

Modelos conceptuales de decisiones en situación de crisis. La posibilidad de pandemia viral de influenza A/H1N1 en 2009 como estudio de caso

Joel Mendoza Ruiz*

Resumen

Para facilitar la comprensión de los modelos conceptuales política racional, proceso organizacional y política burocrática; con ellos se analizó la contingencia viral de influenza A/H1N1 acontecida en México durante 2009. Se partió del postulado de Graham Allison (1971) sobre el examen de las decisiones organizacionales en situación de crisis; para él constituyen una oportunidad científica en la modelación teórica. En las conclusiones del presente estudio, las decisiones acertadas y cambios derivados fueron tres: 1) el distanciamiento social que contuvo la pandemia, 2) la capacitación y sustitución tecnológica en el diagnóstico clínico, y 3) algunas estrategias estatales de monitoreo de incidencias virales. Sin embargo, también se describen las inconsistencias de actuación que existieron detrás de cada uno de los aciertos.

Palabras Clave

Decisiones políticas, decisiones racionales, decisiones organizacionales, cambio en las políticas, influenza A/H1N1.

Abstract

In order to ease the understanding of the *rational policy, organizational process and bureaucratic policy* conceptual models; with them the viral influenza A/H1N1 contingency that took place in México in 2009 was analyzed. It started from the Graham Allison postulate (1971) about organizational decisions in crisis situations exam, for him it constitutes a scientific opportunity in theoretical modeling. In the conclusion of the present study, the correct decisions and its derivative changes were three: 1) the social distancing that held the pandemic, 2) the training and technological substitution on the clinical diagnosis, and 3) some state strategies in viral incidences monitoring. However, acting inconsistencies that existed behind each success are also described.

Key Words

Political decisions, rational decisions, organizational decisions, change in policies, influenza A/H1N1.

* Joel Mendoza Ruiz es doctor en Ciencias Políticas y Sociales con Orientación en Administración Pública (UNAM). Es profesor investigador de tiempo completo nivel "D" adscrito al Centro UAEM, Texcoco.

Introducción

En el análisis de políticas públicas, las decisiones constituyen una de sus raíces teóricas y a la vez una constante de su proceso. Desde mediados del siglo xx, la *teoría de la decisión* impuso en varias disciplinas el estudio del comportamiento y fenómenos psíquicos de aquellos que toman las decisiones, así como las condiciones por las que deben ser elegidas las alternativas óptimas. En la práctica estratégica se afirma que cada política está compuesta de un sinnúmero de puntos de toma de decisiones, esto es, la toma de decisiones abarca la totalidad del ciclo de políticas públicas (Parsons, 2007: 273-274). En tal sentido, Amitai Etzioni (sociólogo alemán, 1929) planteó las decisiones políticas como secuencias obligadas al perfeccionamiento gradual: *la toma de decisiones no debe verse como un proceso pasivo... las decisiones son procesos; y las primeras decisiones suelen no ser más que vagas señales direccionales, pruebas incipientes o ensayos para especificaciones y revisiones ulteriores* (Parsons, 2007: 273).

Las situaciones de crisis constituyen una oportunidad de poner a prueba la efectividad de los procesos de decisiones en las organizaciones, a la vez que aportan a la comunidad científica los mejores casos para la modelación teórica. De ahí surgió el estudio de Graham Allison (político americano, 1940) sobre la crisis de los misiles en Cuba (publicado en 1971), un clásico en materia de decisiones políticas que quedó justificado de la siguiente forma: *sirve de pretexto para una investigación más general... Si las decisiones y acciones de los gobiernos nacionales pueden desatar tales consecuencias (vidas humanas en riesgo), es necesario entonces que los estudiosos del gobierno y los mismos gobernantes piensen seriamente en estos problemas. Una mejor comprensión de la crisis depende en parte de una mayor información y de un análisis más riguroso de la evidencia existente* (Aguilar, 2007: 119). Allison destacó en su estudio lo que debe juzgar cada analista como importante, haciendo hincapié en los *lentes conceptuales* con los que se examina y no sólo en la evidencia simple de los sucesos ocurridos. Por ello, fueron definidos tres modelos conceptuales de decisión gubernamental:

1. El Modelo I, *Política Racional*, establece que el gobierno escoge la acción que maximiza las metas y objetivos. Como marco conceptual, el gobierno es considerado un decisor racional unitario que escoge sus acciones como respuestas estratégicas al problema, y en el proceso de selección hay una elección constante y estable entre desenlaces alternativos. El esquema dominante dicta que si una nación lleva a cabo una acción determinada, es porque debió haber tenido razones para cuya realización la acción representa el medio óptimo. Las

proposiciones generales incluyen valorización y objetivos, cursos de acción alternativos, cálculo de consecuencias de cada alternativa, y apreciaciones netas (Aguilar, 2007: 130-134).

2. El Modelo II, *Proceso Organizacional*, determina que los sucesos son en realidad productos de organizaciones. Su marco conceptual comprende: 1) la coexistencia de una constelación de organizaciones que se enlazan sin mucha cohesión y en cuya punta están los líderes; 2) que el poder principal tiene la responsabilidad principal, pero cada organización ejecuta acciones casi autónomamente, la división del problema permite atención especializada, el precio es mayor discrecionalidad; 3) que hay preferencias estables en prioridades, percepciones y asuntos operativos; 4) que los productos son rutinas preestablecidas; 5) que se contraponen descentralización con coordinación. Según su esquema dominante, se alcanza poder explicativo al descubrir las rutinas organizacionales y los repertorios que produjeron los resultados que incluyen los acontecimientos programáticos. Como proposiciones generales, la acción de la organización es la suma de rutinas, el comportamiento en t+1 debe diferir muy poco al comportamiento actual, se hace además indispensable el manejo de la factibilidad administrativa (Aguilar, 2007: 139-154).
3. El Modelo III, *Política Burocrática*, prescribe que las decisiones resultan de compromisos, coaliciones, competiciones y malentendidos entre los miembros del gobierno. El marco conceptual relativo considera: 1) que existen jugadores individuales como agentes de decisión; 2) que si se conocen las percepciones se predice la postura; 3) que los resultados permiten definir en cada jugador el interés nacional, programas comprometidos, bienestar de amigos o interés personal; 4) que se hacen importantes las vías establecidas para actuar según las cuestiones, lo que les da importancia a los jugadores, estructura su juego, y da ventajas en cada juego; 5) que el poder es compartido y la política el medio de decisión; 6) que para entender el resultado es preciso descomponerlo en corrientes. Como esquema dominante, el resultado surge de la negociación que se llevó a cabo entre individuos o grupos dentro del gobierno. En cuanto a las proposiciones generales, las distintas intenciones generan un resultado diferente a cada una, las posturas se predicen a partir de la información que se tenga en cada puesto, y las presiones son diferentes para categoría jerárquica (Aguilar, 2007: 154-167).

Este artículo tiene una misión relativamente sencilla pero ampliamente justificable en la labor académica. Para facilitar la comprensión de los modelos conceptuales expuestos, éstos fueron aplicados ahora a un suceso más reciente que vivimos los mexicanos: la posibilidad de pandemia viral de influenza A/H1N1 en 2009. En su contenido, además de la presente introducción, los apartados titulados *Los componentes racionales de la epidemia de influenza humana A/H1N1*, *Los componentes organizacionales de la epidemia de influenza humana A/H1N1*, y *Los componentes políticos de la epidemia de influenza humana A/H1N1*; se ocupan precisamente de explicar los sucesos en función de cada uno de los modelos conceptuales planteados en esta introducción. Al final se presentan las conclusiones que fueron alcanzadas.

Los componentes racionales de la epidemia de influenza humana A/H1N1

La posibilidad de pandemia viral de influenza A/H1N1 fue una situación de crisis que tuvo sus mayores efectos en México entre el 23 de abril y el 5 de mayo de 2009. Durante ese periodo, el gobierno federal y los estatales se integraron en un proceso decisorio unificado que cumplió con la máxima de la federalización sectorial iniciada en la década de los ochenta: *estrategia coordinada e implementación descentralizada*. Según versiones oficiales, la elección de acciones se basó en una movilización nacional como alternativa óptima, acatando así la consigna del presidente de la República, licenciado Felipe Calderón Hinojosa, *México tenía que moverse más rápido que la epidemia* (Córdova *et al.*, 2009: 66). Destaca también, como manifestación expresa de valores durante cierto cálculo de consecuencias, la subordinación de los distintos sectores económicos y administrativos ante un riesgo eminente de salud pública. Según palabras del entonces secretario de salud, médico José Ángel Córdova Villalobos, *se privilegió la vida bajo la convicción de que lo económico se recupera* (20 de noviembre del 2012).

La planeación en situaciones de contingencia sanitaria es actualmente una materia procurada y regulada en el ámbito de la coordinación internacional. A partir del año 2005, un nuevo reglamento sanitario internacional estableció la obligación de los países de notificar a la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre eventos que pudieran convertirse en emergencias de salud pública de importancia internacional. Se concretó así un sistema de vigilancia y respuesta ante contingencias, en cuyo caso la vigilancia epidemiológica consiste en generar la información necesaria para la detección temprana de enfermedades infecciosas y así aplicar las medidas de intervención nacional e internacional coordinadas (Córdova *et al.*,

2009: 63). En paralelo, la Alianza para la Seguridad y Prosperidad de América del Norte especifica también el deber de los socios regionales, Canadá, Estados Unidos y México; de notificarse mutuamente sobre las emergencias de salud pública notificadas a la oms (Córdoba *et al.*, 2009: 64). A partir del año 2006 la Secretaría de Salud cuenta con un Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una Posible Pandemia de Influenza. El plan estableció seis fases graduales de alerta y determinó las acciones que a cada fase corresponden (Córdoba *et al.*, 2009: 63).

Sobre las bases anteriores, a principios de abril del 2009 el Sistema Nacional de Salud detectó entre su población objetivo un incremento atípico en el número de casos de influenza. El hallazgo partió de la lógica de que la mayor incidencia de padecimientos por influenza estacional se registra regularmente entre diciembre y enero de cada año, después de esa época los casos descienden hasta el siguiente otoño. Los balances oficiales han coincidido en señalar que 618 casos probables de influenza detectados en la comunidad La Gloria, Valle de Perote (Estado de Veracruz), alertaron a los especialistas mexicanos y generaron la primera notificación internacional por la vía del correo electrónico el 12 de abril del 2009 (Córdoba *et al.*, 2009: 64). Antes de esto, otra alerta internacional había surgido debido a que dos niños se enfermaron los días 29 y 30 de marzo de 2009 en el Valle Imperial de Estados Unidos, el diagnóstico posterior confirmó influenza A/H1N1 (Brown, 2009).

Al extenderse la emergencia mexicana por padecimientos atípicos en otras entidades, como San Luis Potosí y el Distrito Federal, una paciente de treinta y nueve años murió el 14 de abril de 2009 en la Ciudad de Oaxaca. Según declaraciones oficiales, la multitud de padecimientos crónicos del caso tomó tiempo antes de que a la paciente le fuera determinada la causa de su deceso: una influenza A no subtipificable (Córdoba *et al.*, 2009: 64). Tras una serie de operativos ya en una etapa de franca intervención nacional, hacia el 18 de abril de 2009 la autoridad federal de salud inició trámites ante los *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), la entidad estadounidense designada por la oms como colaboradora regional, y ante el *National Microbiology Laboratory* de la *Public Health Agency of Canada*; para analizar el virus encontrado de influenza A no subtipificable (Córdoba *et al.*, 2009: 65-66).

El 23 de abril de 2009 a las 15:00 horas los resultados de Canadá llegaron primero confirmando que se trataba del mismo virus A/H1N1 que afectó a los niños del Valle Imperial; los CDC corroboraron más tarde los resultados y aportaron información de la estructura genética (Córdoba *et al.*, 2009: 66). Una hora después, según entrevista con el médico Córdoba Villalobos (20 de noviembre del 2012), los entonces subsecretario de prevención y promoción de la salud y directora del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica (INDRE) le mostraron el gráfico recibido

de los laboratorios extranjeros y le previnieron: *es un virus nuevo de influenza que viene de una cepa animal y mutante*. Acto seguido, el secretario de salud le llamó por la red telefónica al presidente de la República: *me urge verlo porque hay una situación complicada y hay que tomar acciones*. El licenciado Felipe Calderón Hinojosa accedió a una audiencia inmediata con el secretario de salud; el médico Córdova Villalobos fue categórico después de explicar la situación: *esto puede tener consecuencias catastróficas*. El resultado fue la convocatoria a una reunión urgente de gabinete a las 19:00 horas (Toribio^a *et al.*, 2009).

En aquella reunión de gabinete que duró noventa minutos, los acuerdos alcanzados fueron los siguientes: *a)* se puso en práctica un distanciamiento social basado en el cierre temporal de los planteles educativos y guarderías del Distrito Federal y del Estado de México a partir del 24 de abril de 2009 y hasta nuevo aviso, se dispuso también instruir a la población con determinados síntomas para que acudiera a su unidad médica; *b)* se ponderaron las consecuencias económicas; *c)* se delinearon las recomendaciones: lavarse las manos frecuentemente o usar *gel* antibacterial, estornudar en etiqueta, evitar sitios concurridos o en su defecto usar cubrebocas, abstenerse de saludar de mano o de beso; *d)* se analizaron la disponibilidad de medicamentos y la capacidad de hospitales; *e)* se designó al secretario de salud para que anunciara las medidas a la población del país en general, lo que sucedió ese mismo día a las 23:00 horas en cadena nacional de televisión; *f)* se determinó la publicación de un decreto presidencial para respaldar las medidas del secretario de salud, lo cual fue concretado en el diario oficial del 25 de abril de 2009 (Toribio^b *et al.*, 2009).

De manera particular, la decisión de llevar a la práctica el distanciamiento social fue justificada como medida preventiva ante la incertidumbre de no contar con una vacuna para el nuevo tipo de virus de influenza. Según testimonios de los principales funcionarios del sector salud, la medida fue priorizada ante la disponibilidad de recursos médicos y otros factores económicos, sociales y políticos; mismos que también determinaron alternativas consideradas válidas durante la toma de decisiones (Córdova *et al.*, 2010: 321). El 25 de abril de 2009, el presidente de la República suspendió actos públicos oficiales en la Ciudad de México y extendió las medidas de distanciamiento social al resto del país y a otros inmuebles de concurrencia masiva a partir del 27 de abril de 2009. Se puso en marcha caravanas de salud con 400 unidades móviles para informar y diagnosticar a la población (Córdova *et al.*, 2010: 322).

Respecto a la implementación de las medidas preventivas, la opinión del médico Córdova Villalobos (20 de noviembre del 2012) fue que existió una gran solidaridad en cuanto al aislamiento social (partidos de fútbol, iglesias y campañas electorales).

Algunos problemas detectados fueron la falta de abastecimiento en las unidades médicas para atender la emergencia, lo cual incluyó principalmente equipo, cubrebocas, batas y medicamentos. El entonces secretario de salud destacó que el gobierno federal adquirió mil ventiladores para las principales unidades médicas del país, mientras que para contar con el medicamento adecuado se requirió mezclar y encapsular un millón de dosis antivirales, pues sólo se contaba con los insumos a granel.

El presidente de la República suspendió las actividades de la administración pública federal del 1° al 5 de mayo de 2009, haciendo así coincidir los días inhábiles por festividades cívicas con las medidas de distanciamiento social. Al inicio de ese lapso se registró una tendencia estadística descendente en los casos nuevos de influenza A/H1N1, por lo cual el 4 de mayo de 2009 el secretario de salud anunció la reapertura escalonada de los planteles escolares. El reinicio de actividades de 35 mil restaurantes del Distrito Federal se hizo efectiva a partir del 6 de mayo, mientras que la restricción para museos y otros eventos masivos se levantó el 7 de mayo (Córdova *et al.*, 2010: 322).

Hasta el 3 de agosto de 2009 los casos registrados de influenza A/H1N1 eran 17 mil 416, de los cuales 146 había tenido un desenlace fatal. La tasa de ataque a principios de ese agosto de 2009 era de 16.2 por cada cien mil habitantes. La tasa de letalidad había pasado del 13.1% en abril de 2009 (16 defunciones de cada 122 casos confirmados) a sólo 0.18% (CEPAL *et al.*, 2010: 4). No obstante, el impacto potencial de una epidemia sin las medidas que fueron aplicadas hubiera arrojado cifras muy distintas. Un modelo de simulación utilizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) estimó 8 mil 600 defunciones, 30 mil 300 hospitalizaciones y cuatro millones y medio de consultas ambulatorias en ocho a diez semanas del brote (Córdova *et al.*, 2010: 324).

En cuanto al daño económico, un estudio conjunto de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), la OPS y la OMS concluyó que las implicaciones fueron *una reducción en actividades importantes para la economía, con consecuencias no deseadas sobre el empleo y posible impacto en sectores sociales vulnerables y/o en niveles de pobreza*. Las pérdidas por el brote durante el año 2009 fueron estimadas en 120 mil 360 millones de pesos, monto equivalente al 1% del producto interno bruto del año 2008. Del monto señalado, el 96% correspondió a la reducción de producción y venta de mercancías, mientras que el 4% restante se relacionó con mayores gastos en salud por la atención de la emergencia sanitaria. Los sectores más afectados fueron el turismo (37%), el comercio (36%), el transporte (13%), los restaurantes y bares (10%) seguidos de salud, ganadería, educación, electricidad y agua (CEPAL *et al.*, 2010: 4).

Las entidades federativas con mayores repercusiones en orden de importancia fueron el Distrito Federal (49%), Quintana Roo (12%) y el Estado de México (2%). De manera puntual, el estudio que nos ocupa señaló: *un total de 43,000 hogares encabezados por hombres y 89,900 hogares encabezados por mujeres, abarcando un total de 531,500 personas, caerán temporalmente bajo el nivel de pobreza al perder su empleo por causa de la pandemia, lo que viene a afectar muy adversamente los esfuerzos que han venido realizando el gobierno y la sociedad mexicanas para reducir la pobreza del país* (CEPAL *et al.*, 2010: 45). En lo general, se consideró que la experiencia permitió reconocer la ventaja de estar preparados, incrementar la prevención de la salud de acuerdo a una campaña de comunicación educativa, así como reaccionar de manera colaborativa en los ámbitos internacional e intersectorial (Córdova *et al.*, 2009: 68-69).

Los componentes organizacionales de la epidemia de influenza humana A/H1N1

Como fue expresado en la argumentación del icónico estudio de Allison (1971), el modelo de proceso organizacional se traduce en limitaciones administrativas para decidir en situación de crisis. Definitivamente es difícil conformar rutinas organizacionales adaptadas a las contingencias, la posibilidad de pandemia viral de influenza A/H1N1 en 2009 dejó al descubierto mayores grados de fragmentación y falta de cohesión en las organizaciones de salud mexicanas. Las evidencias operativas fueron las siguientes: 1) la ineficiencia en la implementación del Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una Posible Pandemia de Influenza; 2) la incapacidad inicial de diagnóstico viral a través de la red nacional de laboratorios de salud pública; 3) la nulidad de las estrategias de comunicación; 4) las deficiencias en la atención médica antes y durante la emergencia. Por ello, la toma de decisiones se centró en la selección de alternativas *posibles de realizar* antes que en las óptimas. El presente apartado abundará sobre cada uno de los rubros anteriores.

La implementación del Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una Posible Pandemia de Influenza se basó en la capacitación a base de simulacros; sin embargo, al ser ésta una acción excepcional (no rutinaria para las burocracias), los alcances fueron parciales y de nula regularidad. Las acciones iniciaron bajo la denominación *Escudo Centinela* casi al final del sexenio del licenciado Vicente Fox Quesada, en octubre del 2006 (Carrasco, 2009: 9). Participaron más de dos mil integrantes del sector salud en Chihuahua, el Distrito Federal, Hidalgo y Tabasco (Carrasco, 2009: 13). La capacitación consistió en tres etapas: información a la población, reestructuración del sistema de salud y realización de estudios epidemiológicos

tanto a las personas contagiadas como a su entorno inmediato (Carrasco, 2009: 13). Más adelante abundaremos cómo la discrecionalidad local se hizo presente en la práctica de las etapas señaladas, cuestionando así el aprovechamiento en general de la capacitación ejecutada.

Al relevo sexenal, nuevas rutinas organizacionales concurrentes entre los gobiernos federal y estatales obligaron la reorientación del plan que nos ocupa. El seguro popular, como nuevo programa de la gama asistencialista, ocupó gran parte de la operación y del presupuesto sectorial en sustitución de proyectos dirigidos a la atención de la población en caso de contingencias epidemiológicas, *la atención individual dejó de lado la protección colectiva* (Cervantes, 2009: 11). Ante las nuevas prioridades oficiales, el plan fue dirigido hacia otras dimensiones. En junio de 2007 fue definida una *Estrategia Operativa Multisectorial* para mantener el funcionamiento económico y el orden social en caso de una pandemia. Ese mismo año se elaboró un Manual para la Vigilancia Epidemiológica (Carrasco, 2009: 9).

El diagnóstico viral enfrentó durante la contingencia de 2009 una mezcla de dificultades operativas y atraso tecnológico. Según entrevista con quien fungió como secretario de salud durante la contingencia sanitaria de 2009 (20 de noviembre del 2012), la vigilancia epidemiológica se generaba en una de las tres subsecretarías del ramo: la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud. Tal subsecretaría tenía a su cargo el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE), el cual en la práctica cotidiana era operado simultáneamente por la Dirección General Adjunta de Epidemiología (DGE) y por el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (CENAVECE). A su vez, del CENAVECE dependía del Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica (INDRE), el cual coordinaba la red nacional de laboratorios de salud pública que incluía un laboratorio nacional y los laboratorios de los estados (bacteriología, virología). En la base de esta compleja estructura, todas las unidades de cada una de las jurisdicciones sanitarias del país debían reportar sus casos y muestras a los laboratorios de los estados.

Como consecuencia de la complejidad estructural expuesta, algunas investigaciones han señalado muy puntualmente que la notificación del brote fue tardía: *la respuesta inicial dependió del programa IMSS-Oportunidades, que es responsable de la atención en esa zona del estado* (La Gloria, Veracruz); *después, también participó la Secretaría de Salud estatal, y finalmente se turnó la notificación a nivel federal*. Como conclusión, la misma investigación expone: *el virus estaba circulando en la Ciudad de México por lo menos al mismo tiempo que en La Gloria, Veracruz... (y) en el sur de Estados Unidos siquiera desde febrero, sin ser reconocido* (López et al., 2010: 8-9). Lo anterior sienta dudas sobre la eficiencia de las burocracias para la vigilancia epidemiológica de ambos países, México y Estados Unidos.

Un hecho desconcertante fue que en México no se divulgó un sólo *caso cero* sino varios, constituyendo así un dato histórico impreciso. La CEPAL le dio esa categoría a una niña fallecida el 11 de marzo de 2009 en Tlalpan, demarcación del Distrito Federal donde se localiza el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (CEPAL *et al.*, 2010: 4). Otras publicaciones refieren como *niño cero* a Edgar Hernández, sobreviviente de La Gloria, municipio de Perote Veracruz, quien enfermó la primera semana de abril de 2009 (Arellano, 2011: 30). Con mayor distanciamiento en el tiempo, autoridades del sector salud federal confirmaron con influenza A/H1N1 a una niña de seis meses de edad que presentó síntomas desde el 24 de febrero de 2009 (López *et al.*, 2010: 9), así como a una mujer diabética que murió el 14 de abril de 2009 en Oaxaca (Córdoba *et al.*, 2009: 64). Ésta última fue quien el médico Córdoba Villalobos refirió en una publicación como su *caso cero*, tal vez para argumentar una actuación rápida entre ese deceso y la declaración de la contingencia sanitaria el 23 de abril de 2009.

Para puntualizar ahora el atraso tecnológico en México, una entrevista a la entonces directora del INDRE, la Dra. Celia Mercedes Alpuche Aranda, evidenció la situación de ese instituto al momento de la contingencia: *ella francamente describe las limitaciones de su propio laboratorio* (Cohen, 2009). La Dra. Alpuche dio a conocer que los laboratorios de los estados no tenían pruebas para subtipificar la influenza, esto es, para determinar el tipo exacto de influenza (A o B), por lo que debían enviar las muestras directamente al INDRE en la Ciudad de México. Adicionalmente, la tecnología de diagnóstico del mismo INDRE no era la más reciente, estaba usando inmunofluorescencia o prueba de cribado (Cohen, 2009), cuando sus similares de Estados Unidos y Canadá ya aplicaban la tecnología denominada reacción en cadena de polimerasa en tiempo real.

También se encontró que las rutinas organizacionales tendían a dilatar la remisión de las muestras de los laboratorios estatales al INDRE y, con ello, afectaban gravemente el diagnóstico. La directora del INDRE señaló al respecto: (los laboratorios estatales) *esperan tener casos acumulados y entonces envían las muestras al centro nacional de referencia. Una de las cosas interesantes en este brote es que estaban haciendo pruebas, pero el inicio de los síntomas fue después de cuatro o cinco días. La sensibilidad a la prueba de inmunofluorescencia es débil después de 72 horas. La mayoría de las pruebas, que fueron hisopos nasofaríngeos, fueron negativos* (Cohen, 2009). Según casos clínicos detectados a principios de abril de 2009, el recuento de tiempos que realizó la misma directora del INDRE sumó ocho días desde que los pacientes declaraban sus síntomas en consulta externa hasta que sus muestras llegaban al INDRE (Cohen, 2009). Considerando el periodo promedio señalado entre el inicio de síntomas y

la toma de muestras a los pacientes, éstas estaban a disposición del diagnóstico a nivel nacional por lo menos 13 días después del contagio.

A la canalización tardía de muestras se sumaron otros problemas de diagnóstico que refirió la Dra. Alpuche. Se trató de cierta incertidumbre en el proceso nacional de diagnóstico, de la incapacidad de procesar el trabajo extraordinario generado por el brote, así como de dificultades para remitir las muestras a un diagnóstico en el extranjero. Sobre el primer problema expresó: *(una muestra) se veía indeterminada. Para ser sinceros, no pudimos tipificarla* (Cohen, 2009). En cuanto a la segunda contrariedad dijo: *estábamos sobresaturados de muestras de influenza y otras cosas de todo el país. Es un poco más lento que en Estados Unidos y Canadá* (Cohen, 2009). Respecto al tercer inconveniente afirmó: *el 21 de abril pedimos la ayuda de ambos al mismo tiempo* (Centers for Disease Control and Prevention, USA, y National Microbiology Laboratory, Canadá)... *Pero hacer los envíos a ambos fue algo difícil. Fue un poco tardado obtener todos los permisos de los Estados Unidos* (Cohen, 2009).

Partiendo de las carencias señaladas, la red nacional de laboratorios de salud pública fue capaz de reivindicar su funcionamiento durante el periodo de contingencia por la influenza A/H1N1. A una semana de la declaración de emergencia, expertos del CDC y de Canadá instalaban dos equipos de tecnología de reacción en cadena de polimerasa en tiempo real (Cohen, 2009). Los primeros laboratorios equipados fueron los del Distrito Federal y del Estado de Veracruz (Carrasco, 2009: 7). Posteriormente inició la capacitación en biología molecular con apoyo internacional en seis diferente estados de la Federación, se inició también la adquisición de diez equipos más de diagnóstico clínico (Cohen, 2009).

Según la médico especialista Miroslava Sánchez Mendoza, directora del laboratorio estatal de salud pública del Estado de Hidalgo (30 de mayo de 2013), el riesgo sanitario causado por el virus A/H1N1 *nos fortaleció como red nacional de laboratorios estatales*, aunque también afirma que el virus *no resultó tan patógeno como se esperaba*. El cambio inmediato se refirió a la actualización tecnológica y su respectiva capacitación. El laboratorio estatal de Hidalgo fue de las primeras ocho instalaciones que, entre mayo y junio del 2009, cambiaron de las pruebas de inmunofluorescencia a las de reacción en cadena de polimerasa en tiempo real. Para ello, el personal recibió capacitación urgente por parte del INDRÉ y del Ministerio de Salud de Canadá. En octubre de 2009 los laboratorios del Instituto de Salud y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), de tres de institutos de salud federales y de 22 laboratorios estatales, contaban ya con pruebas de biología molecular.

En 2010 la tecnología referida se puso al alcance de los laboratorios de las 31 entidades federativas. La distribución incluyó opcionalmente dos denominaciones de termociclador, en tiempo real o de punto final, aunque a algunas entidades se le suministraron ambos equipos: Campeche, Chihuahua, Morelos, Puebla, Querétaro, Tabasco y Tamaulipas. Los equipos incluyeron un *kit* de inicio, normas, pólizas de garantía, manuales, instalación y capacitación. El proveedor fue *Applied Biosystems*, Servicios y Suministros de Laboratorio (Secretaría de Salud^b, 2013).

La especialista Sánchez Mendoza continuó exponiendo que un segundo cambio en los laboratorios de la red nacional de salud pública fue que *se mejoró el sistema electrónico de información concurrente*; asimismo, *se cambiaron los lineamientos de comunicación*. La tercera mudanza se refiere a la implementación del control de calidad, basado en pruebas de pro-eficiencia que regularmente aplica el INDRE a los laboratorios estatales. Por el testimonio anterior, se entiende que los laboratorios estatales son actualmente capaces de realizar pruebas para el diagnóstico de la influenza A/H1N1 por sí mismos, lo cual concretó la descentralización del diagnóstico clínico. El INDRE interviene sus esfuerzos ahora en *la subtipificación de muestras raras, en la caracterización molecular y en la búsqueda de resistencia antiviral*. La especialista Sánchez Mendoza concluyó que si bien se realizaron simulacros desde el año 2005, fue la contingencia de abril y mayo de 2009 la que motivó cambios efectivos en la tecnología y en la operación coordinada de los laboratorios estatales.

No obstante, algunos pacientes contagiados de influenza A/H1N1 en la etapa previa a la renovación de la red nacional de laboratorios de salud pública tuvieron un desenlace funesto. Uno de esos casos fue referido de la siguiente manera: *es de los pocos fallecidos durante la epidemia de los que se conoce con certeza la causa de su muerte: su sangre sorteó trampas burocráticas y tiempos de espera. Fue analizada en laboratorio, donde resultó positiva, y quedó en los registros oficiales* (Turati^c, 2009: 26). Se entiende entonces que las cifras oficiales de defunciones por el brote epidémico de influenza A/H1N1 no fueron las reales. Una nota reveló: *de 77 personas que, se sospecha, murieron contagiadas nunca se sabrá si las mató el nuevo virus porque no se les tomaron muestras. Todavía hoy no se tiene la certeza del número de muertos* (Turati^b, 2009: 26).

Según las noticias transmitidas durante la contingencia viral de la influenza A/H1N1 en 2009, el número de defunciones era muy fluctuante, *un día los muertos eran más de 100, luego al separarlos en confirmados y probables bajaron a siete*. En comparativa, las cifras de muertos por influenza A/H1N1 del Estado de México no fueron proporcionales a las del Distrito Federal, pese a su vecindad (Turati^c, 2009: 29). Una tarjeta informativa del gobierno del Estado de Hidalgo, cuyo corte fue el 31 de enero de 2012, indicó *un caso confirmado y cero defunciones confirmadas por influenza A/H1N1*

(Arellano, 2011: 51), contrastando así con las estadísticas del gobierno federal que indicaron 295 casos y 17 defunciones por el mismo padecimiento en el Estado de Hidalgo hasta marzo del 2012 (Secretaría de Salud^a, 2013). No es lógico que hayan existido tantos contagiados y defunciones después de la contingencia de abril y mayo del 2009.

La variación de los datos podría explicarse, aunque no justificarse, por la improvisación de una función no rutinaria para las burocracias estatales: el levantamiento y transmisión externa de información. Un funcionario federal reveló a la prensa crítica la realidad al respecto, *no se tiene confianza en los reportes que están enviando los estados* (Turati^b, 2009: 24). Otras posiciones aludieron a la mal instrumentada descentralización del sistema de salud en los ochenta, por la que el gobierno federal se desentendió de ciertos aspectos sectoriales en lugar de inducir la coordinación intergubernamental (Turati^b, 2009: 25). Como medida correctiva: *el jueves 30* (abril de 2009) *se anunció la emisión de un acuerdo por parte de Córdoba Villalobos para ordenar a todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud, públicas y privadas, que concentren la información sobre casos de influenza en un sitio de internet del Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (SINAVE)* (Carrasco, 2009: 9).

Sin embargo, la orden de informar no fue la única medida al respecto. Empleados federales del sector salud fueron asignados a uno o dos estados para levantar un muestreo rápido y uniformar los criterios de atención en todo el país. El operativo fue denominado *Estrategia D-T-R* (Impacto Inmediato en los Hospitales: Diagnosticar, Tratar, Reportar) (Turati^b, 2009: 24). Los resultados no fueron los esperados, al 6 de mayo de 2009 de 15 estados computados sólo cuatro cumplieron con la estrategia (Turati^b, 2009: 24). A manera de balance cualitativo general, uno de los funcionarios federales comisionado esbozó el caos encontrado: *los compiladores de cifras no reportan muertos... rasuran los casos... mal utilizan los antivirales y los fondos, no me quedó la menor duda. Los reportes que enviaron los estados responden a los intereses locales. Es infame, y lo peor es que como están descentralizados no rinden cuentas... No todos los responsables de notificar a la Federación conocen el sistema para hacerlo... si la responsabilidad estatal recae en varios no se comunican entre sí o tampoco se presentan en el hospital donde ocurrió el deceso para pedir datos* (Turati^b, 2009: 24-25).

La atención médica en los hospitales estatales registró tres etapas distintas de reacción. La primera, antes de declarada la contingencia (23 de abril de 2009) pero ya en el curso atípico de padecimientos respiratorios extemporáneos, se caracteriza por la multiplicación de experiencias crudas, omitidas de este texto en beneficio de la brevedad, que tuvieron como respuesta las rutinas déspotas e indolentes de los hospitales públicos: dilación en la atención médica, ausencia de especialistas

y carencia de medicamentos. El desequilibrio horizontal de las infraestructuras estatales afloró desde esa primera etapa, un reporte documentó: *28 mexiquenses cruzaron a la Ciudad de México con los síntomas de la influenza A/H1N1, para morir en hospitales capitalinos* (Turati^c, 2009: 26). La segunda etapa consistió en una transición reactiva lenta: *la alerta fue de papel y no significó cambios de rutina hasta que la realidad, a golpes mortales, obligó a incorporar medidas elementales* (Turati^b, 2009: 26). En la tercera etapa tuvieron lugar respuestas fragmentadas, no fue reorganizado el Sistema Nacional de Salud para enfrentar la emergencia, cada hospital se organizó de acuerdo a las decisiones de sus propios directivos (Carrasco, 2009: 13). Como secuela, los enfermos ingresados por otras razones se contagiaron en la curva de aprendizaje (Turati^b, 2009: 26).

En ese lamentable proceso incremental, la gran mayoría de médicos y demás personal auxiliar estuvieron desprovistos del conocimiento básico y hasta de la autoprotección elemental. Afloraron serias dudas sobre primeras dosis y refuerzos apropiados para bebés, niños, mujeres embarazadas, familiares directos de los contagiados y hasta los médicos expuestos. Esas dudas pudieron significar la diferencia entre la vida y la muerte, las respuestas no aparecían en ningún manual (Turati^b, 2009: 26). Quedó así de manifiesto la poca importancia que en los hospitales le dieron a la preparación para contingencias por ser eso algo extra-rutinario.

En contraposición, algunos elementos del sector salud que habían aprovechado la capacitación ejecutada en 2006 criticaron el *desconcierto a la hora de la verdad*. Ellos señalaron la inobservancia de las guías para solventar la crisis, así como del *Escudo Centinela*, los cuales habían delineado muy puntualmente funciones y procedimientos (Turati^b, 2009: 26). De manera específica, en 2006 se había previsto que en caso de contingencia sanitaria la población con padecimientos sería atendida en carpas-filtro al exterior de los hospitales, aplicándoles pruebas rápidas como las desarrolladas en el IMSS (*Directigen Flu A+B*). Los diagnosticados con influenza A serían hospitalizados y nuevamente muestreados para subtipificar el virus que portaban, mientras que los diagnosticados con influenza B serían canalizados a sus clínicas para chequeos periódicos. Otra línea de acción era aplicar pruebas epidemiológicas a grupos de riesgo, aprovechando al máximo todas las organizaciones sectoriales como la Unidad de Inteligencia para Emergencias en Salud (Vergara, 2009: 15-17).

En cuanto al desabasto de artículos de autoprotección para el personal del sector salud, éste generó manifestaciones en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) y en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional *La Raza* hacia fines de abril de 2009 (Turati^a, 2009: 22. Carrasco, 2009: 10). Las demandas fueron satisfechas parcialmente el último día del mes. En relación al

Hospital General de Pachuca de la Secretaría de Salud del Estado de Hidalgo, el entonces camillero Ismael Alfaro Chávez señaló también (17 de mayo de 2013) que existieron en su entorno conflictos internos por el desabasto de prendas protectoras para el personal auxiliar (enfermeras y camilleros). Su experiencia fue que llegó un camión de la Secretaría de Salud federal con cubrebocas (N-95), quimonos y guantes de uso quirúrgico especializado. El material fue acaparado por las autoridades del hospital para distribuirse sólo entre los médicos o en casos especiales para los auxiliares. Lo anterior dio como resultado que los auxiliares llegaran a apropiarse de prendas protectoras ajenas, aprovechando los descuidos de los poseedores originales. En otros casos los cadáveres fueron removidos cubiertos únicamente con sábanas, prescindiendo así de las bolsas especiales tal como las medidas de seguridad señalaban. La consecuencia personal fue que el camillero Ismael Alfaro, al igual que una de sus compañeras enfermeras, se contagió del virus A/H1N1.

Al paralelo de la operación de los hospitales estatales, la atención médica itinerante fue implementada a través de las Unidades de Salud Monitoras de Influenza (USMI). Las cuales, según el Manual para la Vigilancia Epidemiológica de Influenza: *su propósito es obtener muestras humanas para el diagnóstico, aislamiento y tipificación del agente causal por parte del INDRE* (Carrasco, 2009: 13). El cirujano dentista César Gutiérrez Chávez, quien se desempeñó como titular de la USMI en Molango, Estado de Hidalgo, explicó (17 de mayo de 2013) cuál fue su cometido durante la contingencia. El Estado de Hidalgo fue zonificado en cuatro regiones: Pachuca, Tepeji del Río, Tulancingo y Molango; creando una USMI para cada una de ellas. La intervención consistió en seleccionar de la consulta externa a 100 pacientes que presentaran síntomas típicos de influenza, los criterios clínicos para la selección fueron tomados de una tabla que se les dotó a los médicos. La muestra fue fija en todas las regiones, sin considerar características demográficas ni morbilidad. A los pacientes se les tomaba una muestra con un hisopo nasal que se enviaba al laboratorio estatal, se les hacía también un estudio epidemiológico basado en cuestionamientos sobre el entorno y los contactos de cada sujeto de la muestra.

Posteriormente, los 100 pacientes y sus contactos declarados fueron tratados con el medicamento antiviral *Oseltamivir* ante un diagnóstico no confirmado por la saturación de muestras en el laboratorio estatal. Según el cirujano dentista César Gutiérrez, la prescripción sin diagnóstico presentaba el riesgo de que un segundo tratamiento con *Oseltamivir* carecía de efectividad, poniendo en riesgo al paciente si su contagio se daba posteriormente. Sólo los cinco pacientes con la peor sintomatología eran remitidos a los hospitales regionales para ser internados de manera aislada, fueron habilitadas para ello las instalaciones de Huejutla, Pachuca, Tula-Tepejí del

Río y Tulancingo. En el caso de la USMI en Molango, Estado de Hidalgo, los cinco pacientes que se remitieron al Hospital General de Huejutla fueron confirmados positivamente con influenza A/H1N1.

La información a la población fue también un rubro extra-rutinario de resultados cuestionables para las autoridades estatales de salud. A manera de ejemplo, en San Cristóbal de las Casas, Chiapas: *una semana después de la declaratoria de emergencia, 16% de los entrevistados aún no habían escuchado de la enfermedad y 22% desconocían síntomas y medidas de prevención* (Turati^b, 2009: 25). No obstante, otras experiencias de operativos territoriales se instituyeron como acciones destacables. El gobierno del Estado de Sinaloa habilitó 13 mil brigadas que casa por casa ubicaron a los enfermos de influenza, de tal modo que en un par de días habían abarcado todo el estado y tenían el mapa de la situación (Turati^b, 2009: 25). El gobierno del Distrito Federal hizo algo similar con el personal de desarrollo social que manejaba los subsidios a ancianos, madres solteras y desempleados; aunque su misión fue apoyar a las familias enlutadas (Turati^b, 2009: 25).

Mientras la mayoría de autoridades de salud estatales padecían la inoperancia, el gobierno federal no varió su relación rutinaria con los primeros y con otros sectores federales que se fueron involucrando: la descentralización de financiamiento. Hasta julio de 2009 las transferencias ascendían a mil 42 millones 901 mil 360 pesos. Los rubros en los cuales se habían realizado adecuaciones presupuestales para hacer frente al gasto extraordinario eran: gastos de camino y alimentación de 106 caravanas de salud, pasajes y viáticos del personal médico o brigadistas del CENAVECE, cofinanciamiento de investigación con el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), contratación de un consultor para la oficina del secretario, medicamentos para el Instituto Nacional de Pediatría, medicamentos para el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y gastos de comunicación social (Secretaría de Salud^a, 2013). La evaluación de la eficiencia de ese gasto se desconoce, además los rubros fueron mucho más diversos que los reconocidos oficialmente.

Por todo lo expuesto, es factible afirmar que las decisiones de acción gubernamental contingente al momento de detectarse la circulación del nuevo virus A/H1N1 previnieron la inoperancia organizacional del Sistema Nacional de Salud antes que basarse en un proceso racional. Esto es, fuera del cálculo de consecuencias sociales y económicas, el confiar a la población su autoprotección mediante el aislamiento social era la única alternativa *posible de realizar* en lugar de ser la óptima. La confianza hacia el conjunto de las instituciones nacionales y estatales fue limitada, sólo se les confió a los virtuales contagiados de influenza A/H1N1. La atención total de la población a cargo del Sistema Nacional de Salud fue juzgada

como algo *organizacionalmente irrealizable*, o bien, algo *sin factibilidad administrativa*. Una crítica puntual al apoyo mediático excesivo expresó: *fue correcta su actuación* (el distanciamiento social), *pero sólo en este aspecto* (Esquivel, 2009: 57). Lo anterior será la base del siguiente apartado.

Los componentes políticos de la epidemia de influenza humana A/H1N1

El modelo de política burocrática determina que las decisiones son el resultado de la negociación o competencia entre individuos o grupos dentro del gobierno. Durante la contingencia de 2009 por el brote viral de influenza A/H1N1 fue urgente acelerar los ritmos de comunicación para concretar súbitamente compromisos de cooperación internacionales, intergubernamentales y sociales. Adicionalmente, en el transcurso del juego de implementación, otra necesidad gubernamental fue no dejar de lado la competencia propia de las elecciones de ese año para la renovación del congreso federal. En tal caso, los medios masivos de comunicación fueron el instrumento político para: 1) invocar el compromiso súbito de cooperación de la comunidad internacional, como *vía rápida* para solventar carencias administrativas; 2) invocar el compromiso súbito de cooperación de los gobiernos estatales y de la sociedad en general, anteponiendo objetivos contingentes sobre las condiciones de fragmentación; 3) proyectar condiciones distintas de competición electoral, contrarrestando en cierta medida las desventajas de preferencia para el partido gobernante a nivel nacional. Los detalles se expondrán a continuación.

Respecto al llamado de ayuda internacional, fue notoria la diferencia de respuesta antes y después de concretarse la declaración de contingencia sanitaria el día 23 de abril de 2009. No hay registro de ayuda internacional entre ese día y el 12 de abril anterior, fecha de la primera notificación internacional. Otro indicador fue lo señalado ya como declaración de la entonces directora del INDRE sobre la remisión de muestras al CDC: *fue un poco tardado obtener todos los permisos de Estados Unidos* (Cohen, 2009). La comunicación a nivel de burocracias no tuvo efecto alguno, la verdadera reacción procedió cuando la emergencia fue conocida por los jefes de Estado norteamericanos y por la OMS a través de las noticias. Sin embargo, la publicidad excesiva tuvo también efectos internacionales colaterales, en algunos países la enfermedad fue llamada *influenza mexicana* y se tradujo en discriminación hacia los mexicanos. Entre varios casos, la renta de un avión comercial por parte del gobierno nacional mexicano para repatriar turistas que vacacionaban en China, con visibles muestras de rechazo hacia la tripulación misma, fue el evento más representativo.

En cuanto a sus mejores efectos, la ayuda internacional inmediata fue aplicada en la solución de carencias administrativas, principalmente para la sustitución de las tecnologías de diagnóstico clínico (reacción en cadena de polimerasa en tiempo real), tal como fue referido en el apartado anterior. Otros apoyos de tipo político se prolongaron después de la crisis sanitaria; un estudio conjunto de la CEPAL, la OPS y la OMS fechado en marzo de 2010 indicó en su portada: *a solicitud y con el apoyo del Gobierno de México*. En ese estudio el gobierno federal mexicano logró que las organizaciones involucradas de la ONU recomendaran medidas adicionales a las normas y protocolos existentes. Con base en la secuela económica mexicana, el documento propuso incentivar la colaboración de todos los países miembros de la OMS: (que) *los países que enfrenten este tipo de eventos tengan el apoyo externo necesario y se reduzcan los impactos y externalidades que las medidas necesarias de contención de la epidemia pueden alcanzar* (CEPAL *et al.*, 2010: 6). Antes de realizado ese estudio, en octubre de 2009, el médico José Ángel Córdoba Villalobos había recibido el reconocimiento *Más México en Naciones Unidas, Más Naciones Unidas en México*, por su contribución a la salud pública mundial al contener la pandemia de influenza A/H1N1. En septiembre de 2010, México obtuvo la presidencia del consejo directivo de la OPS para el año 2011.

Como exhortación de ayuda hacia los gobiernos estatales, la mecánica consistió en hablar con los gobernadores involucrados y asegurar su cooperación a través de una saturación mediática que inevitablemente los involucraba, quedando sus reacciones bajo la supervisión de los reporteros. Resultó claro que tanto los anuncios escalonados de distanciamiento social como los acercamientos gubernamentales Federación-estados obedecieron a dos escalas distintas. En la primera escala, a partir del 24 de abril de 2009 las medidas circunstanciales involucraron al Distrito Federal y al Estado de México, no así al Estado de Veracruz ni al de Oaxaca, donde hubo casos importantes del brote. Al inicio se indujo únicamente la participación de los tres gobiernos más representativos que, además de implicar a los tres partidos políticos de mayor afiliación, vinculaban en una misión contingente al presidente de la República en funciones y a dos de los precandidatos presidenciales más viables. Un funcionario presente en la reunión del presidente de la República con los ejecutivos y autoridades de salud del Distrito Federal y del Estado de México comentó: *la receptividad de ambos fue espléndida y la cooperación también. Estuvieron de acuerdo en echar a andar todo lo necesario* (Toribio^b *et al.*, 2009). A la ampliación de las medidas circunstanciales a escala nacional, vigente a partir del 27 de abril del 2009, correspondió una reunión plenaria de gobernadores; el médico Córdoba Villalobos comentó (20 de noviembre del 2012) que los ejecutivos estatales se mostraron escépticos pero que acataron las referidas medidas.

Como prescripción de autoprotección para la población en general, la prensa crítica lo expresó de la siguiente manera: *el gobierno hace demasiado énfasis en dar conferencias de prensa que luego los medios de comunicación se encargan de exagerar. El resultado de esto es que entre los mexicanos hay una pandemia, pero de miedo* (Esquivel, 2009: 56). La medida generó en contraposición cierto escepticismo social. Como extrema reacción, en México una porción considerable de la población asegura, muy enfáticamente, que la amenaza de pandemia por el virus de la influenza A/H1N1 nunca existió, que fue sólo un argumento en pro de los intereses del gobierno en turno. Las indiferencias y discrecionalidades gubernamentales hacia las medidas circunstanciales apoyaron implícitamente esa versión, como un ejemplo más de la zona metropolitana centro, el gobierno del Estado de México nunca obligó el cierre de restaurantes, a diferencia del Distrito Federal que sí lo hizo (Turati^b, 2009: 25). En el caso de la liga profesional de fútbol, los partidos de la temporada regular se siguieron realizando pero en estadios vacíos, lo cual tuvo diferentes interpretaciones.

Como estrategia de competencia electoral, la mediatización de la crisis sanitaria de influenza A/H1N1 tomó ese curso en la víspera del 3 de mayo del 2009, fecha en la que oficialmente dio inicio la campaña electoral para la renovación del congreso federal. Ante el distanciamiento social característico de la crisis sanitaria, los actores políticos buscaron estrategias alternativas. La licenciada Alejandra de Fátima Licona, en su calidad de administradora de una campaña en el distrito VII de Tepeapulco, Hidalgo, recuerda (30 de mayo del 2013) que a dos días de iniciada la campaña en abril del 2009 el gobierno federal suspendió cualquier evento público donde hubiera más de 15 personas. Por esa situación, los candidatos de cuatro partidos políticos involucrados firmaron ante notario público un convenio donde acordaban no hacer proselitismo en actos públicos durante el tiempo que durara la contingencia sanitaria. No obstante, uno de esos partidos distribuyó cubrebocas con la foto de su candidato para proceder a una campaña adaptada a las circunstancias. La percepción fue que se trató de proyectar al gobierno federal como sobre-protector del electorado, con lo que se incurría en un proselitismo implícito a favor de partido político gobernante a nivel nacional.

Sin embargo, el gobierno federal no fue el único que aprovechó las circunstancias, autoridades de varios niveles dieron muestras de un controvertible aprovechamiento político de la emergencia sanitaria. La prensa crítica hizo hincapié: *en algunos casos se transmiten innecesariamente, en forma de spots, los mensajes de algunas autoridades, lo cual se presta a que incurran en abusos* (Cantú, 2009: 53). Como ejemplos, el gobernador del Estado de Nuevo León, doctor José Natividad González Parás, apareció en medios locales para enfatizar la capacidad del gobierno estatal en torno a la emergencia de

salud y a la vez convocar la actuación responsable de los neoleoneses. Por su parte, la entonces primera dama del país, licenciada Margarita Zavala Gómez del Campo, apareció varias veces en televisión para dar consejos de salud a los niños durante el 30 de abril de 2009 con motivo de su celebración (Cantú, 2009: 54).

Conclusiones

La posibilidad de pandemia viral de influenza A/H1N1 en 2009 contó con todos los elementos para una modelación teórica basada en tres enfoques conceptuales: el de política racional, el de proceso organizacional y el de política burocrática. En tal sentido, éste estudio cumplió con la máxima de analizar la efectividad de los procesos de decisiones evitando el simplismo interpretativo, se aplicó en su lugar una comparativa rigurosa para comprender la crisis según los diferentes modelos. El riesgo de perder vidas humanas justifica de sobra el perfeccionamiento decisorio gradual. Por ello, el presente texto busca orientar futuras especificaciones y revisiones para la efectividad de las políticas contingentes de salud pública.

Según este estudio de caso, las decisiones acertadas y cambios derivados en la emergencia sanitaria de 2009 fueron: 1) la decisión súbita de distanciamiento social que contuvo la pandemia de influenza A/H1N1; 2) la capacitación y sustitución tecnológica súbita en la red nacional de laboratorios de salud pública; 3) algunos avances puntuales en las estrategias estatales de monitoreo itinerante de incidencias virales.

Sin embargo, detrás de cada uno de los aciertos anteriores existieron inconsistencias de actuación. La promoción mediática excesiva de las medidas circunstanciales buscó suplir en el discurso carencias acumuladas y aspectos imprevistos por parte de la autoridad federal. No existían las *ventajas de estar preparados* por la falta de continuidad en la implementación del Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una Posible Pandemia de Influenza. No había garantía de reacción colaborativa en los ámbitos internacional e intersectorial. La mediatización no se tradujo en una campaña de comunicación educativa, en ese esquema generalmente los problemas son pasajeros y el desinterés prevalece cuando los medios de comunicación abandonan los temas. Adicionalmente, existió un polémico aprovechamiento político de la publicidad contingente.

En forma posterior a la emergencia sanitaria, las demás tareas pendientes sí fueron reconocidas por la autoridad federal en turno; sin embargo, sólo fueron aquellas compartidas o de plano atribuibles a los gobiernos estatales. Sobre la red nacional de laboratorios de salud pública, el médico Córdoba Villalobos expresó la

necesidad de fortalecer la vigilancia epidemiológica y modernizar el sistema informático para mejorar la comunicación entre clínicas de atención primaria, hospitales y centros nacionales de inteligencia epidemiológica (Córdova et al., 2009: 69). De igual forma, las carencias operativas y de infraestructura estatal perfilaron la creación de mecanismos de coordinación e intercambio de información más eficientes para un sistema de salud descentralizado como el de México (Córdova et al., 2009: 69). Como se hizo hincapié en el presente texto, las infraestructuras y operativos estatales de salud constituyen el aspecto más crítico en caso de futuras contingencias de salud pública, por lo que actualmente, más allá de los señalamientos cruzados, su cambio requiere el mayor esfuerzo de coordinación al interior del Sistema Nacional de Salud.

Fuentes

- Aguilar, Luis F., 2007, *La hechura de las políticas públicas*, Colección antologías de políticas públicas, México, Miguel Ángel Porrúa.
- Arellano, J. Alberto, 2011, *Análisis del proceso de inserción de un problema público en la agenda de gobierno a través de un modelo de inscripción y por consecuencia la creación de una política pública: alerta sanitaria contra el virus de la influenza AH1N1 caso México*, México, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.
- Brown, David, 2009, "New strain of swine flu investigated", *The Washington Post*, disponible en línea en: <http://washingtonpost.com/wp-dyn/content/article/2009/04/21/AR2009042103694.html>, consultado el 18 de abril de 2013.
- Cantú, Jesús, 2009, "Tiempo de definiciones", *Proceso*, no. 1696, pp. 53-54.
- Carrasco, Jorge, 2009, "El saldo de la inoperancia oficial", *Proceso*, no. 1696, pp. 6-13.
- Cervantes, Jesusa, 2009, "Una inversión que no se hizo", *Proceso*, no. 1696, pp. 10-11.
- Cohen, Jon, 2009, "Exclusive: Interview With Head of Mexico's Top Swine Flu Lab", *Science Insider*, disponible en línea en: <http://www.oikos.unam.mx/influenza/INRE%20Alpuche%201%20Mayo%202009.pdf>, consultado el 17 de abril de 2013.
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS), 2010, *Evaluación preliminar del impacto en México de la influenza A/H1N1*, CEPAL/OPS-OMS, México, disponible en línea en: http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/38894/2010-011_Influenza-L958w.pdf, consultado el 17 de abril de 2013.
- Córdova, José A.; Hernández, M., 2009, "La epidemia de influenza humana A/H1N1 en México: acciones y lecciones", *Foreign Affairs Latinoamérica*, no. 9, pp. 62-70.

- Córdova, José A.; Valdespino, J. L.; Ponce de León, S., 2010, *La epidemia de la influenza A/H1N1 en México*, México, Editorial Médica Panamericana.
- Espinosa, Verónica, 2009, “Ojalá que sientan el dolor”, *Proceso*, no. 1696, pp. 20-21.
- Esquivel, Jesús, 2009, “Pandemia mediática”, *Proceso*, no. 1697, pp. 56-59.
- Granados, Miguel A., 2009, “Campañas en medio de la crisis”, *Proceso*, no. 1696, pp. 52-53.
- López, Malaquías; García, J.; Pacheco, R.; Escamilla, R.; Villanueva, M., 2010, “La influenza A/H1N1 2009. Una crónica de la primera pandemia del siglo XXI”, *Revista Digital Universitaria*, no. 11, pp. 1-19, disponible en línea en: <http://www.revista.unam.mx/vol.11/num4/art37/art37.pdf>, consultado el 17 de abril de 2013.
- Parsons, Wayne, 2007, *Políticas Públicas. Una introducción a la teoría y a la práctica del análisis de políticas públicas*, FLACSO, México, Miño y Dávila Editores.
- Secretaría de Salud^a, 2013, *Solicitud de información conforme a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental Folio No. 0001200181813*, México, Secretaría de Salud.
- Secretaría de Salud^b, 2013, *Solicitud de información conforme a la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental Folio No. 0001200192513*, México, Secretaría de Salud.
- Toribio^a, Laura; Hernández, L.; Becerril, A., 2009, “La crónica del virus H1N1. El mail que movilizó un país. Parte 1”, *Periodismo Digital*, disponible en línea en: <http://blogs.periodistadigital.com/hermosillo.php/2009/05/23/la-cronica-del-virus-h1n1-el-mail-que-mo-1>, consultado el 11 de marzo de 2013.
- Toribio^b, Laura; Hernández, L.; Becerril, A., 2009, “La crónica del virus H1N1. El mail que movilizó un país. Parte 2”, *Periodismo Digital*, disponible en línea en: <http://blogs.periodistadigital.com/hermosillo.php/2009/05/24/la-cronica-del-virus-h1n1-el-mail-que-mo-2>, consultado el 11 de marzo de 2013.
- Turati^a, Marcela, 2009, “Los muertos del sistema”, *Proceso*, no. 1696, pp. 19-22.
- Turati^b, Marcela, 2009, “En el borde del caos”, *Proceso*, no. 1697, pp. 24-26.
- Turati^c, Marcela, 2009, “Las muertes del Edomex: del triunfalismo a la desatención”, *Proceso*, no. 1698, pp. 26-29.
- Vergara, Rosalía, 2009, “Indolencia, un virus criminal”, *Proceso*, no. 1696, pp. 14-17.