

Cátedra
Konrad Adenauer
Economía de Mercado con Responsabilidad Social



ITESO
Universidad Juárez
de Guadalajara



Cátedra Konrad Adenauer

PANEL-DESAYUNO

LA EPIDEMIA DE LA INFLUENZA: MÁS ALLÁ DE UN ASUNTO MÉDICO
UNA RESPONSABILIDAD SOCIAL.

Jueves 16 de julio de 2009

8:30 a 11:00 am

University Club de Guadalajara – Salón Jalisco

NOTA:

Esta es una versión preliminar para difusión, la cual no ha sido revisada ni autorizada por el autor,
ni por el coordinador de la Cátedra Dr. Luis Ignacio Román Morales.

RELATORÍA

Panelistas

General de División, Médico Cirujano Retirado, Rafael Santana Mondragón – Coordinador de los Comités Académicos de Especialidades Médicas de la División de Posgrados de la Facultad de Medicina de la UNAM

Dra. Guadalupe Rodríguez Gómez - Doctora en Antropología Social, Investigadora del CIESAS Occidente

Moderador

Dr. Yannick Nordín Servín – Director Médico de los Servicios Médicos Municipales de Guadalajara

Relatoría

Paloma Sotelo Márquez

Este panel tuvo como objetivos profundizar en el entendimiento de la influenza como un virus presente en varias ocasiones a lo largo de la historia de la humanidad y el caso reciente de México con este riesgo epidemiológico. La intención fue abordar el tema no sólo como una cuestión de carácter médico sino también como un asunto social y económico que ha impactado a una diversidad de actores a nivel local, nacional e internacional. En este sentido, al estar la sociedad en su conjunto involucrada tanto en las causas como en los efectos, el tema del virus AH1N1 toma también una connotación de responsabilidad social.

Para lograrlo, se contó con un panel de tres especialistas con un perfil destacado en el tema: Rafael Santana Mondragón es general de división del Ejército Mexicano en retiro y egresado de la Escuela Médico Militar como Inmunólogo, fue Subdirector de Sanidad Militar donde tenía entre otras funciones, coordinar las misiones mexicanas de atención a desastres tanto en el país como en Centro y Sudamérica lo que le dio una amplísima experiencia en materia de atención a riesgos y desastres a nivel nacional e internacional. Después de esto fue Director del Hospital Central en la Ciudad de México y actualmente es Jefe de la Coordinación de Comités Académicos de las Especialidades Médicas de la División de Estudios de Posgrado en la Facultad de Medicina de la UNAM.

Guadalupe Rodríguez Gómez, también panelista, Doctora en Antropología Social por la Universidad de Chicago, investigadora nacional nivel II y profesora investigadora del Centro de Investigación y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS). Se ha especializado en el tema de seguridad alimentaria, en antropología del medio ganadero y cuencas lecheras. Ha estado involucrada en el tema de la epidemia de la influenza desde que originalmente se le denominó gripe porcina.

Finalmente como moderador especialista en el tema, se tuvo la participación del Doctor Yannick Nordín Servín, Director de Servicios Médicos del Ayuntamiento de Guadalajara. Evidentemente este cargo lo convirtió en uno de los principales actores involucrados en la contingencia sanitaria a nivel local. Anteriormente fue Director de Urgencias Médicas del Gobierno del Distrito Federal, de origen franco-mexicano es egresado de la Universidad Autónoma de Guadalajara con Especialidad en Urgencias Sanitarias por parte de la Universidad Paris XII.

En una primera parte del evento con la intervención del General, Médico Cirujano, Santana Mondragón se mostró un panorama histórico del virus de la influenza a lo largo de la historia, nos brindó un entendimiento científico pero asequible respecto a la naturaleza de éste y sus efectos. Proporcionó también datos y estadísticas sobre la actual pandemia desde sus inicios el 15 de marzo de 2009 hasta los datos más recientes, así mismo enfatizó e invitó a la reflexión sobre el papel de los médicos y las autoridades sanitarias en materia de riesgos a la salud pública.

La Doctora Guadalupe Rodríguez con su intervención nos permitió analizar cada etapa de la pandemia desde el primer caso, identificando los actores involucrados y que acciones implicaba la responsabilidad social de cada uno. Propuso además un análisis de las reacciones de cada uno de los agentes y de la misma sociedad mexicana ante la crisis sanitaria.

En su papel de moderador e incitador del debate y la participación del público, el Doctor Yannick Nordín invitó a los panelistas y a los asistentes a profundizar en aspectos controversiales de la crisis sanitaria en México.

RAFAEL SANTANA MONDRAGÓN

De la complejidad y los retos de la ciencia médica.

La influenza es un claro ejemplo de la medicina como una ciencia compleja: si bien, 'no hay nada nuevo bajo el sol' como establece el Eclesiastés, también es cierto que 'no hay enfermedades sino enfermos'. Es decir, a pesar de la alarma e incertidumbre que nos causan este tipo de enfermedades, eso no significa que no sea esta una crisis por la que la humanidad ha pasado ya en varias ocasiones. Y prueba de esto es que desde la primera epidemia por influenza registrada hace poco más de un siglo, hasta la actual en el año 2009, las principales medidas preventivas y de control siguen siendo prácticas tan simples como estornudar y toser con cuidado.

Sin embargo, la otra verdad de que 'no hay enfermedades sino enfermos', nos recuerda que la medicina es una ciencia de la complejidad en la que siempre existirán elementos desconocidos, inciertos y cambiantes, no sólo durante el tiempo sino de persona a persona.

A esto se agregan elementos externos de carácter social como la falta de credibilidad, los miedos tradicionales a la muerte y la enfermedad, expectativas de pensamiento mágico y simplista en cuanto a la recuperación de la salud, que terminan por afectar la labor del médico.

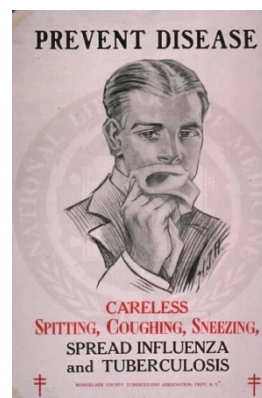
Así, la complejidad de la ciencia médica se puede explicar con varias sentencias:

- Ni las enfermedades ni el medio son ni serán constantes.
- Los pacientes y sus familias son individuos independientes e inteligentes que pueden tomar decisiones.
- La incertidumbre y los hechos paradójicos son una constante.
- Desconocemos una gran parte de los problemas biológicos.
- Lo que no se puede resolver, seguirá siendo una constante con la cual se debe lidiar.
- Cambios mínimos pueden producir grandes efectos.
- Existen condiciones (atractores) que forman patrones de conducta difíciles de modificar.
- Es más difícil cambiar conceptos aprendidos que aceptar innovaciones (nuevos conceptos)

Aceptar este reto, implica que debemos buscar que los médicos puedan no sólo conocer los problemas como han sido y los hechos como están establecidos, sino que tengan también la capacidad de adaptarse y responder a los cambios que se generan todos los días en nuestra área del conocimiento científico.

El virus AH1N1 y las variantes AH5N1 y los subtipos H7 son retos que conllevan todos los elementos antes mencionados.

Uno de los factores más relevantes hoy en día es el gran potencial de acceso a la información que tiene la sociedad. Esto es un gran beneficio que implica también un riesgo, el acceso a una gran cantidad de información puede crear también desinformación. En este caso toda información científica primero debe ser filtrada de la que no lo es y que solo busca generar confusión. La información auténtica debe además ser procesada para que pueda ser recibida de manera óptima



Timbre postal que data de 1920 y que indica que los principales propagadores de la influenza y la tuberculosis son el descuido al toser, estornudar y escupir.

por la población objetivo. Información con términos exclusivamente científicos puede no significar nada para la población en general pero, una vez procesada e interpretada la sociedad puede recibir conclusiones que le apoyan a formarse una opinión y expectativa respecto al tema.



Los médicos, debiéramos de cumplir esta función de educador en la comunidad, con la capacidad de discernir y seleccionar entre la infinidad de información que genera incertidumbre, aquella que sea esencial y certera. Procesarla, generar conclusiones y difundirla para que se convierta en información útil.

La concepción que la sociedad y los mismos médicos tienen de una enfermedad ejercen influencia en los conocimientos y la forma de abordar los padecimientos.

Parafraseando a John Parascandola en su obra '*Sex, Sin and Science: A History of Syphilis in América*' (2008), es necesaria una apreciación más amplia de las enfermedades, más allá de una cuestión médica, es necesario que los factores culturales y sociales que las rodean sean concebidos también. Esto nos lleva a la llamada medicina 'holística' que en la realidad su holismo no avanza más allá de la piel excluyendo del análisis las condiciones sociales que provocan los padecimientos de salud.

Este análisis integral sería ideal, sin embargo es importante ser realistas y asumir que 'ver el todo' de las enfermedades es demasiado amplio y desgraciadamente es imposible pretender abarcarlo en su totalidad.

Dependiendo de la concepción que la sociedad y cada persona tenga del riesgo de salud, es la forma en que reaccionará: atendiendo todas las medidas que le indiquen, buscar la protección divina, burlarse o permanecer incrédulo.

Una de las reacciones también frecuentes es la discriminación y la culpa. México lo vivió en esta ocasión con numerosos connacionales que se encontraban en el extranjero o viajaron después de la alerta sanitaria. Esto tampoco es nada nuevo, cuando se desarrolló la sífilis en Europa se disputaban el origen los italianos culpando a los franceses y viceversa, y la forma de reforzar esta idea era que los italianos denominaban a la sífilis '*morbus gallicus*' y los franceses la llamaban '*neapolitan disease*'.

¿Qué es el virus de la influenza y cómo evolucionó hasta convertirse en pandemia?

Para entender lo que es una pandemia y porque existen fases dentro de su evolución, el referente básico son las fases que establece la Organización Mundial de la Salud (OMS), que tantas veces se escucharon durante la crisis sanitaria pero que no siempre se entendió con claridad.

Estas quedan definidas de la siguiente manera: de las fases 1 a la 3 se refiere cuando la enfermedad predomina en los animales y se presentan pocos casos humanos. La fase 4 es cuando la transmisión entre los humanos ya es sostenida pero sólo en una de las seis diferentes regiones en que divide al planeta la OMS. Las fases 5 y 6 son las denominadas pandémicas, es cuando la transmisión entre humanos ocurre ya entre países de diversas regiones y que es la fase en la que se encuentra la actual pandemia del virus A/H1N1. Después vendrá la fase post-pico en donde se

ha controlado el contagio pero prevalecen los riesgos de nuevos brotes, y finalmente la fase post-pandemia donde la actividad de la enfermedad ya quede a nivel estacional.

En cuanto a su naturaleza, el virus de la influenza es uno de los conocidos como 'virus envuelto' porque tiene una capa a su alrededor, lo cual afortunadamente lo hace poco estable en el medio ambiente externo. Esto hace que su posibilidad de transmisión dure muy poco tiempo y permite que medidas tan simples como el estornudar adecuadamente, lleven a que el virus se inactive con relativa rapidez.

Este virus tiene 8 genes, uno de ellos es el que codifica para la hemaglutinina y otro que codifica para la neuroaminidasa, ambas son proteínas que están en la parte externa del virus y son los que tienen la capacidad de mutar y generar los subtipos H1N1 o H5N5 etcétera. Pero están además otros 6 genes de cuya diversidad depende la capacidad patogénica del virus.

La forma en que se da la denominación a cada virus se integra por varios elementos: el tipo de virus (A, B o C), el origen geográfico, el número de la cepa, año de aislamiento y el subtipo que da la hemaglutinina y la neuroaminidasa. Quedando una estructura como: A/Fujian/411/2002 (H3N2).

Tenemos entonces que la hemaglutinina y la neuroaminidasa que son los genes con los que se fijan a las células que invaden, tienen la capacidad de mutar, pero además tiene el virus la capacidad de intercambiar genes cuando infectan a cepas diferentes o bien a virus propios de otras especies. Por ejemplo, una cepa de virus aviar altamente patogénica tiene la capacidad de intercambiar genes con una cepa de virus humana, y entonces se produce una nueva cepa capaz de infectar a los humanos con el alto nivel de patogenicidad que era propio de la cepa aviar. Esto puede suceder con otras especies como una cepa porcina o canina por ejemplo.

En el siguiente cuadro se pueden observar las características de cada uno de los tipos de virus de influenza. Tenemos que el virus tipo A produce efectos más severos comparado con el tipo B y el C que es el menos grave. El tipo A tiene la capacidad de infectar a animales (reservorio animal) y no sólo a los humanos. El tipo A es el que puede llevar a pandemias, mientras que los demás no. Las epidemias más localizadas de carácter estacional si pueden ser producidas tanto por el tipo A como el B. Los tres tipos de virus pueden mutar en sus genes, pero sólo el tipo A puede intercambiar genes como ya lo explicamos anteriormente. El tipo A es sensible a los dos medicamentos disponibles para su tratamiento aunque en diferentes medidas, mientras que el tipo B sólo es sensible a uno, y el C a ninguno de los dos.

	Tipo A	Tipo B	Tipo C
Severidad	++++	++	+
Reservorio animal	Si	No	No
Pandemias	Si	No	No
Epidemias	Si	Si	No
Var Ag	Mutaciones, intercambio.	Mut	Mut
Oseltamivir	Sensible	Sens	
Amantadina	Poco Sens	No	No

Las pandemias por influenza a lo largo de la historia

El primer registro que se tiene de una pandemia por un virus de la influenza fue en los años de 1889 a 1890 por un subtipo del virus H2N8, por ser tan remota, se carece de información certera sobre la cepa y los efectos que tuvo.

Un segundo registro que se hizo ya más a detalle fue la de 1918 a 1920, conocida como la gripe española que fue causada por un virus H1N1, con un alto nivel de severidad categoría 5 y en donde hay estimaciones de sus efectos devastadores de entre 20 y hasta 100 millones de muertes.

En 1947 hubo una cepa denominada A/FM1/47 también del subtipo H1N1 que no tuvo mayores repercusiones.

La llamada gripe asiática surgió entre los años 1957 y 1958, con una cepa A/Singapur/57 de subtipo H2N2, y con un nivel de severidad 2 que provocó de 1 a 1.5 millones de muertes.

En 1968 y 1969, nuevamente en el continente asiático, se registró la fiebre o gripe de Hong Kong de la cepa A/Hong Kong/68, con un virus H3N2 con una severidad nivel 2 que provocó de entre 750 mil a 1 millón de muertos.

Posteriormente en 1977 en la antigua Unión Soviética un virus del subtipo H1N1 apareció en una cepa A/URSS/77 que no produjo graves efectos.

Y el caso más reciente antes del que estamos viviendo actualmente, fue en 1987, año en que hubo una diseminación parcial con varias cepas circulando del subtipo H3N2 que no provocaron pandemia.

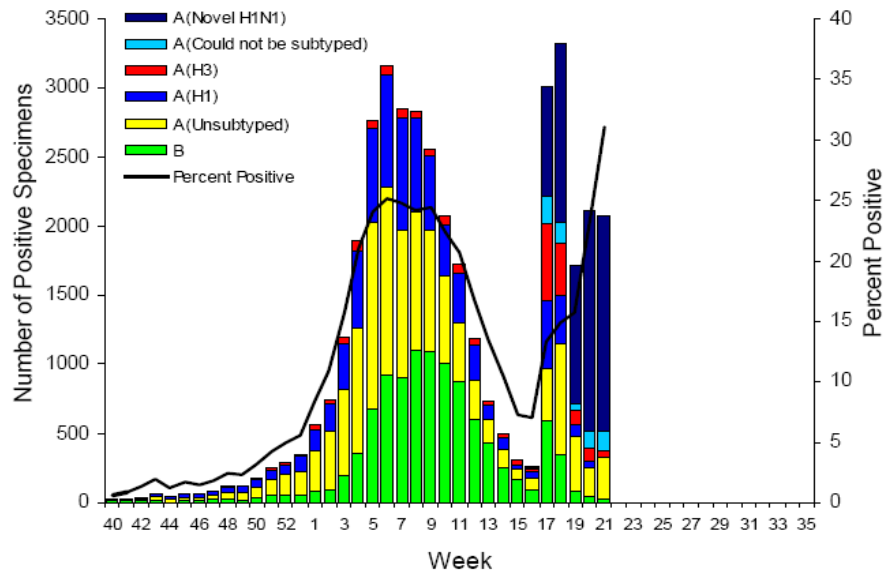
La pandemia en nuestro país

De acuerdo con información de los *Centers of Disease Control and Prevention* (CDC) del gobierno estadounidense, los informes hasta la semana veintiuno de este año a nivel mundial, en esta pandemia se han registrado diversos tipos de influenza.

De acuerdo con esta tabla, no fue sino hasta la semana 17 a la 21 que se pudo identificar con certeza el nuevo virus A/H1N1 (azul marino en la tabla). Antes de esta semana, es decir de la semana 1 de este año que fue cuando se empezó a marcar la tendencia creciente en los casos, hasta la 16, la mayor parte de los casos representaban los del tipo A pero sin sub clasificar (en color amarillo), y del tipo A H1, es decir sin completar la clasificación (azul rey en la tabla). También podemos observar clasificados un considerable número de casos pertenecientes al tipo B (en verde), sobre todo en las semanas picos de la pandemia y que ha ido decreciendo para dar paso al crecimiento del virus A/H1N1. Cabe resaltar que desde la semana 17 también podemos observar un porcentaje pequeño pero constante de virus tipo A que no puede ser sub clasificado.

Esta información nos es de utilidad sobre todo, para darnos cuenta de la complejidad del diagnóstico y clasificación de este virus. Fue señalado con severidad la incapacidad de México para detectarlo, pero podemos darnos cuenta de que no es una tarea fácil. Los CDC que son de los centros de mejor tecnología y nivel de investigación a nivel mundial ha tenido dificultad también para detectar con exactitud el tipo y subtipo del virus causante de la pandemia.

Influenza Positive Tests Reported to CDC by U.S. WHO/NREVSS Collaborating Laboratories, National Summary, 2008-09

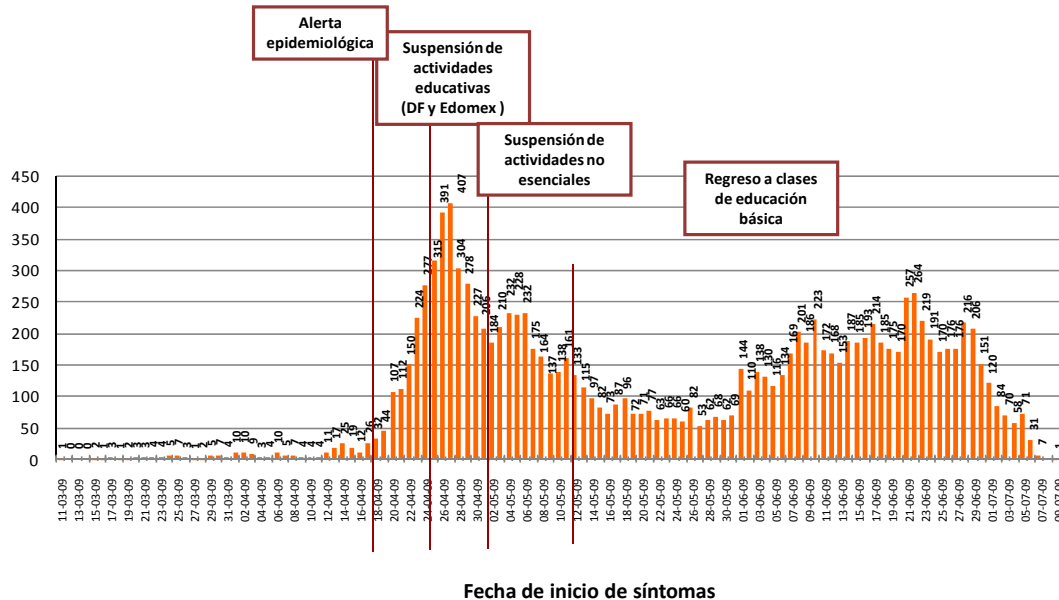


Para el caso concreto de México, el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (InDRE) nos brinda la información del total de casos confirmados del virus A/H1N1 para el día 11 de Julio que llegan a 12,645, de los cuales 124 fueron fallecimientos¹.

¹ Nota importante: Los datos actualizados más recientes del InDRE correspondientes al 21 de Julio de 2009, es decir 10 días después, arrojan un total de 14,861 casos confirmados del virus A/H1N1.
http://portal.salud.gob.mx/descargas/pdf/influenza/situacion_actual_epidemia_210709.pdf

INFLUENZA A H1N1 EN MÉXICO Casos confirmados

Total de casos confirmados: 12,645¹



¹ En la figura se excluyen 97 casos confirmados. La Secretaría de Salud informa que al día 11 de julio 2009 se confirmaron 12 mil 645 casos de influenza A H1N1 en el país, de los cuales 124 fallecieron.
FUENTE: Base de datos InDRE.

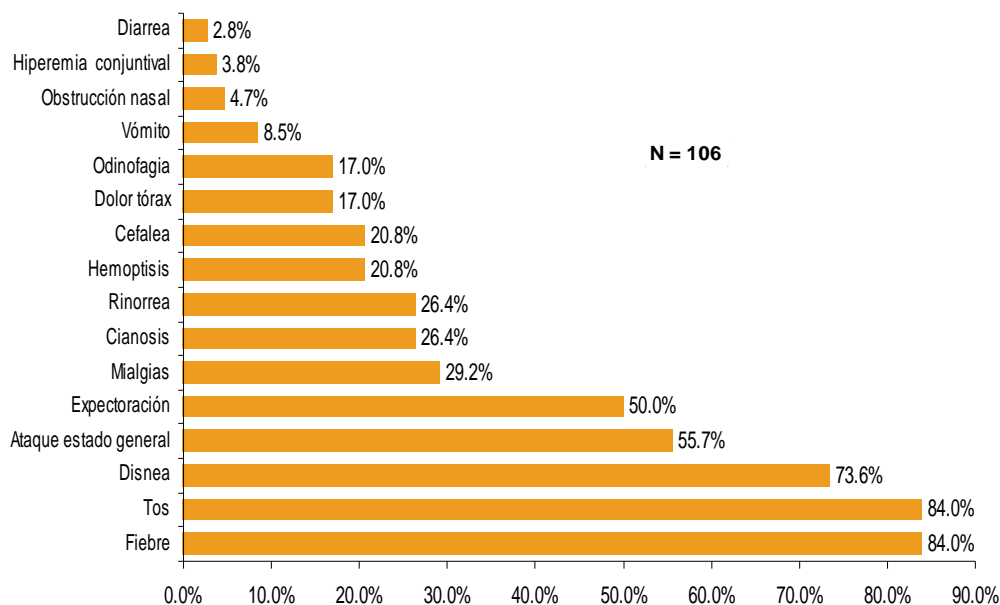
(Para una imagen más clara tomar la diapositiva directo de la presentación)

En este cuadro puede observarse también la evolución de la epidemia contrastando con las medidas de contingencia adoptadas y el regreso a clases de educación básica.

En un estudio a 106 casos de pacientes que fallecieron por influenza presentando los casos más severos, se pudo definir que los síntomas más relevantes fueron fiebre, presentada en un 84% de los pacientes, tos también en el 84% de los pacientes, dificultad para respirar (disnea) en un 73.6% de los casos, malestar general (ataque al estado general) en el 55.7% de los pacientes y expectoración en la mitad de los casos.

Pero además de estos síntomas principales, los cuadros incluyeron una serie de once síntomas diferentes con diferentes grados de incidencia: mialgias (dolor muscular), cianosis (coloración azulada en labios, dedos, pies por falta de oxígeno en la sangre), rinorrea (escurrimiento nasal), hemoptisis (tos con expulsión de sangre), cefalea (dolor de cabeza), dolor de tórax, odinofagia (dolor al tragar), vómito, obstrucción nasal, hiperemia conjuntival (ojos rojos por dilatación de vasos sanguíneos) y diarrea.

Esta gran diversidad de sintomatología abona en definitiva a la dificultad para el diagnóstico exacto.

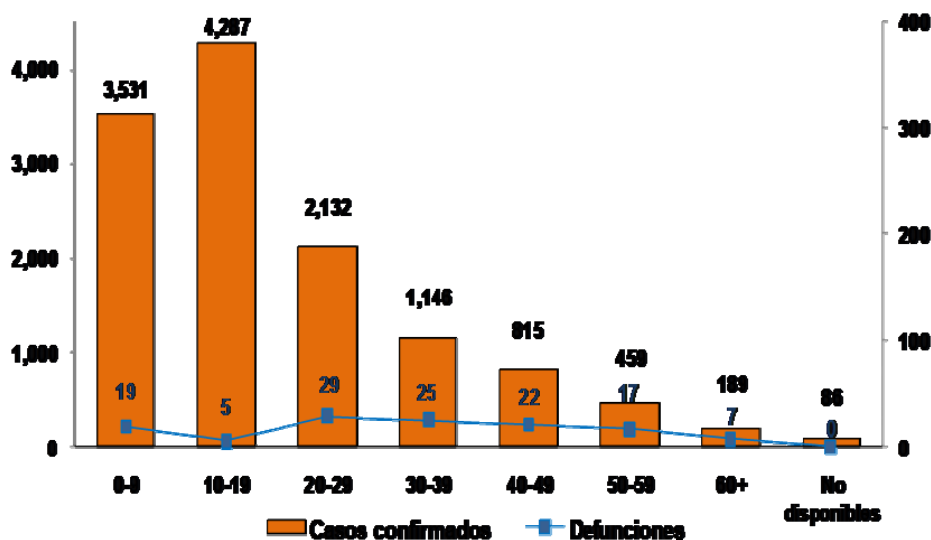


CASOS CONFIRMADOS Y DEFUNCIONES POR GRUPOS DE EDAD

12,645 casos confirmados y 124 defunciones

52.4% de los casos de sexo femenino, 47.6% masculino

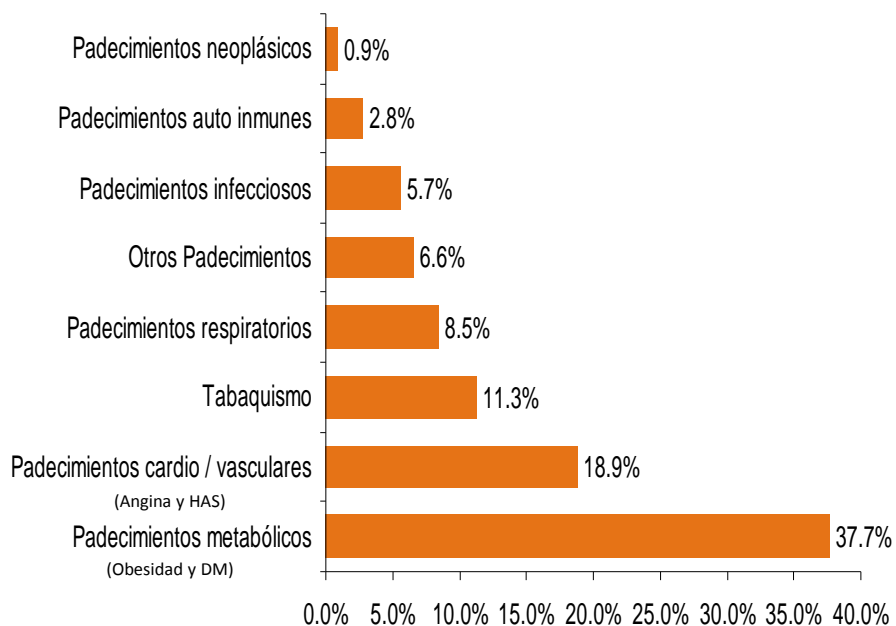
Secretaría de Salud al 12 de julio de 2009



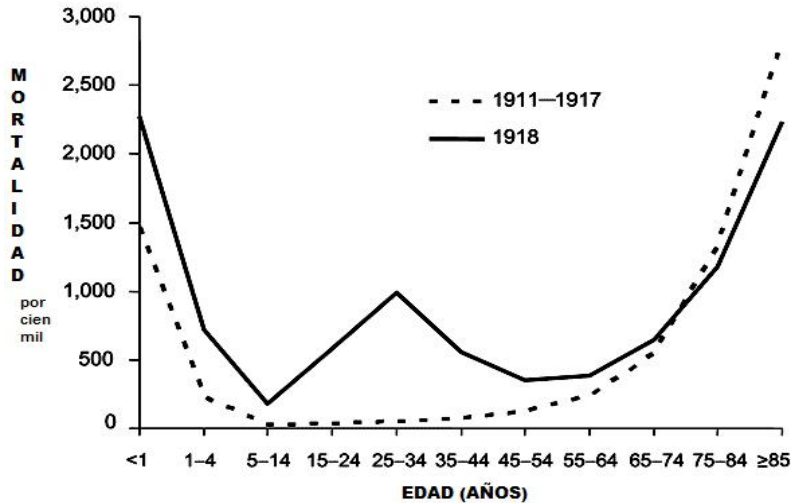
El cuadro de casos confirmados y defunciones por grupos de edad, nos muestra que el 52.4% de los casos se presentaron en el sexo femenino contra un 47.6% de casos en varones. La mayor tasa de incidencia de la enfermedad fue en el grupo de 10 a 19 años de edad, seguido por infantes de 0 a 9 años y adultos jóvenes de 20 a 29 años. Sin embargo, la mortalidad se presentó principalmente entre el grupo de 20 a 49 años de edad. Esta tendencia en los casos de

defunciones marca una diferencia importante con las influencias estacionales que afectan principalmente a adultos mayores.

Los pacientes que fallecieron, presentaban un cuadro previo a la influenza que se caracterizó primordialmente por padecimientos metabólicos como diabetes y obesidad en un 37.7% de los casos, es decir quizá fue este un factor que contribuyó a la complicación del cuadro del virus. Padecimientos cardiovasculares (como angina e hipertensión) fueron encontrados en un 18.9% de los pacientes, seguido del tabaquismo en un 11.3% y padecimientos respiratorios en un 8.5%. El alto nivel de incidencia de padecimientos metabólicos previos en los casos de defunción es una característica no sólo de la epidemia en México sino a nivel mundial.

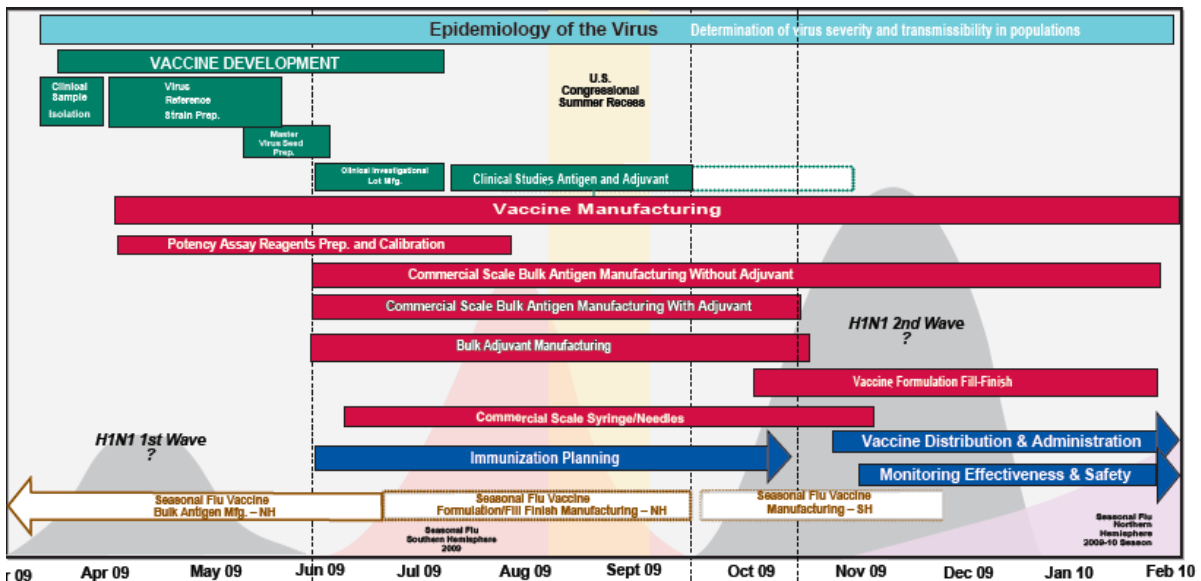


En una interesante comparación con la epidemia de 1918 y la tendencia existente desde 1911, se identifica con claridad que los grupos más vulnerables a casos de mortalidad eran los infantes de 1 a 14 años y los mayores de 75 años, con un incremento de la tasa en adultos jóvenes de alrededor de 25 años.



En esta primera gran pandemia por influenza uno de los síntomas más graves eran hemorragias en las membranas mucosas, especialmente nariz, estómago e intestino. Prevalecía también el sangrado de oídos y petequias (manchas rojas en la piel)². Este síntoma no se ha presentado en ninguno de los cuadros de la actual pandemia.

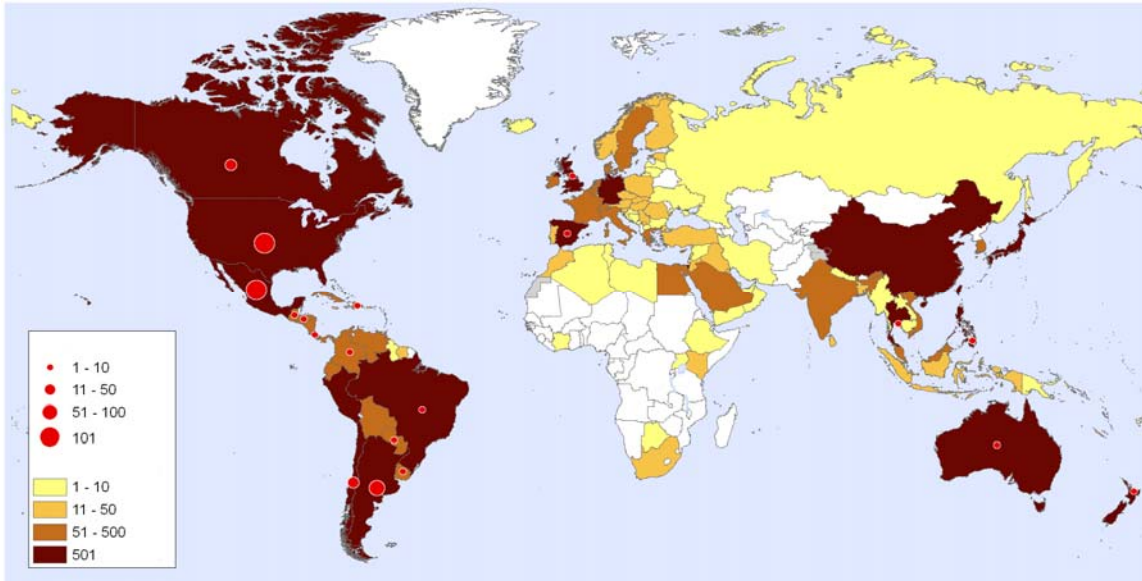
En un reporte del CNC sobre la epidemiología del virus, vemos como está indicada la primer onda de la epidemia de abril a junio que es la que vivimos, una segunda fase de junio a septiembre representará la influenza estacional en el hemisferio sur, y se tiene prevista como una posibilidad una segunda onda epidemiológica de octubre a diciembre, que como se observa pudiera ser de una gravedad por encima del doble de la primer onda que ya pasamos.



² Knobler S, Mack A, Mahmoud A, Lemon S, ed. ["1: The Story of Influenza"](#). *The Threat of Pandemic Influenza: Are We Ready? Workshop Summary (2005)*. Washington, D.C.: The National Academies Press. pp. 60-61.

Esta previsión de una segunda onda de mayor gravedad se basa en que pandemias anteriores como la de Estados Unidos, Inglaterra, Gales y Copenhague el patrón fue una segunda onda con mayor índice de contagios y mortalidad.

Casos confirmados a nivel internacional (al 6 de julio 2009)



Observando el mapa de las concentraciones de casos observamos que la epidemia se encuentra principalmente en el continente americano, parte del asiático y algunos países europeos.

Sin embargo, existe otro factor a considerar que es la influenza del virus H5N1 que incide en aves migratorias (conocida como gripe aviar) que apareció desde el 2003 y que logró combinarse con el virus humano generando un nuevo virus que ha afectado principalmente el continente asiático. El riesgo de este virus aviar que se combinó con el humano es su alto índice de mortalidad en el que más de la mitad de los casos terminan con el fallecimiento del paciente. Hasta ahora, el virus H1N1 de la actual pandemia no se ha mutado con este virus aviar.

Finalmente, y para hacer frente a esta segunda ola de casos que se prevén, se trabaja ya en la elaboración de vacunas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha seleccionado ya el virus A/California/07/2009 como principal candidato para la elaboración de la vacuna. Sin embargo, una realidad es que dados los tiempos previstos, no será posible producir la cantidad suficiente de vacunas para enfrentar la epidemia. Esto nos lleva a más preguntas que quedan sobre la mesa: ¿Se debe frenar la producción de otras vacunas para trabajar en la de la influenza? ¿Habrán efectos secundarios en la aplicación de la vacuna? Ante la cantidad insuficiente de dosis disponibles que existirán debiéramos preguntarnos también ¿A quiénes se aplicarán? ¿Qué criterios de selección se utilizarán para la selección?

GUADALUPE RODRÍGUEZ GÓMEZ

Una mirada socioeconómica a la epidemia en México

La epidemia de la influenza nos trajo una crisis que se suma a una serie de crisis que hemos venido padeciendo en los últimos años: la crisis económica, alimentaria, energética, lo que nos lleva a pensar que esto es una de las características propias del actual sistema económico mundial. La característica peculiar de esta nueva crisis es que se trata de salud, de la integridad humana, de la vida y la muerte, lo cual implica un acercamiento distinto para su análisis. Representó también un reto para los organismos internacionales de replantearse la caracterización de las epidemias y el replanteamiento científico de la enfermedad a nivel internacional. Para México ha implicado un señalamiento hacia lo que se consideraron medidas muy estrictas con repercusiones económicas fuertes.

Este nuevo virus de la influenza materializa una amenaza y riesgo resultante de la globalización, ya no sólo en el plano económico, sino en la naturaleza. Otros desastres naturales como huracanes tienen efectos focalizados en un solo lugar, pero la influenza representa una amenaza a nivel global. Esto implicó que México, como parte de un entramado global de países, tuviera que enfrentar la crisis interactuando con otros actores debido a la pobre infraestructura de investigación médica que tenemos: en la dimensión salud con otros estados nación, con la Unión Europea, la OMS, la Organización Mundial de Sanidad Animal y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) entre otras. En el plano socioeconómico con el Banco Mundial (BM) que hizo varios préstamos de emergencia para enfrentar los impactos económicos de la epidemia y la Organización Mundial del Comercio (OMC) que intervino para detener la caída del consumo de la carne de cerdo por considerarse que estaba vinculada a la propagación del virus.

Del virus AH1N1 se detectó un primer caso en México y el 23 de abril del presente año el gobierno federal da a conocer el brote de un virus desconocido. Esto marcó al nuestro, como el país de origen de la epidemia por lo que se le castiga a nivel internacional, aunque posteriormente, hasta el 11 de julio se reconoció como una amenaza a nivel mundial. Existe información de que antes del caso detectado en México, había otros dos casos en los estados de California y Texas en donde murieron dos niños a causa de un virus desconocido, sin embargo, el gobierno estadounidense no había abierto al público estos casos.

Fue entonces a partir del reconocimiento del gobierno mexicano que iniciaron las primeras medidas de contingencia para la protección de la población a nivel nacional, y medianamente la OMS acompañó con las primeras medidas a nivel internacional. La declaración del gobierno de México para activar el Plan de Contingencia Sanitaria se dio en el marco de la Alianza para la Seguridad y la Prosperidad de América del Norte (ASPAN) que es el acuerdo existente en el Tratado de Libre Comercio de América del Norte que implica mantenerse informados ante este tipo de desastres con el fin de colaborar en la región. Estados Unidos y Canadá se suman a las medidas preventivas y de hecho estos países fueron los que identificaron que tipo de virus era ya que México no tenía la capacidad científica de hacerlo.

A la par, varios países latinoamericanos emiten también alertas sanitarias para evitar la propagación del virus. Por su parte, la OMS da seguimiento y dicta medidas preventivas a nivel mundial, esta organización emitía boletines con información sobre la evolución de la epidemia, en cuanto a casos, defunciones y países afectados, sin embargo, la información difundida nunca fue

tan detallada como para saber por ejemplo el nivel socioeconómico de las personas infectadas, cuántos de estos casos se reportaron en hospitales públicos y cuántos en privados, si fue principalmente en el medio rural o urbano. Quizá exista esta información pero no ha salido a la luz pública y son datos básicos para conocer mejor la epidemia.

Haciendo un recuento ahora en el nivel nacional sobre los actores involucrados en una primera etapa de la epidemia en nuestro país podemos encontrar a nivel federal a la Secretaría de Salud y la Secretaría de Educación, el sector transporte, agentes de eventos públicos, y el sector salud público y privado. A nivel estatal en una primera fase fueron el Distrito Federal y San Luis Potosí las entidades afectadas y por tanto sus actores locales, así como la iglesia (que en un principio no respondió a la alerta sino hasta dos días después de declarada la contingencia con el cambio de rituales), el sector de servicios (especialmente restaurantes, cines, teatros y bares) y la sociedad civil en general.

Fuera de las áreas urbanas directamente afectadas, algunos actores empiezan a involucrarse con distintas acciones como fue el caso de organizaciones de la sociedad civil (OSC's), grupos de académicos, la SEP, universidades y la sociedad civil en general.

Organizaciones de la sociedad civil difundieron información sobre las medidas preventivas vía radiofónica para comunidades rurales e indígenas en sus propias lenguas. Entre las universidades, el Instituto Politécnico Nacional y su canal de televisión se convirtió en un medio importante para la transmisión de información de la Secretaría de Salud a la sociedad.

El Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) abrió un fondo de diez millones de pesos, cantidad insuficiente, enfocado al abordaje de problemas epidemiológicos. Sin embargo no existió un fondo a nivel nacional ni estatal para dar seguimiento a los impactos sociales y económicos que se iban generando.

La sociedad en general difundió información creando redes de intercambio nacional e internacional entre académicos, familia, amigos etc.

Hasta esta primer etapa con el contexto ya descrito, la responsabilidad social significó para el Estado: detectar y atender a la población afectada y potencialmente vulnerable, evitar la propagación del virus con información y medidas de prevención, y otras medidas nunca antes vistas como el aplazamiento del pago de impuestos.

Para la sociedad civil la responsabilidad social implicó, adoptar las medidas sanitarias preventivas que implicaron cambios en los hábitos y prácticas comunes a nuestra cultura. Representó un gran reto el entender que nuestro bienestar y salud en lo individual, puede afectar el bienestar y la salud de los demás, es decir una conciencia de bien colectivo. En la sociedad mexicana marcada por un fuerte individualismo por encima de los demás, éste nuevo entendimiento marcó un quiebre, que, por cierto, está sucediendo también en otras sociedades a nivel mundial.

Los empresarios, a través del Consejo Coordinador Empresarial, también tuvieron que adoptar medidas de responsabilidad social como: ajustar el horario laboral con el fin de evitar grandes concentraciones de personas, flexibilizar labores para que trabajadores pudiesen trabajar en sus hogares, que las mujeres embarazadas no asistieran a laborar etc. Y en general en todo el

sector servicios se aplicaron medidas higiénicas más estrictas, limpieza sistemática y continua de espacios y mobiliario, distanciamiento de mobiliario para disminuir la cercanía física etc.

Una segunda etapa de la epidemia se marcó el día 28 de abril en que se declara emergencia sanitaria a nivel nacional y la suspensión de clases a nivel nacional, todos los estados de la República Mexicana debían seguir las medidas de contingencia estricta como suspensión de actividades económicas que no fueran sustanciales, y el cierre de establecimientos comerciales.

Para esta segunda fase la responsabilidad social se tradujo en distintas acciones: por parte del estado la cancelación de eventos y rituales oficiales como el primero de mayo, se reitera la no suspensión de pagos a trabajadores de la educación, y flexibilidad en tiempos para trámites administrativos en distintas dependencias.

A las entidades federativas se les exigió mayor transparencia en torno a los datos de la epidemia y seguimiento estricto de las medidas de la contingencia, entre ellos, la cancelación de eventos masivos. Para la sociedad civil implicó mayor compromiso con las medidas preventivas.

Un primer efecto económico inmediato fue la reducción del 30% del consumo de carne de cerdo a nivel nacional por la percepción que se tenía con la epidemia denominada en inicio 'fiebre porcina'. Aún cuando posteriormente se modificó el nombre insistiendo en que no había relación con la transmisión del virus y se motivó el consumo de la misma, esto puso en el ojo público a los productores de carne de cerdo. Varios grupos organizados y académicos nacionales e internacionales hicieron una crítica al sistema intensivo de porcicultura altamente industrializado y con efectos dañinos al medio ambiente a las comunidades donde se localizan. Un ejemplo concreto es el de la empresa norteamericana *Smithfield*, que se instala en Veracruz después de salir de los Estados Unidos por problemas de multas y demandas millonarias, así como varios cambios de localidades debido a los problemas medioambientales y de salud en las comunidades donde se localizaban. En México, donde se encontraron con un sistema mucho más flexible y desregulado instalaron las granjas porcinas en donde se identificó un caso de transmisión del virus del cerdo al humano.

Esta reducción de consumo cayó sobre un sector ya previamente castigado por la importación de carne de cerdo de mala calidad y a precios menores.

Como medidas adicionales, el gobierno federal ofrece la condonación pagos al IMSS para empresas que experimentaron contracción económica por contingencia, obtiene de instancias multilaterales créditos para paliar los efectos económicos negativos que conllevó y prohíbe mítines y asambleas por lo que el formato de las elecciones medias del 2009 cambia significativamente

En el caso específico de Jalisco hubo tensiones por falta de transparencia y conflicto entre los distintos niveles de gobierno. Durante quince días se negó la presencia del virus de la influenza, hasta que recibieron una llamada de atención del gobierno federal, la sociedad se mostró insatisfecha e incrédula con la información que el gobierno estatal estaba brindando.

La banca privada ofreció tres meses de periodo de gracia para pequeñas y medianas empresas con créditos, pues éstas no tienen el apoyo directo del Estado con recursos para al recuperación. Lo mismo sucedió con los trabajadores pues varios empresarios no cumplieron con

los salarios caídos, hubo recortes de personal, y no recibieron adecuados servicios de salud pues tanto el Seguro Social como el ISSTE se vieron rebasados en su capacidad.

Un hecho que resaltó entre los efectos de esta epidemia fue que la sociedad civil se mostró incrédula y con escepticismo hacia las autoridades y los medios de comunicación. Esta desconfianza se cubrió con hipótesis de todo tipo que generaron desinformación entre las personas. Por otra parte nos hizo ver que la cultura de la desconfianza y de la manipulación política aún prevalece en nuestro país y que obstaculizó la adopción del plan de contingencia sanitaria.

A manera de resumen, como resultado de la crisis por la epidemia del virus AH1N1 se pueden afirmar varias realidades:

- Esta crisis objetiva un riesgo individual y colectivo de la globalización
- Materializó la diversidad y desigualdad de actores y agencias del estado y de la sociedad civil

Así mismo, presenta nuevas oportunidades como:

- Construir nuevas arenas de conflictos y acomodados
- Abrir el espacio para el reposicionamiento del estado
- Permite la re formulación e innovación en formas de responsabilidad social
- Y generar acciones solidarias ante la vulnerabilidad y el miedo.

INTERACCIÓN CON EL MODERADOR Y ASISTENTES

Las presentaciones de ambos ponentes generaron varios cuestionamientos y opiniones entre los asistentes que fueron motivadas y dirigidas por el Dr. Yannick Nordín.

- Respecto a la probabilidad de un segundo brote, también el General Santana afirmó que es casi seguro que suceda, por lo que ha pasado en epidemias anteriores y por el periodo estacional.
- Se hizo énfasis en el factor credibilidad como elemento primordial ante una crisis sanitaria. Y partiendo incluso desde la relación médico-paciente que actualmente se limita a una consulta breve sin contexto previo, sin una relación más estrecha. Ante esto el General Rafael Santana, hizo la comparación con cómo se realizaba la práctica del médico anteriormente en donde el médico de cabecera de la familia conocía a sus pacientes, y afirmó que esta relación de confianza se debiera lograr tanto a nivel individual como colectivo. Para la crisis de la influenza, la confianza de la sociedad se debe de lograr con la transparencia en la información y rodeándose de verdaderos expertos; si no sucede esto, vienen las hipótesis de desinformación que se aprovechan de la ignorancia de las personas.
- En este mismo sentido agregó el Gral. Rafael Santana, el tema clave es el liderazgo bien asesorado. Es decir, estamos ante hechos completamente nuevos y desconocidos de los que aprendemos en la marcha y que necesariamente presentarán situaciones que impliquen decisiones inmediatas y determinantes, ¿se aplicarán las vacunas desconociendo sus efectos secundarios? ¿a quienes se vacunará con las insuficientes dosis que habrá? Esto requiere de un líder o un grupo de líderes asesores que den respuesta acertada. Aún así sabemos que como humanos, se cometen errores propios de las reacciones instintivas, como el caso,

comentó, de un centro hospitalario de primer nivel en un país desarrollado en el que los médicos y el personal acapararon el tratamiento para sus familiares.

- La Dra. Rodríguez mencionó que si existe un plan sanitario de defensa como el DN3 para desastres naturales, y que desde el 2005 se estaba esperando que el virus del SARS o la fiebre aviar afectara a México. Lo que no se esperaba era un nuevo virus, lo cual es completamente entendible pues las mutaciones son accidentales y suceden en cualquier momento. Lo cierto es que científicamente y en cuanto a infraestructura sanitaria nuestro país no está preparado no sólo para una epidemia sino para muchas de las necesidades de la población tiene. Y esto dijo, es un llamado para seguir invirtiendo en la investigación científica, México hoy en día no tiene la capacidad de generar sus propias vacunas. Hace algunas décadas si sucedía, pero los programas de privatización del estado llevó a que desaparecieran estos laboratorios y se dependiera de las grandes compañías farmacéuticas privadas. A este tema el Gral. Santana respondió que efectivamente en algún momento fuimos productores de vacunas, sin embargo nuestro nivel de competitividad hizo que fuera más barato comprarlas que producirlas y se dejó la producción quitándonos también la capacidad de reacción. La Dra. Rodríguez agregó que siempre será un riesgo depender de la tecnología de otros países, y asumir que no contemos con nuestros propios recursos para la solución de nuestros problemas. Un ejemplo de esto decía, es el hecho de que el Programa Nacional de Ciencia y Tecnología en nuestro país cuenta con un mínimo de patentes en comparación a los miles que tienen otros países. Esto refleja una falta de capacidad de innovación, de inventiva y también de la burocracia para patentar en nuestro país. Quizá se genere conocimiento, agregó, pero en el sector privado y ese es conocimiento que no circula.
- Reconoció la Dra. Rodríguez que la respuesta de los empresarios fue buena en la medida de sus capacidades, pero que fue también parte de la respuesta de participación responsable de carácter coyuntural pero fuerte en la que todos los actores nos vimos envueltos, lo cual se podría comparar, no en el mismo nivel, con la experiencia del terremoto de 1985.
- Personal de la Cruz Roja hizo la observación de que es justo en este tiempo antes de un posible rebrote, en que se debe intensificar las campañas de información y concientización con la población para contrarrestar la incredulidad que se presentó durante el primer brote. A esto, la Dra. Rodríguez hizo ver que efectivamente no ha habido una continuidad en las campañas de concientización y prevención, y muchas veces somos los mismos ciudadanos los que boicoteamos los esfuerzos existentes. Resaltó que es un proceso que va más allá de la aplicación de prácticas, tiene que ver con una cultura de prevención con la que no contamos e hizo el comparativo con la sociedad norteamericana que por ejemplo ante un resfriado en los primeros síntomas se toman las medidas cotidianas de muchos líquidos, reposo en casa y para el cuarto día están ya reincorporados a sus actividades.
- Como parte también del tema de la prevención, el moderador, mencionó que también hay grandes beneficiados de la no prevención, como las empresas farmacéuticas que durante la epidemia tuvieron un gran repunte en las ventas y se conoció ampliamente de abusos en los precios de venta de artículos como cubre bocas, gel desinfectante entre otros, que se incrementaron hasta seis veces de su precio regular. A las instancias públicas de salud les debiera corresponder también contar con las reservas suficientes para responder a estos imprevistos como sucede en países europeos donde por cuestiones de seguridad militar y

sanitaria los hospitales cuentan con reservas de vacunas, medicamentos, material de curación que evitan que en cierto momento se recurra a las compras de emergencia.

- Respecto a la falta de capacidad del país de reaccionar se hizo ver que una prueba de esto era que en los servicios médicos municipales, los resultados de las pruebas rápidas eran de baja confiabilidad y las pruebas del laboratorio estatal tardaban entre diez y quince días en tener una confirmación. Esto hizo que difícilmente se pudieran asilar los casos para evitar más contagios. A esto el Gral. Santana hizo la observación que efectivamente no tenemos esa capacidad de diagnóstico, sin embargo, agregó que Estados Unidos tampoco tenía la capacidad de diagnosticar de inmediato todos los posibles casos. Hizo ver que después de esto, se ha logrado incrementar en algo la capacidad de diagnóstico en nuestro país.
- En cuanto a la reticencia de las autoridades en Jalisco de reconocer los casos, una de las hipótesis circulantes fue que al no verse involucrado aún cuando todos los estados de alrededor presentaban casos, podría garantizarse el éxito de los juegos Panamericanos. Se trata quizá, dijo la Dra. Guadalupe Rodríguez, de una forma diferente de enfrentar un conflicto o riesgo con el fin de minimizar los efectos sociales, económicos y de salud. No es una hipótesis comprobable pero en caso de que fuera cierta, continuó, sería congruente con otro tipo de decisiones que se han tomado en nuestro estado.
- Se cuestionó sobre cuál sería el costo de los préstamos de emergencia para hacer frente a la crisis sanitaria, a lo que la Dra. Guadalupe Rodríguez respondió haciendo una comparación con los rescates billonarios que se han realizado en esta crisis financiera económica. Cuando se cuestiona sobre si realmente estaban justificados, la respuesta pudiera ser que sí porque se ha salvado al sistema bancario, sin embargo seguimos en recesión. Así mismo, los préstamos sirvieron para la ejecución de medidas sanitarias y la atención a pacientes, pero también para empresarios y sectores que sufrieron grandes pérdidas.
- También respecto a los créditos de emergencia, se recordó que el año pasado se ofreció una línea de crédito por treinta mil millones por parte del Tesoro Norteamericano para México y este año una línea de crédito flexible por cuarenta y siete mil millones de dólares por parte del Fondo Monetario Internacional (FMI). La Secretaría de Hacienda y Crédito Público, calificó de extraordinarias las características de la línea de crédito flexible porque a diferencia de préstamos anteriores, el recurso se podría aplicar no en lo que viniera impuesto desde una lógica financiera sino para los requerimientos primordiales que estableciera el país. Curiosamente cuando estalla la crisis de la influenza no se pudo utilizar ese recurso, porque se dio a conocer que eran recursos que se debían utilizar para apoyar a los grandes corporativos endeudados internacionalmente, como Comercial Mexicana, Cemex, Grupo Posada, Vitro, entre otros. Por esto México tuvo que recurrir de emergencia a establecer un crédito adicional inmediato, por más de doscientos mil millones de dólares, (cuatro veces más que los créditos anteriores). Esto reveló que el crédito flexible no era en realidad flexible sino de rescate para la crisis financiera y quedaron ubicadas las prioridades de la lógica de otorgamiento de crédito internacional.
- Uno de los temas más debatidos, fue el asunto de la distribución de apoyos económicos de compensación ante la crisis y sus criterios de selección. La observación que se hizo es que básicamente se concentró, como suele suceder en las crisis, en los grandes corporativos y empresarios, independientemente del sector, a costa de la desprotección de aquellos que

más protección requieren y que más estabilidad económica y empleos están brindando al país, es decir las pequeñas y medianas empresas. Son estas las que mayor dificultad de acceso a créditos tienen, menor nivel de reservas, mayor riesgo de quiebre, y son las que están siendo dejadas de lado en los apoyos de contención. A esta observación la Dra. Rodríguez concordó con que los recursos de apoyo llegan sólo a los grandes empresarios que son quienes tienen capacidad de gestión, quienes están informados sobre los recursos y programas, y la consecuencia es que esfuerzos grandes como la campaña VIVE MÉXICO de promoción turística, terminan promocionando a las grandes cadenas hoteleras. El problema de fondo, afirmó, es que seguimos concibiendo a la sociedad como si sólo fuera un pequeño grupo de la cúpula que pertenece al primer mundo.

- Rescatando también las posibilidades propositivas de esta crisis, se comentó que la epidemia evidenció muchas carencias y problemas de nuestro país como la falta de credibilidad, el divorcio entre las autoridades y la población, la escasa infraestructura e inversión en la salud, la falta de coordinación entre los niveles de gobierno entre otros. Esta situación implica entonces también una oportunidad de aprender una lección de solidaridad y de corresponsabilidad con nuestra sociedad. El sabernos parte de una entidad colectiva que es responsable del bienestar individual y social. Cada vez más, se comentó, sabemos de retos globales como el calentamiento ambiental, la crisis económica, sin embargo son hechos que percibimos lejanos, no tangibles. Esta epidemia fue un riesgo cercano, real que nos recordó nuestra interdependencia y nos brindó una oportunidad de solidarizarnos. En la medida en que nos mostremos como una sociedad corresponsable, en esa medida podremos exigir que el gobierno nos perciba como ciudadanos inteligentes, con voluntad, informados y con decisión para entonces asumir su papel de orientación no de imposición.
- Se hizo la propuesta de que el ITESO, respondiendo a su tradición de responsabilidad y compromiso social, lidere un movimiento regional enfocado a la preparación ante el posible repunte de la epidemia con medidas concretas.

NOTA- Justo dos días después de este evento, el día 18 de julio se declaró alerta nacional veterinaria en Argentina tras detectar el virus A/H1N1 en la provincia de Buenos Aires confirmados por pruebas de laboratorio. Desde que se desató la pandemia Argentina es el primer país en que se detecta el virus en cerdos; antes en Canadá hubo sospechas de que un granjero podría haber transmitido el virus a una piara de cerdos, aunque exámenes de sangre posteriores lo descartaron.

Las autoridades de la nación sudamericana aplican medidas para evitar la propagación en los porcinos. Aunque se afirma que no hay riesgo por el consumo de carne de cerdo y sus derivados pues el mal no se contagia por esa vía, y que no representa un riesgo adicional en la pandemia, es un hecho que da un giro más a considerar en esta crisis sanitaria y el próximo rebrote que se espera.

También algunos días después de este evento de la CKA se consolidó la tendencia del repunte en los casos confirmados en Jalisco. El día martes 21 de Julio en un solo día, se confirmaron 33 casos más del tipo A/H1N1 y 6 muertes sospechosas por lo que la Secretaría de Salud Jalisco dijo que cambiará su estrategia preventiva por una más intensa, novedosa y que involucre a toda la sociedad para romper la cadena de transmisión.