

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

On Mistrust in Science and Politics:

The Zika Outbreak in Mexico (2016-2018)

*Leandro Rodríguez Medina**

*Ana Pandal de la Peza***

*Wesley Shrum****

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, sólo ocasionalmente la atención se centra en la situación de la salud en los países de la periferia. Este documento es producto de una investigación iniciada en junio de 2016 por un equipo internacional que incluye miembros de Brasil, Argentina, México y Estados Unidos y que ha sido financiada por la National Science Foundation. El objetivo de este análisis es llenar ese nicho, enfocándose 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, analiza la percepción que tienen los ciudadanos sobre la participación de la Secretaría de Salud 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.

* Departamento de Relaciones Internacionales y Ciencia Política, Universidad de las Américas, Puebla. Correo electrónico: <leandro.rodriguez@udlap.mx>.

** Universidad de las Américas, Puebla. Correo electrónico: <ana.pandalda@udlap.mx>.

*** Departamento de Sociología, Louisiana State University. Correo electrónico: <shrum@lsu.edu>.

ABSTRACT

After the World Health Organization declared a state of emergency due to the zika virus between February and November 2016, a great deal of research has been done to analyze it. Nevertheless, this research displays two significant gaps. First, these projects are carried out in epidemiological and public health frameworks, but lacking a perspective of the social studies of science and technology. In the second place, only occasionally does attention center on the health conditions in the countries of the periphery. This article is the result of research begun in 2016 by an international team with members from Brazil, Argentina, Mexico, and the United States, financed by the National Science Foundation. The aim of the analysis is to fill that niche, centering on the specific situation in Mexico. The first focus is the public's mistrust both of the government and of the communications media. Later, it researches the citizenry's perceptions of the participation of the Ministry of Public Health and government efforts at prevention and eradicating the virus. Finally, the article presents the research conclusions, relating 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 éstos existen seis que han tenido 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 por ciento de los casos y que en el 20 por ciento 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 de 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 habían 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 con 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 zika. Las zonas del país más afectadas por el virus son, naturalmente, aquéllas cuyas condiciones climatológicas permiten la reproducción del vector.

El gobierno de México continuó, entre 2015 y 2016, con la campaña “Lava, tapa, voltea y tira”, que se había llevado 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 em-

barazadas infectadas con el virus del zika, aclarándoles que no necesariamente éste se asocia 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 encontrarán en periodo de gestación (Secretaría de Salud, 2016a).

Este trabajo responde a la pregunta de cómo se ha construido la relación de (des)confianza entre la ciencia y sus públicos, utilizando el caso del brote de zika en 2016. El objetivo principal del artículo es conocer la percepción de la población sobre las acciones y omisiones gubernamentales en relación con dicho problema de salud pública. Los objetivos específicos son cuatro: *a)* identificar la capacidad del gobierno para controlar el brote; *b)* reconocer su interés en hacerlo; *c)* señalar si hubo responsabilidad en las acciones oficiales, y *d)* evaluar la comunicación del sector público sobre el zika en las zonas más afectadas.

En las siguientes páginas, nuestro argumento se estructura de la siguiente manera: primero, revisamos la 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 esfuerzos futuros. La relevancia de estudiar la desconfianza en la ciencia, mediada por políticas públicas, consiste en que es difícil esperar cualquier cambio en los comportamientos sociales (especialmente claves durante emergencias de salud), así como una comprensión cabal de las causas y consecuencias de los problemas si el vínculo no se basa en la confianza. Más aún, la autoridad misma de la ciencia que pretenden los científicos y, en ocasiones, las autoridades públicas, tiene su sustento en la confianza de la población, tanto como fuente de saberes legítimos como de recomendaciones útiles.

CONFIANZA Y CIENCIA: UNA RELACIÓN SIEMPRE EN CONSTRUCCIÓN

Uno de los principales aportes de los estudios sociales de ciencia y tecnología 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, los Consejos de Ciencia y Tecnología (CTS) han introducido un vocabulario específico para referirse a esa fluidez que va del laboratorio a los propios CTS, y de éstos a las empresas que utilizan conocimiento: arenas transepistémicas, actor-redes y coproducción se destacan en el campo. Una característica importante de esta visión es la de 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 (des)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 conoce 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 con la (aparente) incompatibilidad de intereses y acciones, la segunda se caracteriza por un absoluto desconoci-

miento 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 del déficit y ha sido una postura clásica que, aún hoy, defienden 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 por ciento en Estados Unidos), cifra que se ha mantenido desde los años setenta. Incluso dicha confianza es aún menor (aproximadamente el 35 por ciento) 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 la retórica anticientífica— 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 (Leopold, 2014: 1063).

Es tratando de responder a esta pregunta que la literatura sobre CTS cobra relevancia. Ya que en cuanto se retoma la idea de fluidez desde los sitios “científicos” y los “no-científicos” (dentro del imaginario tradicional), es que 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 (1999), por ejemplo, argumentan que desde los ochenta 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 la 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. Los culpables principales 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 ya no son percibidos exclusivamente como guardianes de la verdad objetiva, sino como promotores astutos de sus propios intereses en un mercado impulsado por los medios (Haerlin y Parr, 1999: 499).

A veces, no es la fusión entre intereses científicos y corporativos lo que resta credibilidad y confianza en la ciencia, sino la cercanía con las motivaciones 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 (*clean up*). La confianza pública en la imparcialidad de los científicos se puso en duda cuando la población sospechó que algunos apoyaron demasiado fácilmente la visión del gobierno (Arimoto y Sato, 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, entre las cuales la ciencia es una. Para los años 2016 y 2017, el *Informe Latino-barómetro* (2017) presentó datos importantes sobre México y la imagen de los ciudadanos acerca de sus instituciones; por ejemplo, informa que la confianza en la policía obtuvo el lugar más bajo de América Latina, con un 21 por ciento. También es interesante observar que los partidos políticos lograron tan sólo un 9 por ciento, y el gobierno como institución únicamente el 15 por ciento de confianza. Resulta difícil que la ciencia que se comunica 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 político, sociológico y epistemológico de primer orden. Villarroel *et al.* (2013) señalan que, para el caso latinoamericano en especial, el interés político en la medición de la cultura científica de la población es reciente (fines de los noventa), cuando se comenzaron a instrumentar encuestas estandarizadas nacionales y regionales. En general, existe una valoración positiva del quehacer científico, aun cuando eso no se relaciona necesariamente con la inversión pública en ciencia y tecnología. Wynne ha señalado acertadamente que la desconfianza no puede analizarse 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” (Wynne, 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 puede permitirles aceptar confiadamente la información provista. Este planteamiento 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 sean 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) (Hardwig, 1991: 706; véase 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 del posible entusiasmo y apoyo público a la ciencia, porque las expectativas públicas de las promesas biotecnológicas serán incumplidas” (Master y Resnik, 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 una alta incertidumbre. A partir de su análisis de la información relacionada con 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 sólo como espectadores, vigilen la asignación de los recursos y procuren el bienestar de la gente. Por ello, sugieren que las autoridades no deben hacer promesas en cuanto a los resultados sino, más bien, comunicar la incertidumbre de la situación y clarificar el proceso para solucionar el problema, con un enfoque que aborde las preocupaciones de salud y de seguridad pública (Reynolds y Seeger, 2016: 43-55). Los autores sostienen que las autoridades, apoyadas por los científicos, deben llevar a cabo una serie de acciones que tengan como objetivo generar confianza para promover la acción e involucrar al público en la solución de la crisis (Reynolds y Seeger, 2016: 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 cuentan con educación formal en ciencias (Leopold, 2014), reforzándose la idea de una comu-

nicación fundamentalmente endógena (Gross *et al.*, 2002). La participación de la población en la ciencia, la cual contribuye al incremento de la confianza, depende en buena medida de enseñar a los científicos a identificar las ocasiones y modos de usar esa jerga (Hirst, 2003) o, incluso, de las 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 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)—. En forma similar, algunos sostienen que estos mensajes logran circular más ampliamente porque quienes pueden hacer efectiva la interpretación adquieren más confianza en sí mismos como agentes de difusión (Southwell y Torres, 2006)

Quizá uno de los esfuerzos más sistemáticos por desvelar qué es aquello que lleva a que las ideas científicas y de salud circulen es el de Southwell (2013). Para este autor son tres los niveles a 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 socioeconómico y educativo, b) el tópico se percibe como relevante, c) los participantes comprenden la información y d) predominan los factores de la personalidad, como la búsqueda de sensaciones y la capacidad de superación de la ansiedad por comunicarse y de la timidez. Al nivel de la comunidad, Southwell indica que la preexistencia de vínculos en la misma, su cohesión y la estabilidad de residencia de sus miembros, así como su historia y algunas organizaciones específicas (por ejemplo, asociaciones profesionales) favorecen el flujo de ideas científicas y médicas. Finalmente, muestra evidencia de que el contenido del mensaje afecta su circulación. Así, cuando éste se presenta como premisas parciales de un razonamien-

to a ser completado por el receptor (intérprete), y cuando el mensaje logra reforzar la autoconfianza 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 en México, Argentina y Brasil. En el primer caso, sobre el que se basa este artículo, el foco estuvo principalmente en el estado de Chiapas, donde se obtuvo información de primera mano sobre los aspectos sociales del virus del zika. También se realizaron algunas entrevistas fuera de ese estado, en la Ciudad de México, Puebla y Veracruz, con el fin de observar la existencia de diferencias relacionadas con la proximidad al brote epidémico. El proyecto en México 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 con el zika, y el tercero es la percepción del riesgo y las acciones aceptadas en respuesta al brote del zika en México. En este artículo, el objetivo principal es ahondar en la (des)confianza en los mecanismos de transmisión de información, especialmente la proveniente del gobierno.

Para este fin, se llevaron a cabo cien entrevistas semiestructuradas en México. 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, ochenta se realizaron en Chiapas y veinte entre Puebla, la Ciudad de México y Veracruz. En Chiapas, 24 de los entrevistados fueron hombres; doce mujeres mayo-

res; 29 mujeres en edad reproductiva, de las cuales 21 utilizaban los servicios públicos de salud y ocho pagaban por un servicio privado; y por último, en quince casos se preguntó a expertos (médicos, enfermeros, investigadores y funcionarios públicos). Fuera de Chiapas, cinco de los entrevistados eran hombres, cuatro de Puebla y uno de la Ciudad de México; ocho mujeres en edad reproductiva, seis poblanas y dos de Veracruz, de las cuales la mitad utilizaban los servicios públicos de salud (tres en Puebla y una en Veracruz) y la mitad pagaban por servicios privados (tres y una, respectivamente); y los restantes siete fueron expertos, seis de ellos de Puebla y uno de la ciudad capital. El material recopilado se analizó utilizando el *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 a investigadores y expertos, refiriéndose a médicos, funcionarios públicos e investigadores, así como “HA” para hombre adulto y “MA” para mujer adulta. Finalmente, en el caso de las mujeres en edad reproductiva, se sustituyeron las siglas “HA” y “MA” por “MER”, y se adjuntó, en aquellas entrevistas en que nos proporcionaron esta información, “PR” a las que frecuentan hospitales privados y “PB” para quienes asisten a los 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 por Oaxaca con 204 (Secretaría de Salud, 2016a). Razones de seguridad hicieron imposible extender la investigación a Oaxaca. 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, con 2,100 y

1,299 casos, respectivamente, superando a otros estados endémicos como el propio Chiapas, con 821 casos (Secretaría de Salud, 2018). Y aunque el problema ya no aparece frecuentemente en la prensa nacional, todavía es un asunto relevante de salud pública en México, Brasil y, en menor medida, en Argentina.

Para el análisis cualitativo, se procedió del siguiente modo: se transcribieron las entrevistas realizadas y luego fueron procesadas usando Atlas.TI. En primer lugar, se crearon códigos de alto nivel empírico para organizar las respuestas de los participantes alrededor de ciertos temas comunes. Posteriormente, se elaboraron otros códigos de mayor nivel de abstracción, con la finalidad de conectar esos temas emergentes (cuando fuera posible), así como de observar algunas generalizaciones más allá de las relativas a diferencias de género, edad y demás variables sociodemográficas. Luego, los códigos de mayor abstracción permitieron conectar los datos con las categorías teóricas del campo de estudios sociales de la ciencia y la tecnología. Finalmente, en reuniones internacionales los equipos nacionales intercambiaron hallazgos para determinar si había similitudes o diferencias entre los casos de estudio. Así, apareció con claridad la idea de la desconfianza de la población en la información científica recibida y, a partir de allí, se decidió abordar el fenómeno por país y comparativamente, con resultados a publicarse próximamente.

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 en relación con las acciones 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. [...] No sé, a mí 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 que se requieren para hacerlo. Así, se considera que México tiene al personal capacitado suficiente para detener el brote, aunque no los recursos económicos necesarios, gracias a una mala distribución:

No creo que esté 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, uno no menor también lo es la ausencia 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 sobre las de largo plazo. Quizá en un intento de presentar una comunicación científica de manera accesible, el discurso médico se resume en describir los síntomas más básicos —como indicador de la necesidad de tratamiento—, lo que conlleva cierta banalización del fenómeno. Además de que, por otro lado, incrementa la incertidumbre de la población sobre la gravedad de la enfermedad, por lo que en algunos casos incluso 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 ‘qué 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, lo que sí es verdad es que, según la Secretaría de Salud, en los últimos dos años el problema se extendió a otros estados, como Veracruz (Secretaría de Salud, 2018). Ahora bien, lo que quizá sea lo más relevante de la visión de la lentitud es que debe leerse a la luz de una geopolítica de la salud pública: existen 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 carac-

terística 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, sólo 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 la entendemos a esta última 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 impotentes a las personas, pues no está en sus manos cambiar esta situación. Más allá de encontrarse en la necesidad de aceptar la falta de medicinas, la resignación abarca a la totalidad del sistema de salud al que tienen acceso, ya que su alternativa, la salud privada, no la pueden 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 los pacientes, o a 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 los 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 obtiene en los medios a veces parece exagerada y, como en el caso de la influenza, han llegado a pensar que se trata de un invento del gobierno, lo que evidencia su escasa credibilidad. Es preciso ahondar sobre la idea de “exagerar” como un concepto comparativo, con el que la gente confronta la enfermedad con 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 en que ésta se vuelve visible, atacando a muchas personas de la comunidad, y no al escuchar la información del gobierno correspondiente. 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 sí creo que 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, al 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 sí lo sea [...], sí es poca la información, la verdad (59 CHA).

Exageración o no, los entrevistados relacionan el interés del gobierno en la enfermedad con su aparición en los medios de comunicación y, a su vez, la preocupación oficial con la gravedad del virus. La intensidad con la que se presentaba el tema del zika en los medios ya había disminuido para julio de 2016, cuando se realizaron estas entrevistas. Para muchos, el go-

bierno comenzaba a perder su atención en el virus porque ya no era peligroso o alarmante. Es posible que el (des)interés gubernamental que la gente percibe esté relacionado con lo que a ellos mismos les pasa, al no visualizar los síntomas del zika como algo grave. De esta manera, la relación entre gravedad e interés que los ciudadanos perciben en el gobierno puede 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 (CMERPR).

La fluctuación en la presencia mediática del tema genera incertidumbre entre la población, dado que se asume que un asunto de alto interés para el gobierno debería estar permanentemente en la agenda de los medios. Una consecuencia es que su aparición “de un día a otro” termina por generar sospechas de que, en realidad, el virus puede distraer a la mirada pública de otros acontecimientos de carácter social, que se piensa que el gobierno tiene intención de 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 no 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, pensábamos que era un rumor. Hasta que, bueno. me voy a meter con otra enfermedad, que fue la chikungunya [...], hasta que le dio a mi novio y vi que no podía caminar para nada [creí en su existencia] (54 CMER).

La evidencia encontrada indica que es real 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 señala 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 inventa 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 de previsión suelen ser muy similares. Si se conoce una de estas enfermedades, protegerse contra las demás resulta más sencillo. Se observó que las personas actúan para evitar 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 modificar sus comportamientos. Si se cree que es peligrosa es posible alterar las prácticas normales con el fin de no enfermarse, pero lo más interesante es que, aun si la enfermedad no es grave se toman medidas preventivas en tanto éstas no afecten esas actividades, como el uso de un 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. Sólo algunas veces y ya. P: ¿Y el uso del repelente es únicamente por el zika? R: Cualquier enfermedad, el chikun-

gunya, 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 alarmó. *P: ¿Y no te alarmó más o menos con el paso del tiempo?* R: No, la verdad yo no creo que sea una enfermedad nueva, más 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 qué creer ni qué 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 cómo que el zika. Entonces se me hizo muy [...], o sea, como que muy junto todo (62 CMER).

Una de las razones señaladas por la evidencia como motivo de desconfianza es que la población percibe los intereses gubernamentales en una forma integral. En otras palabras, se entiende que el gobierno tiene múltiples preocupaciones y objetivos y que éstos 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 chikungunya, principalmente), también es inútil hacerlo de manera aislada de otros asuntos políticos, como lo 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 dichos problemas sociales.

Los informantes tienen la percepción de que, al igual que con los sucesos de carácter social, el gobierno retiene información relacionada con el virus del zika. Debido a la forma en que se difunden ciertos acontecimientos, como la huelga de maestros, la gente no confía en que todas las noticias se comuniquen con completa transparencia. En el caso de dicha huelga, la población percibía que lo que se observaba en las calles era diferente a lo que se presentaba en los medios de comunicación. Basada en sus experiencias, asociaba estas

diferencias con 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 oficiales:

P: ¿Entonces, no crees que sean una fuente 100 por ciento confiable las noticias? R: Un 80 por ciento. P: ¿Por qué ese 80 por ciento? 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 les 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 sacó ese virus como hace no sé cuántos años. Le puedo decir que como 80 por ciento 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, en 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 por la misma, aunque no necesariamente su gravedad, ya que la gente se sigue contagiando. Para algunos, el gobierno hizo su labor respecto del zika mediante información anticipada de 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 las agendas mediática y política (especialmente en el interior de México), como de la posible percepción de que los intereses del gobierno conforman un entramado complejo, que a menudo no está 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 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. 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 de las acciones gubernamentales en términos comprensibles para la población puede terminar por tener efectos adversos, como la pérdida generalizada de la confianza:

Mi esposo dice que no [es necesario cuidarse de los mosquitos], porque tanto tiempo que estuvo en las 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 [...] 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 término, la falta de información gubernamental, que produce efectos múltiples, como las dudas respecto de sus orígenes, de las acciones preventivas, y de las consecuencias de largo plazo o para grupos vulnerables. En tercer sitio, la falta de medicamentos la población la interpreta como desidia, una ausencia de interés que sería imposible si la enfermedad fuera tan importante como se afirma —o, incluso, si existiera, como lo dudan varios entrevistados—. Cuarto, la carencia 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 parecen lentas, insuficientes y geográficamente diferenciadas. El sur del país se autopercebe 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 del zika sin pensarlas a la luz de la distracción que pueden ocasionar sobre otros asuntos de interés social y político. Finalmente, sexto, 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 flujo 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 socioeconómica. 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 sobre la cantidad de casos y el estado de avance de la enfermedad.

En la evidencia empírica no se encontraron planteamientos de los entrevistados en los que se indicara que las acciones del gobierno están alineadas a la industria farmacológica o a otros actores del sector privado (Haerlin y Parr, 1999). Sin embargo, sí existe la visión de que los objetivos científicos a menudo están ordenados 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 las relaciones internas de la comunidad médica, sí muestran que entre ésta y los tomadores de decisiones políticas —muchos de ellos médicos y científicos de trayectoria— existe 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 existe la necesidad del trabajo en equipo y de la 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 médicos intentan superar la cuestión de la jerga 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 de la jerga (Hirst, 2003) y rara vez recurren a estrategias no verbales-textuales de explicación (Legget y Finlay, 2001).

Más aún, la falta de información no fomenta 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 de los niveles educativo y socioeconómico en la transmisión exitosa de información técnica (Southwell, 2013: 33-36). Resulta interesante señalar que las entrevistas también constatan que la circulación de información depende en buena medida de la relevancia percibida acerca del tema (Southwell, 2013; Schulster, 2006; Wagner, 2007), como se observa en los relatos de los informantes que han conocido, cara a cara, a personas que han sufrido la enfermedad y, a partir de ello, mantienen más interés y buscan información. Asimismo, la evidencia de esta investigación apunala la idea de que la historia pasada, una característica de la comunidad a la que pertenecen los individuos, juega un papel en la percepción del 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 fue el responsable de dispersar el virus) demuestran la realidad de un pasado de relaciones problemáticas entre la sociedad y el Estado, caracterizado por la violencia y los abusos de 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 in-

tereses políticos. Por otro lado, la crisis de confianza pone al gobierno y a la ciencia en el centro mismo del asunto, al ser percibidos 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 [vive], a través de encuadrar la información en modo tal que resuene con su vida cotidiana; y esfuerzos para impulsar infraestructura comunitaria mediante la construcción de foros útiles y convenientes para vecinos y gente con intereses similares para compartir entre ellos (Southwell, 2013: 105).

Lo que enseña este caso es que las campañas impulsadas por el gobierno con apoyo de las comunidades médica y científica no han logrado fortalecer la confianza (más bien, han actuado a contramano ocasionando que las personas se autoperciban como ignorantes). Más aún, no han conseguido articular el mensaje preventivo y de la existencia de tratamientos con la vida cotidiana de los habitantes: por ejemplo, a menudo se les solicita que no retengan agua de lluvia —cuando ésta se utiliza para múltiples propósitos allí donde no se dispone de agua corriente— y que usen repelente —cuando bien se sabe que el costo de ese producto 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 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 la exposición al riesgo, la gente puede elegir ignorar las recomendaciones en beneficio de sus rutinas que organizan y controlan su existencia diaria. Las actitudes de confianza están por lo general rutinariamente incorporadas en las actividades del día con día, y en muchos casos la confianza no es resultado de un acto consciente de compromiso. Esto es, no está sólo relacionada con los sistemas abstractos, sino también con el monitoreo de la gente sobre la vida ordinaria (Lidskog, 1996: 31-48).

En tiempos cuando los riesgos se multiplican y alcanzan escala global y en que 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 una labor pendiente 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 serán un diálogo constructivo. En el peor, la prolongación de una duradera y triste resignación.

BIBLIOGRAFÍA

- ARIMOTO, T. y Y. Sato (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". En *Creación y producción en diseño y comunicación 2*: 43-45. Disponible en: <http://fido.palermo.edu/servicios_dyc/publicacionesdc/archivos/163_libro.pdf#page=43>, 3>.
- CHOUIN-CARNEIRO, T., A. Vega-Rua, M. Vazeille, A. Yebakima, R. Girod, D. Goindiny y A. B. Failloux (2016). "Differential Susceptibilities of *Aedes Aegypti* and *Aedes Albopictus* from the Americas to Zika Virus". *PLOS Neglected Tropical*

- Diseases* 10 (3). Disponible en: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4777396/>>.
- COMUNICARE (2016). “Campaña contra el zika 2016”. En *Comunicaremx*: Disponible en: <<http://www.comunicaremx.com/clientes/>>.
- DAVIES, S. (2015). “Deficit, Deliberation and Delight: STS and Science Communication”. *Studying Science Communication* 7: 7-11.
- GOLINSKI, J. (2005). *Making Natural Knowledge: Constructivism and the History of Science*. Chicago: University of Chicago Press.
- GROSS, A. G., J. E. Harmon, M. Reidy y M. S. Reidy (2002). “Communicating Science: The Scientific Article from the 17th Century to the Present”. Oxford: Oxford University Press on Demand.
- HAERLIN, B. y D. Parr (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., C. Fernández Collado y P. Baptista Lucio (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: 18-23.
- HIRST, R. (2003). “Scientific Jargon, Good and Bad”. *Journal of Technical Writing and Communication* 33 (3): 201-229.
- HOEKEN, H., P Swanepoel, E. Saal y C. Jansen (2009). “Using Message Form to Stimulate Conversations: the Case of Tropes”. *Communication Theory* 19 (1): 49-65.
- IMSS (Instituto Mexicano del Seguro Social) (2016). *Guía Adolescente de Promoción de la Salud*. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/salud/guias_salud/adolescentes/guiaadolesc_promocionsalud.pdf>.
- IRWIN, A. y M. Horst (2016). “Communicating Trust and Trusting Science Communication: Some Critical Remarks”. *Journal of Science Communication* 15 (6): 1-5.

- LAHSEN, M. (2005). "Seductive Simulations? Uncertainty Distribution around Climate Models". *Social Studies of Science* 35 (6): 895-922.
- LATINOBARÓMETRO (2017). *Informe Latinobarómetro 2017*. Cooperación Latinobarómetro. Santiago de Chile. Disponible en: <www.latinobarometro.org/LATDocs/F00006433-InfLatinobarometro2017.pdf>.
- LEGGETT, M. y M. Finlay (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 (4): 1063-1064.
- LIDSKOG, R. (1996). "In Science We Trust? On the Relation between Scientific Knowledge, Risk Consciousness and Public Trust". *Acta Sociológica* 39 (1): 31-56.
- LUHMANN, N. (1988). "Familiarity, Confidence, Trust: Problems and Alternatives". En *Trust: Making and Breaking Cooperative Relations*, compilado por D. Gambetta, 94-107. Disponible en: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.23.8075&rep=rep1&type=pdf>>.
- MASTER, Z. y D. B. Resnik (2013). "Hype and Public Trust in Science". *Science and Engineering Ethics* 19 (2): 321-335.
- MENÉNDEZ, E. (2004). "Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas". En *Ciência & Saúde Colectiva*. Disponible en: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v8n1/a14v08n1.pdf>>.
- MERG (Microcephaly Epidemic Research Group) (s.f.). Research Capacity Network. Obtenido de The Microcephaly Epidemic Research Group. Disponible en: <<https://rede.tghn.org/collaborators/merg/>>.
- OMS (Organización Mundial de la Salud) (19 de febrero de 2016). "Virus de zika, microcefalia y síndrome de Guillain-Barré". Obtenido de *Informe sobre la situación del virus del zika*. Disponible en: <<http://www.who.int/emergencias/zika-virus/situation-report/19-february-2016/es/>>.

- OMS (Organización Mundial de la Salud) (10 de marzo de 2017). "Informe sobre la situación". Consultado en *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 (Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (7 de mayo de 2015). *Alerta epidemiológica*. Disponible en: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=30076&lang=es>.
- ORTIZ-HERNÁNDEZ, L., D. Pérez-Salgado y S. Tamez-González (2015). "Desigualdad socioeconómica y salud en México". *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. Disponible en: <<http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2015/im153o.pdf>>.
- OSTER, A. M., J. Brooks, J. Stryker, R. Kachur, P. Mead, N. Pesik y L. Petersen (2016). "Interim Guidelines for Prevention of Sexual Transmission of Zika Virus". En *Informe Semanal de Morbilidad y Mortalidad (MMWR)*, Atlanta, Georgia: Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC). Disponible en: <<http://dx.doi.org/10.161/mmwr.mm6505e1>>.
- PARAMIO, L. (2002). "Cambios sociales y desconfianza política: el problema de la agregación de las preferencias". *Plumas y letras* 46: 81-95. Disponible en: <<https://recyt.fecyt.es/index.php/recp/article/view/37289/20807>>.
- POLINO, C., M. Fazio y L. Vaccarezza (2003). "Medir la percepción pública de la ciencia en los países iberoamericanos: aproximación a problemas conceptuales". *Revista Iberoamericana de Ciencia, Tecnología, Sociedad e Innovación* 5. Disponible en: <<http://www.oei.es/historico/revistactsi/numero5/articulo1.htm>>.
- REYES-GALINDO, L. (2014). "Linking the Subcultures of Physics: Virtual Empiricism and the Bonding Role of Trust". *Social Studies of Science* 44 (5): 736-757.

- REYNOLDS, B. y M. Seeger (2016). "Crisis and Emergency Risk Communication as an Integrative Model". *Journal of Health Communication*: 43-55. Disponible en: <<https://pdfs.semanticscholar.org/d24a/2ca619638cd04e7661f64ad71864d47fda07.pdf>>.
- RODRIGUES, L. C. (15 de marzo de 2016). *Microcephaly and Zika Virus Infection. The Lancet*. Disponible en: <[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00742-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00742-X)>.
- SACCHI, M., M. Hausberger y A. Pereyra (2017). "Percepción del proceso salud-enfermedad-atención y aspectos que influyen en la baja utilización del Sistema de Salud en familias pobres de la ciudad de Salta". *Salud colectiva* 3 (3): 271-283. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652007000300005>.
- SATURNO-HERNÁNDEZ, P., J. Gutiérrez-Reyes, W. Vieyra-Romero, M. Romero-Martínez, G. O'Shea-Cuevas, J. Lozano-Herrera y M. Hernández-Ávila (2016). "Satisfacción y calidad percibida de afiliados al Sistema de Protección Social en Salud de México. Fundamentos metodológicos". *Salud Pública de México* 58 (6): 685-693.
- SECRETARÍA DE SALUD (semana 26 de julio de 2016). *Boletín epidemiológico: Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica*. Recuperado en 2018, de Sistema Único de Información: <<https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/112349/sem26.pdf>>.
- SECRETARÍA DE SALUD (semana 45 de noviembre de 2016). *Boletín epidemiológico*. Obtenido de Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Disponible en: <<https://www.gob.mx/salud/documentos/direccion-general-de-epidemiologia-boletin-epidemiologico-2016-semana-epidemiologica-45>>.
- SECRETARÍA DE SALUD (2016a). "Intensifica Secretaría de Salud medidas preventivas para combatir el zika". 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". *Semana epidemiológica* 10, 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. (2013). *Social Networks and Popular Understanding of Science and Health: Sharing Disparities*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- SOUTHWELL, B. G. y A. Torres (2006). "Conecting Interpersonal and Mass Communication: Science News Exposure, Perceived Ability to Understand Science, and Conversation". *Communication Monography* 73 (3): 334-350.
- STAR, S. (1985). "Scientific Work and Uncertainty". *Social Studies of Science* 15 (3): 391-427.
- SZTOMPKA, P. (2007). "Trust in Science: Robert K. Merton's Inspirations". *Journal of Classical Sociology* 7 (2): 211-220.
- VERA, J. y A. Trujillo (2016). "El efecto de la calidad del servicio en la satisfacción del derechohabiente en instituciones públicas de salud en México". *Contaduría y Administración* 63 (2): 1-22.
- VILLARROEL, P., V. H. Valenzuela, G. Vergara y C. Sepúlveda (2013) "Comprensión pública de la ciencia en Chile: adaptación de instrumentos y medición". *Convergencia. Revista de Ciencias Sociales* 63: 13-40.
- WAGNER W. (2007). "Vernacular Science Knowledge: Its Role in Everyday Life Communication". *Public Understanding of Science* 16: 7-22
- WALSH, L. (2013). *Scientists as Prophets: a Rhetorical Genealogy*. Oxford University Press.
- WEINGART, P. y L. Guenther (2016). "Science Communication and the Issue of Trust". *Journal of Science Communication* 15 (5): 1-11.

- WOLFENSBERGER, M. (2016). *A Conceptual Analysis of Trust in Medicine: its Definition, Decline and Significance*, 59-62. Keele University Repository.
- WOODSIDE, A., L. Frey y R. Daly (1989). "Linking Sort/Ice Anlity, Customer Satisfaction, and Behavioral Intention". *Journal of Health Care Marketing* 1: 5-17.
- WYNNE, B. (2006). "Public Engagement as a Means of Restoring Public Trust in Science-Hitting the Notes, but Missing the Music?" *Community Genet* 9: 211-220.