

VENTURAS Y DESVENTURAS DEL SECTOR SALUD MEXICANO RESPECTO DE LA INFLUENZA A-H1N1

ADVENTURES AND MISADVENTURES IN THE MEXICAN HEALTH SECTOR WITH RESPECT TO INFLUENZA A- H1N1

En un texto anterior analicé algunos de los principales presupuestos científicos, técnicos e ideológicos con que el sector salud mexicano enfrentó la epidemia de influenza A-H1N1 en 2009/2010, así como también las principales críticas que se hicieron a la forma en que el aparato médico/sanitario mexicano, y también la Organización Mundial de la Salud (OMS), actuaron ante dicha contingencia, concluyendo que el Sector Salud oficial (SS), y más allá de las múltiples fallas en que incurrió, intervino en forma planificada y parcialmente eficaz.¹

En dicho artículo señalaba además la necesidad metodológica de superar la tendencia a analizar los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención (procesos de s/e/a-p) en términos de oposiciones radicales, a partir de asumir los procesos transaccionales que operan entre los diferentes actores sociales involucrados en dichos procesos, así como de incluir protagónicamente las características y funciones del Modelo Médico Hegemónico (MMH), para poder entender los límites y negatividades, pero también las posibilidades y eficacias del sector salud mexicano.

Recordemos que las principales críticas observadas en los periódicos y en las revistas médicas analizadas⁽ⁱ⁾ fueron las siguientes: a) alarmismo, falta de información u ocultamiento de la misma; mala comunicación con

(i). Este texto se basa en la realización de las siguientes tareas referidas a influenza A-H1N1: a) descripción y análisis de todos los titulares y subtítulos de primera plana publicados en los diarios *La Jornada* (LJ) y *Reforma* (R) entre el 23.04.2009 y el 18.05.2009; b) descripción y análisis de una muestra de las noticias publicadas por LJ y R entre el 23.04 y el 31.07.2009; c) seguimiento de la información en LJ y R entre el 1.08.2009 y el 31.07.2013; d) revisión de las noticias publicadas durante 2009 y 2010 por los diarios *El País* (edición mexicana) y *Público* (se distribuía junto con LJ); e) descripción y análisis de todos los artículos publicados en 28 revistas biomédicas mexicanas; f) revisión de las revistas de opinión *Nexos* y *Proceso* publicadas en 2009 y 2010. Se trabajaron solo dos periódicos debido a las propuestas de Bourdieu (1997), de otros autores y de mis propias investigaciones, que sostienen que existen muy escasas y secundarias diferencias entre las noticias publicadas por los diferentes periódicos de un país. En mi caso analizamos durante varios años la información sobre procesos de salud/enfermedad/atención-prevención en los diez principales diarios de circulación nacional, y observamos dicha constante, lo que nos llevó a seleccionar estos dos periódicos, por presentar la información más diferenciada.

la población por parte del SS; b) no fue pandemia ni siquiera epidemia, dados los bajos índices de mortalidad específica; c) falta de capacidad técnico-científica del equipo que enfrentó la emergencia, y en particular del secretario de Salud; d) dominio de desconfianza e incredulidad de la población hacia el SS; e) consecuencias negativas de las políticas neoliberales respecto del SS (reducción de inversiones en atención primaria; efectos negativos de la descentralización de los servicios); f) consecuencias negativas de la aplicación de vacunas; g) evidencia de acciones no planificadas caracterizadas por la improvisación; h) denuncias de la colusión industria químico-farmacéutica (IQ-F)/funcionarios de la OMS/investigadores universitarios/Sector Salud (el negociado de las vacunas; modificación de los indicadores para la declaración de pandemia); i) crítica a la producción en laboratorio de virus inventados o rediseñados que pueden generar pandemias incontrolables; j) falta de una estrategia mundial para enfrentar problemas globalizados, como por definición son las pandemias; k) las condiciones de pobreza y desigualdad incrementaron la peligrosidad de la epidemia en México; l) las nuevas formas de producción de cerdos y aves pueden generar modificaciones virales; m) efecto distractor de la influenza respecto de problemas económicos (pobreza) y/o políticos (elecciones); n) papel del miedo como distractor; ñ) crítica al papel cumplido por los medios de comunicación masiva; o) carencia de una estrategia de comunicación.

En este texto reviso la mayoría de estas críticas para observar su validez o incorrección. En esta revisión traté de aplicar no solo una aproximación relacional² sino también diacrónica, que nos permita observar en el tiempo la validez y vigencia de dichas críticas. Esto lo hicimos a través de textos biomédicos, y especialmente de material periodístico, ya que los diarios no solo publican ‘novedades’, sino que se caracterizan por informar sobre procesos que ya no constituyen ‘noticia’, pero de los cuales siguen dando cuenta, como en este caso, durante varios años.

DE CRÍTICAS Y REALIDADES

Como sabemos, la OMS consideró que había existido pandemia de influenza A-H1N1 proponiendo una cifra de 18.449 muertos confirmados por análisis de laboratorio a nivel mundial, durante el lapso que duró la contingencia. Pero a mediados de 2012, *The Lancet* publicó un artículo³ en el que los autores revisaron los datos existentes a nivel mundial, concluyendo que durante dicho lapso murieron por este nuevo virus entre 151.700 y 575.400 personas, de las cuales el 51% era originaria de Asia y África, lo cual desautorizó las críticas que consideraron que fue una pandemia inventada, un mero producto de los medios, dado que dicha pandemia no se expresaba a través de los indicadores de mortalidad.

Más de 200 países confirmaron casos de A-H1N1 en 2009, e incluso “Según las últimas estimaciones, en los Estados Unidos se habrían presentado hasta unos 57 millones de casos, es decir, 20% de la población fue afectada”.⁴ Informando también, que un estudio de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) realizado en la localidad de La Gloria (México), donde se detectó por primera vez el virus, consideró que el 42% de los habitantes se contagió con él. Además, los relatos clínicos, algunas crónicas en las que se entrevistó a personas que tuvieron A-H1N1, así como varios especialistas mexicanos, subrayaron la frecuencia de cuadros sumamente graves y complicados generados por este virus, especialmente neumonía de focos múltiples y el síndrome de insuficiencia respiratoria aguda.⁵

Más aún: “Apenas empezaba a descender la primera oleada de la epidemia de influenza pandémica AH1N1 2009 en el mes de julio, y ya se había informado de 6.129 casos de hospitalización por neumonía y enfermedad tipo influenza en México. Este número de hospitalización resulta impactante, y probablemente en el último medio siglo no habíamos visto ninguna enfermedad que incrementara de esta forma la demanda de atención hospitalaria...”.⁶ Si bien la epidemia en México tuvo bajas consecuencias en la mortalidad, no

cabe duda de que a nivel mundial constituyó una pandemia mortal.⁷

Un conjunto de críticos subrayó el efecto distractor de la nueva influenza, que buscó hacer olvidar a los mexicanos el incremento de homicidios generados por el crimen organizado, así como la profunda crisis económica que estábamos atravesando durante 2009. Pero resulta que la amplia cobertura mediática sobre la nueva influenza se mantuvo poco más de tres semanas, y luego volvieron a aparecer en la primera plana de los medios los problemas que el gobierno supuestamente nos quería hacer olvidar.

Además, tanto la prensa como algunos artículos científicos hacen referencia a los miedos generados por las acciones preventivas y por los mensajes del Sector Salud, y así un grupo de psicólogos del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) sostuvo que “El miedo colectivo fue una de las emociones que se experimentaron durante la epidemia de influenza en México. El miedo colectivo se caracteriza por compartir un miedo intenso en un grupo específico...”. Durante la epidemia de influenza se experimentó un miedo colectivo que originó que las personas tuvieran un alto apego a las medidas preventivas de protección, a tal grado que se agotaron los cubrebocas en las farmacias. Por otra parte, una encuesta (realizada por la empresa de investigación de mercado Parametría) reveló que más del 85% de la población utilizó al menos una medida de protección recomendada para evitar el contagio con virus de influenza. Sin embargo el temor colectivo puede generar comportamientos exagerados y desproporcionados de la realidad, como dejar de comer carne de cerdo, debido a la asociación entre gripe porcina y A-H1N1”.⁸

La mayoría de estas afirmaciones periodísticas y científicas no solo no definen qué entienden por ‘miedo’, sino que no hacen referencias a estudios realizados directamente sobre la población, que dieran pauta de su existencia, y menos aún que esta emoción operara como control de sus comportamientos. Uno de los escasos trabajos basados en encuesta, y que se aplicó a alumnos, trabajadores académicos y no académicos de la

UNAM, obtuvo las siguientes respuestas: el 39% experimentó inquietud por saber más sobre la nueva influenza, un 15% tuvo una reacción de incredulidad, un 13% de incertidumbre, un 23% sintió preocupación, un 4% alarma y solo un 3% experimentó miedo o ansiedad.⁹⁽ⁱⁱ⁾

Otra serie de críticas se refieren a las posibles relaciones de tipo económico entre la industria químico-farmacéutica (IQ-F), la OMS, investigadores y el SS mexicano. Y, como era previsible, la Secretaría de Salud (SSa) rechazó que dicha industria la presionara para comprar, por ejemplo, vacunas innecesarias, señalando además que sería importante que se hicieran investigaciones al respecto. Es importante subrayar que hasta ahora ni la SSa ni tampoco sus críticos, han realizado este tipo de investigaciones. No obstante, necesitamos consignar que varios especialistas mexicanos en enfermedades infectocontagiosas reconocieron que pudo haber presiones por parte de la IQ-F, aunque subrayando que el SS mexicano actuó en forma adecuada, ya que las medidas aplicadas no fueron exageradas: “A quienes dicen que la respuesta a la pandemia de influenza A-H1N1 fue exagerada los invitamos al Instituto de Enfermedades Respiratorias para que comprueben la existencia de la enfermedad. El virus se sigue transmitiendo y las consecuencias pueden ser graves, afirmó Sada Díaz investigador de dicho nosocomio”. (LJ 15.01.2010)

Incluso un investigador del Departamento de Farmacología del CINVESTAD del IPN (Centro de Investigaciones y Estudios Avanzados del Instituto Politécnico Nacional) dijo que “ante la posibilidad de una elevada tasa de mortalidad solo queda aplicar una reacción enérgica y evitar el riesgo de perder miles de vidas humanas. Por eso no debemos poner a la OMS en el banquillo de los acusados”. Destacó que “en medicina preventiva cuando se carece de información sobre lo que puede

(ii). No conozco ningún trabajo científico que evidencie la existencia de estos miedos en la población mexicana; más aún, ninguno de los estudiosos que hablan de miedo define qué entiende conceptualmente por esta palabra, así como tampoco establece qué significado tiene para los sujetos estudiados.

pasar, es preferible tener una sobrerreacción”, pero reconoció, sin embargo, que “las farmacéuticas que controlan el mercado mundial de medicamentos no son unas blancas damiselas. Cuando se detectaron los primeros casos de influenza A-H1N1 vieron un nicho de mercado y actuaron en consecuencia; pero como medida epidemiológica, las decisiones fueron correctas”. (LJ 15.01.2010)

A su vez López Cervantes, investigador de la Facultad de Medicina de la UNAM, consideró “necesario hacer una investigación en torno a las presuntas presiones de algunos laboratorios para producir y vender la vacuna contra la influenza A/H1N1”, agregando que “no hay duda de que los laboratorios hicieron un gran negocio con la vacuna. Si bien por un lado cumplieron con un gran servicio a la comunidad, con las ventas obtuvieron grandes ganancias. Hay que aclarar si fueron capaces de presionar a la OMS, para que generara mayor sensación de alarma, y garantizar con ello la venta de todos los lotes. Recordó que varias farmacéuticas, como es el caso de Baxter (Estados Unidos) ‘esperaron a que la OMS declarara la alerta por enfermedad en fase 6, para anunciar que tenían la capacidad de producir vacunas. Esto causó ganancias inmediatas en sus acciones, que en un par de días subieron hasta un 7%”. (LJ 15.01.2010)

Las acusaciones, que aún mantienen autores como Forcades,¹⁰ de que la OMS se niega a hacer públicos los nombres de los miembros del comité que propuso la alerta pandémica en el nivel 6, así como los denunciados como coludidos con la IQ-F, no resistieron la prueba del tiempo, dado que la OMS entregó dichos nombres. Más aún, el comité científico externo convocado para analizar el comportamiento de esta organización en relación con la IQ-F y especialmente respecto de las vacunas, concluyó a fines de marzo de 2011 que no se hallaron evidencias directas ni indirectas de la influencia de intereses comerciales en las decisiones tomadas por el organismo para promover el uso de la nueva vacuna, aunque constató falta de coherencia de éste para juzgar la gravedad de la epidemia, así como un manejo burocrático que limitó la distribución oportuna de vacunas. No obstante, consideró

que las fuertes críticas contra la OMS no tomaron en cuenta la incertidumbre respecto de la potencial gravedad de la nueva influenza.

Es importante recordar que el movimiento antivacuna se había visto reforzado notablemente con la publicación en 1998 del trabajo del gastroenterólogo A. Wakefield en *The Lancet*, en el cual sostuvo que la vacuna triple (contra sarampión, paperas y rubeola) generaba en los vacunados un nuevo síndrome que combinaba síntomas gastrointestinales y autismo. “Estudios posteriores demostraron una y otra vez que no existía relación entre las vacunas y el autismo. El asunto dio un vuelco en 2004, cuando B. Deer, periodista de *The Times*, tras entrevistar a las familias de los niños participantes en el estudio, publicó que el trabajo había sido un fraude orquestado voluntariamente por Wakefield, quien había recibido financiamiento de abogados que pretendían demandar a las farmacéuticas, entre otras cosas”. (*Público*, 22.06.2011). Se abrió una investigación y la mayoría de los coautores del estudio se retractó, hasta que “El pasado 28 de enero de 2011, el Consejo General de Médicos del Reino Unido concluyó, tras una auditoría de más de dos años, que el gastroenterólogo Andrew Wakefield actuó en forma ‘deshonesta e irresponsable’ en la elaboración de un estudio que en 1998 asoció la administración de la vacuna triple vírica al autismo”, (*Público* 8.02.2010), e inhabilitó de por vida a Wakefield para ejercer la medicina. *The Lancet* tuvo no solo que retractarse, sino que eliminó el artículo. Además, una serie de estudios, algunos publicados en el *British Journal of Medicine*, demostraron que no existe relación entre la aplicación de la vacuna contra la influenza A-H1N1 y los padecimientos que se le atribuyeron. Una investigación epidemiológica demostró incluso que aumentaron las muertes fetales entre las madres no vacunadas durante la epidemia de influenza A-H1N1 en los Estados Unidos.¹¹

Y es casi seguro que éstas y otras historias sobre los perjuicios de las vacunas, seguirán vigentes no solo a nivel de la población sino de los funcionarios de salud mexicanos, ya que más del 40% de éstos no se vacunó durante la epidemia de A-H1N1. Dicha con-

tinuidad narrativa podemos observarla no tanto a través de las investigaciones clínicas y epidemiológicas sino a través de la prensa, ya que para la mayoría de los técnicos y científicos, una vez demostrado que la vacuna no es negativa, la historia terminó; mientras que los medios nos indican que ésta continúa. Y así por ejemplo, *LJ* nos recuerda en junio de 2013 que todavía “En Estados Unidos y varios países de Europa, existe la errónea creencia de que inmunizar a los niños con la trivalente, provoca autismo. Es decir, que pese a que la investigación de Wakefield fue desacreditada, la creencia y sus consecuencias se mantienen en el país de Gales (Reino Unido)” (en *Orbe*, suplemento de *LJ*: 8 al 21.06.2013).

Ahora bien, no cabe duda de que las vacunas pueden tener consecuencias negativas, como ocurrió en 1976 en los Estados Unidos al aplicarse en forma masiva contra una influenza tipo A, que generó complicaciones que llevaron a la muerte a 25 personas, mientras otras 500 sufrieron el síndrome de Guillain-Barré. “Pero en el caso de la nueva pandemia se estima que el riesgo es de un caso en un millón de personas vacunadas contra la influenza”.¹²

Más aún, “La OMS no ha recibido reportes de fallecimientos entre los casos sospechosos o confirmados del síndrome de Guillain-Barré detectados desde el comienzo de las campañas de vacunación. Todos se han recuperado”.¹³ Estudios específicos realizados en varios países confirman que las consecuencias graves de la aplicación de la vacuna fueron poco frecuentes, concluyendo que se trata de una vacuna segura.¹⁴

Los especialistas reconocen además que las vacunas actuales son cada vez más seguras, pero no obstante llama la atención que en los Estados Unidos, en países europeos, y también en países como Argentina, amplios sectores de la población no vacunan a sus hijos, lo cual en algunos casos es atribuible a concepciones naturistas y en otros a creencias religiosas, pero también en una parte de los casos sería resultado de una actitud militante contra la IQ/F o de orientaciones médicas alternativas. Es un hecho que en la actualidad se considera como una situación ‘normal’ que

los niños no mueran por enfermedades prevenibles por vacunación, como sería el caso de las epidemias de sarampión en Inglaterra y de tos convulsiva en Texas (Estados Unidos) que tuvieron lugar durante 2012 y 2013. Que dichas enfermedades transmisibles no produzcan muertes se vive como un hecho ‘natural’, y no producto de las campañas de vacunación u otras medidas sanitarias y alimentarias, incluidas las actividades de los servicios de salud y por supuesto de la propia población.¹⁵

Si bien se han revelado los manejos económicos y técnicos fraudulentos de los antivirales por parte de las empresas químico-farmacéuticas, una serie de estudios clínicos demostraron los beneficios de tratamientos con oseltamivir en pacientes con influenza sin complicaciones, sobre todo cuando se administra dentro de las 48 horas de aparición de síntomas.¹⁶ Del mismo modo, estudios observacionales en pacientes hospitalizados indicaron que los tratamientos con este antiviral aparecen asociados a una reducción de la mortalidad y menor tiempo de hospitalización.¹⁷ No debemos confundir los negocios de la IQ-F, con la eficacia real de por lo menos una parte de sus productos medicinales.

El cuestionamiento a la falta de idoneidad técnica y científica del equipo que llevó a cabo las acciones contra la influenza A-H1N1 no puede sostenerse, ya que dicho equipo estuvo constituido por algunos de los principales especialistas mexicanos en infectología, epidemiología y en educación y promoción de la salud.

Una parte de los críticos sostuvo que las actuales condiciones de cría intensiva de cerdos habría favorecido el desarrollo del nuevo virus, lo cual fue sustentado no solo en artículos periodísticos sino también en informes técnicos. Dado que la localidad de La Gloria emergió mediática y epidemiológicamente como el lugar donde se detectó el primer caso confirmado de la nueva influenza, y donde gran parte de la población estuvo afectada por problemas respiratorios agudos atribuibles a la industria porcina, un equipo de la UNAM realizó en junio de 2009 un estudio sobre esta localidad y zonas aledañas, para observar si la cría intensiva de cerdos era

la causal de estos padecimientos, y concluyó que “del lado porcino no surgieron noticias que sirvieran para alimentar la especulación. Las granjas ubicadas en las inmediaciones fueron visitadas por personal sanitario estatal y federal sin encontrar evidencia alguna de enfermedad entre los animales. Los esfuerzos por inculpar a los cerdos de esta región y a la empresa dedicada a su crianza y explotación, [...] fueron inútiles. Hasta ahora, no se ha encontrado evidencia de contagio entre los cerdos de las granjas industriales y mucho menos transmisión hacia humanos, pero no se ha excluido la posibilidad de contagio entre humanos y animales”.⁴

LA SATANIZACIÓN DE LOS MEDIOS

Respecto de las críticas negativas hacia los medios y en particular hacia la prensa, nuestro análisis¹⁻¹⁸ evidencia que la mayoría de las crónicas periodísticas sobre la nueva influenza son claras, relativamente precisas pero no vagas, y menos aún hay en ellas un caos lingüístico como pretenden los críticos. Incluso, cuando se presenta un caos de cifras estadísticas, éste tiene su origen en el SS y no en los medios. Se señala que las noticias no contextualizan los procesos ni informan sobre las causas y soluciones estructurales, lo que no ocurrió en el caso de la influenza A-H1N1, ya que las crónicas sí contextualizaron y hablaron sobre las causas estructurales y no estructurales de la pandemia.

Se acusa a la prensa no solo de desinformar sino de hiperinformar para impedir entender lo que realmente ocurre, pero los pocos estudios realizados en México concluyen que la población “tiene una información adecuada”. De esta forma, una investigación realizada en diciembre de 2009 en el DF y áreas metropolitanas de Monterrey, Guadalajara y Mérida señala que a ocho meses del inicio de la pandemia la población tenía clara la diferencia entre la influenza estacional y la influenza pandémica, así como la gravedad de esta última. Los grupos vulnerables o de mayor riesgo eran identificados correctamente por la población, que ubicó como segmentos

prioritarios para vacunar a los trabajadores de la salud y a las mujeres embarazadas... Las medidas preventivas como el lavado de manos y la etiqueta respiratoria fueron reconocidos como los más efectivos, concluyendo que “Con estos datos se puede inferir que la información proporcionada por la Secretaría de Salud y otras instituciones del sector llegó a la población”.¹⁹

Según este estudio el 91% de los encuestados comunicó su intención de vacunarse contra la influenza A-H1N1, pero los autores no nos aclaran de qué modo la gente se informó, pues señala que “[e]ste impacto positivo se presentó a pesar de la campaña de desinformación sobre la situación, la enfermedad en general y las vacunas en particular, específicamente cuando la información se obtenía a través de diferentes medios no confiables o que proveían información tendenciosa”.¹⁹ Más aún, según estos autores, “los medios de comunicación (prensa, radio, TV e internet) en ocasiones difundían información incorrecta o francamente equivocada respecto al manejo de la contingencia por parte de las autoridades de salud sobre factores de riesgo, grupos vulnerables así como información respecto de la eficacia y seguridad de la vacuna contra el virus A(H1N1)”.¹⁹ Ahora bien, si los medios desinforman tanto, ¿de quién y cómo obtuvo ‘información adecuada’ la población encuestada? De esto no nos dice nada este trabajo, así como tampoco explica por qué el SS siguió utilizando los medios de comunicación masiva durante todo el proceso que duró la epidemia. Y más aún, reconoció su papel positivo.

Al respecto, existe un análisis generado por la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud de la SSa (2010) acerca de la información que sobre la influenza A-H1N1 publicaron los trece principales diarios de circulación nacional entre el 7 de mayo de 2009 y el 21 de enero de 2010, que concluyó que sobre 2.125 noticias, el 81% (1.718) concuerda con las síntesis informativas de la SSa, que el 12% (260) es discordante, y que el 7% (147) es controversial.²⁰ Más aún, esta Subsecretaría contrató una agencia especializada en evaluación cualitativa, la que realizó un estudio en mayo de 2009 sobre la percepción que la po-

blación tenía de la epidemia, en el que se concluye que ésta conoce las medidas básicas de prevención (lavado de manos, uso de cubrebocas) e identifica los principales síntomas, gracias a que “los medios de comunicación se encargan de difundirlas constantemente”.²¹ Reconociendo además “la participación activa de la sociedad civil al respetar los lineamientos y seguir las recomendaciones establecidas por la Secretaría de Salud”.²¹

Es decir, estos datos contradicen la ‘opinión’ de trabajos como el de Jiménez et al. (2012), del que desconocemos sus fuentes de información para hacer afirmaciones como las señaladas, pues éstas no surgen ni siquiera de los datos publicados por ellos mismos. Ahora bien, lo que subrayan politólogos mexicanos así como analistas de la nueva epidemia, es la desconfianza histórica de la población hacia las autoridades de todo tipo, lo cual sin embargo no se evidencia a través de sus comportamientos respecto de la influenza A-H1N1, y por lo tanto requiere de explicaciones que no encontramos en el SS ni tampoco en los críticos. De las propuestas de algunos de los principales teóricos de la sociedad de riesgo, esta desconfianza e incredulidad no serían un rasgo exclusivo de la sociedad mexicana, ya que las actuales sociedades ‘desarrolladas’ también se caracterizan por la desconfianza en la ciencia y sus usos, como fuente constante de riesgos.²² Pero esta característica correspondería solo a una parte de la población mexicana, y especialmente a una parcialidad de los críticos, dado que la desconfianza e incredulidad de nuestra población deviene de una experiencia histórica de corrupción, de promesas incumplidas, de inequidades persistentes, que sin embargo no se expresan, por lo menos, en los estudios y sondeos de opinión respecto de la nueva influenza. La encuesta nacional Gea-ISA detectó que en mayo de 2009 el 53% de los encuestados aprobaba las medidas tomadas frente a la nueva influenza, mientras que en agosto de 2009 la aprobación era ya del 58%. La encuesta de la UNAM a la que ya nos referimos afirma que “A la mayoría de la población, ninguna de las medidas le pareció excesiva: como máximo el 22% expresó que algunas de ellas le habían parecido

excesivas. Asimismo, se observa que entre el 41% y 72% opinó que las medidas les habían parecido muy apropiadas”.⁹

Se acusa además a la prensa de alarmismo y de informar solo acerca de las ‘novedades’, lo cual no resiste la prueba de la indagación empírica, ya que si bien ésta publica materiales de tono alarmista, en gran medida los mismos corresponden al alarmismo impulsado por el SS como política mediática. Necesitamos asumir realmente que la principal fuente de datos que manejaron los periodistas fue primeramente la Secretaría de Salud, y en segundo lugar diversas instituciones y profesionales médicos. No solo fueron las conferencias de prensa del secretario de Salud y los boletines epidemiológicos, sino los materiales elaborados por el equipo de promoción de la salud, que eran enviados sistemáticamente a los medios. Es este tipo de información la que define los contenidos que la prensa difunde sobre los procesos de salud/enfermedad/atención-prevención, tal como lo han evidenciado reiteradamente las investigaciones específicas.

La fuerte dependencia de los medios respecto de las instituciones del SS se debe a varias razones, entre ellas un trabajo periodístico cada vez más ausente del lugar de los hechos, que relata los acontecimientos a partir de información obtenida de boletines, entrevistas o conferencias de prensa.

De nuestro estudio sobre la nueva influenza surge que la prensa siguió informando sobre ella con cierta frecuencia durante casi un año, y en forma espaciada hasta mediados de 2013, a pesar de que la ‘nueva’ influenza dejó de ser ‘novedad’. Por lo tanto, es importante subrayar desde una perspectiva comunicacional, que mientras la prensa siguió publicando crónicas sobre la influenza A-H1N1, la producción periodística intelectual⁽ⁱⁱⁱ⁾ sobre la misma se redujo a los pocos meses, tanto

(iii). Entre el 23.04 y el 31.07 de 2009 en LJ y R se publicaron 179 artículos firmados por destacados intelectuales mexicanos, de los cuales el 77% se publicó durante la última semana de abril y las dos primeras de mayo. Durante las siguientes dos semanas de mayo, junio y julio de 2009 decrece sustantivamente el número de los artículos firmados hasta ir desapareciendo, mientras se mantiene una mayor presencia de las crónicas periodísticas.

en términos de libros como de artículos publicados en diarios y revistas. Es decir que la obsesión por la ‘novedad’ y por la contingencia con que se caracteriza a la prensa y al conjunto de los medios, la observamos no en los cronistas sino en la producción intelectual respecto de la nueva influenza, lo que comprueba aquello que habíamos observado en nuestros estudios previos.²³

Ante la emergencia de una epidemia generada por un nuevo virus, la SSA decidió desarrollar acciones preventivas que la población pudiera poner en práctica, y por lo tanto trató de generar preocupación y alarma, no solo a través de información emitida por prensa, radio y TV, sino sobre todo con medidas concretas. Consideramos que fueron estas medidas inéditas –y que afectaron la vida cotidiana de la población–, las que dieron fuerza a los mensajes verbales y visuales, y favoreció la toma de conciencia en la población,. No fueron únicamente las recomendaciones de aislamiento, sino el cierre de escuelas, la suspensión de misas, partidos de fútbol, cine, corridas de toros, restaurantes, etcétera, lo que hizo que la población asumiera que estábamos ante un evento ‘anormal’ y peligroso. Es posible que los diferentes medios influyeran en el comportamiento de la población, y no cabe duda de que tuvieron un papel central en la difusión de la información producida especialmente por el SS oficial, pero creemos que el factor determinante de los comportamientos colectivos fueron las acciones preventivas aplicadas por esta entidad.

Más allá de las críticas irónicas que se hicieron, es posible pensar que el mismo SS buscó generar símbolos sencillos y reconocibles que transmitieran la idea de peligro a nivel individual y colectivo, como fue el uso masivo de cubrebocas. Éste se convirtió en el foco de las fotos y de las caricaturas con que los diarios acompañaron sus noticias sobre la nueva influenza.^(iv) Incluso, la cifra inicial

del gran número de muertos por influenza A-H1N1, y que luego fue desmentida por la propia Secretaría de Salud, generando críticas sumamente acervas y descalificadoras de la capacidad técnica del SS mexicano, sirvieron –más allá de sus equivocaciones y autocríticas– para expandir la noción de peligro.

Considero además que los datos que posibilitaron gran parte de las críticas al Sector Salud en términos de ineficiencia y falta de recursos, y evidenciados a través de la mala atención o de la carencia de personal y de unidades de atención y hospitalización, favorecieron la diseminación de la noción de peligro. Como ya hemos señalado, se acusó al SS oficial de fabricar miedos, de mentir por lo menos parcialmente, pero lo que hizo el SS oficial –y posiblemente también la OMS– fue actuar más allá de lo verdadero o lo falso, ya que buscó sobre todo eficacia tratando de impactar en el comportamiento de la población a través de mensajes alarmistas. Trató de difundir representaciones sociales que la gente no solo comprendiera, sino que aplicara; es decir, se concentró en la eficacia más que en discutir si lo que hacía era correcto o no, expresando paradójicamente una de las propuestas más difundidas de las variantes pragmáticas de algunas corrientes posmodernas, ya que lo que le importó fue que la población actuara de determinada manera, más allá de la verdad o falta de ésta que contuvieran los mensajes difundidos.

Considero, que por lo menos una parte de las propuestas las realizaron intencionalmente, aunque no creo que se basaran en Nietzsche ni en Foucault, y menos aún en sus repetidores más recientes, dado que para la SSA y para la OMS hubo realmente grave peligro, es decir, no dudaron de que era ‘verdad’ lo que podía llegar a ocurrir, y por considerarlo así es que exageraron, alarmaron y preocuparon a la población. Como sabemos, actualmente una parte de las ONG, de los comunicólogos y de los “performanceros” –por llamarlos de alguna manera–, trabajan a través de *performances* que buscan sobre todo eficacia. Al transmitir un riesgo, concluyen Vaz et al.,²⁴ la cuestión no está en transmitir una verdad médica sino en que los mensajes del SS permitan actuar frente al problema.

(iv). Algunas de las discrepancias surgidas entre altos funcionarios de la SSA respecto, por ejemplo, del cubrebocas –ya que mientras el secretario de Salud lo recomendó como protector, el director de epidemiología señaló su escaso papel en la protección– evidencia que los mismos sabían que lo que estaban recomendando a la población no generaba protección ‘real’ sino simbólica.

Estos ejes de información y acción, que fueron caracterizados como alarmistas y exagerados, se articularon constantemente, sobre todo luego de la primera semana, con mensajes tranquilizadores, de tal manera que casi diariamente se enviaron mensajes en cierta medida contradictorios, que por una parte subrayaban los peligros, y por otra llamaban a la tranquilidad, “dado que el problema está cediendo, aunque no tanto”. Y así por ejemplo *La Jornada* del 4 de mayo informa en un titular que hay “Señales alentadoras de que el A/H1N1 no es más peligroso que la gripe típica”, para en la misma página expresar que “Eso no significa que el peligro haya pasado”, agregando que la OMS “podría pasar esta semana del nivel 5 al nivel 6 de alerta”.

Mientras *Reforma* señala que ante la tendencia del virus, “la directora de la OMS (M. Chan) dijo que posiblemente el virus de la influenza humana haya dado un descanso al mundo, pero le preocupa que esto pueda tratarse de ‘la calma antes de la tormenta’” (*Reforma* 19.05.2009). Más aún, cuando a fines de mayo se reconoce la levedad del virus en términos de mortalidad, se llegó a decir que éste era el virus de la pandemia esperada, que por suerte evidenciaba poca letalidad, pero que no obstante puede llegar a incrementarse la mortalidad en las olas siguientes, fundamentando dicha suposición en “que no es posible predecir el comportamiento futuro del virus”. E incluso el 6 de julio M. Chan define la epidemia como “tsunami epidemiológico”.

Esta oscilación, aun en la misma noticia, entre que “estamos al borde de la catástrofe”, “pero no tanto”, pretende mantener constantemente a la población en estado de alerta, para que siga aplicando acciones preventivas, pero sin llegar a generar pánico, para no provocar una paralización. Por ello es que considero que se aplicó una política de información considerada casi unánimemente como alarmista, sin observar el juego alarmismo/tranquilicémosno impulsado por la SSa, y sin asumir que los medios no fueron los productores, sino los difusores de dicho juego comunicativo impulsado por el Sector Salud oficial, debido a los presupuestos técnicos e ideológicos manejados por la SSa y la OMS.¹ Lo cual

observamos, por ejemplo, en las explicaciones dadas por el director de vigilancia epidemiológica de la SSa, el Dr. M. A. Lezama, quien reconoció ante un grupo de corresponsales extranjeros la disparidad existente entre las cifras de muertes por influenza difundidas por ese organismo, según la cual en los primeros días de la epidemia habría habido 152 casos de muerte, mientras ahora solo se habla de siete. Y al preguntársele el motivo de tanta alarma, respondió: “Era la única manera de actuar, si no lo hubiésemos hecho así, en vez de 30 muertes, podríamos haber tenido 3 mil” (*El País* 29.04.2009). Es decir que datos confusos y hasta erróneos fueron difundidos intencionalmente con el propósito de incidir en los comportamientos de la población.

Pero además, dicha oscilación remite a la necesidad que tienen las instituciones de actuar según el denominado “principio de precaución”, y sabiendo que pueden acertar y/o equivocarse. “La OMS y las agencias del cuidado de la salud tienen que mantener un delicado equilibrio, al estar obligadas a brindar información sobre enfermedades potencialmente letales y prepararse para lo peor sin provocar pánico. Si la advertencia es demasiado alarmante, los funcionarios serán ridiculizados por preocupar innecesariamente a millones de personas. Si se materializa una epidemia, algunos de los mismos críticos probablemente culparán a los funcionarios por no lograr evitarla”.²⁵ Lo que en gran medida ocurrió en México, como hemos visto.

De nuestro análisis surge que la mayor parte de las principales críticas a las acciones desarrolladas por el Sector Salud mexicano fue incorrecta, sobre todo las que se refieren a aspectos técnico-científicos, incluyendo los comunicacionales; y solo siguen vigentes las que se refieren a los aspectos económicos y políticos ya señalados. Más aún, la efervescencia crítica que se produjo en México, pero sobre todo a nivel internacional, y que puso en cuestión lo realizado por la SSa y especialmente por la OMS en aspectos básicos, posibilitó no solo la discusión técnico-científica e ideológico-política, sino que dio lugar a la modificación de aspectos organizativos básicos en la OMS respecto

de la vigilancia epidemiológica, e impulsó la realización de estudios epidemiológicos puntuales sobre la influenza A-H1N1 y sobre nuevas amenazas pandémicas, así como también propició la investigación sobre las posibilidades de una solución más eficaz del problema (nueva vacuna para toda influenza futura). Todo lo cual, y lo subrayo, constituyen posibilidades que tenemos que seguir evaluando, tanto en términos científicos como económicos y políticos.

REFERENCIAS

- Menéndez EL (2014). Las instituciones y sus críticos o la costumbre de polarizar la realidad. El caso de la influenza A-H1N1, *Salud Colectiva*, 10(1): 15-40.
- Menéndez EL (2009). *De sujetos, saberes y estructuras. Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Dawood FS et al. (2012). Estimated global mortality associated with the first 12 months of 2009 pandemic influenza A H1N1 virus circulation: a modeling study, *The Lancet Infectious Diseases* [on line] 26.06.2012.
- López M et al. (2010). La influenza A/H1N1 2009. Una crónica de la primera pandemia del siglo XXI, *Revista Digital Universitaria* vol 11(4): 1-18, Abril 2010.
- Vargas C et al. (2010). Cambios fisiológicos respiratorios en neumonía por influenza. En: Pérez Padilla, J. et al. (2010). Influenza por el Nuevo virus AH1N1. Un programa integral, México, *INER/Graphimedic*: 206-214.
- Volkow P et al. (2010), Respuesta hospitalaria. En: Pérez Padilla J et al. (2010). Influenza por el Nuevo virus AH1N1. Un programa integral, México, *INER/Graphimedic*: 363-374.
- Simonsen L et al. (2013). Global mortality estimated for the 2009 influenza pandemic from the GlaMOR: a modeling study, *Plos Medicine* num. 26, 2013, Nov. [on line].
- Cruz B. y Corrales F (2010). Impacto psicosocial de una epidemia. En: Pérez Padilla, J. et al. (2010). Influenza por el nuevo virus AH1N1. Un programa integral, México, *INER/Graphimedic*: 443-449.
- Infante C et al. (2010). Efectos sociales de la epidemia de influenza en México. La perspectiva de la comunidad de la UNAM. En: J. Narro y J. Martuscelli (Coords.) (2010). *La UNAM ante una emergencia sanitaria. Experiencia de la epidemia de influenza A (H1N1)*, México, UNAM: 383-405.
- Forcades i Vila (2010). Pandemia 2009/2010 por gripe A: la importancia de evitar que las alarmas sanitarias sean rentables, *Salud Colectiva* 6(3): 245-249.
- Haberg S et al (2013). Risk of Fetal after Pandemic Influenza Virus Infection or Vaccination, *The New England Journal of Medicine*, 16. 01.2013 (on line).
- González A y Ponce de León S (2010). Asociación de síndrome de Guillain Barré y la vacuna de influenza A/H1N1), *Revista de la Facultad de Medicina*. UNAM, vol. 53(2): 83-86.
- Valdespino JL et al. (2010). Vacunas contra la influenza pandémica A H1N1; Pérez Padilla, J. et al. (2010). Influenza por el Nuevo virus AH1N1. Un programa integral, México, *INER/Graphimedic*: 375-401.
- Andrade G de et al. (2012). Eventos adversos pos-vacunación contra influenza pandemia A (H1N1) 2009 em crianças, *Cadernos de Saúde Pública* 28(9): 1713-1724.
- Van Panhuis W et al. (2013). Contagious Diseases in the United States from 1888 to the Present, *The New England Journal of Medicine*. 2013; 369: 2152-2158.
- Nicholson KG et al. (2000). Efficacy and safety of oseltamivir in treatment of acute influenza: a randomised controlled trial. *Lancet*. 2000; 356: 1845-50.
- Fanella ST et al. (2011). Pandemia (H1N1) 2009 influenza in hospitalized children in Manitoba: nosocomial transmission and lessons learned from the first wave, *Infec. Control Hosp. Epidemiology*. 2011; 32: 435-43.
- Menéndez EL (2013). El eterno retorno de las novedades. Medios, intelectuales y las repeticiones más o menos idénticas. Ms.
- Jiménez ME et al. (2012). Conocimiento, actitud y práctica sobre A(H1N1), *Salud Pública de México*, vol. 54(6): 607-615.

20. Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. SSa (2010). Tendencia de análisis de medios impresos en la Síntesis Informativa de la Secretaría de Salud en el período del 7.05.2009 al 21.01.2010, referentes al tema de influenza. México, 26.01.2010.
21. Santos Burgoa C et al. (2010). Comunicación de riesgos; lineamientos y promoción de la salud. En Córdova A; Valdospino JA y Ponce de León A (Directs.) (2010). La epidemia de influenza A/H1N1 en México, *México Edito. Médica Panamericana*: 327-44.
22. Beck U (1996). *La sociedad de riesgo global*. Madrid: Siglo XXI.
23. Menéndez EL y Di Pardo RB (2009). *Miedos, riesgos e inseguridades. Los medios, los profesionales y los intelectuales en la construcción social de la salud como catástrofe*. México: Publicaciones de la Casa Chata.
24. Vaz P et al. (2007). O fatos de risco na mídia, *Interface*, vol 11, núm. 21: 145-63.
25. Altman LK (2009). Un delicado equilibrio: cómo alarmar sin provocar pánico, *Reforma*, Suplemento del *The New York Time*, 2.05.2009: 6.