



Las instituciones y sus críticos o la costumbre de polarizar la realidad: el caso de la influenza A (H1N1)

Institutions and their critics, or the habit of polarizing reality: the case of influenza A (H1N1)

Menéndez, Eduardo L.¹

¹Doctor en Ciencias Antropológicas. Profesor e investigador del Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social (CIESAS), México. Coordinador del Seminario Permanente de Antropología Médica (SPAM).
emenendez1@yahoo.com.mx

RESUMEN Declarada a fines de abril de 2009 la epidemia de influenza A (H1N1) en México, se realizaron toda una serie de críticas y en menor grado de apoyos respecto de las medidas aplicadas y de la forma de operar del sector salud mexicano. En este texto trato de explicitar, a través de materiales publicados en revistas médicas y en la prensa mexicana, cuáles son los presupuestos técnicos e ideológicos con que trabajó el sector salud y cuáles son los manejados por los críticos. Esto se realiza con dos objetivos complementarios: primero, tratar de entender por qué actuó como actuó el sector salud mexicano y, segundo, para observar la legitimidad técnica de las acciones que desarrolló dicho sector y de las críticas que se hicieron a dichas acciones.

PALABRAS CLAVES Subtipo H1N1 del Virus de la Influenza A; Prensa; Comunicación y Divulgación Científica; Organismos Internacionales; Estrategias Nacionales; Sistemas Nacionales de Salud; México.

ABSTRACT The declaration of the influenza A (H1N1) epidemic in late April 2009 in Mexico was followed by a series of criticisms and to a lesser degree shows of support of the measures applied and of the manner of operation of the Mexican health system. In this text, I attempt to explain, using materials published in medical journals and in the Mexican press, the technical and ideological assumptions behind the work undertaken by the health sector as well as the assumptions behind the criticisms received. This exploration has two complementary objectives: first, to understand why the Mexican health sector acted the way it did; and second, to consider the technical legitimacy of the actions developed by the health sector and of the criticisms made regarding those actions.

KEY WORDS Influenza A Virus, H1N1 Subtype; Press; Scientific Communication and Diffusion; International Agencies; National Strategies; National Health Systems; Mexico.

A finales de abril de 2009, México declaró la alerta sanitaria ante el surgimiento de una nueva influenza que estaba cobrando características epidémicas y que, en pocos días, sería definida como A (H1N1). El gobierno y el sector salud mexicano aplicaron de inmediato una serie de medidas preventivas inéditas para México, que supusieron el cierre durante casi tres semanas de instituciones escolares en los tres niveles educativos, cines, teatros, estadios de fútbol, misas, restaurantes y otras actividades de servicio. La declaración de epidemia; la supuesta tardanza en informar a la población mexicana, a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y a los países miembros; la atribución incorrecta de un alto número de muertos a la nueva influenza; así como las medidas preventivas aplicadas fueron fuertemente criticadas, sobre todo, a través de los medios de comunicación masiva y, en menor medida, a través de trabajos biomédicos, hasta considerar incluso que la nueva pandemia no existía y que constituía un hecho exclusivamente mediático. Más aún, constantes críticas fueron dirigidas a la forma en que el sector salud oficial informó a la población, acusándolo de ocultar datos, exagerar el problema e impulsar una campaña alarmista por razones políticas y económicas, subrayando además la desorganización del sector salud, la no coordinación del nivel federal con los estados, y la falta de planificación tanto en las acciones aplicadas como en la forma de comunicar a la población las características y consecuencias de la nueva influenza (1).

Frente a estas críticas, la Secretaría de Salud, la OMS y también la Organización Panamericana de la Salud (OPS) defendieron lo actuado por México a través de argumentos técnicos que dieron lugar a una fuerte polarización entre los que cuestionaban y los que apoyaron las acciones del sector salud mexicano. En estas discusiones se involucraron salubristas, altos funcionarios del sector salud mexicano y de organizaciones internacionales, representantes de la medicina social crítica y una gran variedad de intelectuales que opinaron en la prensa, sobre todo, durante las primeras cuatro semanas, sobre problemáticas –como la de la nueva influenza– que hasta ese momento no parecían interesarles demasiado, por lo menos a través de sus publicaciones (a).

ASPECTOS METODOLÓGICOS

En este trabajo trataré de explicitar, a través de materiales publicados en la prensa y en revistas médicas mexicanas, cuáles fueron los presupuestos técnicos e ideológicos con que trabajó el sector salud, y cuáles los que manejaron los críticos, con dos objetivos complementarios: primero, tratar de entender por qué actuó como actuó el sector salud mexicano y, segundo, para observar la legitimidad técnica de las acciones del sector salud y de las críticas que se hicieron a su actuación. Nuestro análisis se basa en la información publicada sobre influenza A (H1N1) por los diarios *La Jornada* y *Reforma* entre los años 2009 y 2013, y en materiales específicos publicados en 28 revistas biomédicas mexicanas entre 2009 y 2012.

La investigación implicó la realización de las siguientes actividades: a) descripción y análisis de todos los titulares y subtítulos de primera plana publicados por los diarios *La Jornada* y *Reforma* entre el 23 de abril y el 18 de mayo de 2009 y que tratan sobre la influenza A (H1N1); b) descripción y análisis de una muestra de noticias publicadas por ambos periódicos sobre la nueva influenza entre el 23 de abril y el 31 de julio de 2009; c) revisión de la información sobre influenza A (H1N1) publicada en *Reforma* y *La Jornada* entre el 1 de agosto de 2009 y el 31 de julio de 2013; d) fichaje de todos los artículos sobre influenza A (H1N1) publicados en 28 revistas biomédicas mexicanas entre 2009 y 2011; e) revisión de dos revistas de opinión publicadas en 2009 y 2010; f) revisión de artículos publicados a nivel internacional sobre influenza A (H1N1) entre 2009 y 2013. Además utilizamos el material sobre influenza publicado entre 2000 y 2008 en diez periódicos mexicanos, que formó parte de una investigación anterior. Subrayo que, en este texto se coloca la cita específica de los textos biomédicos analizados y las citas de las noticias publicadas en *La Jornada* y *Reforma*. Este artículo es producto de la investigación que estamos desarrollando sobre prensa escrita e influenza A (H1N1) (1).

¿POR QUÉ ACTUÓ ASÍ EL SECTOR SALUD?: ALGUNOS PRESUPUESTOS

Más allá de las críticas negativas y de los apoyos incondicionales, necesitamos reflexionar sobre por qué actuó así el sector salud oficial. Es decir, no solo sobre si actuó bien o actuó mal, sino ¿cuál fue la racionalidad técnica, y también ideológica, que guió su forma de intervenir?; ¿qué buscó a través de sus recomendaciones y acciones?; ¿por qué usó el alarmismo no solo a través de representaciones sociales sino de prácticas, que podían tener –y de hecho tuvieron– graves consecuencias en lo económico y social?; ¿por qué cuando se tuvo seguridad de su levedad en términos de mortalidad siguió insistiendo en los peligros y en la necesidad de prevención?

Considero que estas y otras preguntas pueden ser contestadas a través de los materiales publicados en revistas biomédicas y, sobre todo, a través de las opiniones de los diferentes actores sociales que aparecen en los medios, es decir, el sector salud mexicano, el sector salud de varios países y especialmente de los EE.UU., la OMS, la OPS, los salubristas críticos que reconocen la existencia del problema, los salubristas que consideran que es un problema inventado, la industria químico-farmacéutica, complicada con ese posible “inventado”, y otros actores sociales, incluyendo al gobierno mexicano.

Dado el tipo de material periodístico y de las revistas biomédicas que hemos consultado, podemos establecer dos grupos de actores sociales a través de los cuales observar los presupuestos con que enfrentaron, explicaron, criticaron o defendieron lo actuado por el sector salud. Por lo tanto, distingo un grupo constituido por los que tuvieron a su cargo el enfrentamiento y la solución del problema y que llamaré *sector salud*, y otro constituido por los que cuestionaron algunos aspectos o desconfiaron en forma radical no solo sobre lo que se hizo, sino de la existencia misma del problema, y que denominaré *críticos* (b).

En el caso de la racionalidad con que actuó el sector salud oficial y, especialmente, el área preventivista, debemos colocar en primer plano toda una serie de presupuestos que operan en su sistema de representaciones y prácticas técnicas que, en su mayoría –y lo subrayo–, no aparecen

como certidumbres sino como posibilidades, pero asumiendo que los presupuestos teóricos y empíricos que enumeraremos están en la base de las acciones emprendidas por la Secretaría de Salud de México.

Desde por lo menos la década de 1980, las enfermedades infectocontagiosas han cobrado un nuevo protagonismo, y no solo en el mundo periférico, donde siempre lo han tenido, sino también en el mundo desarrollado, en primer lugar a través del VIH-sida, y más recientemente con la fuerte reaparición de las enfermedades de transmisión sexual y de la tuberculosis broncopulmonar. Más aún, a principios del año 2000, la OMS alertó sobre el futuro peligro de alrededor de treinta nuevas enfermedades infectocontagiosas que podían desarrollarse a nivel mundial, lo cual comenzó a ser corroborado en 2002 y 2003 con la aparición del Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS), y entre 2003 y 2005 cuando la gripe aviar se convirtió en la principal preocupación mundial. Pero además asistimos en varios contextos a la reaparición del cólera y la fiebre amarilla, y a una notable expansión del dengue, incluido el dengue hemorrágico. El futuro aparece muy preocupante para los epidemiólogos, dado que el recalentamiento global puede intensificar estas reapariciones y expansiones.

A su vez, en el caso de la influenza, se reconoce que “es la más común de las infecciones virales respiratorias en humanos [...] es el más patógeno de los virus respiratorios, por lo que representa un gran problema de salud pública” (2 p.196). Se asume también que las nuevas cepas serán más mortales y resistentes; que es difícil predecir cuándo ocurrirá la nueva pandemia ya que “una vez iniciadas las pandemias de influenza, la historia ha demostrado que resultan ser incontenibles” (3 p.294). Por eso, posiblemente el principal presupuesto está en la expectativa epidemiológica de que en algún momento –aunque no sabemos con precisión cuándo será– va a generarse una gran pandemia letal, que tiene como referencia histórica la llamada “gripe española”, pero que se realimenta de procesos más recientes, como los señalados. Y así, en varias noticias de los periódicos analizados, se señala respecto de la influenza A (H1N1) que “cuando surgió esta nueva cepa [...] en la primavera, los expertos temían que pudiera seguir el patrón de la gripe de 1918, la

epidemia más letal del mundo. Esa cepa también apareció en primavera como un virus relativamente leve, pero resurgió de una forma más violenta en otoño” (4). Incluso se sostiene que dicha pandemia, que “causó la muerte de decenas de millones de personas, comenzó leve y regresó en seis meses en una forma mucho más mortal” (5). Pero además se señala que la aparición del nuevo virus “se dio justo en el momento en que los científicos dirigían una mirada recelosa a los cambios de comportamiento observados en otro virus, la cepa de influenza aviar A (H5N1) en Egipto” (6), por lo que la emergencia de la influenza A (H1N1), no solo sorprendió al sector salud mexicano sino a los principales especialistas internacionales.

Por lo tanto, esta apreciación periódica expresaba no solo la visión de los medios, sino lo que los especialistas mexicanos y de otros países esperaban y siguen esperando (7-16): “Recientemente el Dr. Lee Jong-Wook advirtió a todos los Ministros de Salud de las Américas reunidos en Washington DC, acerca del riesgo de una amenaza de consecuencias sanitarias sociales y económicas incalculables. No tomar en serio la amenaza (de la posible pandemia) y no prepararse apropiadamente, tendrá consecuencias catastróficas”. Y es por ello que “las autoridades de la OPS/OMS han urgido a los países de la región a que se preparen para la posible emergencia frente a una nueva cepa de la gripe capaz de crear una pandemia” (17 p.1). Mientras que uno de los principales especialistas mexicanos sostenía un año antes del brote de la influenza A (H1N1), que: “Los escenarios aquí mostrados y las recomendaciones internacionales no dejan lugar a duda de que debemos seguir preparándonos para hacer frente a la siguiente pandemia [...] Taubenberger ha señalado en diversos foros que el reloj de la pandemia está corriendo pero nadie sabe qué hora marca; no se puede perder tiempo ante esta incertidumbre, ante la certeza de que ocurrirá” (18 p.290). Más aún, desencadenada la epidemia por la nueva influenza, y pese a observar una baja letalidad, los especialistas mexicanos concluyeron que “permanece aún latente el riesgo de desarrollo de una pandemia por el virus de influenza aviar. Probablemente esta pandemia [A (H1N1)] nos está sirviendo como una simulación o un ensayo para una pandemia por un virus más letal” (19 p.73).

Entre 2010 y 2013 la prensa y los especialistas siguieron informando e investigando las posibilidades de una grave pandemia que, durante 2012 y 2013, se planteaba respecto de la influenza A-H7N9 y del *Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus* (MERS-CoV). Los efectos del cambio climático preocupan cada vez más como posible causal de pandemias, y se asume que para el mundo periférico, y sobre todo para África, si bien puede estimarse lo que puede llegar a ocurrir, no obstante no se sabe bien cómo enfrentarlo.

Ahora bien, es importante documentar que cuando en México aparecieron cuadros respiratorios “anormales” durante marzo de 2009, la Secretaría de Salud estaba consciente de que “en el caso de ocurrir una pandemia de influenza, el 25 por ciento de la población podría resultar afectada, principalmente en los países en desarrollo cuyos sistemas de salud todavía son deficientes” (20). Incluso, unos días antes de declarar la epidemia, el secretario de Salud sostuvo que una epidemia de influenza “podría ocasionar en solo dos o tres meses hasta un millón de muertes, por lo cual hay que estar preparados” (21).

Es en función de estos presupuestos “que México empezó a prepararse para una eventual pandemia en 2003, con un plan de respuesta y una reserva estratégica de medicamentos, entre otras acciones” (22). Esto fue notificado por la prensa desde sus inicios y, a principios de noviembre de 2005, el secretario de Salud “informó que en fecha reciente se le presentó al presidente el Plan Nacional de preparación y respuesta ante una pandemia de influenza” (23); lo cual fue reafirmado a principios del sexenio siguiente por el nuevo presidente al sostener que “México ya está preparado para enfrentar una pandemia de influenza” (24), como así también por el nuevo secretario de Salud, quien a fines de diciembre de dicho año afirmó que “México está preparado en caso de que surja algún brote epidémico de influenza” (25). Lo cual reiteró en marzo de 2009 al señalar que “México está comprometido con la OMS para que a más tardar en 72 horas después de cualquier caso de fiebre de origen desconocido, el sistema nacional de salud pueda dar información del caso, y tomar las medidas que sean necesarias para evitar daños a la salud” (20), ya que desde 2007 todos los países miembros de la OMS decidieron que cualquier nueva enfermedad

que pueda expandirse a nivel mundial debe ser notificada de inmediato a dicho organismo internacional. Es decir, que las autoridades políticas y técnicas mexicanas estaban de acuerdo con las disposiciones de la OMS, y sostenían además que México estaba preparado para enfrentar una epidemia sumamente anunciada.

Los epidemiólogos manejan además supuestos técnicos referidos a la época del año en que incide la influenza, así como que toda epidemia de influenza se caracteriza por una serie de oleadas que serán cada vez más graves. Y fue, en parte, este último presupuesto el que fundamentó la continuidad de la aplicación de medidas preventivas, pese al descenso de casos que se estaba observando durante junio y julio de 2009. En diversos momentos los expertos nacionales y extranjeros predijeron una segunda oleada “más severa que la de los meses pasados, pues el nuevo virus es amenazador e impredecible, advirtió Margaret Chan, directora general de la OMS” (26), mientras un equipo de la Facultad de Ciencias de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) sostuvo que “la epidemia tendrá su mayor repunte entre octubre y noviembre próximos, cuando podría duplicarse el número de casos confirmados de influenza A (H1N1)” (27). Más aún, “según un modelo matemático de la OMS, de convertirse el A (H1N1) en un virus pandémico, el mundo podría enfrentar tres oleadas de influenza afectando más a los países menos desarrollados y peor equipados. El impacto de tal pandemia sería variable dado que un virus que solo causa una enfermedad leve en algunos países con sistemas de salud fuertes, puede volverse devastador en aquellos con instituciones sanitarias débiles y falta de fármacos” (5); consecuencias que son corroboradas por expertos mexicanos: “La experiencia de las pandemias anteriores nos ha enseñado que las segundas oleadas pueden ser peores que las primeras causando más muertos debido a una mayor adaptación del virus a crecer eficientemente en humanos, y a la posible adquisición de una mayor virulencia por mutaciones generadas durante su replicación en humanos” (28 p.23).

El peligro potencial del nuevo virus reside en que, por una parte, se desconocen varias de sus principales características mientras que, por otra, se reconoce la gran transmisividad de la influenza porcina, y que la misma se contagia de

persona a persona. Pero además, “la inquietud de la OMS y de los expertos consultados está fundamentada en que el virus en cuestión, identificado como cepa A (H1N1), presenta características específicas inéditas [...] con una mutación de genes no encontrados antes” (29); lo que constituye un hecho inicialmente decisivo, porque la nueva influenza no puede ser diferenciada en términos clínicos de la influenza estacional. Además, los virus de la influenza tienen ciertas características que preocupan fuertemente a los especialistas, como el hecho de que aproximadamente cada diez años aparezca “un mutante más agresivo y según las condiciones, se pueden generar brotes epidémicos, epidemias locales o amenazas de pandemia como la que hoy vivimos” (30). Más aún “los virus de influenza mutan constantemente y de forma impredecible, por lo cual no se puede descartar que surja un virus más virulento y potencialmente resistente a los antibióticos”, sostuvo una especialista de la OMS (5). Incluso “tenemos todos los motivos para temer una interacción del nuevo (virus) H1N1 con otros virus explicó M. Chan, directora de la OMS. No tenemos que olvidarnos jamás de que el H5N1 está instalado en varios países, y nadie puede decir cómo el virus de la gripe aviar se va a comportar en presencia de un número importante de personas contaminadas por el H1N1, añadió Chan” (31).

Ahora bien, los especialistas saben que mientras las gripes tipo B y C están bastante estabilizadas y es difícil que generen una pandemia mortal, las influencias de tipo A pueden llegar a producir una catástrofe demográfica. Los virus de influenza tipo A “son los responsables de la mayoría de las epidemias, y los únicos con la posibilidad de generar pandemias” (32). Es un tipo de virus que se caracteriza por su permanente cambio, sus genes se recombinan constantemente, y “aproximadamente en cada generación humana, una versión de la gripe A arraigada en aves o en cerdos combina sus genes con un tipo humano de gripe o adquiere mutaciones que le permiten saltar las barreras entre especies” (8 p.25). Según la Secretaría de Salud, el nuevo virus resultó un “cóctel biológico” cuya combinación de material genético nunca había sido reportado entre los virus de influenza conocidos en EE.UU. ni en ninguna otra parte del mundo. “La nueva variante viral, ahora conocida como influenza A (H1N1) 2009,

se asoció de manera inmediata con una serie de casos severos de neumonía atípica que se presentaban en nuestro país desde el mes de marzo, lo que llevó a la declaración de emergencia nacional el 23 de abril" (33 p.10). Si bien posteriormente se observó la baja letalidad de este nuevo virus, la alerta prosiguió durante varios meses –entre otras razones– dada la rapidez con que se expandía, ya que mientras en las epidemias previas de 1918 y 1976 el virus había tardado más de seis meses en difundirse, este lo había hecho en solo un mes y medio, lo que acentuó aún más la preocupación de los epidemiólogos.

Ciertas características del nuevo virus cuestionaron las expectativas salubristas, ya que no se esperaba que el nuevo virus surgiera en los meses en que apareció: "Por ello debieron pasar semanas antes que los médicos, epidemiólogos y algunos sistemas de vigilancia epidemiológicos detectaran un comportamiento anormal en el número y gravedad de las enfermedades respiratorias agudas" (33 p.15). Tampoco se esperaba que la mayor incidencia se diera en jóvenes y adultos jóvenes dado que, para los epidemiólogos y los clínicos, "la población más vulnerable con respecto de la influenza son los menores de 5 años y los mayores de 65" (34). Este presupuesto es tan fuerte que los más afectados durante todo el lapso en que duró la alerta pandémica nunca fueron considerados como grupo de riesgo, sino que siguieron siéndolo solo los ya establecidos por los presupuestos empíricos del sector salud.

Por otra parte, la Secretaría de Salud no esperaba que la epidemia surgiera en México. También incidió el hecho de que durante las primeras semanas, y pese a la fuerte presencia del virus en países como EE.UU., parecía que solo estaban muriendo mexicanos. Además, como ya lo señalamos, la OMS, la OPS, los centros de investigación especializados a nivel mundial, y no solo los especialistas mexicanos, esperaban una epidemia de gripe aviar en lugar de la influenza A (H1N1), lo cual generó inicialmente desconcierto e incertidumbre: "Siempre se pensó que el origen de la pandemia sería a partir de un nuevo virus humano de origen aviar, y que este partiría del continente asiático, toda vez que estaba siendo afectado por la cepa A (H5N1) de la influenza aviar que ya había infectado a más de 450 personas y tiene una letalidad superior al 60%. No obstante,

si bien los expertos mundiales tenían esta expectativa, nunca se descartó la posibilidad de que la nueva pandemia podía surgir de otras cepas, como fue el caso de A (H1N1)" (33,35 p.158).

Considero que –por lo menos una parte– de los comentarios realizados por intelectuales y profesionales en la prensa mexicana (c) parecen considerar al saber médico y al sector salud en particular como una especie de sempiternos conspiradores, o como si dicho sector y las Ciencias Médicas tuvieran, o debieran tener, una certeza científica casi total, cuando lo que domina tanto a nivel clínico como epidemiológico, sobre todo ante eventos críticos como la nueva influenza, es la incertidumbre: "En el estudio de la emergencia o reemergencia de las enfermedades existe siempre un factor de incertidumbre, ocasionado principalmente por la participación del azar en los cambios adaptativos de los agentes infecciosos. Actualmente se mantiene la pregunta sobre la posibilidad de que el A (H1N1) se vuelva más virulento, tal como ocurrió con las olas subsecuentes de la pandemia de 1918" (36 p.439).

Como sabemos, no solo el azar tiene que ver con esta incertidumbre, sino también el propio saber médico, las características de las instituciones biomédicas, y los procesos económico-políticos e ideológicos dentro de los cuales surge la epidemia y operan las instituciones médicas (37,38). De allí que el sector salud sabe de las dificultades del saber médico para la detección e identificación clínica de la nueva influenza, pero además los especialistas saben de las limitaciones que tienen las medidas preventivas a aplicar, sobre todo cuando no contamos con una vacuna específica: "Las medidas de aislamiento social tendrán una eficacia limitada para detener las infecciones humanas, una vez que se haya iniciado la pandemia" (39 p.9). Si bien la higiene personal puede ser importante para reducir la propagación de las influencias "no se sabe hasta qué punto serán útiles para frenar la propagación en caso de pandemia" (39 p.9). Por otra parte, los epidemiólogos siguen discutiendo sobre la utilidad o no de aplicar cuarentenas, ya que si bien fueron utilizadas con éxito en varios países para "frenar la expansión del SARS", sin embargo, algunos especialistas sostienen que "no queda claro qué tan útiles resulten ser en la batalla contra la gripe porcina [...] ya que en el caso de China 'hay bastante controversia respecto a si esos

métodos sirvieron', dice Dick Thompson vocero de la OMS" (40).

Un factor casi determinante de las formas en que la Secretaría de Salud y la OMS enfrentaron la epidemia fue el hecho de que al ser un virus nuevo no se contaba con la estrategia preventivista considerada más eficaz, es decir, se carecía inicialmente de una vacuna específica: "Los expertos tienen la certeza de que la pandemia de influenza surgirá cualquier día, el problema es que solo hasta entonces, cuando se conozca el tipo de virus causante de la enfermedad, se podrá desarrollar una vacuna" (41). Dado que se calculaba que la vacuna solo se produciría luego de unos seis meses de haberse desatado la pandemia, dicha carencia incrementó la preocupación por los efectos de la nueva influenza. Pero además, el sector salud sabe, y no ignora, las posibles consecuencias de la aplicación de las vacunas, especialmente la aparición del síndrome de Guillain-Barré, y tampoco desconoce que, cuando esté lista la vacuna será distribuida en términos desiguales entre países ricos y pobres, ya que "las naciones más ricas del mundo dominan los suministros de las vacunas" (42 p.122).

Y esto lo saben la OMS, la OPS y también el sector salud mexicano: "Desgraciadamente pocos países cuentan con la capacidad farmacéutica industrial para la manufactura de esta nueva vacuna a la escala que se requiere" (43 p.476). Este autor señala que las compañías productoras tienen compromisos y contratos con sus propios países, y luego con los demás. De hecho, las autoridades mexicanas tenían la expectativa de obtener la vacuna antes del comienzo de la temporada invernal 2009-2010, lo cual no se logró.

El sector salud parte del supuesto de que las vacunas deben ser aplicadas a los grupos considerados de riesgo, entre los cuales aparece en primer lugar el personal de salud, y ello por dos razones básicas: el personal de salud que contrae el padecimiento puede transmitir la enfermedad a pacientes y especialmente a los grupos más vulnerables; pero además, la nueva influenza puede generar discapacidad, ausentismo y contagio a compañeros de trabajo. Por lo cual, como veremos más adelante, fue notable el porcentaje del personal de salud que rechazó vacunarse.

Mientras no tengamos una vacuna específica, el sector salud parte del supuesto de que, por lo

menos, tenemos algunos antivirales que han demostrado eficacia. Estudios publicados en *Nature* (44) y en *Science* (45) "sugieren que el envío rápido de antivirales eficaces a la región en la que aparece por primera vez una cepa pandémica, acompañada de ciertas medidas de salud pública, tal vez permitan contener la epidemia antes de que se propague a todo el mundo" (39,46). Por lo cual la OMS recomendó a los países que tienen capacidad económica que tengan una reserva de antivirales, y lo siguió recomendando en 2012 y 2013 ante las nuevas amenazas virales.

Pero además, los salubristas también saben que la capacidad de respuesta ante un nuevo virus pandémico es reducida, no solo porque no se cuenta todavía con una vacuna específica y la eficacia de los antivirales es limitada, sino porque no existe capacidad de atención e internación ante una epidemia: "Aquí la conclusión es contundente: no hay país en el mundo con la infraestructura hospitalaria y el personal necesario para atender la cantidad de casos de influenza que pudieran presentarse" (14 p.472, 18). Pero también saben que las inversiones económicas del sector salud mexicano no están dirigidas al primer nivel de atención ni a las enfermedades infectocontagiosas, incluidas las influencias, sino hacia el tercer nivel de atención y hacia las enfermedades crónico-degenerativas.

Todos los hechos y supuestos enumerados motivaron la movilización de la OMS y de la Secretaría de Salud y condujeron a que se tomaran medidas inmediatas, dado que "la rapidez es importante [...] el tiempo apremia, porque la enfermedad se extiende geográficamente con tres focos diferentes en México" (29). Por eso es decisivo detectar tempranamente los casos y actuar de inmediato por razones curativas y preventivas, ya que según el director del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CEVANECE) quienes reciben tratamiento durante las primeras 48 horas tienen mejor pronóstico para curarse. Y según la directora de la OMS, la reducción del impacto de la nueva influenza "Dependerá de que detectemos rápidamente un brote de transmisión humano y actuemos rápidamente" (39,46). Por lo cual, uno de los supuestos básicos es que "hay que actuar", más allá de que el sector salud cuente con los saberes y medios necesarios:

...tenemos que aprender a enfrentar esos riesgos con lo mucho que ignoramos [...] Ello implica la necesidad de tomar decisiones con conocimientos e incertidumbres de orden científico, tecnológico y político. Por eso se ha venido planteando desde hace años en ética ambiental la necesidad de aplicar el principio de precaución, que señala que la ausencia de certezas y comprobaciones científicas sobre riesgos considerables a la salud o al ambiente, no debe ser obstáculo para poner en marcha acciones precautorias que reduzcan los riesgos y eviten posibles consecuencias catastróficas. En este sentido, las medidas precautorias que se tomaron en México ante la epidemia [...] estuvieron a la altura de las circunstancias, mientras lo que prevalecía era la incertidumbre. (47 p.205-206)

Gran parte de estos presupuestos y de las acciones que implicaron, nos conducen a asumir que no solo las posibilidades sino también las dudas e incertidumbres son parte de todo proceso de investigación/acción. Las dudas y las incertidumbres son inherentes a las acciones científicas y técnicas, máxime cuando son aplicadas a procesos inmediatos y potencialmente peligrosos. Más aún, el saber epidemiológico duda sobre cuál será la trayectoria del nuevo virus, es decir, si generará una catástrofe demográfica o pasará a convertirse en otro virus estacional con baja letalidad. Y es en función de esas dudas que se pueden llegar a tomar medidas equivocadas: "En 1976, tras un pequeño brote de influenza porcina en Fort Dix, en Nueva Jersey, los funcionarios de salud pública de EE.UU. persuadieron al presidente Gerald R. Ford y al Congreso a realizar una campaña nacional de vacunación que terminó siendo el blanco de críticas generalizadas. Sin embargo, 60 años antes, un virus de influenza que aparentemente comenzó con un brote moderado en primavera regresó meses después a causar estragos", y el autor se pregunta "¿qué modelo seguirá el virus de la influenza A (H1N1)? Lo único que pueden hacer los científicos es esperar lo mejor, y prepararse para lo peor" (6). Y esto lo sabían y lo saben los salubristas que enfrentaron la nueva epidemia.

Los presupuestos técnico-científicos no solo son presupuestos teóricos sino que son guías para la acción, constituyendo sistemas de expectativas

que, además, están sometidos a las evaluaciones y presiones que el poder político y los empresarios ejercen sobre las "decisiones" del sector salud. Lo que en parte explica, por qué las autoridades de la Secretaría de Salud, pese a asumir la posible existencia de un nuevo virus potencialmente letal, decidieron demorar —aunque por poco tiempo— la comunicación nacional e internacional de que estábamos ante una epidemia generada por una nueva influenza. Lo cual, como sabemos, ya había ocurrido en países asiáticos con el SARS y con la gripe aviar.

Junto con estos presupuestos técnicos, existen toda otra serie de presupuestos ideológicos saturados de saberes técnicos, que aparecen como decisivos, y de los cuales los más significativos, para mí, refieren a las "ideas y creencias" que el sector salud y la biomedicina suelen tener sobre la población, ya que evidencian desconfianza respecto de las formas en que los sujetos actúan, sobre todo en términos de prevención de las enfermedades que los amenazan y/o sufren. Más aún, consideran que la población es reacia a la prevención, que no consulta o consulta tardíamente al médico, aun padeciendo enfermedades graves (48 p.81), y que además tiende a automedicarse. Así, por ejemplo, el secretario de Salud sostenía: "antes del 17 de abril, cuando se informó del crecimiento inusual en el número de casos de influenza, los pacientes llegaban a los hospitales después de 7 a 9 días de estar enfermos y con cuadros muy graves de neumonía. Después de esa fecha, los afectados empezaron a llegar a las 36 horas de aparición de los malestares", y agregaba: "Esta tardanza explica la elevada cifra de muertes en las edades de 20 a 39 años, a lo que se suma que generalmente este sector de la población tiende a la automedicación con productos que solo deberían ingerirse por prescripción médica" (49).

Incluso, el sector salud parte de la base de que la gente puede tener información correcta respecto de la influenza o del "embarazo no deseado", pero sin que una parte, por lo menos, de los denominados "grupos de riesgo", se prevengan. Más aún, supone que la población, cuando observa que no hay peligro evidente, tiende a relajar sus comportamientos preventivos y que, además, considera a la influenza como un padecimiento cíclico de tipo leve, respecto del cual, como ya lo señalamos, tiende a automedicarse. El nombre

influenza evoca en la población un padecimiento que año a año regresa, y cuya peligrosidad no tiene nada que ver con problemas realmente graves como el VIH-sida, diabetes o cánceres. Para la población es una "gripe" más, de la cual conoce los síntomas y sabe que el efecto de las influencias solo dura unos días y que hay vacunas. Sabe también que puede haber "complicaciones" y que incluso puede generar muertes. Y esto lo sabe por experiencia, ya que la mayoría de los niños padecen influenza. La población mexicana tiene, en términos de van Dijk (50), un "esquema informativo" respecto de las causas, de los síntomas, de la gravedad, de la duración, de lo que hay que hacer en términos de automedicación y de prevención, y es con estos saberes colectivos que el sector salud tiene que trabajar. Para la población, la influenza no es un padecimiento ni "raro" ni anormal, por lo cual el sector salud, para poder incidir, necesita transformarlo en un padecimiento grave, diferente, "anormal", tratando de generar nociones de riesgo y de peligro. Necesita, por lo tanto, alamar, porque además la nueva influenza no emergió dentro de un vacío mediático, dado que en 2003 y 2005 la población ya había sido alertada de posibles graves pandemias, pero sin que estas tuvieran impacto en México.

Pero el sector salud también sabe que diferentes sectores sociales pueden oponerse a las medidas preventivas que aplicará para enfrentar la pandemia: "Uno de los principales obstáculos enfrentados ante una pandemia de influenza es la resistencia de las autoridades de algunos sectores gubernamentales, así como de otros niveles organizativos" (15 p.79). Toda epidemia tendrá casi con seguridad consecuencias económicas, por lo cual ciertos sectores del gobierno y de empresas privadas pueden "resistirse" a aplicar determinadas medidas de prevención; y el sector salud sabe además que opositores políticos, intelectuales críticos y sectores alternativos criticarán e incluso se opondrán a muchas de sus acciones, como de hecho ocurrió.

Por último, debemos incluir los presupuestos que el sector salud maneja respecto de los medios, y del "alarmismo" del que fue constantemente acusado. Por lo tanto, necesitamos asumir lo que casi todo el mundo reconoce pero que una parte de los críticos no parece asumir en este caso, y me refiero al hecho de que la población está cada vez más bombardeada por una constante masa de

información que recibe de diferentes medios, ya sean los tradicionales referidos a la comunicación boca a boca; los "modernos" como prensa, radio y televisión, y los posmodernos constituidos por Internet y los teléfonos "inteligentes" cada vez más sofisticados. Y todo ello junto con la presencia de información mientras caminamos por las calles, viajamos en transportes colectivos o en nuestros propios autos. Dicha exposición a la información exige que si una noticia necesita estar "presente" e imponerse por razones de mercado o por razones de prevención de la nueva influenza, requiere desarrollar campañas que incluyan no solo el alarmismo –o sus variantes mediáticas– sino otros mecanismos mediáticos para llamar la atención, sobre todo si los mensajes deben llegar al máximo de población posible y en forma casi inmediata.

El sector salud oficial necesita, por lo tanto, involucrar a los medios para la difusión de sus objetivos, y no solo ante situaciones epidémicas. Trata de utilizar los medios aun sabiendo que estos pueden modificar y sesgar la información técnico-científica entregada, pero privilegiando frente a esto las posibilidades de difusión mediática. En el caso de las epidemias, el sector salud trata de lograr en forma inmediata el mayor uso posible de los medios de comunicación masiva, dado que son –según los especialistas– la principal vía de difusión de la información. Y es también lo que hizo el sector salud mexicano, sobre todo durante las cuatro primeras semanas.

Dicho uso de los medios debe servir incluso como mecanismo para incidir en las decisiones políticas del Poder Ejecutivo, que tienen que ver no solo con el reconocimiento y la acción sobre el problema que se está enfrentando, sino con la posibilidad de derivar hacia el sector salud recursos humanos y financieros que posibiliten realmente actuar sobre este problema. Obviamente, dichas estrategias de relación con los medios no solo son impulsadas por el sector salud oficial, sino por otros actores sociales y, especialmente, por las denominadas organizaciones no gubernamentales (ONG). La principal estrategia mediática "consiste en mantener una relación personalizada y permanente con los medios, de tal manera que reciban y difundan la información producida por las instituciones, y en segundo término que los medios no critiquen –o critiquen lo menos posible– las propuestas y acciones de estas instituciones" (38 p.61,51) (d).

Por lo tanto, el sector salud reconoce la importancia de los medios para difundir la información que le interesa diseminar, pero además aprendió que Internet puede no solo difundir en forma inmediata –como nunca hasta ahora– la información que le interesa, sino también los ocultamientos, las deformaciones y los errores que comete; es decir que actualmente los sujetos y grupos pueden enterarse en forma pública y casi al instante de lo que está haciendo, por ejemplo, el sector salud con la nueva influenza; por lo cual, dicho sector está casi obligado a no mentir, a reconocer sus errores, a tener una mayor transparencia en la comunicación, lo cual constituye un presupuesto reciente respecto de sus formas de actuar. Como reconoce un reciente análisis, las últimas epidemias han permitido observar el sistemático ocultamiento de datos por los gobiernos de los países, pese a los acuerdos internacionales de transparencia, pero “desde el brote de SARS en 2003, el mundo ha sido testigo de importantes avances en materia de transparencia y notificación rápida” (53); y esto, el sector salud mexicano, lo sabe.

Y hay dos últimos presupuestos más o menos obvios. Según el primero, para el sector salud, la conducción, solución o por lo menos el amortiguamiento del problema está básicamente en los saberes e instituciones biomédicos: si bien reconoce la importancia de los procesos y actores económicos y políticos, considera que, haya o no recursos suficientes, es la biomedicina la que puede intervenir con mayor eficacia. Y, el segundo, que el sector salud actuó así porque estaba planificado a nivel de la OMS, de la OPS y del propio sector salud mexicano, ya que como respuesta a la influenza aviar de 2003, la OMS desde 2005 estableció reglas y preparó documentos para orientar las actividades a realizar frente a una pandemia de influenza (e).

En síntesis, debemos asumir que el sector salud mexicano y sus funcionarios y técnicos manejaron, en la mayoría de los casos en forma consciente e intencional, una serie de presupuestos técnicos e ideológicos que aplicaron en forma sistemática, incluyendo sesgos, errores y aciertos, pero a partir de considerar la nueva influenza como un fuerte riesgo frente al cual, pese a las dudas e incertidumbres, *debían* actuar. Considero que, a partir de los presupuestos enumerados, no solo se puede dar respuesta a varias

de las preguntas formuladas sino que, sobre todo, podemos observar la racionalidad con que actuó el sector salud, más allá de los aciertos y errores cometidos.

PRESUPUESTOS Y CERTEZAS DE LOS CRÍTICOS

Podemos observar una segunda tendencia sobre la actuación del sector salud, que voy a desarrollar más escuetamente, debido a que la mayoría de sus presupuestos técnicos son compartidos con matices por los críticos. Es decir, los críticos, sobre todo si pertenecen al campo biomédico, tienen similares presupuestos técnicos respecto de una futura pandemia catastrófica que se supone será de gripe aviar, así como sobre las características de las influencias de tipo A, la carencia de una vacuna específica, la necesidad de medidas de “aislamiento” y de higiene o sobre el papel de los antivirales. Por lo cual me concentraré en los presupuestos diferenciales que esta tendencia maneja (f).

Esta segunda tendencia está dominada por la desconfianza y la duda sobre cómo actuó no solo el sector salud mexicano, sino también la OMS, cuestionando el alarmismo innecesario y las consecuencias generadas por las recomendaciones e intervenciones preventivas. Varios articulistas preguntan ¿por qué insisten en ultradimensionar la epidemia?, ¿por qué asustaron a la población?, ¿por qué se siguen aplicando medidas lesivas para la economía, cuando ya se sabe le levedad de la nueva influenza?, y por supuesto ¿por qué se mueren más los mexicanos?, interrogante que además no solo se formuló al principio de la epidemia, sino que reapareció durante el brote ocurrido en 2011-2012.

Subrayemos que estos interrogantes y gran parte de las críticas tienen que ver no solo con la existencia de datos empíricos, sino con los presupuestos técnico-científicos e ideológico-políticos que manejan quienes cuestionan lo actuado por el sector salud, el gobierno de México y la OMS. Es decir, en estas tendencias existe una fuerte desconfianza sobre las capacidades técnicas de los funcionarios que dirigen las políticas de salud, que se expresó, por ejemplo, a través de las

consideraciones despectivas hechas por el rector de la UNAM respecto del secretario de Salud, al que irónicamente acusó de practicar una suerte de medicina mágica (g), crítica que se mantuvo aun después de concluida la epidemia. Así, al analizar el rebrote de influenza A (H1N1) que emergió en el invierno 2011/2012 y que implicó un alto número de casos, un comentarista señalaba: "Las autoridades sanitarias guardan silencio, mientras cada semana crece el número de enfermos graves y muertes", y agrega que la Secretaría de Salud propone como posible explicación el hecho de que el 89% de los fallecidos no estaban vacunados:

Si esto es así ¿de qué ha servido la compra masiva de estos biológicos, si en tres años no se aplican de forma suficiente? ¿Acaso se reconoce que las campañas de vacunación son un fracaso? [...] En mi opinión, la hipótesis de la vacuna no es suficiente, pues hay naciones con sistemas de salud mucho más débiles que el de México, que no tienen una presencia tan marcada del A (H1N1) [...] Ojalá pronto la Ssa abandone el silencio sobre este tema, tan importante para la salud de los mexicanos. (54)

Estos críticos sostienen que el sector salud, tanto a nivel de la Secretaría de Salud como en los estados, está a cargo de médicos sin formación salubrista y que han sido designados por razones políticas, así como también sostienen que la Escuela de Salud Pública ha dejado de formar salubristas, y se dedica a formar "dizque investigadores".

Domina no solo la desconfianza sino la falta de credibilidad hacia los funcionarios del sector salud y del gobierno en general, por lo cual se parte del supuesto de que el sector no solo informa mal sino que hay ocultamiento de información, sosteniendo que la Secretaría de Salud distribuye información incorrecta con objetivos de manipulación: "Como las autoridades carecen de credibilidad, sus comunicados oficiales incompletos y contradictorios son continuamente confrontados [...] Pese a la cantidad de medios y vehículos transmisores de datos, la sociedad está tan mal informada como hace cincuenta años" (55 p.71) (h).

Diversos autores sostuvieron que la desconfianza y la incredulidad operó en todos los sectores sociales mexicanos: "Existe en México una

cultura popular que no cree en la información gubernamental ni en la ciencia, pero que está dispuesta a aceptar los rumores más inverosímiles" (47 p.212). Pero, y lo recuerdo, las desconfianzas y críticas no solo son dirigidas contra el sector salud mexicano, sino también contra la OMS, a la cual culpan de la inexistencia de una estrategia mundial de enfrentamiento que esté a la altura de los procesos de globalización actuales (8,12), lo cual se habría puesto de manifiesto una vez más con la emergencia de la influenza A (H1N1). Más allá de las críticas que pueden formularse, necesitamos reconocer que la OMS y las oficinas regionales planificaron y aplicaron, en el caso de la influenza A (H1N1), una estrategia mundial de acción. Lo cual, por supuesto, no implica reconocer su eficacia, sino cuestionar la afirmación de carencia de planificación en términos globales.

Se parte del supuesto de que lo que ocurre es debido a que las políticas neoliberales han desmantelado las instituciones del sector salud oficial, especialmente, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); y que se ha reducido la inversión, en particular, en atención primaria. Se atribuye lo ocurrido en gran medida a la descentralización que se aplicó al sector salud desde la gestión del secretario de salud Guillermo Soberón durante la década de 1980, y que fue reforzada por sus sucesores en detrimento de la eficiencia y eficacia de la Secretaría de Salud. Este fuerte presupuesto se habría puesto en evidencia especialmente por la falta de información sobre el número de muertes reportado por varios estados durante las primeras semanas, lo que condujo a la Secretaría de Salud a enviar a reconocidos especialistas para observar lo que estaba ocurriendo, quienes detectaron que solo cuatro de quince estados estudiados estaban cumpliendo con las normas informativas de casos. Los observadores encontraron "que por órdenes de algunos secretarios [de salud] locales y quizás del mismo gobernador, los compiladores de cifras no reportan muertos. 'Que rasuran los casos [...] Los reportes que enviaron los estados responden a los intereses locales. Es infame, y lo peor es que como están descentralizados no rinden cuentas', se queja uno de los doctores enviados que pidió anonimato" (58 p.25). Y agrega: "Los resultados recopilados no sorprendieron a los enviados: son síntomas de la mal instrumentada descentralización del sistema de salud, del que se

desentendió la federación, y cuya operación depende de los gobernadores, a quienes nadie pide cuentas. Ante la crisis [de la influenza] cada uno actuó como quiso” (58 p.25).

Es debido a la descentralización, a las consecuencias de las políticas neoliberales, tanto en el sector salud como a nivel económico-político general; a los efectos de arrastre de situaciones previas, como ha sido el sempiterno escaso presupuesto del sector salud oficial; así como a sus frecuentes subejercicios en algunos rubros claves, que los críticos asumen que el sistema de salud mexicano se caracteriza por su fragilidad y vulnerabilidad: “La emergencia sanitaria por la influenza humana dejó al descubierto la fragilidad del sistema nacional de salud para atender cabalmente la salud de la población. De haber tenido otra envergadura la letalidad del virus, son impensables los costos de vida que hubiera significado” (59 p.1).

Ahora bien, los cuestionamientos más frecuentes apuntan a señalar el efecto distractor que tuvieron en México las acciones contra la nueva influenza, ya que suplantaron en los medios como preocupación central a la información sobre el crimen organizado y sobre las consecuencias de la fuerte crisis económica desatada en México en 2008, y que tendría durante el 2009 los indicadores más negativos en términos económicos y ocupacionales. Toda una serie de crónicas se refieren a este efecto distractor, incluso en términos políticos; crónicas que expresan, en su mayoría, la visión de los cronistas y articulistas, pero que también expresan la opinión de la población. Así, por ejemplo, una mujer de 29 años comunica a uno de los diarios que ella pensaba “que el virus no existía, y que solo se trataba de una distracción política para desviar nuestra atención de las cosas que pasan en el Gobierno”, pero aclarando que “esa percepción cambió” cuando contrajo la influenza A (H1N1), y tuvo que estar varios días internada (60).

Para algunos analistas, este efecto distractor podría estar relacionado con las campañas electorales que se iban a desarrollar justamente durante el primer semestre de 2009, cuando el Instituto Federal Electoral (IFE), y ya no el gobierno, pasó a ser el administrador único de los tiempos de los medios, de tal manera que “con ello, incluso el Gobierno perderá la única herramienta de comunicación con que ha contado” (61). Por lo cual, el gobierno necesitó legitimarse a través de

otras formas para impactar a la opinión pública, lo que habría logrado a través de la nueva influencia. Según encuestas aplicadas por la empresa Parametría, el presidente Calderón tenía en 2009 la aprobación del 74% de los mexicanos, por lo que algunos analistas concluyeron que “es evidente que el manejo de la emergencia sanitaria le otorgó al titular del ejecutivo federal un empujón en su calificación aprobatoria” (62 p.117).

Varios periodistas y salubristas insistieron en el papel del miedo como medio de control de la población, como instrumento para desviar la atención de problemas como la pobreza, la desocupación y la inseguridad, así como para legitimar al gobierno del presidente Calderón, quien “ha utilizado diversas estrategias de comunicación y propaganda con el objetivo de alcanzar el consenso popular necesario para legitimar su llegada al poder; estas estrategias han considerado la utilización de acciones de gobierno de alto impacto, la gestión del pánico moral y el uso de una narrativa del miedo” (62 p.71-72). Incluso una crónica, que reflexiona sobre las constantes amenazas que año tras año nos impone la OMS, la OPS, el sector salud y los medios, propone la existencia de una “industria de las pandemias”. Ahora bien, los usos del miedo como control social constituyen una de las hipótesis manejadas por los científicos sociales que forma parte de los presupuestos de los críticos, aunque lo que habría que demostrar es si realmente hubo miedo en la población.

Además de las críticas al sector salud, a las consecuencias de las políticas neoliberales sobre el sector y a los efectos distractores de las acciones contra la nueva influenza, observamos un cuarto cuestionamiento que tiene que ver con que el incremento de las condiciones de pobreza y de las desigualdades socioeconómicas en México generarían un impacto mayor de la nueva influenza en las tasas de morbilidad y mortalidad de la población de bajos recursos a nivel general, y en los estados más pobres en particular.

Y un quinto tipo de presupuestos refiere a la posibilidad de que las vacunas tengan consecuencias negativas, tanto por lo sucedido con la epidemia de influenza tipo A ocurrida en los EE.UU. en 1976, y que dio lugar a centenares de casos del síndrome de Guillain-Barré, como al supuesto de que toda vacuna tiene que tener un tiempo suficiente para verificar su calidad y eficacia, mientras que la que

se estaba diseñando para enfrentar a la nueva influenza fue realizada "al vapor". Esta desconfianza hacia las consecuencias de la vacunación se evidenció a través del rechazo a vacunarse frente a la nueva influenza, pero no tanto por la población sino por el personal de salud. De la información analizada entre abril y julio de 2009 pero, sobre todo, entre agosto y diciembre de 2009 y durante 2010, 2011 y 2012 surge que, tanto en México como en diferentes países, una parte del personal de salud se negó a vacunarse, primero contra la influenza estacional y, principalmente, contra la influenza A (H1N1) una vez que se dispuso de una vacuna específica, aduciendo diferentes argumentos, entre ellos los efectos secundarios de las vacunas. En el caso de México, las acciones antivacuna no solo fueron importantes sino preocupantes, ya que el secretario de Salud reconoció, en varias ocasiones, que durante la epidemia solo el 60% del personal de salud se vacunó contra la nueva influenza.

La principal razón aducida para no vacunarse fue, como lo señalamos, "el temor a los efectos secundarios", lo cual podemos observar en diversas partes del país: "Al menos 2 mil 500 médicos de Nuevo León rechazan que se les administre la vacuna contra la influenza A (H1N1), al igual que 600 galenos del Hospital Civil Aurelio Valdivieso de la capital de Oaxaca, por temor a efectos secundarios de la inmunización" (63). Se atribuye esta reacción a que se difundieron noticias sobre consecuencias en la salud de algunos facultativos, lo cual fue difundido "por Internet, desde hace ya muchas semanas, tratando de mencionar que la vacuna era peligrosa" (63).

Se dijo, por ejemplo, que la vacuna habría generado en un médico el "síndrome de Guillain-Barré, un trastorno autoinmunitario que origina inflamación, debilidad muscular y parálisis" (63), ante lo cual las autoridades sanitarias declararon que ello era debido a la "información totalmente falsa que personal médico y de enfermería conoció en revistas e Internet" (63). El secretario de Salud señaló posteriormente que "hasta ahora se ha confirmado un solo caso del síndrome de Guillain-Barré asociado a la aplicación de la vacuna, lo cual no es raro, sobre todo si se toma en cuenta que en el país existe el padecimiento con o sin vacunación" (64). Es importante reiterar que, en el material periodístico consultado, la información sobre el rechazo a la vacuna se concentra en el

personal de salud, con muy escasas referencias a negativas por parte de la población.

Ahora bien, el rechazo a vacunarse por el personal de salud en México llama la atención por dos razones: primero, porque encuestas aplicadas a dicho personal indican que tuvieron miedo a contagiarse por la influenza A (H1N1) (58,65); y segundo, porque si bien la razón de no vacunarse aparece atribuida por la Secretaría de Salud (33) al efecto de los rumores por Internet, ocurre que incluso el personal de alto nivel educativo decidió no vacunarse, según señalan más o menos asombrados algunos especialistas. Y así, por ejemplo, en uno de los más importantes centros de atención e investigación biomédicos de México —el Instituto Nacional de la Nutrición— "no resultó fácil que se vacunara el personal de salud, pues los rumores infundieron temor incluso en personal de alto nivel de educación formal. Y a pesar de campañas de información y difusión sobre seguridad, no se logró incrementar la tasa de vacunación" (3 p.295).

Si bien el rechazo a la vacuna se generó sobre todo a través de Internet (i), el secretario de Salud consideraba: "hemos podido contrarrestarlo bien. Hicimos una encuesta que dijo que el 86% de las personas tenía confianza en la vacuna". Y reiteró sobre la calidad del antígeno: "Hasta ahora se han reportado 169 reacciones adversas, de las que 101 correspondieron a la vacuna contra la nueva gripe y ninguna ha sido grave" (66). No obstante, la desconfianza continuó durante los primeros meses de 2010, y se expresó a través de un senador del Partido de la Revolución Democrática (PRD) miembro de la Comisión de Salud del Senado de la República, quien dijo: "que él no se aplicó la vacuna contra la influenza A (H1N1) porque no confía en ella, como tampoco lo hacen los mexicanos" (66).

Considero importante subrayar que parte del personal de salud no solo se negó a vacunarse en México, sino también en EE.UU., España, Alemania y en otros países europeos y de América Latina, lo cual implica asumir la desconfianza del personal encargado de llevar a cabo las acciones preventivas específicas. En el caso de España, entre el 60% y el 70% del personal de salud no se vacunó, lo que condujo a que las autoridades sanitarias españolas plantearan, en septiembre de 2011, aplicar sanciones económicas a los profesionales sanitarios que no se estaban vacunando contra la nueva influenza.

Las razones aducidas para no vacunarse no son recientes, sino bastante antiguas, dando lugar en varios países a un verdadero movimiento médico y popular contra las vacunas (67). Esto tuvo un momento de fugaz presencia en los medios mexicanos a través de la difusión de un video elaborado por la médica y monja benedictina Teresa Forcades, quien “cuestiona la eficacia y seguridad de la vacuna e invita a la gente a rechazarla” (68), según un balance hecho dos años después del impacto de la epidemia, y que recuerda que la tesis de Forcades “levantó polémica entre epidemiólogos y virólogos” y señala que “la monja tuvo su momento de gloria al clausurar a finales de noviembre de 2009 en Barcelona el segundo Congreso de Ciencia y Espíritu. El Congreso reunió lo mismo a los partidarios de las teorías de la conspiración, místicos, estudiosos de la Biblia de la era cuántica, que a visionarios de espíritus de la naturaleza y maestros extraterrestres” (68).

Como vemos, en esta crónica Forcades *deja* de ser médica y es interpelada como monja, connotando sus orientaciones místico-paranoicas. Pero más allá de estas descalificadoras referencias, lo que me interesa subrayar es que no solo el rechazo sino el cuestionamiento técnico y económico-político a vacunarse forma parte de los presupuestos de un importante sector de los intelectuales críticos, así como del personal de salud crítico y no crítico.

Considero que la mayoría de los presupuestos de los críticos –por lo menos en los materiales periodísticos y biomédicos consultados– operaron respecto de los aspectos señalados, aunque reconociendo que también los encontramos respecto de otros procesos, pero con una menor representación, tanto en la prensa como en las revistas biomédicas. Uno de ellos refiere al posible origen del virus en las nuevas formas de producción de carne de cerdo, lo cual aparece refrendado; en primer lugar, porque el primer caso confirmado en México se detectó en un pueblo cercano a uno de los principales complejos productivos de cerdo localizado en Perote (Veracruz) –las Granjas Carroll– y, además, porque desde 2007 vecinos de comunidades de Perote venían denunciando la contaminación generada por dichas granjas, y dando lugar a estudios que mostraban el incremento de enfermedades respiratorias agudas en la población. Dentro del campo epidemiológico

se venía señalando que estas nuevas formas de producción, especialmente de aves y de cerdos, generaban un campo propicio para la emergencia de nuevas enfermedades, lo cual pocos años antes había sido propuesto como una de las posibles causales de la epidemia de gripe aviar.

Según algunos críticos, estudios realizados entre 1976 y 1989 demostraron que los cerdos de EE.UU. estaban frecuentemente infectados por virus H1N1, pero muy raramente con virus humano H3 o aviario H1; más aún, entre septiembre de 1997 y agosto de 1998 se aislaron 26 virus de influenza en cerdos en las regiones del centro y norte de EE.UU., y todas las muestras eran virus H1N1. Una comisión científica de la Universidad Johns Hopkins denunció el peligro para la salud que constituía este tipo de explotación. Por lo cual, es importante consignar que la revista *Salud Pública de México* publicó un texto de Charles W. Schmidt a finales de 2009, que analiza el papel de la industria porcina en EE.UU. y en otros países, en la generación y transmisión de nuevas influencias, en el que señala que, pese a estas imputaciones, la industria porcina “queda al margen de las regulaciones cuando se trata de recoger muestras en busca de nuevos virus que podrían enfermar a la gente” y agrega que la influenza “no está incluida en la lista de 150 enfermedades reportables que deben ser documentadas, cuando se detecta, ante la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE). Tampoco se exige que el nuevo virus H1N1 sea reportado a la OIE” (69 p.515-516).

Además, Schmidt agrega que la falta de regulaciones se debe en gran medida a que no hay investigaciones que evidencien el papel de la industria porcina en toda una serie de problemas ambientales y humanos lo cual, según Robert Martin del grupo ambientalista Pew de Washington DC, se debe en gran parte a la colusión industria/investigadores, ya que según él “incluso los mejores científicos parecen resistirse a decir algo contra la industria” ya que “con la reducción del financiamiento público a la investigación, es la industria animal y agrícola la que paga prácticamente toda la investigación científica sobre los animales que se lleva a cabo hoy en día en las universidades estatales ubicadas en terrenos cedidos por la federación”, y concluye que “la investigación está sesgada para generar más ganancia para la industria. A muchos investigadores académicos les

preocupa perder el apoyo de su principal fuente de dólares para la investigación, y esto hace que tengan recelos para ver los problemas de la industria con una mente abierta” (69 p.521).

Subrayo que este trabajo fue publicado por *Salud Pública de México*, pero sin ningún comentario en ese ni en ningún otro número de la revista; además no detecté ningún artículo científico publicado por revistas biomédicas mexicanas al respecto, y la prensa no informa sobre ninguna preocupación del sector salud sobre estas posibilidades, y menos sobre esta colusión investigación universitaria/industria porcina. Según la prensa, lo único que parece preocupar al sector salud y al gobierno son las consecuencias económicas que la nueva influenza tiene para la industria porcina, y no de la posible incidencia de la industria porcina en la generación de la influenza A (H1N1). No observé ningún dato respecto a la necesidad de regulaciones, ni de toma de muestras, como tampoco ocurre entre nosotros respecto de la industria refresquera, la alcohólica o la de los alimentos chatarra.

Las consideraciones de Schmidt tienen que ver con una de las consecuencias de la pandemia de A (H1N1), y me refiero a la denuncia de las relaciones cada vez más frecuentes entre universidades, investigadores, funcionarios de alto nivel, industria químico farmacéutica, OMS, sector salud, y que se expresa a través de modalidades complementarias que van desde que gran parte del financiamiento de la investigación química en las universidades de EE.UU. proviene de la industria químico-farmacéutica, hasta que cada vez más altos funcionarios y/o asesores de la OMS han trabajado o trabajan para esta industria la cual, a su vez, presiona de diferentes maneras a las instituciones médicas oficiales y privadas para que compren determinados medicamentos. Pero este tipo de información no apareció en las revistas médicas mexicanas consultadas, y si bien aparecen referencias en la prensa mexicana, estas son comparativamente escasas, aunque no solo señalaron los principales aspectos del problema, sino que lo evidenciaron desde los primeros días de declarada la epidemia en México. Así, en un encabezado del 28 de abril de 2009, *La Jornada* informa: “Suben acciones farmacéuticas”, y señala que “la amenaza de una pandemia de una nueva cepa de gripe que ha cobrado la vida de más de 100 personas en

México, será un alivio para algunos fabricantes de medicamentos y vacunas. La suiza Roche Holding AG y la británica GlaxoSmithKline plc son los dos grandes grupos farmacéuticos que más se pueden beneficiar de la situación, mientras gobiernos y corporaciones ordenan sus medicamentos Tamiflu y Relenza”, y nos informa que las acciones de ambas compañías han subido, lo que conduce a que Jeff Holford, analista de operaciones bancarias, concluya que “Ciertamente hay un beneficio percibido, y probablemente habrá un beneficio real, pero no tanto como la primera vez que surgió la gripe aviar” (70).

En la prensa aparece también información sobre antivirales y las relaciones del gobierno con las empresas químico-farmacéuticas. En junio de 2010, *La Jornada* informa que el *British Medical Journal* había publicado artículos en 2009 que evidenciaban que los laboratorios Roche habían dado información parcial sobre los antivirales que producen, ocultando sus efectos adversos, y concluye “que no se puede garantizar que tenga utilidad ni que sea inocuo” (71), y exige a Roche liberar la información que tiene sobre estos aspectos, al mismo tiempo que solicita que los gobiernos europeos demanden a Roche. Como sabemos, en 2010 la OMS incluyó al Tamiflu en la lista de medicamentos esenciales para tratar las influencias.

Además, observamos la demanda urgente de una nueva vacuna específica por parte de las autoridades sanitarias, a lo que se comprometieron varias empresas redescubriendo una posibilidad económica que la mayoría de las empresas había abandonado: “En medio de la preocupación sobre la amenaza de una epidemia de influenza, tres grandes compañías farmacéuticas anunciaron ayer adquisiciones que les dan derechos sobre nuevas vacunas contra la gripe [...] La ola de transacciones reflejan la convicción entre los ejecutivos de las farmacéuticas de que las vacunas contra una variedad de males se convertirá en una fuente cada vez más importante de crecimiento. Los laboratorios necesitan encontrar nuevos generadores de ingresos para reemplazar medicinas exitosas que enfrentan vencimiento de sus patentes en Estados Unidos” (72). Y recordemos que las vacunas no pueden convertirse en genéricos, como ocurre con los otros medicamentos.

Es decir, no cabe duda que existe un negocio de la enfermedad y de la atención-prevención que,

en el caso de la nueva influenza, requiere un trabajo urgente de investigación, diseño y producción de vacunas demandado por las autoridades sanitarias de la mayoría de los países y por la OMS; negocio que está en manos de empresas privadas, en gran parte subvencionadas por los propios gobiernos. Y así, por ejemplo, la empresa Novartis “recibió 289 millones de dólares del Ministerio de Salud de Estados Unidos para asegurar el desarrollo de los estudios clínicos y la producción de una vacuna contra la influenza” (73).

Las empresas químico-farmacéuticas tratan de establecer relaciones con los diferentes países para poder ubicar sus productos, y como señala un analista: “La carrera entre los laboratorios fabricantes de vacunas [...] tuvo un claro ganador en el mercado mexicano. El gobierno compró 30 millones de vacunas contra la influenza A (H1N1) a los laboratorios Sanofi Pasteur y GlaxoSmithKline, pero el mayor beneficiado fue Sanofi, que desde 2004 había firmado un acuerdo con el gobierno federal en torno a la investigación y desarrollo para fabricar vacunas en el país ante una eventual epidemia de influenza” (74 p.72). Aunque todo indica que durante la presidencia de Felipe Calderón se hicieron “malos cálculos sobre la permanencia y gravedad de la influenza A (H1N1)” y por eso se “firmó un contrato por 15 años para comprarle vacunas al laboratorio Sanofi Pasteur, un período de tiempo injustificado, según el análisis de la Auditoría Superior de la Federación” (75).

Este es el marco nacional e internacional dentro del cual el presidente de la Comisión de Salud de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa, el epidemiólogo Wolfgang Wodarg, solicitó el 12 de enero 2010 a la OMS que explique por qué declaró la pandemia de influenza A (H1N1) cuando era de muy escasa letalidad, incluso mucho más baja que la gripe estacional, y además denunció que un grupo de personas que trabajan para la OMS estaban estrechamente asociadas con la industria químico-farmacéutica (76). Consideró que “la declaratoria de pandemia y el llamado urgente para la fabricación de una vacuna tuvieron el objetivo de favorecer a laboratorios farmacéuticos” (77), lo cual condujo a que la OMS aceptara “someter sus procedimientos al escrutinio de una comisión evaluadora externa y se comprometió a dar a conocer los resultados” (77).

Y ese mismo día, la OMS reafirmó que la pandemia era real, ya que hasta ese momento había más de 13 mil muertes confirmadas: “No hemos exagerado ni subestimado la situación ni los efectos de la pandemia [...] y negó de manera tajante haber sido influenciados por intereses comerciales” (78). Más aún, la OMS seguirá rechazando las acusaciones, proponiendo la creación de una comisión de expertos externos a la OMS que evalúe su desempeño ante la pandemia (79).

La discusión se centró en tres aspectos: la influencia de las empresas químico-farmacéuticas en las decisiones de la OMS, si realmente hubo una pandemia de A (H1N1), y las posibles consecuencias negativas de vacunarse; pero dado que esto último ya lo tratamos, nos concentraremos en los dos primeros aspectos. Así, durante la primera mitad de 2010, la prensa siguió informando sobre estos aspectos y, especialmente, sobre el equipo que evaluaría lo actuado por la OMS, dado que las acusaciones afectarían la credibilidad de la OMS no solo a nivel científico, sino de la población, ya que “podrían rechazar la vacuna y poner en riesgo su salud y su vida, sostuvo el vicepresidente de la comisión de sanidad del Consejo de Europa” (79). Pero ocurre que las críticas no solo fueron contra la OMS, sino también contra las agencias y los gobiernos europeos y se los acusa de “exagerar los riesgos a la salud pública de la influenza A (H1N1), y de tomar decisiones secretas que beneficiaron a compañías farmacéuticas” (80).

Pero tanto las críticas como las defensas continuaron: un “texto elaborado por el *British Medical Journal* y el Buró de Periodismo de Investigación [...] cuestiona la secrecía sobre la identidad de los miembros del consejo que hace un año recomendó declarar la primera pandemia del siglo por la influenza A (H1N1)” (81). Esta investigación concluye que tres de los expertos que elaboraron una guía para actuar ante una posible pandemia de influenza tenían relaciones económicas con la industria químico-farmacéutica, y que otros investigadores que recomendaron el uso de antivirales para enfrentar la epidemia también recibían dinero de las empresas productoras de estas medicinas, pese a lo cual “la OMS no reveló ninguno de estos conflictos de intereses [...] El informe además cuestiona el hermetismo sobre los expertos en influenza que integraron el Grupo de Emergencia que hizo la recomendación con la

que la directora general de la OMS declaró, el 11 de junio de 2009, la pandemia por la influenza A (H1N1)" (81,82). Esto llevó a que el 11 de agosto de 2010, la OMS hiciera público los nombres de los quince integrantes del Comité de Emergencia, constatándose que cinco de estos expertos "cobraban de la industria, pero la OMS subrayó que en ningún caso se produjeron conflictos de intereses que pudieran afectar la autonomía de los especialistas".

En México surgieron posiciones encontradas; por una parte, el secretario de Salud "refutó los cuestionamientos de la Comunidad Europea a la OMS sobre la exageración de la respuesta ante la pandemia de influenza A (H1N1), y rechazó que las empresas farmacéuticas presionaran a México para adquirir vacunas [...] consideró que existe poco sustento en decir que se exageró cuando el reglamento correspondiente estaba aprobado desde 2005 y, en ese sentido, los pasos que en el plan de atención y prevención de la pandemia se dieron, fueron los que todos los países del mundo establecieron" (83). Destacó que "los laboratorios no nos han presionado", y que las críticas se pueden deber a que "algunos países adquirieron no 100 por ciento, sino 200 por ciento" (83). Siempre que hay problemas, sobre todo económicos, como en este caso, comprar el doble de vacunas y luego no poder utilizarlas genera cierta incomodidad y críticas, pero esta es otra situación. Subrayó que los pasos que se dieron fueron los que todos los países que integran la OMS establecieron: "no sé por qué ahora se llaman engañados algunos de ellos, cuando sus mismos expertos participaron en la creación del reglamento en los pasos de la pandemia" (83).

En contraste, Asa Cristina Laurell, secretaria de Salud del "gobierno legítimo" de Andrés Manuel López Obrador (j), "dijo que uno de los principales asesores de la OMS, el doctor Albert Osterhaus está claramente vinculado con laboratorios farmacéuticos [...] Osterhaus promovió la declaratoria de pandemia y la urgencia de la fabricación de la vacuna. El problema con el también llamado Dr. Flu, es que existen indicios de la relación que mantiene con laboratorios farmacéuticos" (77).

Las investigaciones y reflexiones sobre el papel de la industria químico-farmacéutica y sus relaciones con el sector salud oficial y privado, con la OMS y las universidades tienen una larga

historia, así como el papel de los altos funcionarios en este tipo de relaciones consideradas corruptas. Esta industria se valdría de todos los medios posibles para imponer sus productos, y sería la principal promotora de lo que se denomina "enfermedades promovidas" (84,85). Necesitamos asumir que "Big Pharma [...] es la industria más rentable de los EE.UU. y tiene el lobby más poderoso del Capitolio. Según Marcia Angell, de la escuela de medicina de Harvard, las diez mayores compañías farmacéuticas –incluidas en *Fortune 500*, de 2006– obtienen beneficios mayores que el conjunto de las restantes 490 corporaciones" (8 p.161). La industria químico-farmacéutica se vale de cualquier medio, especialmente de la corrupción, y así por ejemplo la empresa GlaxoSmithKline plc ha sido investigada por el Departamento de Justicia de los EE.UU. por supuesto marketing ilegal de sus antidepresivos y de otros medicamentos. En 2012, esta empresa aceptó haber desarrollado marketings ilegales, así como haber ocultado datos de bioseguridad a los reguladores norteamericanos, por lo que debió pagar tres mil millones de dólares "suma que el Departamento de Justicia describió como el mayor acuerdo por fraude en salud en la historia de los EE.UU.". Pese a ello, esta empresa enfrenta otras acusaciones, pues prosigue con sus fraudes dentro y fuera de los EE.UU. (86).

En el caso de México, no solo durante esta epidemia, sino sobre todo durante la de gripe aviaria, el sector salud fue acusado de la compra de grandes cantidades de antivirales en forma innecesaria (38). Y, en el caso de la OMS, algunas de las más fuertes críticas fueron y son dirigidas hacia los cambios realizados a la definición de pandemia en mayo de 2009 que facilitó que, en junio de ese año, la OMS convirtiera el brote de influenza A (H1N1) en pandemia. Para ello, la OMS eliminó el criterio de que debería existir mortalidad en una parte importante de la población para poder establecer la fase de alerta 6. Antes de esta modificación, para declarar una pandemia debía comprobarse una tasa de mortalidad por encima de la media de la influenza estacionaria, lo cual no ocurría en el caso de la influenza A (H1N1). Según Forcades, este cambio en la reglamentación "permite que se patenten las llamadas 'vacunas pandémicas' y posibilita que las compañías que poseen estas patentes negocien, a precio de

monopolio y con cuantas cláusulas secretas consideren oportunas, precontratos legalmente vinculantes con los gobiernos de los distintos países de la OMS. Estos precontratos se activan de forma automática en el momento en que es declarado el nivel 6 de alerta pandémica mundial” (87 p.246).

Ahora bien, estos datos e interpretaciones deben ser analizados dentro de un contexto en el que las relaciones de esta industria con la biomedicina en México se caracterizan por una sospecha que todos parecen conocer, aunque también parece que nadie investiga. Y así, un reconocido investigador del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) plantea, como importante tema de investigación periodística, los “posibles casos de corrupción que pueden existir en México con empresas farmacéuticas. Es claro que en algunas clínicas se utilizan más fármacos de cierta empresa farmacéutica”, y se pregunta: “¿Ha habido alguna investigación periodística que haya documentado o descartado ese rumor, muy presente entre médicos e instituciones de salud?” (88 p.7). Al respecto es importante puntualizar que estos procesos no los “investigan” los periodistas, como señala críticamente el autor, pero tampoco los estudian los investigadores críticos y no críticos, por lo menos entre nosotros. No obstante, lo que me interesa consignar es la existencia de fuertes presupuestos respecto de las formas de actuar de la industria químico farmacéutica y sus relaciones económicas con el sector salud, la OMS y los investigadores (k).

Otro presupuesto, que manejan tanto el sector salud como los críticos, refiere también a la investigación científica y a la industria químico-farmacéutica, y tiene que ver con que los virus “inventados” o rediseñados por investigadores, ya sea en forma intencional o por errores humanos tengan graves consecuencias para la salud, incluso a nivel pandémico. Esta expectativa reiteradamente reaparece a nivel científico y en la prensa: “Las revistas *Nature* y *Science* dieron a conocer que un grupo internacional de científicos planea generar cambios controlados en el virus aviar H7N9 con el fin de crear una vacuna eficiente contra la cepa, así como saber si es posible que pueda transmitirse efectivamente a otra especie”. Y la crónica agrega: “Los investigadores enfatizan que todos los trabajos serán realizados con protocolos científicos de bioseguridad extrema y se

evitarán al máximo posibles riesgos por el manejo del virus” (89). Un grupo de veintidós científicos liderados por Ron Fouchier crearán mutaciones del virus A-H7N9, para incrementar la virulencia del virus, y así poder generar biológicos que posibiliten enfrentar pandemias muy graves. Los investigadores consideran que la naturaleza es la mayor amenaza, y no lo que ellos hacen en el laboratorio, ya que trabajan con los niveles más altos de bioseguridad posible (90).

Ahora bien, mientras estos investigadores realizan este tipo de estudios considerando que controlan los posibles riesgos, los críticos sostienen que gran parte de los riesgos generados por esas investigaciones no pueden ser controlados.

Por último, tenemos los presupuestos que por lo menos una parte de los críticos tienen respecto de los medios de comunicación masiva y de los usos de estos medios por parte del sector salud, que incluyen la acusación de que el sector salud mexicano careció de una política planificada de comunicación sobre la nueva influenza. Comunicólogos, antropólogos e investigadores del campo médico acusan a los medios de tergiversar la realidad y de proporcionar datos erróneos y tendenciosos (91,92), cuestionando no solo los usos alarmistas del lenguaje sino el sesgo de las noticias. En trabajos anteriores (38,93) he revisado la visión que los críticos tienen de los medios, la cual podemos sintetizar a través de las siguientes afirmaciones: a) deforman los hechos, incluido lo que dicen y hacen los actores sociales; b) ocultan información, sesgan la información que obtienen, desinforman más que informan; c) tienden no solo al alarmismo y sensacionalismo, sino al catastrofismo; d) tratan de presentar la información como espectáculo y como espectacular, de tal manera que hay cada vez más información pero no sabemos qué significa; e) estigmatizan y excluyen a determinados actores sociales; f) la información se caracteriza por el presentismo y la a-historicidad, solo le interesan las “novedades”; g) la información no es inteligible y, frecuentemente, es caótica; h) no incluyen las causas estructurales de los procesos que informan, sino que tratan de opacar dichas causales; i) no presentan datos de los contextos donde ocurren los hechos que informan; j) expresan intereses económicos y políticos; k) tratan de desviar la mirada de los públicos de los problemas graves, estructurales e inmediatos, y

orientarla hacia problemas secundarios; l) la información se caracteriza por su uniformidad.

Además, la mayoría de los críticos considera que los medios son omnipotentes, e incluso para autores que siguen a Baudrillard (94), los medios serían los constructores actuales de la “realidad”.

Esta lectura de los medios se expresó paradigmáticamente durante la emergencia de la nueva influenza a través de las declaraciones de Marc Siegel –profesor de la Escuela de Medicina de la Universidad de New York– en un texto sumamente difundido a nivel internacional y en México en particular, según el cual si bien las medidas tomadas por el sector salud mexicano fueron en general correctas (95 p.9), dada la baja letalidad del nuevo virus, considera que hubo un gran alarmismo en la manera de informar, denuncia que el sector salud y los medios exageraron el problema, y concluye que el virus más poderoso no fue el de la gripe, sino el miedo inducido por los medios. Para Siegel, como para numerosos críticos, fue sobre todo una pandemia mediática.

REFLEXIONES MÁS O MENOS ARTICULANTES

No cabe duda de que toda una serie de presupuestos manejados por el sector salud son correctos, como ya lo señalamos en el texto, así como también son correctos varios de los supuestos manejados por los críticos, como los referidos al efecto de las políticas neoliberales en el desmantelamiento de ciertas instituciones básicas del sector salud mexicano, especialmente, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en la desaparición de los laboratorios nacionales productores de biológicos; así como los efectos negativos de la descentralización que contribuyeron a reducir la eficacia del sector salud oficial. También incidieron, y siguen incidiendo negativamente, el incremento de los niveles de pobreza y de las desigualdades socioeconómicas, así como el efecto de la corrupción a nivel de los gobiernos locales, y las “relaciones peligrosas” entre la industria químico-farmacéutica, los investigadores y los organismos de salud. Pero, sin embargo, otros presupuestos de los críticos son dudosos y, otros, directamente son incorrectos, como los referidos a

las escasas consecuencias en la morbimortalidad de la influenza A (H1N1), a los efectos negativos de la vacuna, al supuesto papel del miedo generado por el sector salud, a la falta de idoneidad técnico-científica del equipo médico que planificó y actuó contra la nueva influenza o la falta de una estrategia de comunicación (1).

De la enumeración de los presupuestos técnicos e ideológicos, considero que queda establecida cuál fue la racionalidad técnico-ideológica con que actuó el sector salud mexicano, máxime si consideramos la incertidumbre como parte nuclear de esa racionalidad. Por lo tanto, las acciones del sector salud, más allá de su mayor o menor eficiencia, son parte de una manera técnico-ideológica de pensar y actuar ante las urgencias pandémicas, que no puede ser descalificada en su totalidad por errores, omisiones o colusiones más o menos corruptas o de otro tipo, sino que en principio debe ser entendida en conjunto y situacionalmente, para luego ejercer la crítica. Desde esta perspectiva, no solo gran parte de los presupuestos del sector salud son legítimos en términos de la racionalidad epidemiológica con que actuó, sino que también son legítimos gran parte de los presupuestos de los críticos, pero básicamente en términos económico-políticos, dado que una parte de sus cuestionamientos técnicos y también algunos de los económico-políticos, no resisten la confrontación con los datos empíricos.

Nos referimos, por ejemplo, a los presupuestos y afirmaciones sobre el papel de las granjas productoras de cerdo en el surgimiento del nuevo virus en México; a la inexistencia de una estrategia de comunicación planificada para enfrentar la influenza A (H1N1); a las consecuencias negativas de las vacunas y, especialmente, a considerar la nueva epidemia como exclusivamente mediática dado el escaso impacto que habría tenido en la mortalidad y que, como sabemos, constituyó el eje central de las críticas.

Varios trabajos han demostrado que el sector salud utilizó una estrategia planificada de comunicación de riesgos (96,97), pero la información estadística evidenció sobre todo que la mortalidad por la nueva influenza fue mucho más alta, no solo de lo que propusieron los críticos sino de lo estimado por la propia OMS. Según esta entidad, durante la contingencia habrían habido 18.400 muertes por la nueva influenza pero, a mediados

de 2012, *The Lancet* publicó un artículo (98) en el que los autores revisan los datos existentes a nivel mundial y concluyen que durante dicho lapso murieron entre 151.700 y 575.400 personas a causa de la pandemia de A (H1N1), de las cuales el 51% murió en Asia y África, lo cual cuestiona radicalmente las propuestas que consideraron esta pandemia como un mero producto de los medios asociados con la OMS y con el sector salud mexicano. Considero que no solo una vez más los críticos se apresuraron a criticar, sino que el hecho de haber reducido sus interpretaciones a datos estadísticos referidos a México y al “mundo occidental”, evidencia su notable etnocentrismo.

Más aún, ese impacto mayor al esperado evidencia lo que tanto la OMS, el sector salud mexicano pero también los críticos habían coincidido en proponer, es decir que la nueva influenza tendría su principal impacto, en términos de mortalidad, en los países con sistemas de salud caracterizados por su debilidad y falta de recursos. Por lo cual, lo que ocurrió con los sistemas de salud de países africanos y asiáticos legitima las previsiones de la OMS, no tanto en términos de un país, sino de una globalización pandémica que, en términos de procesos de salud-enfermedad-atención-prevención (procesos de SEAP), tiende sobre todo a afectar a los países más pobres y con menor infraestructura médico-sanitaria. Lo que la influenza A (H1N1) volvió a evidenciar es que los procesos de SEAP suelen constituir espías de las contradicciones de un sistema social o de un aparato técnico sanitario, pero también, como en este caso, de sus críticos (l).

Ahora bien, como casi siempre ocurre, ante las acciones desarrolladas contra la influenza A (H1N1) nos encontramos con diferentes puntos de vista de los actores sociales implicados (37) que, partiendo –como hemos señalado– de supuestos epidemiológicos similares, proponen interpretaciones diferentes respecto de los procesos de SEAP desencadenados por la emergencia y expansión de la nueva influenza y, especialmente, respecto de cómo actuó el sector salud. El surgimiento de puntos de vista diferentes constituye un hecho no solo normal sino necesario ya que, por una parte, expresa la incertidumbre y duda de todo acercamiento científico mientras, por otra, evidencia la presencia de las dimensiones económico-políticas e ideológico-culturales en todo proceso de

conocimiento, que no solo tienda a actuar, sino que intervenga directamente en la realidad social, por más técnicas y científicas que sean sus propuestas y acciones. Todo conocimiento se ideologiza y politiza, por lo menos en el momento de su aplicación e intervención.

Frente a la existencia de interpretaciones diferentes e incluso opuestas, podemos –desde una perspectiva científica y/o de saber– adoptar distintas posiciones. La primera, que hasta hace poco tiempo era dominante en algunos medios intelectuales, refiere a las propuestas posestructuralistas y foucaultianas que asumen expresa o tácitamente que frente a todo proceso significativo existen puntos de vista diferenciales respecto de los cuales es secundario plantearse el problema de “la” verdad, ya que la verdad solo es un efecto del poder. Y, por lo tanto, en el caso de la influenza A (H1N1), “la” verdad es la que impusieron la OMS, la Secretaría de Salud, la industria químico-farmacéutica y otros actores complicados en la aplicación de dicha verdad. Es decir, estamos no solo ante un relativismo gnoseológico, sino ante una exclusión de los procesos transaccionales que incluyan a los sectores subalternos y no subalternos en el desarrollo de sus “resistencias” y, sobre todo, en el desarrollo de sus propuestas y acciones contrahegemónicas, y esto más allá de que el poder se imponga.

Una segunda posibilidad sería reconocer la existencia de puntos de vista diferenciales e incluso contradictorios, cuya diferenciación se refiere básicamente a la dimensión económico-política y en mucho menor medida a la ideológica, llegando a similares conclusiones que la anterior propuesta, ya que se impondría la concepción con mayor poder político y económico representada por los actores sociales señalados. Si bien esta tendencia no niega la cuestión de la verdad, ni la plantea en términos relativistas, sus conclusiones son similares a la anterior (m).

Y hay una tercera posibilidad –y obviamente hay otras– que reconoce que si bien “la” verdad tiende a ser construida e impuesta en términos de poder, en términos económico-políticos o en términos de saber, ello no excluye la necesidad y posibilidad de encontrar explicaciones verdaderas –o por lo menos más verdaderas– al proceso o problema planteado. Cuestiona además reducir la “verdad” a las dimensiones de poder, económico-

políticas o de saber, proponiendo analizar los procesos específicos en términos coyunturales, pero también durante un lapso histórico que posibilite observar las tendencias que se fueron registrando no solo respecto de los presupuestos de los diferentes actores sociales sino también de las transacciones que operan entre ellos. Y, obviamente, no reduciendo la realidad en forma exclusiva al punto de vista –o si se prefiere, al poder– de uno solo de los actores sociales.

Gran parte de los presupuestos con que actuó el sector salud mexicano son correctos, así como también lo son gran parte de los presupuestos sustentados por los críticos; pero más allá del papel que tuvieron los intereses económicos de la industria químico-farmacéutica o los objetivos políticos del gobierno mexicano, observamos que el sector salud actuó no solo con racionalidad técnica, sino que su principal objetivo fue reducir los efectos negativos en términos de morbimortalidad de la nueva influenza que, como sabemos, constituye su objetivo específico. Lo señalado no ignora que sobre este objetivo prioritario –como ocurre siempre o por lo menos frecuentemente– se

montaron objetivos económicos, políticos e ideológicos de los actores sociales señalados, incluido el propio sector salud, lo cual –como hemos analizado persistentemente– constituye una parte intrínseca de las funciones del Modelo Médico Hegemónico (MMH) (99,100). Por eso, desde nuestra perspectiva metodológica (37,101), considero necesario no solo asumir la estructura y las funciones del MMH para explicar la racionalidad con que actuaron la OMS y el sector salud mexicano, sino tratar de analizar los procesos en términos de articulaciones contradictorias, conflictivas, pero también complementarias y no solo de oposiciones polarizadas, que tal vez posibiliten a algunos detectar “efectos de verdad”, pero sin acceder a la verdad de los procesos que intentamos comprender y tal vez modificar.

Desde esta perspectiva, las dudas e incertidumbres son parte nuclear de la racionalidad epidemiológica, dada la necesidad de actuar que tiene el sector salud ante procesos de tipo epidémico. Y este “descubrimiento”, junto con la inclusión de las características y las funciones del MMH, es justamente parte de esa verdad.

NOTAS FINALES

a. Entre el 24 de abril y el 31 de julio de 2009, se publicaron en los periódicos *La Jornada* y *Reforma* 179 artículos firmados por destacados intelectuales mexicanos.

b. Si bien propongo dos grupos, considero que existe una gama de posibilidades intermedias, como surge de nuestro análisis de la información periodística y biomédica sobre influenza A-H1N1 (1). Los dos grupos están integrados de la siguiente manera: *sector salud*: secretario de Salud, altos funcionarios del sector salud, altos funcionarios de la OMS y de la OPS, especialistas mexicanos en enfermedades infectocontagiosas, presidente de México; *críticos*: analistas críticos biomédicos mexicanos y extranjeros, intelectuales mexicanos, políticos opositores al gobierno, especialistas en medios, científicos sociales especializados en procesos de salud-enfermedad-atención-prevención. Aclaro que dentro de ambos grupos existen diversas orientaciones pero, en función de los objetivos de este texto, esto es secundario e irrelevante.

c. Consultar los artículos publicados en *La Jornada* y *Reforma* entre el 24 de abril y el 31 de julio de 2009.

d. Incluso, esta política puede inventar epidemias, o por lo menos exagerar problemas como, por ejemplo, fue el caso de una epidemia de *crack* ampliamente difundida y en forma alarmista por los medios de comunicación y agencias especializadas brasileñas, y que un estudio (52) demostró que no existía y concluyeron que dicho alarmismo epidémico posiblemente buscó obtener más recursos para sus actividades antidrogas.

e. La OMS generó documentos desde 1999, los cuales fueron revisados y actualizados en función de las nuevas experiencias, como ocurrió en 2005 y en 2009.

f. En nuestro análisis de las noticias publicadas en *La Jornada* y en *Reforma*, detectamos que el 72,5% de dichas noticias critican al sector salud mexicano, mientras que el 47% señalan aspectos positivos. En el caso de los 156 titulares de ambos periódicos publicados entre el 22 de abril y el 18

de mayo de 2009, encontramos 19 titulares críticos y 3 que apoyan al sector salud (1). Subrayo que las críticas al sector salud son mucho más escasas en las revistas biomédicas mexicanas que en la prensa; incluso en esta aparecen crónicas referidas a investigaciones y publicaciones científicas europeas y de los EE.UU. que cuestionan lo actuado por la OMS y el sector salud, que no aparecen en las publicaciones biomédicas mexicanas, pese a proceder de reconocidas revistas científicas.

g. El rector de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) se burló del secretario de Salud de México, cuando este, en una conferencia de prensa, criticó el uso de la corbata, por considerarla un reservorio de virus.

h. Un estudio sobre personal docente y alumnos de la Universidad de Guadalajara concluyó que estos desconfiaban de la información difundida por las autoridades y por los medios de comunicación (56). Mientras otra encuesta aplicada a personal y a alumnos de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) encontró que un 23% de los encuestados señalaron que el nuevo virus sería producto de manipulaciones políticas o era una invención, mientras un 17% consideró que era producto de manipulaciones genéticas e intervenciones humanas (57).

i. El papel de Internet en la difusión de rumores negativos se documentó en varios países y, especialmente, en EE.UU.; un estudio observó una alta correlación entre los mensajes negativos, áreas geográficas y cobertura de vacunación (53).

j. Andrés Manuel López Obrador (también conocido como AMLO) fue candidato a presidente de México por el Partido de la Revolución Democrática, que perdió las elecciones debido al notorio fraude realizado a favor del candidato del Partido Acción Nacional. AMLO, durante varios años, mantuvo un gabinete paralelo, del cual formó parte Asa Cristina Laurell.

k. Como vemos, la prensa presenta aspectos críticos, por ejemplo, respecto de la industria químico-farmacéutica, que no aparecen en las revistas médicas mexicanas. Más aún, si bien destacados investigadores denuncian el papel de dicha industria, sin embargo, sus comentarios aparecen en la prensa y no en revistas biomédicas, por lo menos en el caso de la influenza A-H1N1.

l. El mayor impacto de esta nueva influenza en países periféricos caracterizados por la debilidad de sus sistemas de salud, expresa las contradicciones del capitalismo a nivel global pero, simultáneamente, evidencia la debilidad, apresuramiento, presentismo y unilateralidad de, por lo menos, una parte de los críticos.

m. Considero que toda una serie de marxistas se transformaron en foucaultianos por dos razones básicas: ambas corrientes excluían el papel del sujeto y ambas, conscientemente o no, buscaron –y siguen buscando– determinismos unicaules que, en unos, remite al “poder” y, en otros, a la dimensión económico-política.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Menéndez EL. El eterno retorno de las *novedades*: Medios, intelectuales y las repeticiones más o menos idénticas. México DF: 2013.
2. Vázquez ME, Rivera RM, Peña E, Moshe H, Méndez A. Cambios histopatológicos en las vías aéreas y pulmón por el virus de la influenza A H1N1. En: Pérez Padilla JR, Palomar Lever A, Salas Hernández J, Vázquez García JC, editores. *Influenza por el nuevo virus A H1N1, un panorama integral*. México DF: Graphimedix; 2010. p. 195-205.
3. Sarti E, Manuell-Lee G, Mosqueda JL, Gabilondo F, Torre A, Arreguín V, Domínguez-Cheritt G, Macías AE, Córdova-Villalobos JA. La influenza AH1N1 (2009): el recuento al declararse el término de la contingencia en México. *Revista de Investigación Clínica*. 2010;62(4):289-298.

4. Parker-Pope K. Prepárese para la temporada de gripe. *Reforma*. 19 sep 2009.
5. Advierte la OMS de pandemia cíclica. *Reforma*. 13 may 2009.
6. Altman LK. Un delicado equilibrio: Cómo crear alarma sin provocar pánico. *Reforma*. 9 may 2009.
7. Barry JM. *The great influenza*. New York: Penguin Books; 2005.
8. Davis M. *El monstruo llama a nuestra puerta*. Barcelona: El Viejo Topo; 2006.
9. Echaniz MC. Influenza aviar: ¿debemos preocuparnos? *Salud Pública de México*. 2004;46(2):186-187.
10. Franco-Paredes C, Téllez I, Río C, Santos-Prezado JI. *Pandemia de influenza: posible impacto*

- de la influenza aviaria. [Editorial]. *Salud Pública de México*. 2005;47(2):107-109.
11. García M, Ramos C. La influenza, un problema vigente de salud pública. *Salud Pública de México*. 2006;48(3):244-267.
 12. Garrett L. *Betrayal of trust: The collapse of global Public Health*. New York: Hyperion; 2000.
 13. Gómez Dantés O. La pandemia olvidada. *Salud Pública de México*. 2005;47(6):469-471.
 14. Gómez Dantés O. La pandemia que viene. *Salud Pública de México*. 2005;47(6):471-473.
 15. Kuri-Morales P, Betancourt-Cravioto M, Velázquez-Monroy O, Alvarez-Lucas C, Tapia-Conyer R. Pandemia de influenza: la respuesta de México. *Salud Pública de México*. 2006;48(1):72-79.
 16. Osterholm M. En previsión de la próxima pandemia. *Salud Pública de México*. 2006;48(3):279-285.
 17. Organización Panamericana de la Salud. Protección de la salud mental en situaciones de epidemias [Internet]. 2006 [citado 9 oct 2013]. Disponible en: <http://bvsaludystgestionderiesgo.cridlac.org/phocadownload/userupload/doc17362-contenido.pdf>.
 18. Kuri-Morales P. La pandemia de influenza: posibles escenarios en México. *Gaceta Médica de México*. 2008;144(4):285-290.
 19. Gutiérrez-Gómez VM, Orenday-Aréchiga ME, Gutiérrez-Gómez AA. Influenza A (H1N1) 2009, epidemiología de la pandemia, valoración clínica y diagnóstico. *Archivos de Investigación Materno Infantil*. 2009;1(2):64-74.
 20. Cruz Martínez A. Refuerza la Ssa las medidas de bioseguridad. *La Jornada* [Internet]. 19 mar 2009 [citado 20 oct 2013]. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2009/03/19/sociedad/045n2soc>.
 21. Enciso AL. Evalúan revacunar contra tosferina por brotes en estados del norte del país. *La Jornada* [Internet]. 31 mar 2009 [citado 20 oct 2013]. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2009/03/31/sociedad/035n2soc>.
 22. Cruz Martínez A. Detectar epidemias en sus etapas iniciales, nueva estrategia de Ssa. *La Jornada* [Internet]. 24 abr 2010 [citado 20 oct 2013]. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2010/04/24/sociedad/033n1soc>.
 23. Roman JA. Fox: México será uno de los primeros en producir una vacuna contra la gripe aviar. *La Jornada* [Internet]. 1 nov 2005 [citado 20 oct 2013]. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2005/11/01/index.php?section=sociedad&article=008n1soc>.
 24. Núñez E, Gómez L. Refuerzan seguridad sanitaria. *Reforma*. 14 feb 2007.
 25. Gómez L. Destacan plan contra influenza. *Reforma*. 22 dic 2007.
 26. Cruz Martínez A. El virus A/H1N1 es amenazador y caprichoso, advierte la OMS. *La Jornada* [Internet]. 3 jul 2009 [citado 20 oct 2013]. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2009/07/03/sociedad/040n1soc>.
 27. Vega M. Cuestionan suspensión de medidas. *Reforma*. 6 jun 2009.
 28. Arias CF, López S. Anatomía del virus de la influenza A/H1N1-2009. *Ciencia*. 2009;(60):14-24.
 29. La situación por el nuevo virus es grave, imprevisible y avanza de prisa: OMS. *La Jornada* [Internet]. 26 abr 2009 [citado 20 oct 2013]. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2009/04/26/politica/005n1pol>.
 30. Poy Solano L. El virus de la influenza muta cada 10 años hacia uno más agresivo: experto. *La Jornada* [Internet]. 4 may 2009 [citado 20 oct 2013]. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2009/05/04/politica/016n2pol>.
 31. Teme la OMS mezcla de virus. *Reforma*. 19 may 2009.
 32. Du L, Zhou Y, Jiang S. Research and development of universal influenza vaccines. *Microbes and Infection*. 2010;12(4):280-286.
 33. Secretaría de Salud, Organización Panamericana de la Salud. Plan nacional de preparación y respuesta ante la intensificación de la influenza estacional o ante una epidemia de influenza. México DF: Ssa; 2010.
 34. Vega M. Golpea influenza al DF. *Reforma*. 22 abr 2009.
 35. Kuri Morales P. Comportamiento epidemiológico del virus de la influenza. En: Narro J, Martuscelli J, coordinadores. *La UNAM ante una emergencia sanitaria: experiencia de la epidemia de influenza A (H1N1)*. México: UNAM; 2010. p.157-171.
 36. Betancourt-Cravioto M, Kuri-Morales P. Situación de la influenza A(H1N1) en el mundo. *Gaceta Médica de México*. 2010;146:437-440.

37. Menéndez EL. De sujetos, saberes y estructuras: Introducción al enfoque relacional en el estudio de la salud colectiva. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
38. Menéndez EL, Di Pardo RB. Miedos, riesgos e inseguridades: Los medios, los profesionales y los intelectuales en la construcción social de la salud como catástrofe. México DF: CIESAS; 2009.
39. Organización Mundial de la Salud. Pandemia de gripe: Manual de la OMS para periodistas. Ginebra: OMS; 2005.
40. Molina Ramírez T. La transparencia de la información, clave para frenar epidemias, según la lección del SARS. La Jornada [Internet]. 29 abr 2009 [citado 20 oct 2013]. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2009/04/29/ciencias/a04n1cie>.
41. Cruz Martínez A. México producirá la vacuna de influenza invernal a partir de 2012. La Jornada [Internet]. 11 mar 2009 [citado 20 oct 2013]. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2009/03/11/index.php?section=ciencias&article=a02n1cie>.
42. Revill J. Todo lo que se necesita saber sobre la gripe aviaria y cómo prevenirla. Barcelona: Planeta; 2006.
43. Santillán P. Una aproximación ética a la distribución de recursos escasos durante la pandemia de influenza A H1N1. En: Pérez Padilla JR, Palomar Lever A, Salas Hernández J, Vázquez García JC, editores. Influenza por el nuevo virus A H1N1, un panorama integral. México DF: Graphimedic; 2010. p.475-483.
44. Ferguson NM, Cummings DA, Cauchemez S, Fraser C, Riley S, Meeyai A, Iamsirithaworn S, Burke DS. Strategies for containing an emerging influenza pandemic. *Nature*. 2005;437(7056):209-214.
45. Longini IM Jr, Nizam A, Xu S, Ungchusak K, Hanshaoworakul W, Cummings DA, Halloran ME. Containing pandemic influenza at the source. *Science*. 2005;309(5737):1083-1087.
46. Organización Mundial de la Salud. Normas de comunicación de brotes epidémicos de la OMS. Ginebra: OMS; 2005. OMS/CDS/2005.28.
47. Linares E. La pandemia de influenza A (H1N1): algunas de sus repercusiones ético sociales. En: Narro J, Martuscelli J, coordinadores. La UNAM ante una emergencia sanitaria: experiencia de la epidemia de influenza A (H1N1). México: UNAM; 2010. p. 205-218.
48. Ramírez-Venegas A, Perez-Bautista O, Hernández-Gordillo D, Hernández-Zenteno R, Flores-Trujillo F, Amaya-Bermúdez L, Espinosa de los Monteros C, Sansores R. Cuadro clínicos. En: Pérez-Padilla R, Salas-Hernández J, Palomar-Lever A, Vázquez-García JC, editores. Influenza por el nuevo virus A H1N1: Un panorama integral. México DF: Graphimedic; 2010. p. 80-94.
49. Cruz Martínez A. Pasarán semanas antes de que la epidemia esté controlada: Ssa. La Jornada [Internet]. 7 may 2009 [citado 21 oct 2013]. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2009/05/07/politica/005n1pol>.
50. Van-Dijk TA. La noticia como discurso: Comprensión, estructura y producción de información. Barcelona: Paidós; 1996.
51. Pisani E. La sabiduría de las putas. Madrid: Sexto Piso; 2012.
52. Nappo SA, Sanchez ZM, Ribeiro LA. Is there a crack epidemic among students in Brazil?: Comments on media and public health issue. *Cadernos de Saúde Pública*. 2012;28(9):1643-1649.
53. Salathé M, Freifeld CC, Mekaru SR, Tomasulo AF, Brownstein JS. Influenza A (H7N9) and the importance of Digital Epidemiology. *New England Journal of Medicine*. 2013;369(5):401-404.
54. Flores J. A/H1N1: la Ssa debe responder. La Jornada [Internet]. 28 feb 2012 [citado 21 oct 2013]. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2012/02/28/opinion/a03a1cie>.
55. Toussaint F. Medios: La influenza. Proceso. 10 may 2009. p. 70-71.
56. Torres-López TM, Matsui-Santana OJ, Aranda-Beltrán C. Dimensiones culturales del concepto de influenza humana en estudiantes y docentes de ciencias de la salud que favorecen o dificultan su prevención. *Desacatos*. 2012;(39):45-56.
57. Infante C, Casas R, Giraldo L. Efectos sociales de la epidemia de influenza en México: la perspectiva de la comunidad de la UNAM. En: Narro J, Martuscelli J, coordinadores. La UNAM ante una emergencia sanitaria: experiencia de la epidemia de influenza A (H1N1). México: UNAM; 2010. p. 383-405.
58. Turati M. En el borde del caos. Proceso. 10 may 2009. p.24-26.
59. Lavielle B. Influenza y gasto público en salud. México DF: FUNDAR, Centro de análisis e investigación; 2009.

60. Valle O. 'Yo decía que era distracción política'. Reforma. 21 abr 2010.
61. Tejado J. Espectro: medios y la lucha contra la delincuencia. Reforma. 18 nov 2008.
62. Pérez-Espino J. Narrativa del miedo y construcción de pánico moral. En: Páez Varela A, Pérez-Espino J, Muñoz M. Influenza: De la negligencia a la manipulación. México DF: Grijalbo; 2009. p. 69-118.
63. Vélez O, García C. Médicos de Oaxaca y NL se niegan a aplicarse la vacuna contra la A/H1N1. La Jornada [Internet]. 11 ene 2010 [citado 21 oct 2013]. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2010/01/11/sociedad/035n2soc>.
64. Cruz-Martínez A. Sólo un caso de Guillain Barré por vacuna A/H1N1. La Jornada [Internet]. 17 feb 2010 [citado 21 oct 2013]. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2010/02/17/sociedad/042n1soc>.
65. Velásquez-Pérez L, Contreras-Cortés GA, Salazar Nava RG, Chacón-Salazar J. Percepción social y actitud de los trabajadores del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía ante la alerta epidemiológica de la influenza humana A-H1N1 en México durante 2009. Medicina Interna de México. 2009;25(6):450-453.
66. Cruz Martínez A. Desnudó la influenza A/H1N1 las carencias del sistema de salud: Ssa. La Jornada [Internet]. 12 mar 2010 [citado 21 oct 2013]. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2010/03/12/sociedad/038n1soc>.
67. Delarue F. Salud e infección: Auge y decadencia de las vacunas. México DF: Nueva Imagen; 1980.
68. Penúltimátum. La Jornada [Internet]. 15 abr 2011 [citado 22 oct 2013]. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2011/04/15/opinion/a08o1cul>.
69. Schmidt CW. Las CAFO porcinas y la nueva influenza. Salud Pública de México. 2009;51(6):513-521.
70. Suben acciones de farmacéuticas. La Jornada [Internet]. 28 abr 2009 [citado 22 oct 2013]. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2009/04/28/economia/038n1eco>.
71. Laurell AC. Investigación científica con fines de lucro. La Jornada [Internet]. 4 jun 2010 [citado 22 oct 2013]. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2010/06/04/index.php?section=opinion&article=a03a1cie>.
72. Rockoff JD, Loftus P. Las vacunas son el nuevo objeto del deseo de las farmacéuticas. Reforma. 29 sep 2009.
73. Descartan donar vacuna para A H1N1. Reforma. 16 jun 2009.
74. Eserverri J. Lo que la gripe dejó. Expansión. 2010;(1039):71-74.
75. Cantera S. Compran vacunas de más. Reforma. 25 feb 2013.
76. Hernández López J. Astillero. La Jornada [Internet]. 14 ene 2010 [citado 22 oct 2013]. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2010/01/14/politica/004o1pol>.
77. Cruz A, Olivares E, Poy L. Divide a expertos crítica a la OMS por el caso A/H1N1. La Jornada [Internet]. 15 ene 2010 [citado 22 oct 2013]. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2010/01/15/sociedad/037n1soc>.
78. La pandemia de la influenza es real; hay 13 mil muertos: OMS. La Jornada [Internet]. 15 ene 2010 [citado 22 oct 2013]. Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2010/01/15/sociedad/036n1soc>.
79. Bugarin I. Investigará comisión alerta por A H1N1. Reforma. 3 abr 2010.
80. Critican manejo en Europa. Reforma. 5 jun 2010.
81. Muestra indagación opacidad de la OMS. Reforma. 5 jun 2010.
82. Cohen D, Carter P. WHO and the pandemic flu "conspiracies". British Medical Journal. 2010;340:1274-1279.
83. Garduño S. Defiende Córdoba plan contra A H1N1. Reforma. 19 ene 2010.
84. La Rosa E. La fabricación de nuevas patologías: De la salud a la enfermedad. Lima: Fondo de Cultura Económica; 2009.
85. Moynihan R. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. British Medical Journal. 2002;324:886-891.
86. Whalen J. Acusaciones de sobornos en China, el dolor de cabeza del jefe de Glaxo. Reforma. 6 ago 2013.
87. Forcades i Vila T. Pandemia 2009-2010 por gripe A: la importancia de evitar que las alarmas sanitarias sean rentables. Salud Colectiva. 2010;6(3):245-249.

88. Reyes-Terán G. Sida, crónica de una afección mediática. *Letra S*. 2007;(126):6-7.
89. Saavedra D. Infecta H7N9 a padre-hija. *Reforma*. 8 ago 2013.
90. Fouchier RAM, Kawaoka Y, et al. Aviar flu: Gain-of-function experiments on H7N9. *Nature*. 2013;500(7461). DOI:10.1038/500150a.
91. Jiménez-Corona ME, Aguilar-Díaz FC, León-Solís LE, Morales-Virgen JJ, Ponce de León-Rosales S. Conocimientos, actitudes y prácticas sobre la influenza A(H1N1) 2009 y la vacunación contra influenza pandémica: resultados de una encuesta poblacional. *Salud Pública de México*. 2012;54(6):607-615.
92. López-Cervantes M, García Moreno J, Pacheco-Domínguez RL, Escamilla-Santiago RA, Villanueva-Lozano M. La influenza A/H1N1 2009: Una crónica de la primera pandemia del siglo XXI. *Revista Digital Universitaria*. 2010;11(4):1-8.
93. Menéndez EL. Las influencias por todos tan temidas o de los difíciles usos del conocimiento. *Desacatos*. 2010;(32):17-34.
94. Baudrillard J. *Pantalla total*. Barcelona: Anagrama; 2000.
95. Esquivel J. *Pandemia mediática. Proceso*. 10 may 2009. p. 56-59.
96. Brennan B, Gutiérrez V, editores. *Guía para la elaboración de estrategias de comunicación de riesgo: De la teoría a la acción*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2011.
97. Santos Burgoa C, et al. Comunicación de riesgos: lineamientos y promoción de la salud. En: Córdova-Villalobos JA, Valdespino-Gómez JL, Ponce de León Rosales A. *La epidemia de influenza A/H1N1 en México*. México DF: Editorial Médica Panamericana; 2010. p. 327-344.
98. Dawood FS, Iuliano AD, Reed C, Meltzer MI, Shay DK, Cheng PY, et al. Estimated global mortality associated with the first 12 months of 2009 pandemic influenza A-H1N1 virus circulation: a modeling study. *The Lancet Infectious Disease*. 2012;12(9):687-695.
99. Menéndez EL. *Hacia una práctica médica alternativa: Hegemonía y autoatención (gestión) en salud*. México DF: CIESAS; 1983. (Cuadernos de la Casa Chata).
100. Menéndez EL. *Morir de alcohol: Saber y hegemonía médica*. México DF: Alianza Editorial Mexicana; 1990.
101. Menéndez EL. *La parte negada de la cultura: Relativismo, diferencias y racismo*. 2da ed. Rosario: Prohistoria; 2011.

FORMA DE CITAR

Menéndez EL. Las instituciones y sus críticos o la costumbre de polarizar la realidad: el caso de la influenza A (H1N1). *Salud Colectiva*. 2014;10(1):15-40.

Recibido: 30 de octubre de 2013

Aprobado: 27 de diciembre de 2013



Este obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional. Reconocimiento — Permite copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra. A cambio, se debe reconocer y citar al autor original. No Comercial — Esta obra no puede ser utilizada con finalidades comerciales, a menos que se obtenga el permiso.