionar el problema, que aborde las preocupaciones de salud y seguridad pública (Reynolds & Seeger, 2016, pp. 43-55). Los autores sostienen que las autoridades, apoyados por los científicos, deben reconocer aquello que se sabe y lo que no, informar si se van a obtener más datos relevantes en el futuro y difundir los datos existentes de manera correcta y clara. Además, decir la verdad sin miedo al pánico y evitar rumores, ya que, según los autores, éstos son más peligrosos que la realidad. Asimismo, expertos y autoridades deben demostrar empatía respecto al sentir de la gente, generando confianza para promover la acción e involucrar al público en la solución de la crisis. (Reynolds & Seeger, 2016, pp. 51-53).

Asimismo, con la especialización llega un uso cada vez más extendido de un vocabulario que se vuelve de difícil comprensión para quienes no tienen educación formal en ciencia (Leopold 2014), reforzando la idea de una comunicación fundamentalmente endógena (Gross et al. 2009). La participación de la población en la ciencia, lo que contribuye al incremento de la confianza, depende en buena medida de enseñar a científicos a identificar las ocasiones y modos de usar el jargón (Hirst 2003) o, incluso, de formas no verbales de comunicación (Legget y Finlay 2001). Otras investigaciones han hecho hincapié en la estructura del mensaje científico a ser transmitido. Se ha encontrado, por ejemplo, que el éste es más efectivo cuando la población debe hacer algún tipo de ejercicio interpretativo -es decir, cuando el mensaje en sí no transmite una idea clara y digerida sino algunas premisas dentro de un razonamiento que será finalmente articulado por el intérprete (Hoeken et al 2009). Y, en similar forma, algunos sostienen que estos mensajes logran circular más ampliamente porque quienes pueden hacer efectivamente la interpretación adquieren más confianza en sí mismos como agentes de difusión (Southwell & Torres, 2006)

Quizás uno de los esfuerzos más sistemáticos por develar qué lleva a que las ideas científicas y de salud circulen es el de Southwell (2013). Para el autor, hay tres niveles que observar: el individual, el de la comunidad y el del mensaje. En el primero, la literatura revisada permite sostener que la circulación de ideas especializadas se incrementa cuando (a) los involucrados tienen mayor nivel socio-económico y educativo, (b) cuando el tópico se percibe como relevante, (c) cuando los participantes comprenden la información y (d) predominan factores de la personalidad como la búsqueda de sensaciones y la capacidad de superación de ansiedad por comunicarse y la timidez. Al nivel de la comunidad, Southwell indica que la preexistencia de vínculos en la comunidad, la cohesión de ésta y la estabilidad de residencia de sus miembros, así como la historia pasada y algunas organizaciones específicas (por ejemplo, asociaciones profesionales) favorecen el flujo de ideas científicas y médicas. Finalmente, el autor muestra evidencia de que el contenido del mensaje afecta su circulación. Así, cuando éste se presenta como premisas parciales de un razonamiento a ser completado por el receptor (intérprete) y cuando el mensaje logra reforzar la auto-confianza y la comprensión de un tema, tiende a fluir más fácilmente. También indica que si el mensaje despierta emociones, los receptores se suelen sentir más inclinados a recircularlo, aunque se destaca que no siempre en el sentido original, dado que las emociones provocan efectos inesperados (Southwell 2013: 31-76).

**Aspectos metodológicos**

Entre 2016 y 2018, con fondos de la *National Science Foundation*, se llevó a cabo una investigación cualitativa, principalmente en el estado de Chiapas, con el fin de obtener información de primera mano sobre los aspectos sociales del virus del zika en México. También se realizaron algunas entrevistas fuera de ese estado, en Ciudad de México, Puebla y Veracruz, con el fin de observar la existencia de diferencias relacionadas con la proximidad al brote epidémico. El proyecto busca contribuir a la comprensión de tres factores: el primero es la circulación del conocimiento por medio de redes, el segundo son los mecanismos de transmisión de la información relacionada al zika, y el tercero es la percepción del riesgo y las acciones aceptadas en respuesta al brote del zika en América Latina. En este artículo, el objetivo principal es ahondar en la (des)confianza en los mecanismos de transmisión de información, especialmente proveniente del gobierno, los expertos y los medios.

Para este fin, se llevaron a cabo 100 entrevistas semi-estructuradas en México, 100 en Argentina y 100 en Brasil. Los entrevistados fueron hombres y mujeres real o potencialmente afectados por el virus del zika, además de quienes participaron en las campañas de prevención y erradicación del virus (científicos, médicos y funcionarios). Concretamente, 80 fueron realizadas en Chiapas y 20 en otros estados, como Puebla, Ciudad de México y Veracruz. En Chiapas, 24 de los entrevistados fueron hombres, 12 mujeres mayores, 29 mujeres en edad reproductiva, de las cuales, 21 utilizaban los servicios públicos de salud y 8 pagaban por un servicio privado, y por último 15 expertos (médicos, enfermeros, investigadores y funcionarios públicos). Fuera de Chiapas, 5 de los entrevistados fueron hombres, 4 de puebla y 1 de Ciudad de México, 8 mujeres en edad reproductiva 6 de Puebla y 2 de Veracruz, de las cuales la mitad utilizaban los servicios públicos de salud (3 de Puebla y 1 de Veracruz) y la mitad pagaban por servicios privados (3 de Puebla y 1 de Veracruz), y finalmente 7 fueron expertos, 6 de puebla y 1 de Ciudad de México. El material recopilado se analizó, utilizando software de análisis cualitativo Atlas.TI, entre 2016 y 2018.

Para fines consultivos, se catalogaron las entrevistas bajo la siguiente lógica: Primero, el número de entrevista, por orden de ejecución. Después, se colocaron las letras “C” para las entrevistas realizadas en Chiapas y “O” para aquellas que se hicieron en otro estado del país, consecuentemente, se añadieron las siglas “IE” para las entrevistas hechas a investigadores y expertos, refiriéndose a médicos, funcionarios públicos e investigadores, “HA” para hombre adulto y “MA” para mujer adulta. Finalmente, en el caso de las mujeres en edad reproductiva, se sustituyó as siglas “HA” y “MA” por, “MER” y se adjuntó, en aquellas entrevistas que nos proporcionaron esta información, “PR” a las que frecuentaban hospitales privados y “PB” hospitales públicos.

Al momento del trabajo de campo, el boletín epidemiológico de la Secretaría de Salud Pública de México informó que había 786 casos de zika en el país, siendo Chiapas, con 287, el estado con el número más alto, seguido de Oaxaca con 204 y Guerrero con 170 (Secretaría de Salud, 2016). Razones de seguridad hicieron imposible extender la investigación a Oaxaca y Guerrero. Sin embargo, el foco en Chiapas estaba justificado dado que era la entidad con más casos y que, por entonces, implicaba los mayores esfuerzos en materia preventiva y de interés público. Desde entonces, las cifras han cambiado. En la actualidad, los estados más afectados son Veracruz y Yucatán, que, actualmente cuentan con 2,100 y 1,299 de casos respectivamente, superando a otros estados endémicos como Guerrero con 886 y Chiapas con 821 casos (Secretaría de Salud, 2018). Y aunque el problema ya no aparece frecuentemente en la prensa nacional, sigue siendo un asunto relevante de salud pública en México, Brasil y, en menor medida, en Argentina.

**Desconfianza de los ciudadanos en el gobierno**

La desconfianza en el gobierno implica, directa o indirectamente su (poca) capacidad para controlar el brote y su interés en hacerlo. Además, entre los entrevistados existe la creencia de que el gobierno es el artífice del virus del zika, y que la información que se comunica no es suficiente, o no es correcta. A continuación, se ahondará en estas dimensiones de la desconfianza de la sociedad con relación al accionar del gobierno.

El primer hallazgo de esta investigación es que las personas con conocimientos profesionales del tema del virus del zika reconocen que en México el gobierno no tiene la capacidad de frenar o controlar el brote del virus, mientras que otros países, especialmente del primer mundo, sí la tienen. Una de las expertas entrevistadas asevera que la incapacidad de México de contener y frenar el brote puede deberse a cuestiones económicas, ya que las inversiones para conseguirlo son, seguramente, grandes. Consultada sobre la relación entre mortalidad e importancia política de este brote, responde

“Pues ahí depende también de cómo lo piensen los sistemas de salud. Que se te van a morir, se te van a morir, poquitos, porque el dengue te va a producir cada tantos hemorrágicos que pueden llegar a morirse, el Guillan-Barré tiene también cierto porcentaje de mortalidad. No sé, a mi lo que me llama la atención, es, cómo países del primer mundo lograron bajarlo terriblemente cuando se lo propusieron y por qué los nuestros no. O sea la posibilidad de bajarlo al mínimo, sí está. Las inversiones supongo deben ser muy grandes para lograrlo, entonces me parece que son decisiones tomadas, no que sea imposible.” (51 OIE).

Incluso cuando la inversión permite contar con expertos, la percepción es que a los doctores y a los hospitales no se les proporcionan los medios necesarios para hacerlo. Así, se considera que México tiene al personal capacitado necesario para detener el brote, mas no los recursos económicos necesarios, gracias a una mala distribución.

No creo que este preparado (para el brote de zika) … pues, no se ve que haya suficientes medicamentos como para atender a tantas personas que padecen eso. P: ¿Y el gobierno? R: [Risas] No, no. Yo no hablo bien del gobierno. No h[e] escuchado nada del gobierno P: ¿Qué se debió hacer diferente? R: Bueno, pues de mi parte, para empezar una buena información, ¿no? De dónde proviene, cómo hay que cuidarse. Y dar medicamento, dar abasto de medicamento. P: ¿Usted cree que México debería de recibir apoyo de otros países para tratar el zika? R: Pues no creo, hay gente capaz de resolver el problema. P: ¿Y eso que implicaría? R: Que tuvieran los medios para hacerlo. (52 CHA)

El desabasto de medicinas es una de las principales señales de desinterés del gobierno, según la percepción de los entrevistados. Consultada sobre el apoyo del gobierno, una mujer responde, el gobierno “no se preocupa por dar medicinas. ¡Qué nos va a cuidar! (13 CMA).

Si la falta de medicinas es un problema fundamental, no menor también es la falta de información en sí misma. Por un lado, las campañas parecen haber sido ineficientes en brindar datos sobre las consecuencias de la enfermedad, especialmente para los grupos más vulnerables (embarazadas y mujeres en edad reproductiva) así como las de largo plazo. Quizás en un intento de presentar información científica de manera accesible, el discurso médico se resume en comunicar los síntomas más básicos -como indicador de la necesidad de tratamiento- lo que conlleva cierta banalización del problema. E incrementa, por otro lado, la incertidumbre de la población sobre la gravedad de la enfermedad, lo que en algunos casos puede llevar a preguntarse si el gobierno no estará ocultando información con el fin de no causar pánico social.

(El gobierno debió) informar más de las consecuencias. Te digo, creo que no estamos bien informados de lo que pueda ocurrir, más que unas simples ronchitas o un dolor de cabeza. Realmente no fue así de, “que puede provocar después”, o sea las consecuencias. Ni nada, simplemente es de que, “ahhh el zika, da ronchitas”. (54 CMER)

Otros, prefieren señalar la lentitud del gobierno más que su ausencia o ineficacia, como el problema principal. Es esta la causa, en la percepción de algunos entrevistados, de que el virus se expandiera hacia otros estados del país (55 CHA). Aunque es difícil determinar si es la principal causa, es verdad que, según la Secretaría de Salud Pública, en los últimos dos años el problema se extendió a otros estados, como Veracruz (2018). Pero lo que quizás es más relevante de la visión de la lentitud es que debe leerse a la luz de una geopolítica de salud pública: hay regiones del país más importantes para el gobierno federal y otras que, por diversas razones (económicas, políticas, culturales) han quedado rezagadas. La lentitud no sería una cualidad del gobierno per se, sino de las políticas públicas cuando éstas deben aplicarse a ciertas regiones.

P: ¿Crees que las autoridades han actuado de la mejor manera con el público? R: Pues creo que actuaron muy lento. O sea, dejaron que se dispersara el brote de la enfermedad a otros lados. Que se dispersara de ciertos sectores. O sea, ya hay gente que en otros estados está teniendo zika, pero porque va gente enferma de estas ciudades o de este lado del país, el lado sur del país, y tal vez se propaga por eso. (La información del gobierno no fue suficiente) porque como te digo, solo llega a ciertos sectores del país. (55 CHA)

Si la percepción de una lentitud o ineficacia geográficamente diferenciada aparece con regularidad entre los informantes, también es cierto que ello explica hasta cierto punto por qué la principal reacción al problema parece ser la resignación. Si entendemos a ésta como una conformidad, tolerancia y paciencia ante las adversidades, el brote de zika no puede comprenderse al margen de una realidad de marginación que conlleva una aceptación de la desventaja como realidad estructural. Al hablar de resignación se resalta que el seguro social comúnmente no tiene los medicamentos necesarios para tratar ciertas enfermedades, lo que hace a las personas impotentes, pues no está en sus manos cambiar esta situación. Más allá de encontrarse en la necesidad de aceptar la falta de medicamentos, la resignación abarca a la totalidad del sistema de salud al que tienen acceso, ya que su alternativa, la salud privada, no se puede costear.

“(El gobierno ha hecho poco) porque, por ejemplo, sí he visto casos en los que hay desabasto de medicinas en los hospitales y que no pueden ser bien tratados a los pacientes o a los suficientes pacientes. O sea, cuando recién inició, o sea que se empezó a escuchar del brote del zika, llegaba mucha gente enferma y sí era gente que tenía que esperar varios días para que les pudieran abastecer de medicina, en los hospitales públicos. Para los privados no, pero pues tienen un costo mayor. (La reacción de la gente es) pues de resignación porque si no era eso, hay gente que no tiene posibilidades de pagar un medicamento. (55 CHA)

A menudo, entre los entrevistados, aparecieron comparaciones entre la influenza AH1N1 y el zika. Para algunos, la información que se ve en los medios a veces parece exagerada y, como en el caso de la influenza, han llegado a pensar que es un invento del gobierno, lo que habla de su credibilidad. Es preciso ahondar sobre el concepto de “exagerar” como un concepto comparativo, en el que la gente compara la enfermedad a otras del estilo, que permanecen durante toda la temporada de lluvias e incluso tienen consecuencias más graves, como los dolores musculares de la chikungunya. En este sentido, cuando las personas observan una movilización mayor por el virus del zika, sobre todo en los medios de comunicación, lo perciben como una exageración y, consecuentemente, se preguntan qué intereses pueden estar detrás de esta sobreexposición mediática. Es interesante señalar que, según nuestra evidencia, la gente empieza a creer en la gravedad de una enfermedad en el momento que ésta se hace visible atacando a muchas personas de la comunidad, mas no al escuchar información del gobierno acerca de la ésta. Y dado que los síntomas del zika son frecuentemente imperceptibles, la gravedad no suele apreciarse en ningún momento.

“Pues, o sea, no creo que (la información que escuché) sea mentira, pero creo que, si se exagera un poco más; al igual que la influenza en un principio. O sea, se pensó en un principio que era invento del gobierno para tener alguna prevención o sacar una medicina. Y, sin embargo, a final de cuentas sí hubo una gran contingencia en México, sobre todo en el D.F. que hasta hubo suspensión de labores. ¡No había escuelas! … Sí creo que como que no vemos tan importante lo que es el zika. Pero puede que si sea muy... si es poca la información la verdad.” (59 CHA)

Exageración o no, los entrevistados relacionan el interés del gobierno en la enfermedad, con la aparición de ésta en los medios de comunicación y a su vez, el interés del gobierno con la gravedad del virus. La intensidad con la que se presentaba el tema del zika en los medios de comunicación ya había disminuido para julio de 2016, cuando se realizaron estas entrevistas. Para muchos, el gobierno comenzaba a perder interés en el virus porque ya no era peligroso o alarmante. Es posible que el (des)interés que la gente percibe en el gobierno esté relacionado con que ellos mismos pierden el interés al no ver los síntomas del zika como algo grave. De esta manera, la relación entre la gravedad y el interés que los ciudadanos perciben en el gobierno, pueden ser un reflejo de sus propias interpretaciones.

P: Y ¿Por qué crees que este tipo de especialistas no estén presentándose en la tele con este tema? R: Porque realmente no creo que sea algo alarmante o verdaderamente peligroso  Si fuera alarmante, y fuera algo que realmente es un problema demasiado grave sí deberían de publicitarlo más, que llegue a todas las personas. (Pero no es grave) porque cuando es algo que en realidad está afectando a todo el mundo, a cada momento te lo dicen y lo mencionan en cualquier tipo de programas y noticieros. En este caso no fue de esa manera. Al principio sí, pero ahora es, si lo superas bien y si no pues ni modo. Porque ahorita casi no lo mencionan en ningún programa ni en ningún noticiero (4 CMERPR).

La fluctuación de la presencia mediática del tema genera incertidumbre entre la población, dado que se asume que un tema de alto interés para el gobierno debería estar permanentemente en la agenda de los medios. Una consecuencia es que la aparición “de un día a otro” termina por generar sospechas de que el virus, en realidad, puede distraer a la mirada pública de otros acontecimientos de carácter social, que se cree, el gobierno tiene interés en disimular.

Ya sé que sí es real. (Creía que era mentira) porque, no sé, siento que están inventando cada enfermedad. Que las enfermedades las están inventando ahorita … Primero se sabe nada y luego “se vio un brote de tal cosa”. O sea, este fin de semana, se “descubrió” un brote de tal cosa. P: ¿Muchos de tus compañeros piensan que las enfermedades así no existen? Antes de que a ti y a tu amiga les diera, ¿pensaban que era un rumor? R: Aja, pensaban que era un rumor. Hasta que, bueno me voy a meter con otra enfermedad, de que fue la chikungunya. Yo dije, “¡Cómo les va a dar dolor de músculos y que no pueden ni caminar!” Y hasta que le dio a mi novio. Y sí, vi que no podía caminar para nada (54 CMER)

La evidencia encontrada indica que existe la percepción de que el gobierno inventó la existencia del virus para crear un efecto de “cortina de humo”, para entretener a la gente mientras ocurren acontecimientos graves de carácter social. También indican que, esta creencia se transforma en alguna forma de certeza cuando los síntomas se confirman en uno mismo o en personas cercanas, lo que no siempre sucede por las características de la enfermedad (Oster et. al 2016).

Con nuestra ignorancia nosotros pensamos (que el gobierno crea esto), con tanto problema que hay aquí en el país o en el mundo, están usando todo esto para que la gente se entretenga en algo.  (Se comenta) que lo está usando para entretener a la gente y no se meta tanto con el gobierno, con los problemas que hay. (58 CHA)

Es interesante señalar que no siempre es necesario creer que la enfermedad existe, para tomar medidas preventivas. En los casos de enfermedades por vector, como el dengue y el virus del zika, las acciones preventivas suelen ser muy similares. Si se conoce una de estas enfermedades, prevenir las demás es más sencillo. Se observó que las personas actúan para prevenir el virus, en tanto que estas acciones no interrumpan sus rutinas diarias ni sus necesidades básicas. El verdadero problema se encuentra cuando a) no se cree que el virus sea peligroso y b) las recomendaciones preventivas afectan la rutina de las personas, por ejemplo, cerrar las ventanas en días calurosos o dejar de acumular agua de lluvia. Si una de estas dos variables cambia, las personas tienden a cambiar sus comportamientos. Si se cree que es peligrosa es posible alterar sus prácticas normales con el fin de no enfermarse, pero, aún más interesante, aún si la enfermedad no es grave se toman medidas preventivas si éstas no afectan estas prácticas, como el uso de pabellón para tapar la cama en la noche.

P. ¿En particular tú has hecho algo para protegerte del zika? R. Algunas veces, el uso de repelente. Solo algunas veces y ya. P. ¿Y el uso del repelente es únicamente por el zika? R. Cualquier enfermedad, el chikungunya, el dengue. (…) P. ¿Crees que desde la primera vez que escuchaste la palabra zika, tu percepción ha cambiado? R. No. P. ¿Cómo fue al principio? R. Fue extraño, pero no me alarmo. P. ¿Y no te alarmo más o menos con el paso del tiempo? R. No, la verdad yo no creo que sea una enfermedad nueva, mas bien son los mismos virus que siempre andan por acá, eso del zika me suena a otro invento del gobierno. (9 CMERPR)

“He llegado a pensar que es mentira (la existencia del virus), como dicen tantas cosas, uno ya no sabe que creer ni que hacer. Porque por tantas cosas que dicen, o sea, ya no sabes ni cómo cuidarte, nos tenemos que cuidar con lo mismo de siempre. P: Dame un ejemplo de cuando pensaste que era mentira. R: Porque acababa de pasar lo del chikungunya y luego como que el zika. Entonces se me hizo muy, o sea, como que muy junto todo. (62 CMERME)

Una de las razones señaladas por la evidencia como motivo de desconfianza es que la población percibe los intereses del gobierno en una forma integral. En otras palabras, se entiende que el gobierno tiene múltiples intereses y objetivos y que estos se entremezclan en todas sus políticas y acciones. De este modo, así como es infructuoso comprender el brote del zika separado de otros problemas de salud (dengue o chicunguya, principalmente), es inútil hacerlo de manera aislada de otros asuntos políticos, como ejemplifica la disputa con el sindicato de maestros en Oaxaca y Chiapas en esa misma época. La gente reconocía que antes de julio de 2016, el gobierno se percibía más interesado en prevenir y detener el brote. Sin embargo, esta atención se disipó para enfocarse en problemas sociales, como la huelga de maestros.

Los informantes tienen la percepción de que, al igual que noticias sobre acontecimientos de carácter social, el gobierno retiene información relacionada al virus del zika. Debido a la forma en que se difunden ciertas noticias, como la huelga de maestros, la gente no confía en que otras noticias se comuniquen con completa transparencia. En el caso de dicha huelga, la gente percibía que lo que se observaba en las calles era diferente a lo que se presentaba en los medios de comunicación. Basados en sus experiencias, asociaban estas diferencias a los intereses del gobierno, pues en los medios era fácil difamar al movimiento. Análogamente, las personas afirman que en el caso de enfermedades como el zika también se oculta información, por instrucciones del gobierno.

P. Sobre la credibilidad de las fuentes, de todo lo que hemos hablado, de tus papás como fuente de información, de los noticieros, del periódico, ¿a qué fuente si le confías la información que te den sobre zika y que fuentes a lo mejor dices, no, no tiene tanta razón? R. Pues de la gente podemos creer todo, pero también, yo creía yo más en lo que son las noticias. Porque bueno, la noticia ahorita está, ni se les cree también a las noticias, porque a veces vienen cosas ciertas y cosas no, que no son verdad. P. ¿Entonces no crees que sea una fuente 100% confiable las noticias? R. Un 80%. P. ¿Por qué ese 80%? R. Porque ahorita, bueno, salimos tantito del tema, ves lo de los maestros. Que, en Oaxaca, y luego que aquí. El gobierno no sabe, bueno las noticias no sacan bien lo que pasa. Lo que le conviene lo sacan y lo que no, no lo sacan a lo que es a la luz pública. P. ¿Y crees que, en referencia a enfermedades de este tipo, podrían hacer más o menos lo mismo? R. Pues sí, porque igual pasó con la influenza y todo eso. Supuestamente dicen para que crean que el gobierno que sacó ese virus como hace no sé cuántos años. Le puedo decir que como 80% dicen la verdad, pero a veces no lo sacan a la luz pública también. Eso sí es cierto. (36 CHA)

Además de un sesgo temático, es decir, la manera de abordar los asuntos de interés público, los medios varían en la intensidad con la que lo hacen. Así, cuando las noticias sobre la enfermedad y su tratamiento disminuyen en la prensa, se interpreta que bajó el interés en la enfermedad, aunque no necesariamente la gravedad de ésta, ya que “sigue dando”, -la gente se sigue contagiando. Para algunos, el gobierno hizo su labor respecto al zika informando de manera anticipada que el virus existía en Chiapas y debía prevenirse, pero posteriormente dejó la enfermedad en manos de los ciudadanos para enfocarse en problemas de índole político-social. La consecuente falta de interés de los medios de comunicación habla tanto de la habitual fusión de la agenda mediática y la política (especialmente en el interior de México), como de la posible percepción de que los intereses del gobierno conforman un entramado complejo y, a menudo, no guiado por las prioridades de la población.

(El gobierno) no está preocupado por la expansión del zika, porque están más preocupados por lo de los maestros y todo eso, pero la enfermedad no les preocupa. P. ¿Por qué crees que no les preocupa la enfermedad? R. ¿Eres del gobierno? Chale. P. No, no soy el gobierno, para nada. ¿Crees que ha invertido el suficiente dinero para controlar el brote del zika? R. Pues no sé si han invertido o algo así, por eso digo que están más enfocados con lo que está pasando aquí que en lo de la enfermedad. (15 CMERPR)

La desconfianza en las intenciones del gobierno llega al extremo de pensar que el gobierno fue el artífice del virus. Algunos entrevistados deducen que los moscos, o zancudos (vector), como los llaman algunas personas, siempre han existido, pero la enfermedad, no. De ahí que el virus haya sido creado recientemente. Igualmente, se concluye que, con la cantidad de mosquitos que hay, debería haber un mayor número de casos. Así, se puede inferir fácilmente que la población desconoce que es un tipo particular de mosquito, el Aedes Aegypti, el principal transmisor del virus del zika (Chouin-Carneiro, et al., 2016).

Asimismo, es interesante observar que algunos entrevistados creen que el virus fue dispersado por el lanzamiento de un polvo en el aire, que enfermó a la gente. En los pasajes siguientes, incluso se asevera que una persona confesó haber lanzado el polvo, pero no se indica dónde ni cuándo lo confesó. Lo que debe destacarse en este caso es que la percepción que algunos informantes tienen es que una labor de exterminio de la población por parte del gobierno es compatible con sus conocimientos sobre acciones previas. Dicho de otro modo, no sólo esta idea es aceptada, sino que es congruente con la experiencia de vida de ciertos sectores sociales. En otras entrevistas, informantes señalaron que una de las acciones que el gobierno ha llevado a cabo para detener el brote ha sido fumigar las calles, con un difusor cuyo producto puede parecerse a un polvo. De esto, se puede concluir (a) que la desconfianza en el gobierno hace que incluso medidas preventivas, al haber empezado al mismo tiempo que el virus, sean entendidas como la causa de éste. Por otro lado, (b) también puede deducirse que la falta de explicación en términos comprensibles para la población de acciones gubernamentales puede terminar teniendo efectos adversos, como la pérdida generalizada de confianza.

Mi esposo dice que no (es necesario cuidarse de los mosquitos), porque tanto tiempo que estuvo en montañas y tanto animalito que hay, y que ahora ¡qué inventos! Inventos que hace el gobierno para esa enfermedad. La verdad. Porque no es del zancudo, porque imagínese, ¡todos ya estaríamos muertos! No es del zancudo. Cuando la chikungunya, dicen que es un polvo que aventaron. Eso lo comentaron en las redes sociales: que un señor dijo que él tenía la culpa porque él había echado un polvo con no sé qué cosa, lo había tirado para que se enfermara la gente y que tomaran mucha hoja de mango, hoja de guanábana y no sé qué más. Porque él había tenido la culpa y lo iban a matar. Porque estaba dando la información el señor, que él tenía la culpa. Que él había tirado de un avión el polvo... (13 CMA)

La verdad que ya la gente, ya piensa de todo por parte del gobierno. De hecho, hasta esa enfermedad dicen que, bueno por cuestión de pláticas de acá de la gente, de que esto ha venido aparte del zancudo. Fue una infección que la armó el mismo gobierno. El mismo gobierno soltó esa enfermedad para, pues igual, ¿no? Acabar con un poco de gente. Hay malas perspectivas en esto eh. … La gente está asustada en ese tema porque no falta quien lo comente. Que el mismo gobierno soltó esa enfermedad. Sí se ha escuchado eso. (52 CHA)

Discusión

La evidencia presentada en este artículo puede resumirse en que la falta de confianza de la población en el discurso médico-científico del gobierno en relación con el brote de zika de 2016 se debe a seis factores perceptuales. En primer lugar, se percibe al gobierno como incapaz de detener el brote cuando otros países, la mayoría en el mundo desarrollado, lo lograron con eficiencia y rapidez. En segundo lugar, la falta de información del gobierno, que produce efectos múltiples, como las dudas respecto a sus orígenes, a las acciones preventivas, y a las consecuencias de largo plazo o para grupos vulnerables. En tercer lugar, la falta de medicamentos es interpretada por la población como desidia, una falta de interés que sería imposible si la enfermedad fuera tan importante como se afirma -o, incluso, si existiera, como lo dudan varios entrevistados. En cuarto lugar, la falta de confianza descansa en la insuficiente velocidad. Al compararse con lo hecho por el gobierno en el brote de H1N1 de 2009, las acciones contra el zika aparecen lentas, insuficientes y geográficamente diferenciadas. El sur del país se auto-percibe como de escaso interés para las autoridades federales y la lentitud del gobierno, en su visión, confirma esa postura. En quinto lugar, la desconfianza proviene de una contextualización público-mediática. ¿Cómo algo así, un brote de una enfermedad aparece ‘de repente’? ¿Puede ser coincidencia que el zika se superponga, en la agenda política, con la huelga de los maestros? Los residentes en las zonas más sensibles entienden que los intereses del estado son múltiples y están interrelacionados de tal modo que no es posible leer las noticias de zika sin pensarlas a la luz de la distracción que puede ocasionar sobre otros asuntos de interés social y político. Finalmente, la desconfianza llega al nivel superior con la percepción de que fue el gobierno el responsable de la introducción y expansión del virus del zika. Y entonces surge la pregunta: ¿qué tiene que haber en la memoria histórica de una población, en su relación con el estado, para que se llegue a semejante conclusión? ¿qué historia de despojos, abusos, violencia, e impunidad permite pensar que un avión fumigador es, en realidad, un avión que esparce un virus?

Estos hallazgos permiten poner en discusión algunos postulados teóricos esbozados previamente. En primer lugar, que la ciencia -y, en este caso, la medicina y la salud pública- son co-construidas simultáneamente por el discurso experto, por la decisión política y por la interpretación de quienes reciben ambos. La co-construcción supone un fluyo multidireccional de influencias donde, por ejemplo, la población es receptora de mensajes a través de la prensa sobre el zika, pero a la vez responde con ciertas prácticas de prevención propias, adecuadas a su realidad socio-económica. Dichas prácticas, por otro lado, impactan en la manera en que las autoridades conciben las políticas de salud pública (por ejemplo, ofreciendo análisis de sangre gratuitos en hospitales públicos) que, por otro lado, condicionan nuevamente el rango de opciones a través de las cuales la comunidad médica puede acceder a información actualizada de cantidad de casos y estado de avance de la enfermedad.

En la evidencia empírica no se encontraron planteos de los entrevistados en los que se indicaran que las acciones del gobierno están alineadas a la industria farmacológica u otros actores del sector privado (cfr. Haerlin y Parr 1999). Sin embargo, sí existe la visión de que los intereses científicos a menudo están alineados con los del gobierno (Arimoto y Sato 2012). Más aún, y por ser un caso de salud pública, los entrevistados señalaron una fusión de los intereses de la ciencia médica con la prensa (y, a través suyo, con el gobierno) que en la literatura revisada no se había encontrado.

La desconfianza relativamente generalizada que muestra la sección de datos de este artículo permite también problematizar la idea de que la confianza es intrínseca al quehacer científico (Wynne 2006). Si bien es cierto que los datos no ahondan en la relación interna de la comunidad médica, sí muestra que entre ésta y los decisores políticos -muchos de ellos, médicos y científico de trayectoria- hay cierta suspicacia sobre por qué no se ha podido solucionar el problema, a diferencia de otros países. En última instancia, los expertos parecen creer que es al menos cuestionable la parte que corresponde al estado en lo relativo a la prevención, recolección de información, asistencia médica y tratamiento. Así, contra lo señalado por Hardwig (1991), se observa que, aunque hay necesidad de trabajo en equipo y especialización, los niveles de confianza que se generan no siempre permiten basarse confidentemente en lo realizado por los otros actores.

Los datos cualitativos presentados también permiten observar que los científicos y médico intentan superar la cuestión de jargón y el lenguaje especializado a través de discursos simplificados, como reducir la enfermedad a ‘unas ronchitas’. En ese sentido, parece que los expertos en las zonas donde se recolectó información todavía carecen de habilidades para delimitar el uso del jargón (Hirst 2003) y rara vez recurren a estrategias no verbales-textuales de explicación (Legget y Finlay 2001). Más aún, la falta de información no permite que los ciudadanos realicen un ejercicio interpretativo (carecen de suficientes premisas) y, por ello, no puedan autoafirmarse como sujetos en el problema (Hoeken et al. 2009; Southwell y Torres 2006).

Finalmente, la investigación permite corroborar hallazgos de otros autores en relación con la importancia del nivel educativo y socioeconómico en la transmisión exitosa de información técnica (Southwell 2012: 33-36; Mohamed 2001). Es interesante señalar que las entrevistas también permiten corroborar que la circulación de información depende en buena medida de la relevancia percibida del tema (Southwell 2013; Sehulster 2006; Wagner 2007), como se observa en los relatos en que los informantes han conocido, cara-a-cara, a personas que han sufrido la enfermedad y, a partir de ello, mantienen más interés e información. Asimismo, la evidencia de esta investigación corrobora la idea de que la historia pasada, una característica de la comunidad en la que pertenecen los individuos, juega un papel en la percepción de conocimiento experto y su difusión. Los entrevistados que tuvieron percepciones más extremas sobre la intervención del gobierno en el brote de zika (por ejemplo, que el gobierno ha dispersado el virus) son indicadores de un pasado de relaciones problemáticas entre la sociedad y el estado, uno caracterizado por violencia y abusos de la autoridad a través de la historia.

Conclusiones

La desconfianza en el gobierno y en el discurso médico que acompaña sus políticas de salud pública en relación con el brote de zika de 2016 es una ocasión única para percibir los múltiples niveles de una relación siempre problemática. Por un lado, dicha desconfianza se apoya en la ineficiencia en prevenir o actuar sobre el brote, en la falta de información, medicamentos y reacción frente al problema, así como en la exposición mediática y los vínculos de los medios con los intereses políticos. Por otro lado, la crisis de confianza pone al gobierno y la ciencia en el centro mismo del asunto, al ser percibido, por algunos entrevistados, como la causa del brote de zika. En última instancia, siguiendo a Wolfensberger (2016), el caso de análisis muestra un tipo de desconfianza en los intereses del otro (en este caso, la ciencia y el gobierno), aunque se les reconoce su existencia como actores centrales.

Frente a este diagnóstico, algunas medidas remediales han sido propuestas por Southwell:

Esfuerzos para impulsar la confianza colectiva (en la comprensión de la gente de la salud y la ciencia y, a su vez, en su habilidad para empezar y participar en conversaciones); esfuerzos para encontrar a la gente donde ella a través de encuadrar la información en modo tal que resuene con su vida cotidiana; y esfuerzos para construir infraestructura comunitaria a través de proveer foros útiles y convenientes para vecinos y gente con intereses similares para compartir entre ellos (2013: 105).

Lo que enseña el caso es que las campañas impulsadas por el gobierno con apoyo de la comunidad médica y científica no han logrado impulsar la confianza (más bien, han actuado a contramano haciendo que las personas se auto-perciban como ignorantes). Más aún, no han logrado articular el mensaje preventivo y de tratamientos con la vida cotidiana de los habitantes (a menudo se solicita que no retengan agua de lluvia -cuando es usada por múltiples propósitos allí donde no hay agua corriente- y que usen repelente -cuando es sabido que el costo de este es prohibitivo). Finalmente, en lugar de proliferar foros en los que el mensaje científico sea tamizado por formadores de opinión dentro de la comunidad, incrementando el nivel de confianza en la fuente, el gobierno ha implementado estrategias directas (por ejemplo, espectaculares en lugares públicos y folletos en hospitales) que no logran revertir la desconfianza estructural que hay en el estado y sus instituciones -incluida la ciencia, hasta cierto punto. No asombra, por ello, que nuestros datos cualitativos confirmen que

Cuando los expertos solicitan cambios drásticos en la vida cotidiana para evitar exposición a riesgo, la gente puede elegir ignorar las recomendaciones en beneficio de sus rutinas que organizan y controlan la vida cotidiana… Las actitudes de confianza están usualmente rutinariamente incorporadas en las actividades diarias, y en muchos casos la confianza no es el resultado de un acto consciente de compromiso. Así, la confianza no está sólo relacionada con los sistemas abstractos, sino también con el monitoreo de la gente sobre la vida cotidiana (Lidskog 1996: 31-48).

En tiempos donde los riesgos se multiplican y alcanzan escala global y donde el conocimiento se ha vuelto necesario para el quehacer de casi todas las instituciones, la crisis de confianza de la sociedad en el estado y la ciencia es preocupante, aunque no novedosa ni injustificada. Antes de la próxima epidemia, es labor de todos los actores comprometerse con la construcción de relaciones sólidas de confianza. Dichas relaciones no podrán ni subestimar ni mucho menos ignorar el saber de los no expertos. En el mejor de los casos, será un diálogo constructivo. En el peor, la prolongación de una duradera y triste resignación.

# Bibliografía

Arimoto, T., & Sato, Y. (2012). Rebuilding public trust in science for policy-making. Science, 337(6099), 1176-1177.

Berti, F. (2010). Sensacionalismo y amarillismo en los medios de comunicación. Creación y Producción en Diseño y Comunicación(Disponible en: http://fido.palermo.edu/servicios\_dyc/publicacionesdc/archivos/163\_libro.pdf#page=43), 32, 43-45.

Chouin-Carneiro, T., Vega-Rua, A., Vazeille, M., Yebakima, A., Girod, R., Goindin, D., . . . Failloux, A.-B. (2016). Differential Susceptibilities of Aedes aegypti and Aedes albopictus from the Americas to Zika Virus. PLOS neglacted tropical diseases(Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4777396/.), 10(3).

Golinski, J. (2008). Making Natural Knowledge: Constructivism and the History of Science, with a new preface. University of Chicago Press.

Gross, A. G., Harmon, J. E., Reidy, M., & Reidy, M. S. (2002). Communicating science: The scientific article from the 17th century to the present. Oxford University Press on Demand.

Haerlin, B., & Parr, D. (1999). How to restore public trust in science. Nature, 400(6744), 499.

Hardwig, J. (1991). The role of trust in knowledge. The Journal of Philosophy, 88(12), 693-708.

Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2010). Metodología de la investigación. Ciudad de México: McGraw-Hill.

Hill, M. (2014). Embodiment of science in science slams. A case of informal public science communication. . Studying Science Communication, 18.

Hirst, R. (2003). Scientific jargon, good and bad. Journal of technical writing and communication, 33(3), 201-229.

Hoeken, H. Swanepoel, P., Saal, E. y Jansen, C. (2009) ‘Using message form to stimulate conversations: the case of tropes’. Communication Theory. 19(1): 49-65.

Latinobarómetro. (2017). Informe Latinobarómetro 2017. Cooperación Latinobarómetro. Santiago de Chile: Disponible en: www.latinobarometro.org/LATDocs/F00006433-InfLatinobarometro2017.pdf .

Lidskog, R. (1996) ‘In Science We Trust? On the Relation between Scientific Knowledge, Risk Consciousness and Public Trust’. Acta Sociologica. 39(1): 31-56.

Leggett, M., & Finlay, M. (2001). Science, story, and image: A new approach to crossing the communication barrier posed by scientific jargon. Public understanding of science, 10(2), 157-171.

Leopold, S.S. (2014). Trust in Science. Clinical Orthopaedics and Related Research, 472-1063.

Master, Z., & Resnik, D. B. (2013). Hype and public trust in science. Science and engineering ethics, 19(2), 321-335.

MERG. (s.f.). Research Capacity Network. Obtenido de The Microcephaly Epidemic Research Group: <https://rede.tghn.org/collaborators/merg/>

OMS. (19 de febrero de 2016). Virus de Zika, microcefalia y síndrome de Guillain-Barré. Obtenido de Informe sobre la situación del virus de Zika: Disponible en: http://www.who.int/emergencies/zika-virus/situation-report/19-february-2016/es/

OMS. (10 de Marzo de 2017). Informe sobre la situación. Obtenido de Virus del Zika, Microcefalia y Síndrome de Guillain-Barré: Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254747/zikasitrep10Mar17-spa.pdf;jsessionid=8C47115730A71D9A0BE332057AE8CF47?sequence=1

OPS/OMS. (7 de mayo de 2015). Alerta Epidemiológica. Obtenido de Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\_docman&task=doc\_view&Itemid=270&gid=30076&lang=es

Oster, A. M., Brooks, J., Stryker, J., Kachur, R., Mead, P., Pesik, N., & Petersen, L. (2016). Interim guidelines for prevention of sexual transmission of Zika virus. Informe Semanal de Morbilidad y Mortalidad (MMWR), Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Atlanta, Georgia: Disponible en: http://dx.doi.org/10.16/mmwr.mm6505e1.

Reynolds, B., & Seeger, M. (2016). Crisis and Emergency Risk Communication as an Integrative Model. Journal of Health Communication(Disponible en: https://pdfs.semanticscholar.org/d24a/2ca619638cd04e7661f64ad71864d47fda07.pdf), 43-55.

Rodrigues, L. C. (15 de Marzo de 2016). Microcephaly and Zika virus infection. Obtenido de The Lancet: Disponible en: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00742-X

Secretaría de Salud. (2016). Intensifica Secretaría de Salud medidas preventivas para combatir zika. Obtenido de Disponible en: https://www.gob.mx/chikungunya-dengue/articulos/intensifica-secretaria-de-salud-medidas-preventivas-para-combatir-zika-32356

Secretaría de Salud. (12 de Marzo de 2018). Casos Confirmados de Enfermedad por Virus del Zika. Obtenido de Semana Epidemiológica 10 del 2018 : Disponible en: <https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/309833/Cuadro_Casos_ZIKA_y_Emb_SE10_2018.pdf>

Sehulster, J.R. (2006) ‘Things we talk about, how frequently, and to whom: frequency of topics in everyday conversation as a function of gender, age, and marital status’. American Journal of Psychology. 119: 407-432.

Southwell, B.G. y Torres, A. (2006) ‘Connecting interpersonal and mass communication: science news exposure, perceived ability to understand science, and conversation. Communication Mongraphy.73(3): 334-350.

Wagner. W. (2007) ‘Vernacular science knowledge: its role in everyday life communication’. Public Understanding of Science, 16: 7-22

Weingart, P., & Guenther, L. (2016). Science communication and the issue of trust. *Journal of Science Communication*, 1-11.

Wolfensberger, M. (2016). A conceptual analysis of trust in medicine: its definition, decline and significance. *Keele University Repository*, 59-62.

1. Doctorado en Sociología, Universidad de Cambridge, Reino Unido [↑](#footnote-ref-1)
2. Licenciatura en Relaciones Internacionales, Universidad de las Américas Puebla, Mé [↑](#footnote-ref-2)