

La influenza A (H1N1) cuadro mínimo de los responsables directos

Gustavo Leal Fernández

Este trabajo examina tres determinantes que pesaron sobre la emergencia de la pandemia de influenza A (H1N1) que enfrenta México desde abril de 2009. Ellas son: el fracaso de la descentralización, el peso de algunos intereses sobre el mercado que representan el sector de la salud y la seguridad social, y la visión financiera que priva en la toma de decisiones sectoriales desde el gobierno de Ernesto Zedillo hasta el de Felipe Calderón.

PALABRAS CLAVE: descentralización, mercados, visión financiera, Seguro Popular, Secretaría de Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).

► 53

Influenza A (H1N1): a minimal framework of those directly responsible.

This study examines three determining factors that weighted on the pandemic of influenza A (H1N1) emergency, which Mexico is facing since April 2009. These are: the failure of decentralization, the weight of some market-based interests represented by the State health care system (Social Security) as well as the health sector, in addition to the financial approach that prevails in government sector-based decision-making processes, from president Ernesto Zedillo's government up to that of Felipe Calderón.

KEY WORD: decentralization, markets, financial approach, Seguro Popular (Popular insurance), and Institute of Security and Social Services for the State Workers (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado [ISSSTE]).

Hubo voces en el propio gobierno que me recomendaron guardar discreción y evitar compartir información sobre el virus¹.

Felipe Calderón

Algunos han criticado al gobierno mexicano por no haber actuado con la rapidez necesaria para identificar este nuevo virus y hacer sonar la alarma. Pero dichas críticas no toman en cuenta la complejidad real de reconocer y responder a una emergencia inesperada de salud pública. El presidente Felipe Calderón encabezó la respuesta, subrayando la gravedad de la situación. Aún no se sabe por qué este virus parece haber sido mortal sólo en México. Una razón es que durante toda la estación de la gripe de invierno, los doctores mexicanos, al no saber de la existencia de un nuevo virus, consideraron los casos como una gripe normal de la estación y, por lo tanto, no les dieron a sus pacientes los antivirales que podrían haber salvado sus vidas.

Julio Frenk, secretario de Salud (2000-2006)²

54 ◀

INTRODUCCIÓN

La red mexicana de salud y seguridad social tuvo mejores momentos que los que vive hoy³. La emergencia de la epidemia de influenza A (H1N1) desnudó, hasta los huesos, sus grandes limitaciones. Su desempeño mediocre contrasta con los cuantiosos recursos que ha recibido durante los últimos nueve años. Con mucho, las limitaciones estructurales derivan del ciclo de “reformas” tecnocráticas iniciadas por Guillermo Soberón Acevedo durante la presidencia de Miguel de la Madrid (1982), proseguidas por Juan Ramón de la Fuente, con José Narro Robles, en el mandato de Ernesto Zedillo (1995) y coronadas por Julio Frenk mediante el cuestionado Seguro Popular de Vicente Fox (2003). El ciclo ha sumergido

do al sector en un hueco y en un interminable conteo de “metas” ordenado desde un singular “federalismo” impuesto desde el centro.

LA INFLUENZA A (H1N1)

Está demostrado que en el nacimiento de la influenza A (H1N1) se aloja el nuevo patrón para la cría industrial de animales⁴ y que las grandes firmas farmacéuticas vuelven a ganar con la epidemia.

Además de reconocer la labor de los equipos nacionales de salud —médicos, enfermeras y profesiones afines— así como el comportamiento de nuestra ciudadanía, quisiera iniciar destacando que la presente reflexión girará en torno a tres determinantes de la emergencia: el fracaso de la descentralización, la creación de mercados en el sector y los costos sanitarios derivados de una visión puramente financiera para la gestión de la política de salud vinculada, sobre todo, con el Seguro Popular.

PRIMER DETERMINANTE: FRACASO DE LA DESCENTRALIZACIÓN

¿Qué ha determinado la pobre capacidad de respuesta de la red sanitaria frente a situaciones de emergencia? ¿Qué la ha conducido a su estado actual?

La cadena mando-respuesta ha sido sistemáticamente barrida por y desde el diseño de la “descentralización” soberonista de los años 1982-1988 (el “cambio estructural” en la salud), continuada por la “reforma” sectorial de Juan Ramón de la Fuente y José Narro Robles en la Secretaría de Salud (SSA) de los años 1990 zedillistas, y perpetuada por el “Seguro Popular” de Vicente Fox-Julio Frenk y Felipe Calderón (la “democratización” de la salud).

En el perfil previo, la designación de los titulares del despacho estatal pasaba por “consultas” del gobernador con las autoridades federales y portaba como respaldo una capacitación integral promedio en el ramo de, al menos,

¹ *Reforma*, 31 de octubre de 2009

² “Un diagnóstico rápido sobre México”, *Examen*, revista del Partido de la Revolución Institucional, (PRI), agosto de 2009, pp. 24-25

³ Véase al respecto Leal F., 2003.

⁴ Véase al respecto la vasta literatura en red de Silvia Ribeiro del grupo ETC.

15 años. Hoy, sobre todo después de la crisis del viejo presidencialismo y el consecuente traslado del poder a los gobernadores, estas designaciones estratégicas se basan en la discrecionalidad, los clientelismos locales, los caprichos, las lealtades inmediatas, los intereses electorales de corto plazo, pisoteando por completo la estructura jurisdiccional y municipal. Para decirlo con Jesús Kumate⁵:

¿Por qué hubo discrepancias de información? Cuando fue secretario el doctor Guillermo Soberón, se inició la descentralización de los servicios de salud. Él descentralizó 17 estados⁶, sin contar el DF. Yo no descentalicé ninguno y De la Fuente⁷, Mancera y Frenk⁸ tampoco. ¿Por qué? A mí me tocó, como secretario federal de Salud, trabajar, por ejemplo, con cinco secretarios de salud de Chiapas. El primero un pediatra, el segundo un gineco-obstetra, el tercero un ortopedista, el cuarto un dentista y el quinto un sanitarista. A diferencia del delegado del Seguro Social, nombrado por el director del IMSS, al secretario de salud lo nombra el gobernador, muchas veces con el mérito exclusivo de ser su amigo. Y ante cualquier discrepancia con el delegado del IMSS, ya sabemos a quién va a apoyar el gobernador. En los estados donde no se había efectuado la descentralización, me recibían el gobernador y todas las autoridades militares y civiles. En los que está descentralizado, hablaba tan sólo con los secretarios de Salud, que actúan en muchos casos bajo la lógica de un estado mecenas que generosamente le “regala” a una comunidad indígena, para poner un ejemplo, un centro de salud. Los gobernadores son señores de horca y cuchillo. Incluso se dice, en broma, que algunos gobernadores priístas estarían más contentos con un presidente panista que con un presidente priísta; así se convierten en auténticos virreyes en su territorio, y con un presidente del PRI tienen que cumplir al menos con cierta línea. Por eso, el principal problema ha sido el de la información que llega de los estados donde los servicios de salud están descentralizados⁹. Aun-

⁵ “La enfermedad de la pobreza. Entrevista con Jesús Kumate”, *Letras Libres*, núm. 126, junio, pp. 24-28.

⁶ En la administración de Miguel de la Madrid (1982-1988), Soberón descentralizó 14 entidades. Véase al respecto Leal F., 2003.

⁷ Junto con el entonces subsecretario de la SSA, José Narro Robles, el secretario de Salud (1994-1999) de Ernesto Zedillo, Juan Ramón de la Fuente, descentralizó 18 estados, incluido el DF. Véase al respecto Leal F., 2003.

⁸ Miguel Mancera no tuvo jamás responsabilidad alguna en la SSA. Probablemente, Kumate se refiera a José Antonio González Fernández, primer abogado secretario de Salud con Zedillo (1999-2000), que sustituyó a De la Fuente



Leap mx, 2009 <http://www.flickr.com>

Depósito de residuos en Bellas Artes

► 55

que ha mejorado mucho la calidad de los servicios, la información no llega con los mismos criterios, pese a que hay normas oficiales mexicanas.

Con todo, el tratamiento gubernamental de la emergencia mostró que, entre escombros, persiste la presencia de una cadena mando-respuesta aún medio operante, la cual terminó constituyendo su columna vertebral. Se trata de la red médica del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (35 delegaciones y 37 secciones sindicales), dotada de implante estatal, regional y hasta municipal. La decisión preventiva de suspender clases a 33 millones de alumnos en las escuelas nacionales de todos los niveles se tomó, justamente, sobre el registro de casos en clínicas del Instituto.

Por supuesto que en la década de 1980 nadie discutía la urgencia de “modernizar” el viejo sector salud del

⁹ Desde el año 2000, todos lo están.

príismo autoritario. Pero, claro está, *no* de la manera en que lo hicieron el soberonismo príista original y, luego, el soberonismo panista de Frenk, que “devolvieron” a los estados “atribuciones y facultades” pero concentraron las bolsas y los recursos económicos con un esquema ultracentralista inédito (Frenk, Gómez Dantés y Knaul, 2009). Si algún rasgo porta este singular proceso de “descentralización” de la política pública es el profundo implante centralista del “nuevo” federalismo, que la Conferencia Nacional de Gobernadores (Conago) ni siquiera ha intentado corregir, aunque sí lo ha mencionado reiteradamente.

Nada más cómodo para un gobernador y su secretario de salud que adoptar puntual y ciegame el Programa Nacional de Salud del gobierno federal en turno. La soberanía sanitaria estatal sencillamente no existe. Ya con la emergencia desatada, cada gobernador “facilitó” al gobierno federal la cifra que más le convino. De tal suerte, el “nuevo” federalismo mexicano es un galimatías que mudó de uno de jure a otro de facto, en el cual, a pesar de que las entidades controlan hasta 48% del gasto, los servicios empeoran.

Pero lo peor del coletazo de las “reformas” tecnocráticas del ciclo Soberón-Frenk aguarda aún a las puertas del Congreso de la Unión. En la reunión de la Conago celebrada el 11 de agosto de 2008 en Cocoyoc, Morelos, Ernesto Saro Boardman y Ector Jaime Ramírez Barba, presidentes panistas de las Comisiones de Salud del Senado y de la Cámara de Diputados, adelantaron que la “reforma” que busca el Partido Acción Nacional (PAN) contempla, en salud pública, que todas las jurisdicciones sanitarias reorienten sus funciones, así como reformas a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4, para establecer la concurrencia de los municipios en materia de salubridad general, además de sustituir con el Catálogo Universal de Servicios Esenciales (CAUSES) del Seguro Popular los listados de prestaciones médicas que operan hasta hoy en el IMSS y el ISSSTE.

Una modernización sectorial verdadera sigue siendo más que urgente.

No es casual que, transcurridos dos meses desde la irrupción de la pandemia, el doctor José Ángel Córdova, titular de la SSA y máxima autoridad nacional en la “res-

puesta” del Estado al hacer una evaluación de lo vivido durante la contingencia sanitaria, terminara reconociendo sin ambages que:

[...] durante ella quedaron al descubierto las deficiencias en notificación de padecimientos y el atraso tecnológico de los laboratorios, en particular del Instituto Nacional de Referencia Epidemiológica (INDRE). El funcionario admitió que la nueva gripe apareció cuando el sistema de salud estaba concentrado en alcanzar la cobertura universal de servicios y su integración. Se había olvidado la notificación obligatoria de enfermedades o no se realizaba con la eficiencia necesaria. Aunque existía un programa preventivo, sólo hasta que fue realidad nos dimos cuenta de que hay cosas que se deben ajustar¹⁰.

El fracaso de la descentralización condujo a que, casi tres meses después, el brote “estuviera sin control” en Chiapas¹¹. Tanto así que la SSA se vio urgida a enviar a la entidad brigadas epidemiológicas, neumólogos y ventiladores para respiración artificial¹².

De la misma manera, es ese fracaso de la descentralización el que enmarca y explica el enfrentamiento que sostuvieron el doctor Córdova y Juan Sabines, gobernador de Chiapas, durante el mes de julio de 2009¹³.

¹⁰ *La Jornada*, 30 de junio de 2009.

¹¹ Y en menor medida, también en Yucatán. *Reforma*, 15 de julio de 2009.

¹² Por su parte, Miguel Ángel Lezana, director del Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (Cenavce), confirmó el “cercos al sureste por el virus” (Yucatán, Chiapas, Tabasco, Campeche y Quintana Roo) y descartó que la propagación en Chiapas “se deba a las actuales condiciones de los sistemas de salud”, aunque reconoció que ellos “no contaban con los respiradores artificiales suficientes”. Lezana atribuyó el crecimiento de la pandemia en Chiapas a “la pobreza que se vive en la entidad: en las poblaciones que son más desfavorecidas desde el punto de vista económico, en los lugares donde tiende a concentrarse la pobreza [...] tiende a afectar de manera más importante a la población. Más que hablar de las condiciones de los sistemas de salud [...] es un resultado de las condiciones de vida”. *Reforma*, 16 de julio de 2009.

¹³ *Reforma*, 16 de julio de 2009

SEGUNDO DETERMINANTE: MERCADOS

Cuando el 23 de abril de 2009 el secretario Córdova reconoció la emergencia por la influenza (A H1N1), México operaba un Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (Sinave) con modelos obsoletos e insuficiencia de recursos materiales y humanos, sobre todo si se los compara con las aplastantes bolsas del “Seguro Popular”.

Sólo se disponía de 1 millón 300 mil antivirales, 2 laboratorios de salud pública incapaces de detectar el virus y compromisos en materia de patentes que fueron plenamente respetados. El rimbombante Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Influenza —diseñado por la SSA-Frenk en 2005— simplemente no existió.

Por su parte, Biológicos y Reactivos de México (Birmex) —creada por Zedillo en 1999 y dependiente de la SSA— asumía la extrema dependencia del país al confirmar que produce sólo dos de las 12 vacunas del esquema básico de inmunizaciones, mientras la imparable danza de cifras “irregulares ajustadas por rezago” de las entidades federativas hacía patente—minuto a minuto— el fracaso esférico de la “descentralización”.

Laboratorios de salud pública

La Organización Mundial de la Salud (OMS) avala con el nivel 3 de bioseguridad a dos laboratorios mexicanos: el del Instituto Nacional de Referencia Epidemiológica (IN-DRE) y el estatal de Veracruz. Sin el equipo adecuado y sin reactivos al momento de la declaración federal de la emergencia, hasta el 27 de abril no tenían capacidad para analizar el nuevo virus.

Antivirales y patentes

Del millón 300 mil tratamientos, 242 mil fueron distribuidos en los estados, 205 mil en el IMSS y 39 mil en hospitales. Para combatir la epidemia, el 8 de mayo de 2009, la Secretaría de Hacienda autorizó su importación de cualquier país, libres de arancel, junto con antihista-

mínicos, analgésicos, vitaminas (!), cubrebocas, alcohol y jabón antibacterial, aunque la Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (Cofepris) se apresuró en comunicar que “por el momento no utilizará las licencias de utilidad pública para la explotación de patentes de los antivirales”.

Vacunas

A pesar de las recomendaciones de la OMS —que datan de 1999— y después de 30 años de no invertir en infraestructura e incluso dismantelar (Juan Ramón de la Fuente) los institutos especializados de Higiene y Virología, fue en 2004 que la SSA (Julio Frenk) decidió instalar un laboratorio para la fabricación de la vacuna preventiva de influenza. El proyecto lo concretó la SSA (José Ángel Córdova) en 2009, vía la firma de un convenio con Sanofi-Aventis, quien fabricará la sustancia activa, mientras Birmex se encargará de la última fase de la producción. Las primeras vacunas estarán disponibles en 2011.

México compra cerca de 19 millones de dosis anuales de vacunas para la influenza estacionaria con un costo de 30 pesos cada una (570 millones de pesos) y, con los secretarios Frenk y Córdova (2000-2008) el país se convirtió en gran importador de las principales vacunas: hepatitis, sarampión, rubeola, polio y tétanos, entre otras. La importación aumentó en una proporción de 450% en esos ocho años. Durante 2008 se importaron vacunas por 443 millones de dólares, cuando en 2000 la compra fue 81 millones de dólares. De esta cantidad, 40% correspondió a los Estados Unidos, aunque México es también mercado para otras 15 naciones, entre ellos Bélgica, Dinamarca, Italia, Corea del Sur, Indonesia, Canadá, Israel e India.

La OMS acelera la vacuna

Para responder al pedido de la OMS, los fabricantes deberán aumentar en 50% la producción de la vacuna contra la influenza A (H1N1) y cubrir la demanda.



Caravana de la salud frente a Bellas Artes

Casi tres meses después de la irrupción de la pandemia, el Grupo Consultivo de Expertos de la OMS en materia de vacunación debió reconocer que, como “no habrá vacunas suficientes para todos”, será preciso “inmunizar a varios grupos de edad, empezando por las mujeres embarazadas, los niños mayores de seis meses que tengan alguna enfermedad crónica, jóvenes y adultos de entre 15 y 49 años, niños sanos, adultos sanos de entre 50 y 64 años, así como adultos mayores. Antes que nada, se debe vacunar al personal de salud”¹⁴.

¹⁴ *Reforma*, 15 de julio de 2009.

Por su parte, el doctor Córdova asumió que, en octubre de 2009, México recibiría 20 millones de antivirales y que las primeras dosis serían destinadas a mujeres embarazadas y personal médico, así como a gente obesa, con diabetes, enfisema pulmonar y asma. La dotación, enfatizó, “estará lista hasta el primer trimestre de 2010”¹⁵.

Roche y el antiviral Tamiflu

Durante el primer semestre de 2009 las ventas mundiales del antiviral Tamiflu, ahora que ha sido empleado masivamente contra la pandemia, aumentaron 203%. La cifra de ventas alcanzó los 938 millones de dólares (659 millones de euros). Gracias a este antiviral, la facturación global de Roche creció 9%. Por esta razón, en julio de 2009, la dirección general de Roche anunció que aumentaría su producción a 400 millones de paquetes anuales para 2010. Dados los pedidos extraordinarios de los gobiernos y la creciente demanda del mercado minorista —agregó— se prevén ventas adicionales por 658 millones de euros durante 2009. Poco antes de estos sucesos, la firma enfrentaba una baja en sus ganancias netas de 29%¹⁶. El 1 de noviembre de 2009, la Cofepris, dependiente de la SSA, confirmó la ampliación de la caducidad del antiviral Tamiflu. Según Gustavo Olaiz, comisionado de Autorización Sanitaria, la medida se toma “al menos por dos años más”¹⁷.

México: ¿mejor preparado?

En el marco de un desempeño muy opaco de la red privada (número de consultas y decesos), ¿por qué, a pesar de la “democratización” de la salud y los cuantiosos recursos de que ha dispuesto desde 2004, la red SSA y su “Seguro Popular” respondió tan precariamente?

¿Por qué la Conago y la Academia Nacional de Medicina adoptaron acríticamente y de inmediato la estrategia

¹⁵ *Reforma*, 18 de julio de 2009.

¹⁶ *La Jornada*, 24 de julio de 2009.

¹⁷ *Reforma*, 1 de noviembre de 2009.

Rodrigo González, 2009 <<http://www.flickr.com>>

Conferencia de prensa

► 59

sanitaria federal? ¿Por qué los colegios y federaciones profesionales nunca se pronunciaron? ¿Por qué el Senado pretende emprender “reformas” para crear una Agencia Nacional de Seguridad sin antes ajustar de raíz la fracasada “descentralización”? ¿Por qué hasta el Centro de Estudios Económicos del sector privado estimó que la emergencia desnudó “los rezagos” en el sistema de salud y la deficiente asignación de los recursos públicos?

Lo cierto es que los pacientes no están mejor atendidos que antes y, ahora, el conjunto de la población nacional ha debido enfrentar una “emergencia” que ya se ha traducido en 354 muertes (noviembre de 2009). Si la SSA hubiera cumplido su función, esto se podría haber evitado.

Pese a todo, y pasando por sobre la contundente evidencia, la Cofepris “avaló” a Granjas Carroll porque “no encontró ningún cerdo o trabajador con la enfermedad”, mientras Julio Frenk insiste —desde Harvard— en que el mundo está hoy “mucho mejor preparado: todos aguar-

dábamos un evento de esa naturaleza”. ¿Mejor preparado? ¿Y México?

Un entusiasta espontáneo muy seguro de sus palabras

En agosto de 2009, la revista *Examen* —órgano del Partido de la Revolución Institucional (PRI)— consignó la siguiente opinión del doctor Alberto Lifshitz, en su calidad de director general de la Coordinación de los Institutos Nacionales de Salud:

El envío de muestras tomadas de pacientes, algunos de ellos fallecidos, a los laboratorios especializados en Canadá y en Atlanta permitió identificar que se trataba de un nuevo virus, con lo que se daban las condiciones para la alerta pandémica. ¿Por qué se tuvieron que mandar mues-



Santibañeta, 2009 <<http://www.flickr.com>>

60 ◀

Influenza porcina en México

tras al extranjero si en México hay laboratorios de virología, si se quiere no suficientes pero sí competentes? En primer lugar porque aquellos son laboratorios de referencia, en los que se identifican con precisión muchas de las cepas que se aíslan en todo el mundo y, ante la eventualidad de una pandemia, era necesario que la caracterización del virus partiera de un laboratorio de reconocimiento internacional, dado que las consecuencias se iban a observar en muchos países. El laboratorio oficial en México logró identificar que se trataba de un virus de influenza A y que podía ser diferente del que había provocado la influenza estacional última. Los laboratorios de virología tienen requisitos de seguridad extremos, puesto que manejan microorganismos peligrosos y en México hay muy pocos que llenen esta exigencia. Con la lección aprendida se ve la necesidad de incrementar su número, no sólo por una nueva epidemia de influenza, sino por la posibilidad de tener que estudiar otras variedades del virus. Sin embargo la colaboración internacional hoy en día hace que no siempre sea necesario que todos los países tengan los mismos laboratorios.

Es muy probable que salgamos fortalecidos de esta epidemia. Si las personas mejoran sus hábitos de lavarse las manos, si dejan de escupir en el suelo, si cuando están enfermos adoptan medidas para evitar contagiar a otros, si se mejora la higiene de los vehículos de transporte público y de las escuelas, si los restaurantes perfeccionan sus rutinas higiénicas [...] ¹⁸

TERCER DETERMINANTE: VISIÓN FINANCIERA

Ya durante el foxismo padecimos una penosa reducción financiera de las políticas sociales (Santiago Levy) que, con Felipe Calderón, ha llegado al extremo de un empresarismo en el que las bolsas públicas sectoriales se destinan abiertamente al fortalecimiento de los establecimientos

¹⁸ "Saldremos fortalecidos", *Examen*, agosto de 2009, pp. 25-26.

privados. Antes, Miguel Ángel Yunes, después José Ángel Córdova y ahora Daniel Karam, han emitido declaraciones que confirman ese empeño del calderonismo.

En el transcurso del operativo federal que atendió la emergencia desatada por la epidemia, los funcionarios designados por Calderón al frente de las instituciones sanitarias brillaron por su alta precisión “financiera”:

Salomón Chertorivski. Comisionado de Protección Social en Salud (Seguro Popular). Después de que el doctor Córdova comunicara (1 de mayo de 2009) que se había liberado la cantidad de 1.6 millones de pesos del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos del Seguro Popular —con los que se compró equipos para analizar las muestras de casos sospechosos, antivirales, cubrebocas y gel antibacterial—, el 23 de mayo Chertorivski declaró que los recursos tomados del Fondo para “atender” la contingencia sumaron 720 millones de pesos y que ésta “no afectó” los planes para la incorporación de nuevas enfermedades cubiertas por ese Fondo. En su opinión, “el fondo goza de buena salud”.

Tal vez debido a esa “buena salud”, cuando el 20 de marzo de 2009 Felipe Calderón puso al frente del “Seguro Popular” a Chertorivski, el secretario Córdova trató de justificar el curioso nombramiento con el pretexto de que “al tratarse de un seguro médico se requiere una persona que tenga un perfil profesional enfocado a la economía” (¿?). Y agregó: “porque es un seguro y de abajo está soportado por toda la parte técnico-médica” (¿?). Pero, ¿quién y cómo “soporta” al “de arriba”: a Chertorivski?

Daniel Karam T. Director del IMSS. El 15 de mayo aseguró que las finanzas del organismo “no han sido afectadas”. La reserva financiera, sostuvo, asciende a 146 mil millones de pesos y por la contingencia se erogaron 600 millones de pesos para comprar antivirales, equipos, material de curación y el tiempo extra que se laboró durante los fines de semana.

Sin embargo, el 29 de mayo, Karam admitió que la capacidad de respuesta del Instituto “se ha mermado”. Según sus indicadores: mientras en 1981 se contaba con 1.83 camas por cada mil derechohabientes, a la fecha sólo se dispone de 0.83. “Esto obedece”, agregó, “a que la inversión en infraestructura ha sido deficiente. El reto para esta administración es terminar, al menos, con 0.95 por cada mil



Surfhuella, 2009 <<http://www.flickr.com>>

¿Cómo hacer un cubrebocas?

derechohabientes”. Y el 25 de julio indicó que ya “negocia con la SHCP [Secretaría de Hacienda y Crédito Público] recursos para adquirir vacunas en cuanto se encuentren en el mercado porque mucho depende de la capacidad de respuesta de la industria farmacéutica”.

Cubriéndose la espalda... un poco tarde

“Reflexionando” sobre la epidemia, Julio Frenk —secretario de Salud de Fox— escribió que:

De hecho pocos meses antes, la OMS había lanzado un llamado a todos sus Estados miembros a diseñar planes nacionales de preparación para enfrentar una potencial pandemia de influenza. México atendió dicho llamado. El 20 de octubre de 2005 presentó ante la opinión pública su Plan Nacional de Respuesta ante una Pandemia de Influenza, que comprendía acciones en materia de vigilancia

epidemiológica; detección temprana de los primeros casos; limitación del contagio mediante el cierre de escuelas y la cancelación de eventos masivos; fortalecimiento de la atención médica hospitalaria, y construcción de reservas estratégicas de antivirales, vacunas y antibióticos. El plan contó con un presupuesto etiquetado de seiscientos millones de pesos. Paralelamente se fortalecieron los vínculos de nuestro país con las redes de laboratorios de salud pública de Estados Unidos y Canadá, y con sus centros de vigilancia epidemiológica. La necesidad de contar con un plan de respuesta se ratificó con el cambio de administración federal que se produjo en diciembre de 2006. El Programa Nacional de Salud 2007-2012 hace una extensa mención de dicho plan y la necesidad de actualizar su reserva estratégica de antivirales [...] Resulta triste constatar que son necesarias algunas muertes para alertar al mundo de que los seres humanos estamos de nuevo en peligro y que es indispensable movilizar el poder de la ciencia para defendernos. Estamos frente a un desafío global. Si hacemos buen uso de la cooperación internacional, las bajas de esta epidemia serán menores que las de la anterior y menores aún serán las de las epidemias que inevitablemente surgirán en el futuro (Frenk y Gómez Dantés, 2009: 23).

APUNTE FINAL

Es necesario trascender esta penosa visión. Descentralización fallida, peso de mercados sectoriales emergentes y tecnocracia financiera a cargo de la toma de decisiones son algunos de los responsables directos de la pandemia de influenza A (H1N1). Por la cabal salud de los mexicanos, este lamentable estado de cosas también debe ser superado de inmediato¹⁹.

Bibliografía

- Frenk, Julio y Octavio Gómez Dantés, 2009, Saldos de la influenza mexicana, *Letras Libres*, núm. 126, junio, pp. 20-23.
- , Octavio Gómez Dantés y Felicia Marie Knaul, 2009, "The Democratization of Health in Mexico: Financial Innovations for Universal Coverage", *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 87, núm. 7, julio, pp. 485-564.
- Leal F., Gustavo, 2003, *Evidencia para las políticas*, Imagen Médica, México (Col. Temas de Salud y Sociedad).
- Reforma*, 31 de octubre de 2009.

¹⁹ Para decirlo de otra manera: "es necesario un modelo que hay que integrar. Ahora que sabemos cómo se comporta el virus, debemos analizar qué falló y qué funcionó, de que cara a que el brote del invierno próximo pudiéramos manejarlo de manera eficiente para minimizar sus efectos. Dicho modelo permite reaccionar en tiempo real, con eficacia en el uso de recursos y transparencia en los datos", Mauricio Deutsch, director de Accenture, consultora en temas de manejo de crisis, *Reforma*, 23 de agosto, 2009