

## Directrices en torno a las epidemias en México. Perspectiva histórica

Martha E. Rodríguez-Pérez,<sup>1\*</sup> Jorge A. Ramírez-Hernández<sup>2</sup> y Enrique Ruelas-Barajas<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Departamento de Historia y Filosofía de la Medicina, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México; <sup>2</sup>División de Estudios de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México; <sup>3</sup>Instituto Internacional de Futuros de la Salud. Ciudad de México, México

### Resumen

Se ofrece una perspectiva de las epidemias y pandemias en México en tres periodos: fines del siglo XVIII y siglos XX y XXI, con el fin de analizar cómo las autoridades sanitarias y gubernamentales abordaron estos problemas, así como los desafíos que han representado. Se consultaron fuentes históricas documentales y, en los casos actuales, la participación en ellos. Se combinó metodología epidemiológica e histórica social. La presencia de las epidemias en México es una constante, lo cual evidencia la necesidad de actualizar el sistema de vigilancia epidemiológica, de estar preparados para enfrentar una epidemia y de elaborar un plan de contingencia.

**PALABRAS CLAVE:** COVID-19. Epidemias. Influenza A H1N1. México. Paludismo. Viruela.

### Guidelines on epidemics in Mexico. Historical perspective

#### Abstract

A perspective of epidemics and pandemics in Mexico is offered, focusing on three time periods, namely, end of the 18<sup>th</sup> century, the 20<sup>th</sup> century, and the 21<sup>st</sup> century, in order to analyze how they were approached by health and government authorities, as well as the challenges they have represented. Historical documentary sources were consulted and, in current cases, participation in them was analyzed. Epidemiological and social historical methodologies were combined. The presence of epidemics in Mexico is a constant on its evolution, which highlights the need for the epidemiological surveillance system to be updated, the importance of being prepared to face an epidemic and to develop a contingency plan.

**KEYWORDS:** COVID-19. Epidemics. A H1N1 influenza. Mexico. Malaria. Smallpox.

### Introducción

El presente artículo analiza tres periodos del devenir mexicano. Martha Eugenia Rodríguez se enfoca en la epidemia de viruela de 1797 en la Ciudad de México, enmarcada en la etapa premicrobiana, y la excelente respuesta por parte del gobierno para

frenar el contagio. Jorge A. Ramírez Hernández examina el siglo XX, del cual advierte el constante surgimiento de enfermedades infecciosas, que, tras un intenso trabajo sanitario, parecían cerrar un capítulo en la historia, hasta que, poco antes de finalizar la centuria, aparecieron 30 nuevos males virales. Se centra en dos casos: el de influenza en 1918 y el de paludismo; en este último, aborda el consecuente

#### \*Correspondencia:

Martha E. Rodríguez-Pérez

E-mail: martha.eugenia.rp@gmail.com

0016-3813/© 2022 Academia Nacional de Medicina de México, A.C. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 12-09-2022

Fecha de aceptación: 20-09-2022

DOI: 10.24875/GMM.22000305

Gac Med Mex. 2023;159:75-82

Disponible en PubMed

[www.gacetamedicademexico.com](http://www.gacetamedicademexico.com)

dilema del uso del DDT para su control a partir de la década de 1940. Enrique Ruelas Barajas, enfocado en el siglo XXI, analiza dos pandemias: la de influenza A H1N1, que se inició en 2009, y la de COVID-19, que se introdujo a México a principios de 2020. Dada la actualidad de estos dos últimos casos y la dificultad para analizarlos con perspectiva histórica, se reflexiona sobre la posibilidad de anticipar estos fenómenos a fin de estar preparados.

## La viruela en el siglo XVIII

Martha E. Rodríguez-Pérez

La Nueva España del siglo XVIII, caracterizada por la filosofía ilustrada que fomentó el progreso en diversos campos del saber, enfrentó problemas de salud con la presencia de una serie de epidemias, entre ellas las de sarampión, tifo, varicela y viruela. Aquí se centrará la atención en esta última enfermedad, de la cual surgieron cinco epidemias en el siglo mencionado. La más devastadora aconteció en 1779 y dejó 44 000 enfermos en la capital novohispana, con una letalidad de 20 %; como referencia, el censo de población de 1790 reportó 104 750 habitantes en la Ciudad de México. Sin embargo, la que es objeto de nuestro estudio es la epidemia de viruela de 1797, en la que de 44 516 enfermos, el porcentaje de fallecidos se redujo a 8 % debido a la aceptación de la práctica de la inoculación.<sup>1</sup>

Los organismos responsables de combatir las epidemias fueron diversos: el virrey en turno, el Ayuntamiento, el Tribunal del Protomedicato, la Audiencia, la Iglesia, las Juntas de Sanidad y la comunidad epistémica. En conjunto implementaron programas preventivos y terapéuticos acordes con la época, enmarcada en la era premicrobiana. Se dio cobertura al aspecto espiritual y a la asistencia médica propiamente dicha, a la medicación con recursos naturales, a las cuarentenas, acordonamientos y saneamiento del medio.

Particularmente, interesa resaltar la respuesta del sistema de salud ante la epidemia de 1797. Al surgir una epidemia, las autoridades gubernamentales emitían avisos en los que hacían énfasis en la importancia del autocuidado: “que cada uno mire por sí, al mismo tiempo que la vigilancia del Gobierno, y el zelo de la nobilísima Ciudad, mira por todos”.<sup>2</sup> Para ese autocuidado, se prohibía empeñar la ropa de los familiares que hubieran fallecido por alguna enfermedad contagiosa, además de insistir en la importancia del aseo personal y del entorno.

Con base en experiencias anteriores, el quincuagésimo tercer virrey de Nueva España, el marqués de Branciforte (1794-1798), reimprimió un documento elaborado por el profesor universitario José Ignacio Bartolache (1739-1790) y publicado en 1779, sobre una instrucción para curar viruelas, donde explicaba qué eran las viruelas y el tratamiento sugerido.<sup>3</sup> El documento, por demás interesante, refleja el vínculo Estado-ciencia, o poder-saber, donde el gobierno escuchaba al actor epistémico, valoraba su conocimiento, su observación de la realidad, reflexiones y propuestas de solución.

Así, en 1797 seguía vigente el documento escrito 18 años antes que reflejaba la validez del modelo médico humoralista. Bartolache, al referirse a la etiología de la enfermedad, señalaba que era una diligencia de la naturaleza para purgar los malos humores. Afirmaba que la viruela se comunicaba de persona a persona y por la disposición de los aires. Respecto al tratamiento, explicaba cómo se curaban bien y mal las viruelas. En el primer caso, recomendaba ingerir atoles y agua hervida con amapola, así como la realización de friegas corporales con aceite para bajar la fiebre y gárgaras de agua y vinagre como medida antiséptica. Por su parte, las viruelas se curaban mal cuando el tratamiento era discontinuo, al cambiar los remedios sin darles tiempo para alcanzar su efectividad.

El combate a la epidemia que nos ocupa culminó con el edicto emitido por el marqués de Branciforte el 28 de febrero de 1797, integrado por 13 incisos,<sup>4</sup> que se resumen en seguida:

- Que en todas las poblaciones se tuviera prevista una casa para alojar a los contagiados, contrapuesta al viento reinante, para que ahí se curaran los enfermos, aislados del resto de la población.
- Localización de enfermos. Médicos, párrocos y jueces debían avisar al Protomedicato de los enfermos que detectaran y canalizarlos a la casa especializada.
- División de la ciudad en ocho cuarteles. En cada uno, su regidor debía buscar a los enfermos y persuadirlos de la utilidad del aislamiento, procurando que se prestaran a ello sin violencia.
- Prohibición de la comunicación en parajes entre contaminados y sanos, para lo cual se colocaban guardias en las garitas.
- Las personas que hubieran salido de un lugar infestado debían guardar cuarentena.
- Las garitas de las ciudades infestadas debían colocar hogueras con troncos y arbustos aromáticos con el fin de purificar el aire.

- Las cartas que se despachaban de lugares contagiados se sahumaban con azufre y los carteros debían vestir batas de lienzo que debían retirarse antes de ingresar a sitios todavía ilesos de la epidemia.
- La inoculación constituía un recurso más para frenar la epidemia, siempre y cuando no hubieran funcionado los puntos anteriores. Su aplicación, que inició en la Nueva España en 1779, debía ser voluntaria.
- Formación de sociedades de caridad en cada manzana con el fin de allegarse de limosnas aplicables a los contagiados.
- Las inhumaciones no debían realizarse en el interior de las iglesias, sino en cementerios garita afuera.
- Rogativas a Dios, santos y a la madre santísima.
- Obtención de recursos para afrontar la epidemia.
- Invitación del virrey a sugerir medidas para detener la epidemia.

Como cierre para este primer momento de estudio, enmarcado en la era premicrobiana, señalamos que se desconocía la causa real de la enfermedad, aunque estaba presente el concepto de contagio. Existía una excelente organización para combatir la epidemia, en la que participaban el virrey, el Protomedicato, el Ayuntamiento, la Iglesia y hasta las juntas de caridad. En ese intento por combatir la epidemia de viruela, se advierte un trabajo bien coordinado, en el que el gobierno valora y reconoce el saber y experiencia de los hombres de ciencia, como se confirma en el edicto citado. En el periodo virreinal, cuando la viruela significaba todo un desafío para las autoridades sanitarias, la epidemia se llegó a controlar, en gran medida, cuando arribó la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna, encabezada por el cirujano Francisco Xavier Balmis, quien, por iniciativa del monarca Carlos IV, trajo el descubrimiento de Jenner y estableció las casas de vacunación a partir de 1804.

## El siglo XX: panorama epidemiológico en México

Jorge A. Ramírez-Hernández

El siglo XX heredó el método de John Snow de mediados del siglo XIX para el estudio de las epidemias con base en tres elementos: la descripción del tiempo, el espacio y la población, para caracterizar estos eventos como fenómenos colectivos de salud, enfermedad y muerte.

A principios del siglo XX, nuevas teorías científicas y nuevas tecnologías modificarían la visión de la naturaleza y la sociedad en contraste con la del siglo anterior. Lo anterior se manifestará en los tres factores mencionados y en la forma de responder para prevenir y controlar las epidemias. Aquí se resumen los principales conocimientos:

- Teoría de la evolución (Darwin), que postula los cambios de los seres vivos en el tiempo.
- Teoría microbiana (Pasteur, Koch), que señala a los gérmenes como factores etiológicos de las enfermedades.
- Cambios del paradigma cartesiano-newtoniano, con los que se termina la noción de espacio y tiempo absolutos, y la formulación de la segunda ley de la termodinámica (entropía).
- Teoría de probabilidades en la física (Joseph Gibbs).
- Física cuántica (Max Planck) y física relativista (Albert Einstein).
- Diferentes teorías de sistemas (cibernética, teoría de la comunicación, noción de sistema abierto).

Respecto a la forma de estudiar a la población se desarrollaron la sociología, la antropología, la psicología, el psicoanálisis, la lingüística y la semiótica, entre otras.<sup>5-7</sup>

La tecnología del siglo XX también transformó las comunicaciones y, con ellas, la noción de espacio y tiempo. Aparecieron los vehículos automotores y el primer vuelo breve en 1903 abrió las puertas a la aeronáutica y astronáutica; además, se desarrollaron la radio y la televisión.

## Breve panorama epidemiológico

En el prólogo que el doctor Jesús Kumate escribió al libro *Endemias y epidemias de México en el siglo XX*, de los doctores Fernández de Castro, se describe en pocos renglones los problemas endemoepidémicos de México:<sup>8</sup>

Las enfermedades infectocontagiosas han sido las protagonistas indiscutidas de la morbi-letalidad en México durante  $\frac{3}{4}$  partes del siglo XX. Sobre un fondo endémico o hiperendémico de paludismo, viruela, tuberculosis, diarrea, neumonía, sarampión, varicela, tosferina, difteria, tétanos, el tifo mexicano y la fiebre tifoidea, se agregan enfermedades geográficas: la oncocercosis en Chiapas y Oaxaca, la leishmaniasis en la península yucateca, la lepra en el noroeste y centro, el mal del pinto en la cuenca de Balsas, la brucelosis en La Laguna, y la coccidiodomicosis en Sonora, entre otras.

A esa carga de enfermedades se agregaron: la peste bubónica en 1903 en Mazatlán, la pandemia de influenza de 1919-1920, la aparición de la poliomielitis paralizante en los años cuarenta; la fiebre amarilla selvática en el sureste en 1966; la disentería por *Shigella dysenteriae* en 1960-1970; la fiebre tifoidea resistente a cloranfenicol en 1972-1973 y, poco después un brote de encefalitis viral venezolana y el dengue en los ochenta. El sida aparece en México en el año 1983 y el cólera en 1991.

Las tablas de mortalidad del cuarto de siglo restante mencionado por Kumate estuvieron dominadas por las enfermedades del corazón, los accidentes, los tumores malignos y la emergente diabetes, que hoy en día continúan.

En el mismo libro se citan 27 padecimientos centrales durante el siglo. Más que presentar tablas de morbilidad y mortalidad, se transcribe la lista de los desafíos del siglo XX: viruela, fiebre amarilla, dengue, paludismo, peste, tifo, leishmaniasis, oncocercosis, lepra, maldel pinto, tuberculosis, sífilis, sida, diarrea-cólera, amebiasis, fiebre tifoidea, hepatitis virales, tenia-cisticercosis, brucelosis, rabia, enfermedades respiratorias, poliomielitis, sarampión, rubéola, difteria, tétanos y tosferina.<sup>8</sup>

Es importante recordar el lugar central que para el estudio de las epidemias de tipo infeccioso ha tenido el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos, antes Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales (1938-1990). No solamente es un edificio, sino la cabeza de la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública.<sup>9</sup>

### **La pandemia de influenza en México en 1918**

Esta pandemia fue detectada por primera vez el 6 de octubre de 1918 y terminó a fines de 1919. Se calculan de 300 a 500 mil decesos, en un México con una población de casi 15 millones de habitantes. En cuanto a las características de la pandemia, se desconocía el agente etiológico causal y los virus en general. En la Constitución de 1917 (artículo 73) se estableció el Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salubridad Pública como autoridades sanitarias. Su propósito era responder en casos de emergencias sanitarias nacionales; el médico y general José María Rodríguez quedó a cargo del Consejo y como jefe del Departamento. (Se consultaron los documentos de esas instituciones, sobre todo telegramas en el archivo histórico de la Secretaría

de Salud,<sup>10</sup> de los cuales se extrajeron las políticas que establecieron ambas dependencias.)

Los telegramas que se recibían eran respondidos en gran medida por José María Rodríguez, en un lapso no mayor de tres días de llegada la petición. “Se dispuso la interrupción del tráfico de pasajeros” de tren entre zonas que tenían enfermos y zonas sin casos. Dos días después, el presidente de la República revirtió la medida ya que no la consideró viable. Se vigilaba a las personas procedentes de lugares infectados. En los puertos se dictó la cuarentena para barcos con personas enfermas (por ejemplo, el barco “Alfonso XIII”). Se enviaron médicos pasantes a los estados afectados para llevar medicamentos (quinina, aspirina, polvos de Dower, gránulos de estriquina); se integraron “juntas de socorro” con médicos dependientes de la autoridad pública, para asignar tratamientos y conseguir recursos; pacientes de la “clase menesterosa” fueron ingresados a hospitales civiles; se instruyó que los enfermos con más recursos permanecieran en sus domicilios y que las casas de “los atacados” por la enfermedad fueran desinfectadas con azufre. Si se proponían tratamientos contra la influenza, se solicitaba al Hospital General que los probara clínicamente.

En resumen, durante la pandemia de influenza de 1918 intervinieron el Consejo de Salubridad General y el Departamento de Salud Pública. Desde ahí se implementaron medidas de respuesta directa a los estados afectados, con las limitaciones de conocimiento y tecnología de la época.

Con enfoque de lingüística cognitiva se analizaron las metáforas empleadas en los periódicos de la época para designar a la epidemia. Se puede afirmar que en general las metáforas utilizadas fueron de tipo militar, lo cual no sorprende. En esa época estaba terminando la Primera Guerra Mundial.

### **El dilema del DDT**

La síntesis del DDT (dicloro difenil tricloroetano) se efectuó en 1874 y su descubrimiento como agente plaguicida, en 1939. Voces de alerta (acerca de daños al ambiente y resistencia) se emitieron desde los años cuarenta. El Programa de Erradicación Mundial del Paludismo de 1958-1963 no logró sus metas.<sup>11</sup>

El primer empleo del DDT en México contra el paludismo se llevó a cabo en 1955. En la firma de acuerdos sobre medioambiente, paralelos al Tratado de Libre Comercio de 1994, México se comprometió a eliminar el DDT del programa de prevención y control

del paludismo. Ya existían acuerdos internacionales para reducir el uso de compuestos orgánicos persistentes (POPs, *persistent organic pollutants*). La Organización Mundial de la Salud (OMS) sostuvo conferencias desde 1971 para revisar el papel del DDT en el control vectorial. En 1993 se comenzó a considerar alternativas no químicas y que el DDT no era el insecticida preferente. El Fondo Mundial de la Naturaleza y una ONG (RAPAM) consiguieron un financiamiento en 1996 para desarrollar un proyecto de exploración de alternativas al empleo de DDT, con participación comunitaria. Como resultado se integró un equipo internacional con expertos en entomología en salud pública para revisar las propuestas en diversas zonas: control de tripanosomiasis en el delta de Okavango, Botswana; control de oncocercosis en África occidental; uso de cortinas de cama en Bagamoyo, Tanzania; Programa Nacional de Control de Paludismo en Filipinas; control ecológico del paludismo en el distrito de Kheda, Gujarat, India; y la transición hacia el control del paludismo sin DDT en México (Reunión de World Wildlife Fund Inc, Washington).<sup>12</sup>

En México se efectuaron encuestas de campo a lo largo de la costa de Oaxaca para conocer la percepción comunitaria respecto al control del paludismo sin DDT; se revisó la estrategia del Programa de Acciones Integradas Simultáneas (PAIS). Los resultados se compartieron con la secretarías de salud y de ecología; se encontró que las comunidades poseían un adecuado conocimiento de la enfermedad y estaban dispuestas a participar en el control de la transmisión vectorial. Finalmente, en 1999, el Programa de Paludismo de México eliminó el DDT de su estrategia de control.

### **Anomalías para el fin del siglo XX**

Cuando se iba a “cerrar el capítulo” de las enfermedades infecciosas, el siglo XX terminó con 30 nuevas enfermedades virales. No se produjo una disminución de las desigualdades en salud debido a la presencia de un sistema público, universal y gratuito (Black Report). Los países industriales poseen los mejores indicadores de salud del mundo, aun cuando comunidades no industriales también los lograron (como Kerala, en la India, y Costa Rica). La medicina científica occidental sustituyó a las medicinas tradicionales, si bien la medicina tradicional china fue aceptada y se expandió por todo el mundo. Para terminar, resta decir que es muy importante actualizar el sistema de

vigilancia epidemiológica con base en los avances del siglo XX.

### **Las pandemias del siglo XXI**

Enrique Ruelas-Barajas

Es muy difícil considerar un fenómeno sin la suficiente perspectiva histórica, como ocurre ahora al intentar analizar las dos pandemias más notables que se han presentado en los primeros veinte años del siglo XXI: la pandemia de influenza A H1N1, que se inició en 2009, y la aún presente pandemia de COVID-19, que comenzó al final de 2019 y continúa a mediados de 2022. Por ello, es más prudente enfocar este texto no tanto en el análisis de todo lo ocurrido en el primer caso y en lo que todavía está ocurriendo en el segundo, sino en la reflexión sobre la posibilidad de anticipar estos fenómenos para argumentar la necesidad de estar preparados, pues parecería que esta preparación ocurrió solo en el primero.

#### **Abril de 2009: la amenaza se había previsto y se cumplió**

En los últimos días de abril de 2009, el subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud de la Secretaría de Salud Federal, el doctor Mauricio Hernández Ávila, fue informado de la presencia de casos de influenza en la Ciudad de México que presentaban manifestaciones clínicas atípicas. En mi carácter de secretario del Consejo de Salubridad General aquel año, recibí su llamada en la que me solicitaba que alertara a los hospitales privados de la ciudad por si fuese necesario contar con ellos. Así lo hice y la respuesta fue favorable. Cuatro días después, el jueves 23, el doctor José Ángel Córdova Villalobos, secretario de salud, convocó a una reunión urgente, la cual se inició a las cinco de la tarde. En la sala de juntas se encontraba el pleno del gabinete del secretario, epidemiólogos e infectólogos del más alto nivel del país, y yo, como secretario del Consejo. Para ese momento, ya se habían enviado muestras del virus a los Centers for Disease Control (CDC) de Atlanta y Canadá, debido a que en México no había sido posible tipificarlo. En conexión telefónica, se preguntó a la directora de influenza de los CDC de Atlanta qué se había encontrado. La respuesta fue contundentemente helada: “No lo sabemos. Es un virus desconocido. Tomen todas las medidas necesarias”.

En menos de 24 horas, todos los miembros del Consejo de Salubridad General fueron convocados a

una sesión urgente para tomar las decisiones pertinentes a una situación que amenazaba seriamente la salud de la población, y de la cual no existía precedentes en el mundo hasta ese momento. A las cinco de la tarde del 24 de abril, se inició la sesión extraordinaria. Por primera vez en los casi 170 años de historia del Consejo, este fue encabezado por el presidente de la República, en su carácter de jefe de Estado. Después de deliberar amplia y profundamente acerca de diferentes alternativas, se declaró a esa influenza como “enfermedad grave de atención prioritaria”, por consiguiente, como emergencia epidemiológica, de acuerdo con la atribución constitucional del Consejo de Salubridad General. Ese mismo día se avisó a la OMS. México se había convertido en el epicentro de lo que unas semanas después llegaría a ser la primera gran pandemia del siglo XXI.

México estaba preparado. Varios acontecimientos habían permitido anticipar lo que podría venir. En 2001, como resultado del ataque terrorista a los Estados Unidos, se desencadenaron advertencias de una posible guerra bacteriológica con ántrax. Lo anterior sirvió para alertar al sistema de salud mexicano en el caso de que la amenaza se materializara, lo cual no ocurrió. Hacia 2005, se presentaron casos de influenza aviaria en varios países asiáticos, lo que también obligó a México a estar atento y a prepararse. El entonces secretario de salud, Julio Frenk, tomó varias decisiones: realizar una compra de reserva de ozeltamivir; instruir, en su carácter de presidente del Consejo de Salubridad General, a que esa instancia, entonces bajo el liderazgo de la doctora Mercedes Juan, elaborara un plan de contingencia; y la realización de un simulacro de todo el sector salud ante una posible pandemia, cuya organización estuvo a cargo del subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud, el doctor Roberto Tapia Conyer.

Entre 2003 y 2005, como subsecretario de Innovación y Calidad de la Secretaría de Salud, inicié con el doctor Antonio Alonso Concheiro el proyecto “Los Futuros de la Salud en México 2050”, con la finalidad de orientar las políticas de la Secretaría de Salud hacia la innovación. En este ejercicio participaron más de 900 profesionales de la salud de todo el país, de los sectores público, social y privado, y de múltiples tipos de organizaciones y disciplinas. El propósito fue identificar tendencias, situaciones que pudiesen alterarlas y configurar posibles escenarios entre 2005 y 2050. Entonces comenzó a vislumbrarse la posibilidad de una epidemia de gran magnitud que podría convertirse en pandemia.

Como una ratificación de lo anterior, aunque con un propósito diferente, el doctor Octavio Gómez Dantés, entonces director general de Evaluación del Desempeño de la Subsecretaría de Innovación y Calidad de la Secretaría de Salud, responsable de *Salud México 2001-2006. Información para la rendición de cuentas*, publicado en julio de 2006, en el capítulo “México ante la posible pandemia de influenza”, afirmó que el país estaba preparado para una situación de esta naturaleza, lo cual ocurrió tres años después.

No obstante, todavía eran necesarias algunas medidas y México se siguió preparando. El 1 de diciembre de 2006 cambió el gobierno. Fui nombrado secretario del Consejo de Salubridad General por el presidente Calderón. En febrero de 2007, propuse al presidente del Consejo y al presidente de la República, que el Consejo fuese fortalecido, ya que en su membresía no se encontraban dependencias ni organizaciones indispensables. El argumento fue que en el Consejo debían estar las autoridades de todos los sectores y de las diferentes regiones del país que asumirían alguna responsabilidad en la toma de decisiones inmediatas ante una emergencia epidemiológica.

Así, en abril de 2007, dos años antes de que se detonara la pandemia en México y obviamente sin tener la certeza de que ello ocurriría, en una sesión solemne el presidente de la República dio la bienvenida a un número importante de nuevos miembros, entre los que se encontraban, por ejemplo, los secretarios de Educación Pública y Hacienda y Crédito Público, los presidentes de la Cámara Nacional de la Industria de Transformación y del Colegio Nacional de Licenciados en Enfermería, así como cinco secretarios de salud de estados que representaban a cinco regiones del país, los cuales se sumaron a la membresía previa. Dos años después, en la sesión extraordinaria del 24 de abril de 2009, cuando se convocó a los miembros del Consejo a sesión extraordinaria por una emergencia epidemiológica, esta modificación dio frutos: con el presidente de la República se encontraban reunidos todos los funcionarios y representantes de los sectores público, social y privado que tendrían alguna responsabilidad y experiencia en el manejo de emergencias, como sucedió en las primeras semanas de la pandemia de influenza A H1N1. México estuvo preparado. El mérito podría considerarse mayor si se toma en cuenta que, como Wuhan poco más de 10 años después, México fue el epicentro. A diferencia de lo ocurrido en China, la información se dio a

conocer al mundo desde el principio, el país estaba preparado y se tomaron medidas oportunas.

Es imposible emitir aún un juicio objetivo sobre las acciones emprendidas y sus resultados en el largo plazo. Es posible, sin embargo, afirmar que no se perdió tiempo, que en las decisiones participaron quienes debían hacerlo y que se hizo con pleno reconocimiento del valor de las aportaciones de cada uno de los miembros del Consejo de Salubridad General, independientemente de su origen en los sectores público, social o privado. El seguimiento cuidadoso de hechos que podrían ser amenazantes se hizo desde años atrás, el país se fue preparando y la reacción fue inmediata.

### **Febrero de 2020 en México: ¿la amenaza se atendió oportunamente?**

Los primeros casos detectados en Wuhan fueron reportados por China a la OMS el 31 de diciembre de 2019. De ahí, la epidemia se fue extendiendo hacia Europa y luego hacia los Estados Unidos. La OMS declaró la enfermedad como emergencia de salud pública el 30 de enero de 2020 y el 11 de marzo, oficialmente como pandemia. El primer caso identificado oficialmente en México se registró el 27 de febrero. El 23 de marzo, en el *Diario Oficial de la Federación* se publicó el acuerdo del Consejo de Salubridad General por el que se declaró a COVID-19 como “enfermedad grave de atención prioritaria”, prácticamente dos semanas después de la declaración de pandemia por la OMS, casi un mes después del primer caso registrado en México y mes y medio después de que la enfermedad fuese declarada emergencia de salud pública por la OMS.

Es importante señalar, y llama la atención, que durante todo el tiempo transcurrido desde el 30 de enero, cuando la OMS declaró la emergencia de salud pública, hasta la declaratoria de “enfermedad grave de atención prioritaria”, el 23 de marzo, el Consejo de Salubridad General no fue convocado por su presidente a sesionar, como se esperaba desde semanas atrás. Además, también fue desconcertante que el acuerdo del Consejo haya sido anunciado públicamente por el secretario de Relaciones Exteriores de México, quien no era miembro del Consejo, y no por el presidente de este o por el secretario de Salud, presente durante el anuncio. Finalmente, por testimonios directos de miembros del Consejo que asistieron a esa sesión, no se dio a todos la oportunidad de opinar a pesar de haberlo solicitado.

Independientemente de que la naturaleza de los virus, de las enfermedades que causan y de que sus tratamientos han sido muy diferentes, sin necesidad de juicio alguno resulta evidente el contraste de los tiempos transcurridos, de los personajes involucrados en la conducción de la emergencia en su etapa inicial en México y de la dinámica de aquella primera sesión, con lo ocurrido en la pandemia de influenza A H1N1. Sin duda, la perspectiva histórica permitirá, con la mayor objetividad posible, valorar las consecuencias de lo que se hizo en ambos casos.

Finalmente, es interesante mencionar que en uno de los escenarios propuestos en el proyecto de prospectiva aludido anteriormente y publicado en 2010 es posible leer el siguiente párrafo:<sup>13</sup>

Por otro lado, hacia el año 2020 se introduce en México un nuevo virus de alta letalidad para el que no existe cura conocida. A pesar de las restricciones en su transmisión (muy corta vida en condiciones ambientales normales), se estima que a causa de él fallece cerca de medio millón de personas.

Ante esto, conviene citar a Daniel Innerarity:<sup>14</sup>

En civilizaciones dinámicas y volátiles la sabiduría debida a la experiencia no tiene más remedio que ser progresivamente sustituida por operaciones que podrían caracterizarse como aprender del futuro: previsión, prevención, anticipación, precaución...

## **Conclusiones**

Las enfermedades infectocontagiosas que se analizan, así como los espacios y tiempos en que surgen, requieren de análisis y reflexión. En ese devenir se advierten múltiples similitudes: ignorancia respecto a los microorganismos causantes, pérdidas humanas, efectos socioeconómicos, estigmas hacia el enfermo y, en ocasiones, también hacia el personal de salud; vías de comunicación y globalización favorecedoras del contagio, participación de instituciones gubernamentales con planes de salud propios, eficientes en ocasiones y controvertidos en otras; interés por encontrar un tratamiento eficiente y la presencia de retos por vencer.

## **Agradecimientos**

Los autores agradecen a la Academia Nacional de Medicina de México el haber permitido presentar este simposio en el marco del programa académico 2022.

## Financiamiento

Los autores declaran no haber recibido financiación para este estudio.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales:** Los autores declaran que para esta investigación no se realizaron experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos:** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado:** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Bibliografía

1. Humboldt A. Ensayo político sobre el reino de la Nueva España. Libro 2°. México: Porrúa; 1965.
2. Varias providencias. 1779. Conservado en: Archivo Histórico de la Ciudad de México, Ciudad de México; Ramo Policía Salubridad Epidemias Viruela, vol. 3674, leg. 1.
3. Bartolache, JI. Instrucción que puede servir para que se cure a los enfermos de las viruelas epidémicas que ahora se padecen en México, México: Imprenta Matritense de don Felipe de Zúñiga y Ontiveros; 1779.
4. Medidas para evitar se propague la epidemia de la viruela. 1797. Conservado en: Archivo Histórico de la Ciudad de México, Ciudad de México; Ramo Policía Salubridad Epidemias Viruela, vol. 3674, leg. 1.
5. Wiener N. Cibernética y sociedad. Argentina: Sudamericana; 1958.
6. Lilienfeld R. Teoría de sistema. México: Trillas; 1984.
7. Braudel F. La historia y las ciencias sociales. Sexta edición. España: Alianza; 1982.
8. Fernández-de Castro J, Fernández-de Castro H. Endemias y epidemias de México en el siglo XX. México: Edición de autor; 2015.
9. Ramírez JA, Guzmán MC, Díaz JA. Del ISET al InDRE I. Gac Med Mex. 2019;155: 322-327.
10. Documentos del Consejo de Salubridad General. 1918. Conservado en: Archivo Histórico de la Secretaría de Salud, Ciudad de México.
11. Carson Rachel. Silent Spring. Estados Unidos: Houghton Mifflin Company; 1962.
12. Soluciones al dilema del DDT: protección de la biodiversidad y de la salud humana. Canadá/Estados Unidos: World Wildlife Fund; 1998.
13. Ruelas E, Alonso A. Los futuros de la salud en México 2050. México: Consejo de Salubridad General; 2010.
14. Innerarity D. Pandemocracia. Una filosofía de la crisis del coronavirus. España: Galaxia Gutenberg; 2020.