

R T E

R E P

C

E

S

O

P

INFLUENZA EN MÉXICO

- 1 Virus de la gripe humana A H1N1
Francisco J. Sales Heredia
- 3 Recuento histórico de las pandemias
Iván H. Pliego Moreno y Daniela Silva Lozano
- 8 Investigación y presupuesto en el sector
salud en México
José de Jesús González Rodríguez
- 16 Recuento e impacto de los principales
acontecimientos
Efrén Arellano Trejo y Karen Nallely Tenorio Colón
- 22 Geografía de la pandemia del virus de influenza
A H1N1
Salvador Moreno Pérez
- 29 La influenza A H1N1 y la toma de decisiones
Gustavo Meixueiro Nájera
- 37 La letalidad de la influenza A H1N1 en México
Liliam Flores Ortega Rodríguez
- 44 Crisis económica, inflación y epidemia de influenza
en México
Juan Carlos Amador Hernández
- 54 México y la influenza: una deteriorada
imagen internacional
Gilberto Fuentes Durán
- 61 SECCIÓN DE OPINIÓN PÚBLICA. Apoyo a las acciones
emprendidas; creencia en que la tragedia fue mayor
Efrén Arellano Trejo

Reporte CESOP

Número 22

Mayo de 2009



**Comité del CESOP
Mesa Directiva**

Dip. Salvador Barajas del Toro
Presidente

Dip. Fabián Fernando Montes Sánchez
Secretario

Dip. Cuauhtémoc Sandoval Ramírez
Secretario

**Centro de Estudios Sociales
y de Opinión Pública**

Mtro. Carlos Enrique Casillas Ortega
Director General

Saúl Munguía Ortiz
Encargado de la Dirección de Vinculación y Gestión

Gustavo Meixueiro Nájera
Director de Estudios de Desarrollo Regional

Francisco J. Sales Heredia
Director de Estudios Sociales

César Augusto Rodríguez Gómez
Director de Opinión Pública

Ernesto Cavero Pérez
Subdirector de Análisis
y Procesamiento de Datos

Josué Jijón León
Encargado de la Coordinación Administrativa

Juan Carlos Amador Hernández
Efrén Arellano Trejo
José Alonso Contreras Macías
Lilíam Mara Flores Ortega Rodríguez
Gilberto Fuentes Durán
José de Jesús González Rodríguez
Dunia Ludlow Deloya
Jesús Mendoza Mendoza
Salvador Moreno Pérez
Iván H. Pliego Moreno
Octavio Ruiz Chávez
Roberto Vallín Medina
Carlos Agustín Vázquez Hernández
Investigadores

Elizabeth Cabrera Robles
Carena Díaz Petit
Matilde Gómez Vega
Mariela Monroy Juárez
Roberto Ocampo Hurtado
Edgar Pacheco Barajas
Apoyo en Investigación

Francisco J. Sales Heredia
Director del Reporte CESOP

Alejandro López Morcillo
Gerardo Villegas
Editores

Reporte CESOP, núm. 22, mayo de 2009. Publicación mensual del Centro de Estudios Sociales y de Opinión Pública de la Cámara de Diputados, LX Legislatura. Av. Congreso de la Unión 66, Edificio I, primer piso, Col. El Parque, México, D.F., Tel. 5036 0000 ext. 55237. Correo electrónico: cesop@congreso.gob.mx • Los artículos contenidos en esta publicación son elaborados por los investigadores del CESOP y las opiniones vertidas no reflejan la postura de la Cámara de Diputados.

Virus de la gripe humana A H1N1

*Francisco J. Sales Heredia**

El virus que ha causado que los sistemas de alerta del país y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) respondieran con drásticas medidas de aislamiento social y de emergencia sanitaria sin paralelo en la historia del país y del mundo, representa un nuevo elemento desestabilizador en la complicada era globalizada que vivimos. Podemos decir que nos enfrentamos a un escenario de “nueva normalidad” mundial, como se ha dado en llamar el periodo de emergencia en el país. Es cierto que la humanidad ha vivido pandemias escalofrantes en su historia: la peste negra del siglo XIV que diezmó a la tercera parte de la población europea; las epidemias que en menos de 50 años hicieron que la población del hoy México pasara de 25 millones a 5 millones en 1550; la gripe española que mató a más de 50 millones de personas en 1918, entre 2 y 5% de la población mundial y la pandemia terrible del virus VIH, a partir de la década de 1980. Sin embargo, nunca antes la humanidad se había enfrenta-

do a un cambio climático de tal magnitud, con el agregado de una devastación de múltiples ecosistemas que pone en contacto a los seres humanos con otras especies animales transmisoras de nuevas enfermedades, así como una economía injusta que sume en la pobreza y en la contaminación a millones de personas. Los casi siete mil millones de personas en el planeta se enfrentan a viejas y nuevas epidemias que tienen la posibilidad de desestabilizar economías enteras en cuestión de horas, haciendo que la “nueva normalidad”, según los expertos internacionales, deba incluir un cambio social que haga énfasis sobre la salud preventiva personalizada y los sistemas ágiles de intervención médica, algo muy caro de lograr.

El caso mexicano es paradigmático. El sistema de salud en México, a pesar de la gran inversión en los años pasados, no ha podido seguirle el paso a la creciente población; se encuentra desorganizado y con pocos recursos. Lo anterior, aunado a problemas de educación en higiene, de pobreza urbana y rural, ha propiciado que las enfermedades infecciosas, susceptibles de ser evitadas, causaran en 2006 alrededor de 133 mil egresos hospitalarios en el país, al igual que 10 768 muertes causadas

* Doctor en Filosofía Política por la Universidad de Warwick, Inglaterra. Director del Área de Estudios Sociales del CESOP. Sus líneas de investigación son: filosofía política, justicia distributiva, energía y pobreza. Correo electrónico: francisco.sales@congreso.gob.mx

por estas enfermedades, de las cuales 7 mil se atribuyen a septicemias, es decir, a una infección que no se trató o pudo tratarse a tiempo y causó un colapso del sistema. Los reportes indican que el dengue tipo 3 está distribuido en todo el país; los anticuerpos del *Trypanosoma cruzi* (mal de Chagas) se buscan ya en la sangre donada; se han reportado casos de tuberculosis resistente a los antibióticos por la mala administración de éstos, así como son cada vez más comunes parásitos, bacterias y virus como la tenia, rotavirus, *escherichia coli*, Shigela, salmonela y *vibrio cholerae*.

Ante tal panorama de enfermedades endémicas y estacionales que pueden catalogarse de epidemias, la pregunta que debemos hacernos es si la emergencia se justifica ante una nueva gripe o debería existir una supervisión constante para el resto de las enfermedades infecciosas. La información existente permite apreciar que en efecto sí se justificaban las medidas de emergencia, pues se trata de un virus nuevo para el ser humano y esto hace que no exista protección específica hacia él en la memoria inmunológica. Considerando lo anterior y asumiendo que los virus de gripe estacional humanos causan del 5 al 15% de contagio en la población abierta con una alta proporción (+- 64%) en los mayores de 65 años y que

el nuevo virus tiene una tasa de contagio del 22 al 33% según la OMS y que ataca en gran proporción a la población en edad productiva, las razones son fuertes para declarar una emergencia. La proyección establece que en pocos días una gran proporción de la población caería enferma al mismo tiempo, con un alto costo para los servicios sanitarios y para la economía mundial. Aunado a lo anterior, al inicio de la epidemia en nuestro país sucedieron una serie de muertes que hoy se comprueban como causadas por el virus, aumentando la sospecha de un posible virus con alta mortalidad como el de la gripe aviar, suceso que disparó las alertas y contribuyó a una movilización social. El hecho de que este virus no presente una mortalidad alta no necesariamente elimina la posibilidad de que esto ocurra.

La “nueva normalidad” tendría que ser interiorizada por todos. La OMS ha recomendado en sus documentos hacer que las medidas de higiene personal sean más exigentes, medidas preventivas personalizadas por parte del sector salud, es decir, que haya clínicas cercanas a los hogares con médicos y enfermeras conocidos por la población, sin distinción de sistema de seguridad social y un sistema ágil y rápido para derivar a los enfermos a hospitales de segundo y tercer nivel.

Recuento histórico de las pandemias

*Iván H. Pliego Moreno**

*Daniela Silva Lozano***

Aunque el término *epidemia* ha generado una serie de sinónimos de uso coloquial, como *afluencia*, *ola*, *avalancha*, *flujo* o *invasión*, de acuerdo con el diccionario de la Real Academia Española, es una “enfermedad que se propaga durante algún tiempo por un país, acometiendo simultáneamente a gran número de personas”. De manera más específica, podemos decir que se trata, normalmente, de una enfermedad infecciosa que ataca a un grupo numeroso de personas de un lugar y durante un mismo periodo.¹

A lo largo de la historia, la humanidad entera ha padecido una serie de epidemias que

han mermado de manera considerable a la población, como la peste bubónica, que asoló a prácticamente todo el hemisferio oriental por casi cinco centurias con una repetición cíclica de cada 10 años (Cuadro 1). En estricto sentido, cuando una epidemia tiene alcances mundiales se conoce como *pandemia*. Existen registros de epidemias desde hace más de dos mil años. Algunas de las más famosas incluyen la del Peloponeso (en el año 430 a.n.e.) y la peste negra que devastó Europa en el siglo XIV.

En el continente americano una de las epidemias más antiguas que se registran, es la de 1450, conocida como “catarro pestilencial”, causando estragos en la población mayor.² La siguiente epidemia fue causada por la viruela, en 1520, durante la Conquista del territorio americano por los españoles, diezmando a la población indígena, cuyo sistema de defensas

* Doctor en Historia Internacional por la London School of Economics, Londres, Inglaterra. Investigador del área de Estudios Sociales del CESOP. Sus líneas de investigación son: relaciones México-España, Unión Europea, historia de México del siglo XX, historia de las ideas. Correo electrónico: ivan.pliego@congreso.gob.mx

** Pasante de la Licenciatura en Historia de la Facultad de Filosofía y Letras de la UNAM. Asistente de investigación en el área de Desarrollo Regional del CESOP.

¹ <http://es.thefreedictionary.com/epidemia>. Fecha de consulta: 13 mayo 2009.

² Fernando de Alva Ixtlixóchitl, *Obras históricas*, vol. 2, “Historia de la nación chichimeca”, Secretaría de Fomento, México, 1892, pp. 205-206, citado en Enrique Krauze, “Jesús te guarde”, *Reforma*, 3 de mayo de 2009.

Cuadro 1
Epidemias y pandemias importantes de los últimos 2000 años

<i>Año</i>	<i>Región</i>	<i>Enfermedad</i>	<i>Intensidad (% mortalidad)</i>
79-125	Roma	Malaria?	Epidemia local
164-189	Imperio Romano	Viruela?	Epidemia regional
265-313	China	Viruela	Epidemia regional
250-539	Imperio Romano	Peste bubónica	Epidemia regional (repetición cada 10 años)
540-542	Europa mediterránea	Peste bubónica	Pandemia (25%)
540-590	Europa mediterránea/ África norte	Peste bubónica	Pandemia continua (repetición cada 10 años)
581	India	Viruela	Epidemia regional
664	Europa	Peste bubónica	Epidemia regional
680	Europa media	Peste bubónica	Epidemia regional
746- 748	Medio oriente	Peste bubónica	Epidemia local
980	India	Viruela	Epidemia regional
1258-1259	Europa	Desconocida	Epidemia regional
1332-1361	Eurasia occidental	Peste bubónica	Pandemia (25 – 33%)
1499-1720	Europa, Rusia	Peste bubónica	Epidemias regionales (repetición cada 10 años)
1492-1680s	América	Viruela	Epidemias regionales (50-90%)
1817-1902	India/China/Europa	Cólera	Pandemia (pequeño %)

Fuente: Tomado de William F. Ruddiman, *The Anthropogenic Greenhouse Era Began Thousands Of Years Ago*, Department of Environmental Sciences, University of Virginia, Charlottesville, U.S.A., 2003, p. 281 (Traducción de Bianca Garduño).

desconocía el virus y fue altamente vulnerable, como lo describe Motolinía.³

A lo largo del siglo XIX, el mundo padeció por lo menos seis pandemias de cólera, originalmente surgida en Asia, concretamente en la India. Se expandió por el mundo en cada

década hasta abarcar al mundo entero hacia 1899.⁴ En el México decimonónico, nos relata Guillermo Prieto, se podían atestiguar escenas tétricas en la Ciudad de México durante la epidemia de cólera acaecida en 1833.⁵

³ Fray Toribio de Benavente (Motolinía), *Historia de los indios de la Nueva España*, Clásicos Castalia, Madrid, 1985, p. 116, citado en Enrique Krauze, “Jesús te guarde”, *Reforma*, 3 de mayo de 2009.

⁴ En <http://www.carpetapurpura.com> (fecha de consulta: 13 de mayo 2009).

⁵ Guillermo Prieto, *Memorias de mis tiempos*, Porrúa, México, 1985. p. 41, citado en Enrique Krauze, “Jesús te guarde”, *Reforma*, 3 de mayo de 2009.

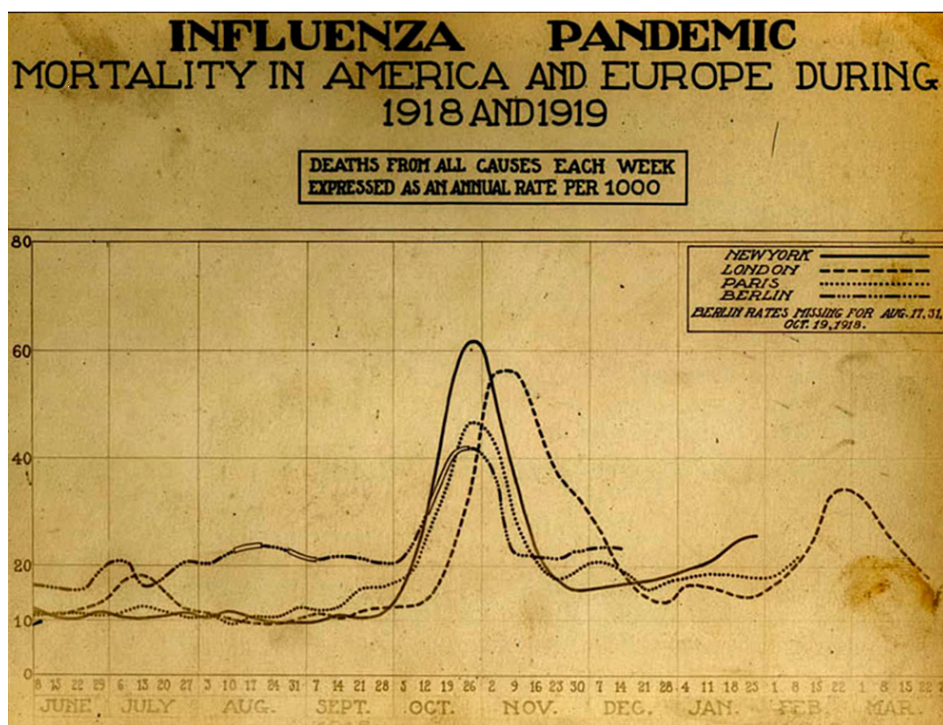
De acuerdo con información de la Organización Mundial de la Salud (OMS), las pandemias más graves sufridas en el siglo XX fueron tres. La principal y más conocida es la llamada *influenza española*, que según los reportes de la propia OMS costó la vida de entre 20 y 40 millones de personas, justo al final de la Primera Guerra Mundial, de 1918 a 1919.

Aun cuando los primeros brotes epidémicos de esta pandemia ocurrieron en Estados Unidos, es probable que se hiciera común el llamarla “española”, en virtud de que los casos acaecidos en España —país que no participó en ese conflicto armado— se daban a conocer al

mundo de manera inmediata por la prensa local, mientras que los casos de fallecimientos de ciudadanos de las naciones beligerantes eran ocultados por estrategia militar.⁶

Los soldados estadounidenses, quienes fueron el primer blanco del virus, comenzaron a padecer dolencias respiratorias leves que, aunque altamente contagiosas, se confundían fácilmente con una gripe común. Sin embargo, cuando estos combatientes arribaron a territorio europeo, la enfermedad a menudo llevaba a la muerte pocos días después de la aparición de los primeros síntomas, ocasionando un alto número de bajas (Figura 1).

Figura 1



Fuente: Tomado de H. Nichols, *Pandemic Influenza: The Inside Story*, en es.wikipedia.org (fecha de consulta: 13 de mayo de 2009).

⁶ Javier Sampedro, “El fantasma de la ‘gripe española’”, *El País*, 28 de abril de 2009.

Una peculiaridad relevante de las epidemias y pandemias vinculadas con la gripe (influenza) es el hecho de que suele atacar con mayor virulencia a grupos poblacionales considerados no típicos. Es decir, si el virus de la gripe afecta, estacionalmente, a la población de infantes y mayores, las epidemias de influenza atípica encuentran en la población de jóvenes y adultos a sus principales víctimas, como fue el caso de los combatientes de la Primera Guerra Mundial.⁷

Sin embargo, las medidas de prevención del contagio fueron las mismas que conocemos ahora: aislamiento, cuarentena, higiene personal, desinfectantes y prevención de reuniones públicas, así como el cierre de instituciones públicas y escuelas.⁸ Como se aprecia en el cartel de la época, el uso del tapabocas se convirtió también en un símbolo de la cruzada sanitaria, aunque tuviera magros resultados efectivos (Figura 2).

En el caso de nuestro país, las muertes por esta epidemia ascendieron a varios cientos. Por ejemplo, en el estado de Sonora, se reportaron los decesos, por esta causa, de 150 personas en el pueblo de San Pedro de la Cueva (“la mayor parte jóvenes”), 90 en Batuc, 60 en Tepupa, y 110 en Suaqui.⁹

Con un desarrollo limitado de la ciencia médica, la pandemia afectó a cerca del 30% de la población mundial, y prácticamente no hubo región del mundo exenta del virus. Como con-

⁷ Los científicos clasifican los virus de la gripe según sus proteínas externas: H por hemaglutinina y N por neuraminidasa; hay 16 tipos H y 9 tipos N diferentes, que sólo apuntan a diferencias y no indican severidad.

⁸ “El año de la gripe española”, *La Vanguardia*, 18 de octubre de 2008.

⁹ Juan Antonio Ruibal Corella, *Relato de la epidemia de influenza española que sufrió el pueblo de San Pedro de la Cueva el año de 1918*, por Enrique Y. Duarte, 31 de julio de 1981, San Pedro de la Cueva, Sonora, México.

secuencia de esta crisis de salud, se incrementó el estudio y la investigación microbiológica, y el virus de la gripe humana fue aislado por primera vez en 1933.

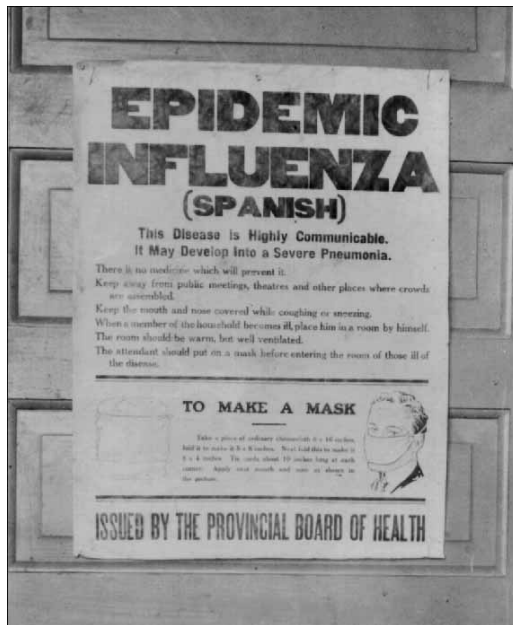
Posteriormente, en 1957, se produjo en Hong Kong una pandemia gripal, causada por un virus menos agresivo que se enfrentaba a mejores condiciones de salud pública – el desarrollo de vacunas de prevención de gripe estacional y antibióticos para la neumonía bacteriana secundaria– y modernos instrumentos científicos.¹⁰ La OMS, creada en 1947, tuvo en este episodio su primera incursión a nivel global para enfrentar una pandemia. Al conocer que se trataba de un nuevo subtipo del virus de la gripe, reunió un panel de expertos que valoraron las características de la pandemia. En menos de seis meses la gripe asiática se convirtió en pandemia y en poco menos de un año la cuota de muerte fue de más de dos millones de personas.

Otro episodio de pandemia gripal se produjo la década siguiente, también en Asia, entre 1968 y 1969, con otro nuevo subtipo de virus de la gripe. A pesar del rápido contagio, que alcanzó a más de medio millón de personas en unas cuantas semanas, el virus fue rápidamente aislado por los científicos. Convertida en pandemia, la enfermedad tuvo, sin embargo, síntomas moderados y baja tasa de mortandad.

Ya en el siglo XXI, se han conocido varios casos graves, pero con relativa menor afectación de personas. La epidemia de neumonía atípica o Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SRAS) inició a finales de 2002, infectando a

¹⁰ El microscopio electrónico fue desarrollado a finales de la década de 1930; con él, entre otras cosas, fue posible visualizar los virus y bacterias por primera vez en la década de 1950.

Figura 1



Fuente: Tomado de H. Nichols, *Pandemic Influenza: The Inside Story*, en es.wikipedia.org (fecha de consulta: 13 de mayo de 2009).

más de 8 mil personas y causando la muerte a más de 800 personas en todo el mundo, de las que, proporcionalmente, la mayoría ocurrieron en China. Poco tiempo después, en 2003, apareció la cepa H5N1 del virus de gripe aviar, en el sudeste asiático, haciendo evidente la pronta mutación del virus de la gripe, y la lógica problemática de la falta de inmunización de los seres humanos. Según la OMS, estas enfermedades epidémicas son un problema mayor de salud pública, ya que afectan a entre tres y cinco millones de personas y causan la muerte a casi medio millón, cada año.¹¹ Ello obliga, a nivel global, a buscar medidas de prevención y de control de la propagación de las enfermedades con mayor precisión.

La epidemia de influenza padecida recientemente en México, en particular en la

¹¹ *La Jornada*, 27 de abril de 2009.

Zona Metropolitana del Valle de México, y que continúa expandiéndose por el mundo, ha confirmado la gran capacidad de mutación genética del virus de la influenza (el actual se ha definido como H1N1) y que las medidas de protección requieren no sólo del trabajo de las autoridades locales sino, y sobre todo, del concurso de la población. Al final se trata, nada más ni nada menos, de un problema de salud pública que tiene su principal solución en la higiene personal, y en los hábitos de limpieza comunitarios, de esos que se solían enseñar en las guarderías de la ciudad de México en décadas pasadas; prácticas y formas de organización que quizá valga la pena retomar. Asimismo, como nos demuestra el caso de la influenza española, es posible hacer un uso político de la información, enrareciendo el ambiente y poniendo en riesgo la salud de las personas.

Investigación y presupuesto en el sector salud en México.

Notas para un diagnóstico

*José de Jesús González Rodríguez**

Contexto

A pesar de que México destina el 6.5% de su Producto Interno Bruto (PIB) al sector salud, tales montos están por debajo del promedio latinoamericano que se ubica en el orden del 6.9% del PIB de la región y de los porcentajes del mismo indicador que otros países de ingresos medios destinan a la salud en América Latina, como Argentina (8.9%), Brasil (7.6%), Colombia (7.6%) y Uruguay (9.8%).¹

De acuerdo con el Programa Nacional de Salud 2007-2012 (PNS), del total del gasto en salud en México, 46% corresponde a gasto público y el 54% restante a erogaciones privadas. Con los recursos públicos se financia la operación de dos tipos básicos de instituciones de salud: *a)* las instituciones de seguridad social –Instituto Mexicano del

Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), Petróleos Mexicanos (Pemex), Secretaría de la Defensa (Sedena) y Secretaría de Marina (Semar)–; y *b)* las instituciones dedicadas a atender a la población sin seguridad social –Secretaría de Salud e IMSS-Oportunidades (IMSS-O).²

Diversos estudios se han abocado a efectuar un diagnóstico presupuestal del sector salud en México. Uno de ellos se denomina “Infraestructura médica para la población marginada”, y efectúa un examen sobre los usos y la transparencia del Presupuesto de Egresos de la Federación en materia de salud. En principio, el texto alude a que ha existido a nivel nacional una desaceleración del incremento de unidades médicas de consulta externa, situación que se suma a la escasez de unidades de hospitalización, a la carencia de hospitales generales en

* Licenciado en Derecho y Economía por la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Investigador del área de Estudios Regionales del CESOP. Sus líneas de investigación son: trabajo, transportes, migración y derechos humanos, Pemex, Poder Judicial, sistema de justicia. Correo electrónico: jesus.gonzalez@congreso.gob.mx

¹ Programa Nacional de Salud, 2007-2012, Secretaría de Salud, México 2007, 188 p.

² Respecto a la vigilancia epidemiológica, nuestro país cuenta desde 1995 con el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica (Sinave), integrado por cuatro componentes: I. Notificación Semanal de Casos Nuevos; II. Vigilancia Hospitalaria; III. Vigilancia de la Mortalidad, y IV. Sistemas Especiales de Vigilancia Epidemiológica.

zonas marginadas, a la disparidad del número de consultorios médicos per cápita, así como al hecho de que se ha dejado de invertir el 70% de los recursos para infraestructura médica aprobados por los legisladores.³

Según el texto en referencia, dentro del sistema de salud mexicano hay situaciones como el caso del Fideicomiso de Protección Social en Salud que permiten que altos porcentajes de su presupuesto tengan su fuente en recursos destinados originalmente a otras partidas, lo que ocasiona —de acuerdo con el texto— que cerca de 70% del financiamiento público de programas como el citado, no sea resultado de las asignaciones presupuestales aprobadas por los legisladores. Así, el documento hace referencia a lo que califica como *preocupante opacidad* en la administración de tales recursos y hace referencia al desapego a la normatividad, que establece los criterios de prioridad para el desarrollo de infraestructura médica en las zonas de mayor marginación.⁴

A los datos contenidos en el diagnóstico citado líneas atrás, se suman las afirmaciones incluidas en la “Recomendación General 15 sobre el derecho a la protección de la salud”, documento emitido por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), instancia que entre enero de 2000 y enero de 2009 examinó 11 854

³ Infraestructura médica para la población marginada, Propuestas para el uso y la transparencia de los Fondos del Fideicomiso de Protección Social en Salud en el PEF 2009, Fundar, Centro de Análisis e Investigación, México, 2009, 18 p.

⁴ La normatividad aplicable son los “Criterios metodológicos para la identificación de las entidades federativas con mayor marginación social para efectos de la asignación de la previsión presupuestal”, publicados en el *Diario Oficial de Federación* del 29 de diciembre de 2005.

quejas, que señalan como autoridades responsables de violar el derecho a la salud, al Instituto Mexicano del Seguro Social, al Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, a la Secretaría de Salud, al Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas y al Hospital de Pemex.⁵

Entre los problemas más graves que de acuerdo con la CNDH enfrentan las instituciones encargadas de prestar el servicio de salud en nuestro país, destaca el relativo a la falta de personal médico para cubrir la demanda; la falta de capacitación para elaborar diagnósticos y otorgar tratamientos a las enfermedades y la insuficiente supervisión de residentes por el personal de salud. Igualmente la CNDH detalla en su recomendación la falta de infraestructura hospitalaria y de recursos materiales, como obstáculos para garantizar el derecho a la salud.

Las casi 12 mil quejas que ha recibido la CNDH en la última década contra el sector salud se enfocan a señalar irregularidades en la prestación de servicios, trato discriminatorio, atención irregular, maltrato, intervenciones quirúrgicas negligentes, inadecuada práctica médica y deficiente atención materno infantil, entre otras anomalías. Igualmente, la CNDH alude en su recomendación que hay un reiterado incumplimiento del marco jurídico nacional e internacional en materia de salud, así como de las normas oficiales mexicanas relacionadas con la calidad de los servicios y la capacitación del personal por parte de los servidores públicos.⁶

⁵ Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), Recomendación General 15 sobre el derecho a la protección de la salud, *Diario Oficial de la Federación*, 7 de mayo de 2009.

⁶ Comisión Nacional de los Derechos Humanos (CNDH), Recomendación General... *op. cit.*

Salud y financiamiento

Conforme al diagnóstico del sector salud en materia presupuestaria, la recomendación de la CNDH aludida anteriormente, establece, entre otras cosas, que la insuficiencia de recursos destinados al Sistema Nacional de Salud genera una falta de capacidad para garantizar de forma efectiva el derecho a la protección de la salud, lo cual genera una ausencia de infraestructura hospitalaria, carencia de equipo y de materiales para la elaboración de análisis, carencia que se traduce en una dilación en la atención de enfermedades o intervenciones quirúrgicas y del tratamiento en general de los pacientes. De acuerdo con la CNDH, tal situación constituye una clara violación al derecho a la protección de la salud de los habitantes del territorio mexicano, ya que aun cuando los gobiernos federal y local tienen la obligación de garantizar la eficiencia en el funcionamiento de las instituciones públicas de salud, se omite destinar mayores recursos para tal fin.⁷

Al respecto, es de tener en cuenta que según la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), nuestro país destaca entre las naciones que menos gasta en salud pública por habitante. El documento *Health at a Glance 2007*, divulgado por esa organización, hace una revisión del sistema de salud en diferentes naciones y efectúa un diagnóstico en materia de financiamiento, calidad de los servicios de sanidad, demografía y factores económicos vinculados a la salud, entre otros temas. Según la OCDE, nuestro país eroga menos de la tercera parte del gasto medio en salud de los países integrantes de esta

⁷ *Idem.*

organización; asimismo, destaca que México es el país de la OCDE con el gasto público en salud más bajo como porcentaje del PIB.⁸

La Gráfica 1 muestra las cantidades que según la OCDE son destinadas per cápita en el sector salud en diferentes países.

Datos sobre presupuesto e investigación en el sector salud

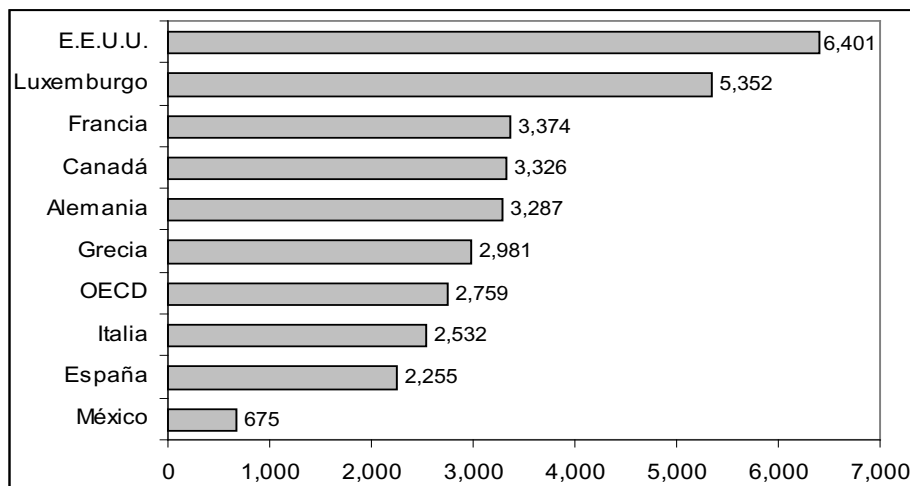
En cuanto a la epidemia de influenza humana A/H1N1, declarada recientemente en nuestro país, es de señalar que el “Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Influenza”, de la Secretaría de Salud, fijó varias líneas de acción a implementarse frente a una eventual epidemia de influenza en México. Una de esas líneas se enfoca a considerar como prioritario el “fomento a la investigación y desarrollo científico”. Al respecto, el propio plan señala que es necesario motivar la innovación de estrategias en la respuesta contra una pandemia de influenza y que es necesario fortalecer el desarrollo de nuevos conocimientos a través del fomento a la investigación científica.⁹

En lo que toca a la producción de vacunas contra la influenza, el Programa Nacional de Salud 2007-2012 ha establecido que es necesario “Asegurar la producción nacional de reactivos, vacunas y otros dispositivos médi-

⁸ Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos, *Health at a glance 2007*, OECD Indicators, Health expenditure per capita, OECD, 2007, 195 p.

⁹ Secretaría de Salud, Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una Pandemia de Influenza, México, Secretaría de Salud, 2006, 19 p.

Gráfica 1
Gasto público y privado en salud per cápita
(dólares, 2005)



Fuente: Elaboración propia con datos de OECD, *Health at a glance 2007*, OECD Indicators, Health expenditure per capita, OECD, 2007. 195 p.

cos estratégicos para la seguridad nacional”. En ese contexto, el PNS subraya que las vacunas tienen una importancia tal en términos de salud y seguridad nacional, que es deseable avanzar hacia la autosuficiencia en esta materia. Al respecto, el programa fija como uno de sus objetivos “generar la infraestructura física, de investigación, de equipamiento y formación de los recursos humanos que permitan incrementar el volumen de producción de vacunas”.¹⁰

Otro de los objetivos en materia de influenza establecidos en el PNS alude a la necesidad de desarrollar un programa de producción de vacunas de influenza estacional y eventualmen-

te pandémica, que cubra los requerimientos nacionales y garantice el abasto en situaciones críticas, fortaleciendo la capacidad de respuesta a las emergencias en salud, la reingeniería de los laboratorios de diagnóstico y referencia, y la creación de una planta de producción de vacunas en los Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México (Birmex).¹¹

Sobre el particular, el director de Birmex, al tiempo que califica la producción de vacunas como un asunto de seguridad nacional, expresa que los fondos destinados a esa paraestatal son insuficientes, puesto que “para culminar el proyecto de la producción de la

¹⁰ Al respecto, el Programa Nacional de Salud 2007-2012 establece como meta producir 200 millones de dosis de vacunas contra la influenza en 2010 y 220 millones de dosis en 2012.

¹¹ Los Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, S. A. de C. V. (Birmex) son una empresa propiedad del gobierno federal que desarrolla, produce importa y comercializa vacunas, sueros heterólogos y productos de diagnóstico clínico.

vacuna de influenza estacionaria en 2012 se requiere de 2 mil millones de pesos; otros 200 millones para desarrollar de manera inmediata los programas emergentes para la vacuna de la epidemia A/H1N1; 60 millones para la elaboración de la vacuna triple viral (sarampión, paperas y rubeola), y otros 60 millones para el programa de investigación regular”.¹²

No obstante que la investigación y el desarrollo tecnológico en salud han sido considerados prioritarios en diversos documentos oficiales y que tales rubros permitirían: *a)* caracterizar el virus de la influenza; *b)* desarrollar nuevas formas de diagnóstico; *c)* la investigación y el desarrollo de vacunas de acuerdo con el subtipo causante de pandemias de influenza; y *d)* el desarrollo de nuevos antivirales, las asignaciones presupuestarias no han visto reflejada esa importancia.

Los datos del Cuadro 1 muestran diversas partidas del Presupuesto de Egresos de la Federación 2009, referentes a algunos de los programas vinculados a la investigación, protección contra riesgos sanitarios, vigilancia epidemiológica y prevención por vacunación en el sector salud.

Como se aprecia en el cuadro, las partidas presupuestarias incluidas muestran un descenso en términos nominales y porcentuales de diversos conceptos ligados al desarrollo tecnológico y a la prevención epidemiológica en el sector salud. Los descensos presupuestarios van desde los 14 hasta los 42 millones de pesos y de un 2.3 a un 3.7 porcentual entre lo proyectado y lo aprobado.

¹² Entrevista con Samuel Ponce de León, Director de Birmex, en “La vacuna, asunto de seguridad nacional”, en *Proceso*, 10 de mayo de 2009.

En coincidencia con lo anterior, se advierte el descenso de diferentes partidas presupuestarias a ejercerse en 2009 en instituciones como el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt). Entre otros, los rubros que sufrieron un decremento presupuestario pueden destacarse los denominados “Fortalecimiento a nivel sectorial de las capacidades científicas, tecnológicas y de innovación”, al cual se otorgan 65 millones de pesos menos de los proyectados (un ajuste a la baja del 10.7% del monto original) o los decrementos del rubro “Apoyos institucionales para actividades científicas, tecnológicas y de innovación” (31 millones de pesos menos) o el de “Becas de posgrado” (10 millones de pesos menos), “Desarrollo Tecnológico e innovación” (con 66 millones menos), “Realización de investigación científica” (con 9.1 millones de pesos menos) o incluso el propio del Sistema Nacional de Investigadores con un decremento de 30 millones de pesos.¹³

Al respecto, la Academia Mexicana de Ciencias (AMC) ha considerado que el Presupuesto de Egresos de la Federación debe incrementar las partidas financieras para ciencia y tecnología en 63 mil millones de pesos entre 2008 y 2012 a un ritmo de 15 mil millones de pesos anuales. De acuerdo con esa institución, de tales recursos, 11 300 millones deberán ser proveídos por recursos fiscales y 3 800 millones directamente por las entidades públicas, dependencias, instituciones de educación superior y centros de investigación públicos. Según la visión de la Academia Mexicana de Ciencias, es fundamental reorientar con una visión de Estado la política de desarrollo cien-

¹³ “Análisis de la reasignación...” *op. cit.*, p. 53.

Cuadro 1
Presupuesto de Egresos de la Federación 2009
Comparativo de programas presupuestarios en el sector salud
(cifras proyectadas y aprobadas, 2009)

<i>Ramo/programa presupuestario</i>	<i>Proyecto</i>	<i>Aprobado</i>	<i>Diferencia</i>	
			<i>Nominal</i>	<i>%</i>
Investigación y desarrollo tecnológico en salud	1 045 845 663	1 016 361 122	-29 484 541	-2.8
Protección contra riesgos sanitarios	651 484 905	636 753 173	-14 731 732	-2.3
Reducción de enfermedades prevenibles por vacunación	1 144 766 855	1 101 860 545	-42 906 310	-3.7
Vigilancia epidemiológica	867 163 698	836 509 621	-30 654 077	-3.5

Fuente: Elaboración propia con datos de “Análisis de la reasignación, de recursos presupuestales en el Presupuesto de Egresos para el Ejercicio Fiscal 2009”, Centro de Estudios de las Finanzas Públicas (CEFP), Cámara de Diputados del Congreso de la Unión, México, 2009, 58 p.

tífico y tecnológico, de manera que trascienda las coyunturas sexenales.¹⁴

De acuerdo con la institución en cita, el hecho de que no se invierta en investigación y desarrollo de la ciencia “le sale muy caro a México”, ya que sólo en 2005 nuestro país pagó más de 2 mil millones de dólares por la compra de tecnología. Según la AMC, de 1999 a 2008 disminuyó la asignación de fondos públicos a la ciencia y la tecnología, pasando de 0.42 a 0.37% del PIB, siendo éste uno de los meno-

res presupuestos asignados en las últimas dos décadas.¹⁵

En ese contexto, son de revisar los datos de la Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto de la Secretaría de Salud, datos que muestran el comportamiento presupuestal en esa dependencia en el bienio 2008-2009. Los recursos del Presupuesto de Egresos de la Federación en 2008 para el sector salud ramo 12, ascendieron a 69 426 millones de pesos. De esa cantidad, se destinaron al programa del Seguro Popular 37 244 millones de pesos; para el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades (Cenavece) 1 052 millones de pesos; para

¹⁴ De acuerdo con la Academia Mexicana de Ciencias, en 2005 nuestro país tenía una patente por cada millón de habitantes, lo que representa que en regalías se tenga una ganancia de 70 centavos de dólar por persona. En el caso de países como Luxemburgo, se obtienen regalías por casi 628 dólares por persona. Véase Academia Mexicana de Ciencias, Boletín AMC/106/08, 20 de octubre de 2008.

¹⁵ Academia Mexicana de Ciencias, “Importancia de la ciencia y la tecnología en el desarrollo de México y estrategia de fortalecimiento”, México, AMC, 2008.

el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER) 132.8 millones; y a los Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México (Birmex) no les fueron asignados recursos presupuestales.¹⁶

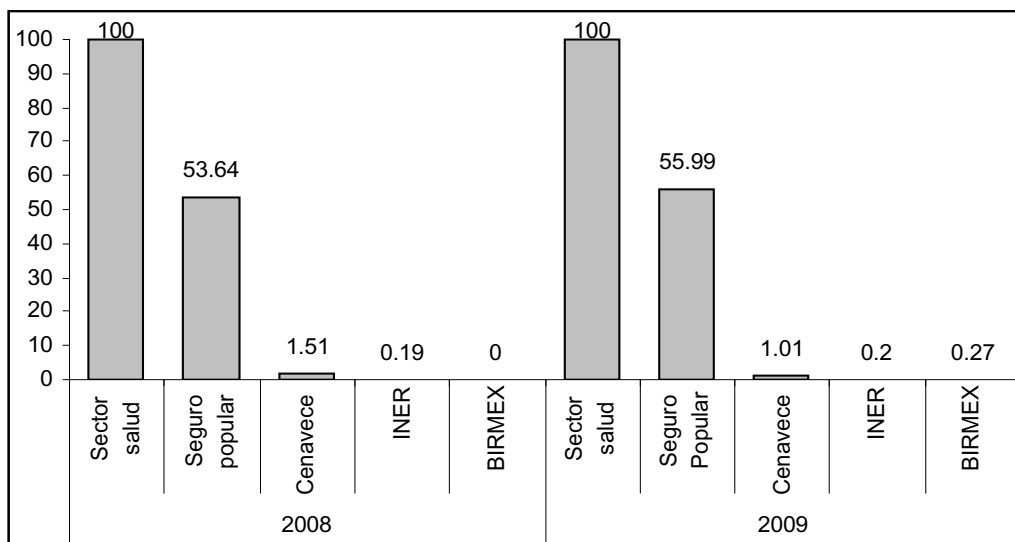
Para 2009 el presupuesto total del sector salud ramo 12, asciende a 85 036 millones de pesos –cifra que representa 22.5% de aumento respecto al presupuesto del año anterior–; 47 mil 612 millones correspondieron al Programa Seguro Popular –este programa tuvo un incremento de 27.8% respecto al presupuesto 2008–. En el presupuesto 2009, los recursos asignados al Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades fueron de 859.4

millones, cantidad que representa un descenso de 18.3% respecto al año anterior. Por último, los montos asignados al INER en 2009 fueron del orden de 175.3 millones de pesos y el presupuesto de Birmex ascendió a 233 millones de pesos. La representación porcentual de lo anterior se muestra en la Gráfica 2.

Comentarios finales

El presupuesto en materia de salud se ha caracterizado en los últimos ejercicios fiscales por destinar amplios recursos a programas como el Seguro Popular.

Gráfica 2
Porcentajes presupuestales al sector salud, al Seguro Popular y al ámbito epidemiológico 2008-2009



Fuente: Elaboración propia con datos de la Secretaría de Salud, Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto-DIPP, “Presupuesto de Egresos de la Federación 2009”, México, 2009, 48 p.

¹⁶ Secretaría de Salud, Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto-DIPP, “Presupuesto de Egresos de la Federación 2009”, México, 2009, 48 p.

Las partidas destinadas a la investigación en ciencia y tecnología en salud, así como los recursos destinados a instituciones ligadas a la vigilancia epidemiológica, muestran una constante marginalidad.

Rubros como la tecnología biomédica, la investigación en salud y la producción de vacunas, además de tener una naturaleza estratégica, reiteradamente han sido conside-

rados un asunto de seguridad nacional, de ahí que de manera constante representantes de la comunidad científica mexicana hayan sostenido la necesidad de que los recursos que lleguen a canalizarse a estos renglones, sean proporcionales a la trascendencia que la ciencia y la tecnología deben tener para una nación como la nuestra en un mundo globalizado.

Recuento e impacto de los principales acontecimientos

*Efrén Arellano Trejo**
*Karen Nallely Tenorio Colón***

Este artículo presenta un recuento cronológico de los acontecimientos suscitados en torno a la epidemia de influenza que padeció el país. El objetivo es identificar el impacto de dicha epidemia en términos del número de personas afectadas y ofrecer algunos indicadores sobre las pérdidas económicas que ocasionó.

Como se advierte en la cronología del Cuadro 1, la primera alerta emitida por las autoridades correspondió a la presencia inusitada de la influenza en los hospitales de la ciudad de México. Entre el 21 y 22 de abril las autoridades asumieron que se trataba, muy probablemente, de la prolongación inusual de esta enfermedad que se presenta normalmente en la época invernal. En ese sentido, la primera acción fue establecer un cerco sanitario en los hospitales de la capital del país.

* Maestro en Comunicación Política por la UNAM. Investigador del área de Opinión Pública del CESOP. Sus líneas de investigación son: opinión pública, cultura política, análisis de medios de comunicación, y seguridad pública. Correo electrónico: efren.arella-no@congreso.gob.mx

** Estudiante de Economía en el Instituto Politécnico Nacional. Asistente de investigación en el área de Opinión Pública del CESOP.

En pocas horas el diagnóstico cambió radicalmente. El 23 de abril el secretario de salud, José Ángel Córdova, explicó que un nuevo virus era el causante de esta epidemia. El funcionario informó que dos días antes las autoridades de Estados Unidos habían identificado dos casos de niños infectados con la cepa del virus H1N1 en dos localidades del sur de California. Frente a la novedad del agente patógeno y la posibilidad de una rápida expansión, el propio 23 de abril las autoridades federales decidieron suspender las clases de todos los niveles educativos en los planteles del D.F. y del estado de México.

El 24 de abril José Ángel Córdova explicó que se trataba de un virus mutante de origen porcino tipo A, que probablemente ingresó al país por los estados de Texas y California, Estados Unidos, “ya que generalmente por esta zona entran los visitantes asiáticos”, afirmó el funcionario.

Al mismo tiempo, en medios como *Reforma* y *Proceso* se informó de los casos inusuales de influenza que se presentaron desde marzo en la comunidad de La Gloria, en las faldas del cerro Cofre de Perote, Veracruz, zona en la que están instaladas las granjas porcinas Ca-

Cuadro 1
Cronología de acontecimientos relevantes durante la contingencia sanitaria

<i>Fecha</i>	<i>Síntesis</i>
21 de abril	El Centro de Control de Enfermedades de Estados Unidos informó que tenía registrados dos casos de niños infectados con la cepa del virus H1N1 porcina en dos localidades del sur de California (dicha información no trasciende a la prensa nacional).
22 de abril 2009	El Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades informó que entre el 1 de enero y el 11 de abril de este año, se confirmaron 313 casos de influenza en el país, de los cuales 218 correspondieron al D.F.
23 de abril 2009	La Secretaría de Salud inició un cerco sanitario en los hospitales del D.F. ante la alerta por casos de influenza y puso en marcha una alerta epidemiológica nacional, pero afirmó que no se vive una epidemia ni pandemia.
24 de abril 2009	El gobierno federal determinó suspender las clases de todos los niveles educativos en los planteles del D.F. y el estado de México como medida precautoria para evitar nuevos casos de influenza. El secretario de Salud, José Ángel Córdova, reconoció que los casos de influenza detectados por las autoridades sanitarias han sido provocados por un nuevo virus.
25 de abril 2009	El secretario de Salud, José Ángel Córdova, explicó que el virus ingresó al país por los estados de Texas y California, Estados Unidos, ya que generalmente por esta zona entran los visitantes asiáticos. Dijo que se trata de un virus mutante de origen porcino tipo A. La OMS instaló un comité para enfrentar de manera ordenada y sistemática la emergencia en México y mantuvo en el nivel 3 la alerta de pandemia.
26 de abril 2009	La Organización Mundial de la Salud declaró que los brotes de influenza porcina en este país y Estados Unidos son una emergencia de salud pública de preocupación internacional, y que podría convertirse en una pandemia.
28 de abril 2009	La Organización Mundial de la Salud elevó ayer la alerta mundial por la epidemia de influenza porcina de nivel 3 a 4.
30 de abril 2009	La OMS decretara el cambio a la fase 5 en la alerta epidemiológica.
1 de mayo 2009	El secretario de Salud, José Ángel Córdova, informó de una estabilización de casos (van 312 confirmados y 12 muertos). El jefe de gobierno capitalino, Marcelo Ebrard, aseguró que al cumplirse una semana de la emergencia sanitaria, en la ciudad de México los contagios tienden a estabilizarse.
2 de mayo 2009	El presidente Felipe Calderón recibió del gobierno de China el primer cargamento procedente de Beijing con un valor de cinco millones de dólares, que consta de productos sanitarios.
5 de mayo 2009	México protestó en la sede de la ONU por las acciones de xenofobia sin justificación que algunos países están aplicando contra ciudadanos mexicanos, por la epidemia de influenza tipo A.
7 de mayo 2009	Reanudan clases los alumnos de los niveles medio superior y superior en el D.F. El Comité Científico de Vigilancia Epidemiológica de la Ciudad de México determinó pasar de naranja a amarillo el semáforo de alerta sanitaria, lo que permite que todos los establecimientos mercantiles de la capital puedan reanudar actividades.
11 de mayo 2009	Reanudan clases los alumnos de preescolar, primaria y secundaria. La Corte Internacional de Arbitraje y Conciliación Ambiental aseguró que la mayoría de los municipios del estado de México incumplen la normatividad ecológica, porque mezclan la basura ordinaria con los productos utilizados durante la contingencia, pues consideró que las mascarillas y los pañuelos desechables pueden ser foco de diseminación del virus.
12 de mayo 2009	La SEP informó que el fin del ciclo escolar se recorrerá del 3 al 14 de julio por los nueve días sin clases de la contingencia epidemiológica.
14 de mayo 2009	Expertos de la OMS analizan la tesis de un científico australiano, que plantea la posibilidad de que el virus de la influenza A haya sido producto de un error humano en un laboratorio.
16 de mayo 2009	El secretario de Salud, José Ángel Córdova, aseguró que la epidemia por influenza humana está prácticamente en fase terminal. Estados Unidos anunció que rebajará desde este sábado su alerta sobre viajes a México a sólo precautoria y levantó la restricción para que paseantes de cruceros vengan al país.
17 de mayo 2009	El presidente Felipe Calderón entregó a la Organización Mundial de la Salud la cepa del virus de influenza humana y la información estadística que se ha obtenido durante los días de contingencia por la epidemia del AH1N1.

Fuente: Elaboración propia con base en los diarios *Reforma*, *El Universal* y *Excélsior*.

roll. Este hecho, aunado a que autoridades y especialistas se refirieron a esta enfermedad como influenza porcina, generalizó en la opinión pública la versión de que el virus se había originado en nuestro país y que provenía de los cerdos.

El mismo 24 de abril la Organización Mundial de la Salud (OMS) decidió establecer un comité para enfrentar de manera ordenada y sistemática la emergencia en México y estableció en nivel 3 la alerta de pandemia. Debido al incremento de los casos diagnósticos, el 26 de abril dicha organización advierte que este problema “es de preocupación internacional, y que podría convertirse en una pandemia”. El 30 de abril la alerta de la OMS se ubicó en nivel 5.

El número de víctimas

Durante la contingencia las autoridades variaron sus criterios para reportar el número de enfermos y víctimas mortales. Hasta la fecha, según las diferentes cifras dadas a conocer por la Secretaría de Salud (SS) y su titular, existen múltiples dudas respecto del impacto total de esta enfermedad.

El Cuadro 2 muestra un recuento de las cifras dadas a conocer por las autoridades, según los rubros en que ellas mismas clasificaron a las personas afectadas. Con base en ellas es posible identificar los rangos en que se ubicó el total de los afectados.

El rubro con el número más alto corresponde a “pacientes sometidos a estudio” o per-

Cuadro 2
Cifras reportadas por la Secretaría de Salud y su titular

	<i>Pacientes sometidos a estudio o con síntomas</i>	<i>Personas hospitalizadas</i>	<i>Pacientes dados de alta</i>	<i>Casos confirmados de H1N1</i>	<i>Muertes por influenza</i>	<i>Muertes por AH1N1</i>
22/04/2009				313		
23/04/2009					20	
25/04/2009		1 004			48	20
26/09/2009	1 324				61	20
27/04/2009	1 614					103
28/04/2009	1 995	776	1 070			149
29/04/2009	2 498	1 311				159
30/04/2009			91	99	8	
1/05/2009				312		12
2/05/2009			381	397		16
3/05/2009				473		19
4/05/2009			568	590		22
9/05/2009	1 319					45
14/05/2009	2 446					
19/05/2009				3 734		74

Fuente: Elaboración propia con base en los diarios *Reforma*, *El Universal* y *Excélsior*; y, para el 19 de mayo, Secretaría de Salud, “Situación actual de la epidemia”, 14 pp., en www.salud.gob.mx (fecha de consulta: 19 de mayo).

sonas detectadas en hospitales con “los síntomas de la enfermedad”. Entre el 26 y 29 de abril dicha cifra se incrementó de 1 324 a casi 2 500. En el segundo de estos días se alcanzó la cifra más alta de hospitalizados: 1 311. Se trató del periodo más agudo de la contingencia. Una vez superada esta etapa, el 1 de mayo, José Ángel Córdova y Marcelo Ebrard coincidieron en señalar que se estaba registrando una estabilización de los casos.

Debido a que la estabilización se mantuvo en los días siguientes, el 7 de mayo reanudaron actividades los alumnos de bachillerato y universidades, así como los establecimientos mercantiles en la ciudad de México. Para el 11 de mayo se reincorporaron a clases todos los niveles escolares.

Los números más sensibles para evaluar el impacto de esta epidemia son al mismo tiempo los rubros en los cuales las autoridades mostraron sus mayores contradicciones. Los casos confirmados de influenza humana variaron dos veces durante la contingencia. Primero se habló de 313 casos (22 de abril), luego se dijo que eran 99 (30 de abril) y sólo un día después se dijo que eran 312. Hasta el 4 de mayo se habló de 590 casos. La diferencia entre los casos confirmados y las personas con síntomas estaría hablando de que existió una epidemia de influenza, más otro conjunto de enfermedades respiratorias.

El número de “muertes por influenza” y “muertes por virus H1N1” también muestra contradicciones. En el primero de estos rubros, el 26 de abril se habló de 61 decesos. Sin embargo, la última cifra que se dio fue el 30 de abril y se ubicó en 8. En cuanto a los fallecimientos por virus H1N1, el 29 de abril se informó que esta cifra había llegado a 159; el 9 de mayo se dijo que solamente eran 45.

Una vez que las actividades productivas y cotidianas regresaron a la normalidad, la Secretaría de Salud (SS) ha ofrecido en su página de internet una serie de balances sobre la epidemia. El correspondiente al 19 de mayo señala que los casos confirmados de infección con influenza A H1N1 fueron 3 734, con 74 defunciones. De acuerdo con este informe, el número de casos estuvo creciendo consistentemente desde el 13 de abril y alcanzó su punto más alto entre el 26 y 27 de abril. A partir de esta última fecha inició su descenso hasta que el 15 de mayo se registró un solo caso y cero casos a partir del día 16 (Gráfica 1).

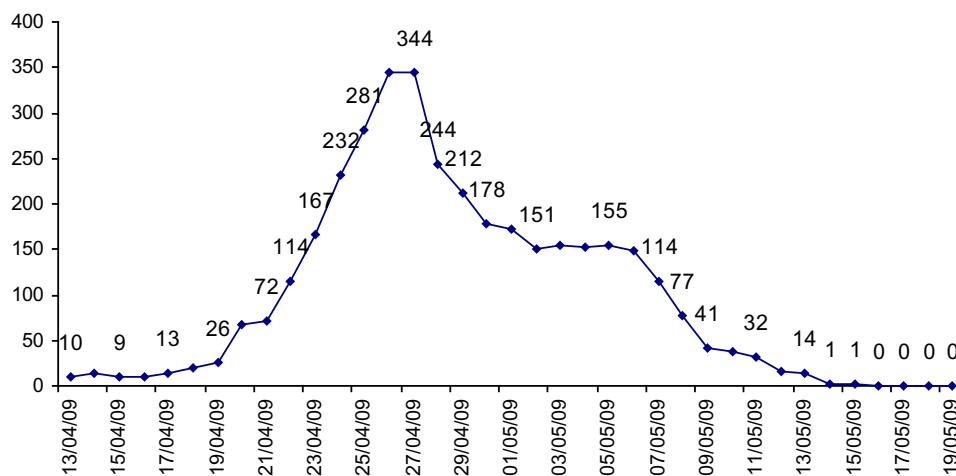
Este informe también ofrece un perfil socio-demográfico de las personas fallecidas: 50% eran mujeres; 72% tenían entre 20 y 54 años de edad; 19% se dedicaban al hogar, 15% eran trabajadores independientes, 12% empleados privados y 7% estudiantes. Por su lugar de residencia, 43% eran del D.F., 26% del estado de México y 8% de San Luis Potosí.

El número más alto de defunciones ocurrió entre el 25 de abril y el 3 de mayo. Del total de personas fallecidas, 67 presentaron los síntomas antes del 23 de abril y siete después de esa fecha.

Impacto económico

El Cuadro 3 ofrece algunas estimaciones sobre las pérdidas económicas que ocasionó la contingencia sanitaria. El gobierno capitalino y la Cámara de Comercio local coincidieron en señalar que las pérdidas diarias en la ciudad se ubicaron entre 728 y 777 millones de pesos. En los primeros días, la Bolsa Mexicana de Valores registró una caída de 5%; en tanto,

Gráfica 1
Casos confirmados en México de contagio de H1N1, según día*



* No están graficados 83 casos presentados entre el 11 de marzo y el 12 de abril.

Fuente: Secretaría de Salud, "Situación actual de la epidemia", p. 2, en www.salud.gob.mx (fecha de consulta: 19 de mayo).

Cuadro 3
Estimaciones sobre el impacto en la economía

	<i>Reducción de la actividad en la ciudad de México</i>	<i>Pérdidas diarias en la ciudad de México</i>	<i>Caída de la BMV</i>	<i>Caída del peso frente al dólar</i>	<i>Pérdidas en la industria restauran-tera</i>	<i>Pérdidas en el sector comercio</i>	<i>Pérdidas en el turismo</i>	<i>Apoyo del gobierno federal para sectores más afectados</i>	<i>Apoyo de los estados para sectores más afectados</i>
28/04/2009	60%	728 MP	5%	4.75%					
29/04/2009		777 MP			150 MP	12,900 MP			
6/05/2009								7 400 MP	1 400 MP
15/05/2009							1 500 MD		

MP = Millones de pesos

MD = Millones de dólares

Fuente: Elaboración propia con base en los diarios *Reforma*, *El Universal* y *Excélsior*.

el peso tuvo una depreciación de 4.75% frente al dólar, pese a la inyección de 400 millones de dólares al mercado cambiario realizado por el Banco de México.

De acuerdo con lo expresado por diversos dirigentes empresariales, las pérdidas en los sectores del comercio, industria restaurantera y pequeños negocios, ascendieron a 12 900 millones de pesos (*El Financiero*, 29 de abril). Un reporte de Banamex, dado a conocer el 15 de mayo, señala que el efecto combinado de la recesión mundial y la contingencia sanitaria ocasionará una pérdida 1 500 millones de dólares en este año al sector turismo.

El pasado 6 de mayo el gobierno federal afirmó que el costo de la epidemia de influenza A sobre la economía mexicana alcanzará los 30 mil millones de pesos, 0.3% del PIB, y que esto se traducirá entre 40 y 45 mil empleos menos. El secretario de Hacienda, Agustín Carstens, anunció un paquete de estímulos fiscales para apoyar a los sectores más afectados con la emergencia sanitaria. Señaló que el apoyo tendrá un impacto fiscal de 17 mil 400 millones de pesos a las arcas del gobierno federal y de 1 400 millones de pesos en los estados.

Geografía de la pandemia del virus de influenza A H1N1

*Salvador Moreno Pérez**

En el presente artículo se describe la ubicación de los casos a nivel mundial del virus de la nueva influenza A H1N1 y en particular en el número de casos por entidad federativa en México, así como las variaciones en un periodo corto. Al final se hace un corte del número de personas infectadas comprobadas y la cantidad de decesos tanto en México como en los demás países.

Las epidemias por lo general atacan con mayor facilidad en los países más pobres, donde su infraestructura de salud y servicios sanitarios son muy deficientes. Sin embargo, la epidemia causada por el nuevo virus de la influenza A H1N1 tiene un comportamiento territorial diferente. En principio porque su localización principal se sitúa sólo en dos continentes: América y Europa. Además, en el continente africano su existencia, al 11 de mayo de 2009, es prácticamente nula y no hay más de 10 casos registrados en los países del continente asiático y Oceanía.

* Maestría en Desarrollo Urbano por el Colegio de México. Investigador del CESOP. Sus líneas de investigación son: desarrollo urbano regional y metropolitano, migración, vivienda, ciudades y competitividad. Correo electrónico: salvador.moreno@congreso.gob.mx

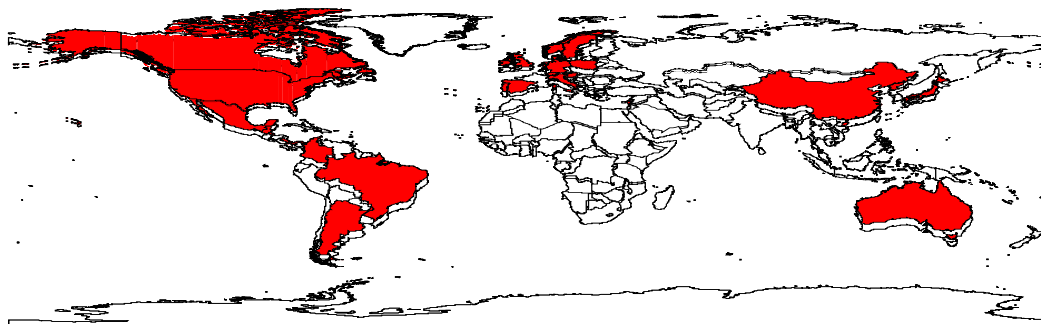
Al corte del 11 de mayo, el primer lugar lo ocupa Estados Unidos con 2 532 casos y 3 muertes atribuidas a esta enfermedad; México ocupa el segundo lugar con 1 626 casos confirmados, pero con el mayor número de muertes producidas por el virus (48); Canadá ocupa el tercer lugar con 284 casos confirmados.¹

Así que exceptuando a México y algunos países centroamericanos con algunos casos aislados comprobados, el nuevo virus ha atacado principalmente a países con un alto grado de desarrollo económico como Estados Unidos, Canadá, en América y en Europa a España, Francia, Alemania e Italia, aunque en proporciones mucho menores a los casos registrados en Norte América (Mapa 1).

Las cifras sobre el número de casos confirmados cambian diario, por lo que es complicado establecer algunas tendencias en la evolución. Por ejemplo, al 7 de mayo la Organización Mundial de la Salud (OMS) te-

¹ Organización Mundial de la Salud, *Alerta y respuesta ante epidemias y pandemias (EPR)*, corte al 11 de mayo de 2008, en <http://www.who.int/es/> (mayo de 2009). En el caso de México, la cifra del número de decesos no coincidía con la que ofrecía la Secretaría de Salud, que en ese momento reportaba 56 decesos.

Mapa 1
 Nuevo virus de la influenza A H1N1. Número de casos confirmados
 de laboratorio reportados a la OMS (11 de mayo, 06:00 GMT)



América	
Estados Unidos	2,532
México	1,626
Canadá	284
Panamá	15
Costa Rica	8
Brasil	8
El Salvador	4
Colombia	3
Guatemala	1
Argentina	1

Europa	
España	95
Reino Unido	47
Francia	13
Alemania	11
Italia	9
Israel	7
Países Bajos	3
Noruega	2
Suecia	2
Dinamarca	1
Irlanda	1
Portugal	1
Suiza	1
Polonia	1
Austria	1

Medio Oriente/Asia	
Nueva Zelanda	7
Japón	4
Corea	3
China	2
Australia	1

Fuente: Organización Mundial de la Salud, *Alerta y respuesta ante epidemias y pandemias (EPR)*, corte al 11 de mayo de 2008, en <http://www.who.int/es/> (mayo de 2009).

nía contabilizados 2 099 casos registrados y 44 decesos; al 11 de mayo la cifra se duplicó, al alcanzar 4 694 casos y 53 muertes por el virus.

En la Gráfica 1 se puede apreciar que Estados Unidos es el país que ha experimentado un rápido crecimiento del número de casos confirmados al pasar de 642 a 2 532 entre el 7 y el 11 de mayo. No ocurre lo mismo con el número de muertes, ya que pasó de 2 a 3 decesos por el nuevo virus. Sin embargo, en sólo 5 días Estados Unidos desplazó a México en el primer lugar de casos a nivel mundial.

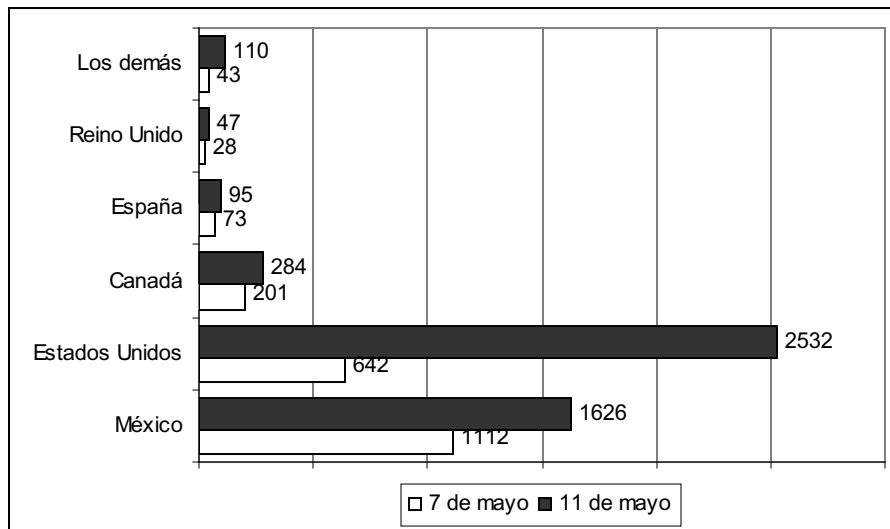
Es un hecho que los ataques virales no dis-

tinguen países, clases sociales y características de la población, aunque en el caso de México las posibilidades de sobrevivir aumentan cuando la población tiene recursos para pagar servicios médicos privados eficientes y disminuyen cuando la población no cuenta con los recursos financieros suficientes.

Hasta el 11 de mayo el último corte registraba casos en 29 entidades federativas, sólo en tres estados no se había confirmado ningún caso: Baja California Sur, Campeche y Coahuila.

En ese momento el Distrito Federal era la entidad con el mayor número de casos confir-

Gráfica 1
 Nuevo virus de la influenza A H1N1. Número de casos confirmados de laboratorio reportados a la OMS



Fuente: Elaboración propia con base en Organización Mundial de la Salud, *Alerta y respuesta ante epidemias y pandemias (EPR)*, corte al 11 de mayo de 2008, en <http://www.who.int/es/> (mayo de 2009).

mados (1 134), le seguía Hidalgo con 142, el estado de México con 139 y San Luis Potosí con 123 (Mapa 2).

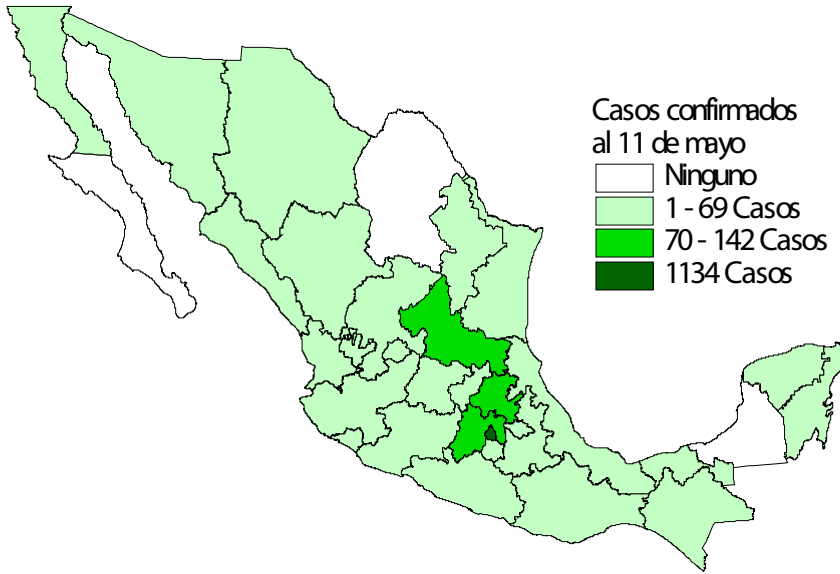
En el periodo que va del 6 al 11 de mayo el número de casos confirmados en México pasó de 1 204 a 2 059, aunque sólo se produjeron 6 muertes en ese lapso debido al nuevo virus, acumulando 56 decesos desde que comenzó el brote de la epidemia en el país.

Durante el periodo del 6 al 11 de mayo, en algunas entidades que prácticamente no tenían casos registrados, aumentaron considerablemente, como en Veracruz, que pasó de 2 a 68 casos; Tabasco, que pasó de 6 a 105 casos, Hidalgo de 56 a 142; Jalisco, de 15 a 31 y Morelos, que pasó de 8 a 27 casos (Gráfica

2). Debido a ello, los gobiernos de esos estados endurecieron las medidas preventivas como la postergación del regreso a clases.

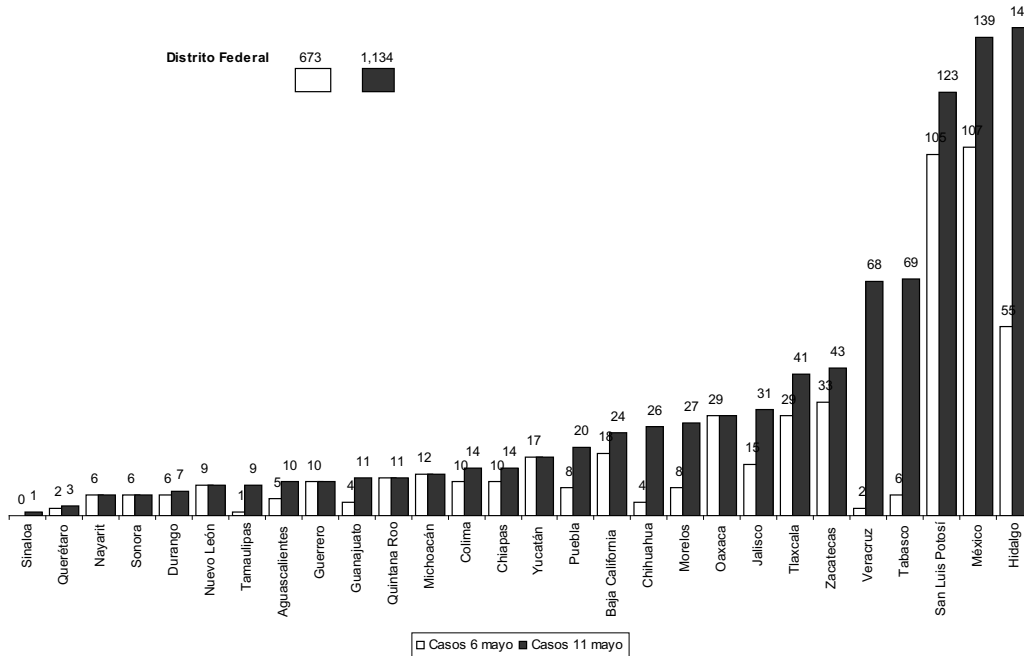
Debido a que diario se modifica el número de casos confirmados, con los datos del 12 de mayo por entidad federativa se elaboró una tasa por cada cien mil habitantes. Los resultados se muestran en la Gráfica 3, a nivel nacional se presentan dos casos por cada cien mil personas; siete entidades tienen una tasa superior a la nacional. El Distrito Federal mantiene la primacía con 14 casos confirmados por cada cien mil habitantes; Hidalgo aparece en segundo lugar con 8 habitantes por cada cien mil, le sigue San Luis Potosí con 6 habitantes, Tlaxcala y Zacatecas con 4,

Mapa 2
Total de casos confirmados en México por entidad federativa



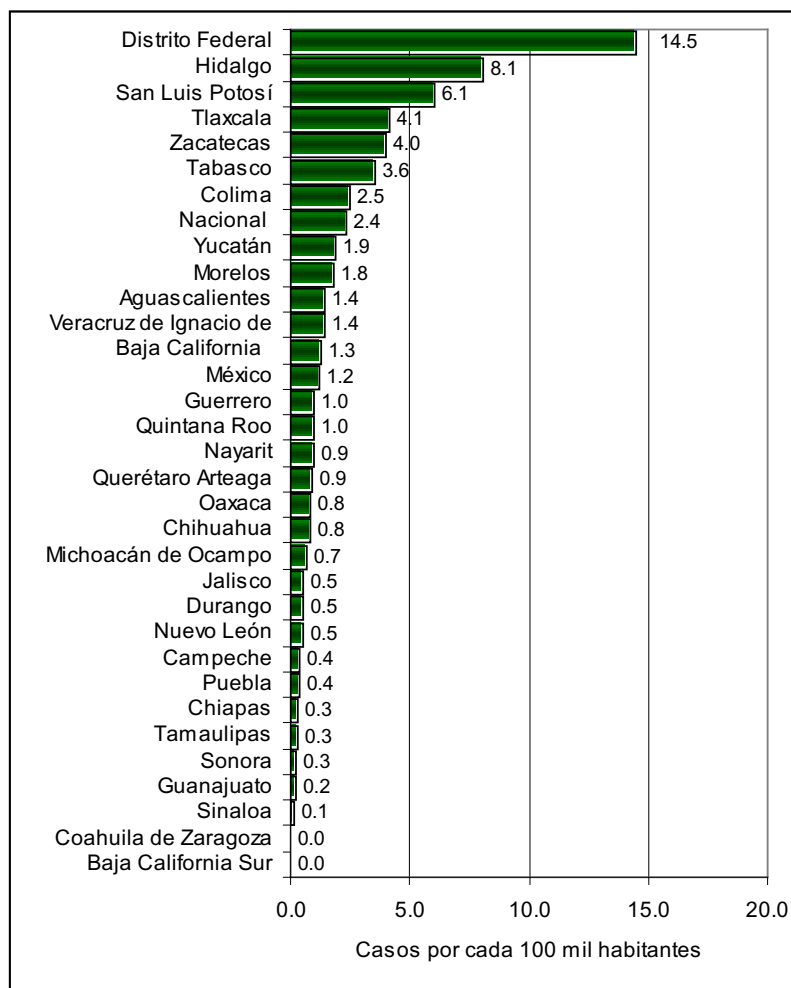
Fuente: Elaboración propia con base en Secretaría de Salud, *Situación actual de la epidemia*, México, corte al 11 de mayo de 2009, en www.salud.gob.mx (mayo de 2009).

Gráfica 2
México: total de casos confirmados con virus de influenza A H1N1, entre el 6 y 11 de mayo de 2009 por entidad federativa



Fuente: Elaboración propia con base en Secretaría de Salud, *Situación actual de la epidemia*, México, corte al 6 y 11 de mayo de 2009, en www.salud.gob.mx (mayo de 2009).

Gráfica 3
Tasa de casos confirmados por entidad federativa



Fuente: Elaboración propia con base en Secretaría de Salud, *Situación actual de la epidemia*, México, corte al 12 de mayo de 2009, en www.salud.gob.mx (mayo de 2009).

Tabasco con 3 habitantes por cada cien mil residentes y Colima que coincide con la tasa nacional.

La Secretaría de Salud no ha proporcionado información sobre el número de casos por cada municipio, sólo se sabe que 11% del total de ayuntamientos del país tiene por lo menos algún caso de infección.

Al 11 de mayo, en total habían fallecido 56 personas, aunque las autoridades han declarado que son casos que contrajeron la enfermedad antes del 23 de abril, cuando todavía no se conocía que se trataba de un nuevo virus.²

² Secretaría de Salud, *Situación Actual de la Epidemia*, corte al 11 de mayo de 2009, México consultado en www.salud.gob.mx (mayo de 2009).

En esa fecha el Distrito Federal era la entidad con el mayor número de fallecimientos por el virus con 29 decesos, le seguía San Luis Potosí con 7 y el estado de México con 5 (Mapa 3).

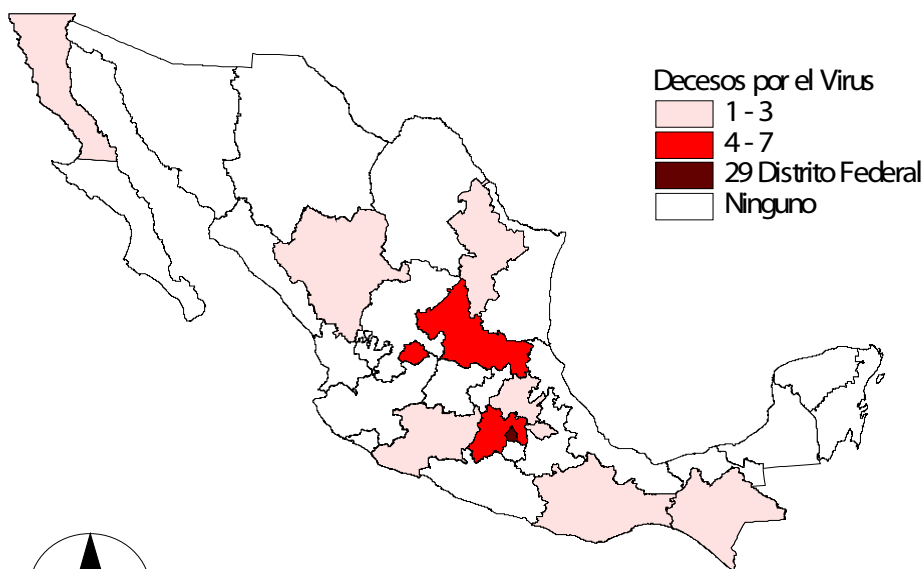
Por las reservas que una epidemia de este tipo merece, la información sobre las características y lugares de residencia de la población se ha venido proporcionando de manera paulatina. Una evaluación más rigurosa del comportamiento en el territorio de la enfermedad se podrá hacer cuando se haya logrado controlar y se disponga de información más precisa.

En estos momentos destaca el hecho de que las autoridades federales lograron coordinar acciones, decretar y enfrentar la emergencia sani-

taria que suspendió actividades y se ha logrado disminuir el número de muertes y contagios.

Sin embargo, el brote de la influenza evidenció algunas fallas del Estado, así lo señala Francisco Valdés Ugalde, ya que mostró un sistema de salud muy desigual, porque por una parte contamos con excelentes hospitales de especialidades considerados de punta en la medicina internacional, algunos incluso pioneros en la apertura de fronteras de investigación. Pero por otra, a medida que se desciende en la escala social y se sale de los centros urbanos más importantes, la capacidad de atención y prevención se va diluyendo y los servicios disponibles para la población son escasos y deficientes.³

Mapa 3
Total de decesos por causa del virus A H1N1
en México por entidad federativa



Fuente: Elaboración propia con base en Secretaría de Salud, *Situación actual de la epidemia*, México, corte al 11 de mayo de 2009, en www.salud.gob.mx (mayo de 2009).

³ Francisco Valdés Ugalde, “La epidemia y las fallas del Estado”, *El Universal*, 10 de mayo, México, 2009, www.eluniversal.com.mx (mayo de 2009).

Comentarios finales

Al cierre del presente artículo (18 de mayo) el número de casos oficiales reconocidos por la OMS por la infección de la influenza A H1N1 alcanzó los 8 829 casos y 74 muertes.

En México se habían confirmado 3 103 casos de infección y 68 decesos. El Distrito Federal se mantenía como la entidad con el mayor número de decesos y casos de contagio comprobado.

Estados Unidos había superado a México en el primer lugar de casos confirmados (4 714) y cuatro fallecimientos por causa del virus. En Canadá se habían confirmado 496 casos y un deceso.

En México ya se habían detectado casos en 30 estados de la república, aunque las autoridades responsables de la salud informan que el comportamiento de la epidemia sigue en descenso.

La influenza A H1N1 y la toma de decisiones: un análisis desde la perspectiva de las políticas públicas

*Gustavo Meixueiro Nájera**

“El problema que una política quiere resolver implica y exige conocer el entorno socioeconómico y cultural del que forma parte, por el que existe y está determinado”.¹

El pasado 23 de abril, el gobierno federal decretó un estado de emergencia sanitaria por el brote de una epidemia de gripe porcina. Desde ese momento, el gobierno y distintas dependencias del Ejecutivo federal han venido llevando a cabo una serie de medidas con la finalidad de controlar dicho brote.

La actuación del gobierno federal ha sido aplaudida por unos, pero también fuertemente criticada por otros. En el ámbito nacional, la crítica principalmente es por la afectación económica derivada de la suspensión de actividades durante varios días; en el ámbito internacional, por una aparentemente tardía respuesta del gobierno al problema, por haber desestimado los avisos de organismos internacionales y por haber ocultado información con fines de política internacional.

* Maestro en Planeación del Desarrollo Regional. Director del área de Estudios Regionales del CESOP. Sus líneas de investigación son: turismo, democracia, participación ciudadana. Correo electrónico: gustavo.meixueiro@congreso.gob.mx

¹ Luis F. Aguilar Villanueva, “Estudio introductorio”, en Luis F. Aguilar Villanueva (coord.), *El estudio de las políticas públicas*, Miguel Ángel Porrúa, México, 2000, p. 49.

Así, el brote de la epidemia de gripe A H1N1, la crisis generada y la respuesta del gobierno federal y los gobiernos de distintas entidades federativas, nos ofrece un estudio de caso interesante bajo la perspectiva del análisis de políticas públicas. Este artículo intenta describir el proceso bajo el cual se han venido tomando decisiones de política pública para atender el problema y discute las dos visiones bajo las cuales se han emitido opiniones: el enfoque del conocimiento y el enfoque político en la toma de decisiones para atender asuntos públicos.

Antecedentes

La mutación del virus de la influenza estacional al virus de la gripe porcina (H1N1 a A H1N1), aunque de reciente aparición, no es nuevo. Durante el periodo comprendido entre diciembre de 2005 y febrero de 2009, el Centro para el Control y Prevención de las Enfermedades de Atlanta tenía reportados 12 casos.²

² Fernando Cano, “Cuatro aspectos de la influenza”, *Diario Reforma*, 1 de mayo de 2009.

En México, la primera muerte por el virus A H1N1 de que se tiene noticia ocurrió el pasado 13 de abril. Se conoce que esta persona (mujer) falleció en la ciudad de Oaxaca; enfermó el 1 de abril, se internó el 7 del mismo mes por problemas de respiración y falta de oxígeno, y falleció 6 días después.³

Casi al mismo tiempo, el 14 de abril, en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias se había notado un incremento en casos de neumonía en el país. Para ese entonces, el reporte del *Diario Reforma* da cuenta de la alerta de salud en México y del intercambio de información con el Centro para el Control y Prevención de las Enfermedades de Estados Unidos (CDC).⁴

Para el 19 de abril, especialistas y epidemiólogos de la Secretaría de Salud tenían la información de que, en las 24 horas previas, 120 personas habían sido internadas con influenza tipo A en la ciudad de México. De éstas, 6 habían fallecido.⁵

Las políticas y acciones implementadas

Cuatro días después, el 23 de abril, con información confirmada por laboratorios de Canadá y de Estados Unidos, sobre muestras tomadas que presentaban positivo para el virus porcino, el gobierno federal declaró estado de emergencia ante la posible presencia de una epidemia y se establecieron las primeras medidas sanitarias para tratar de controlar el brote:

³ “Madruga virus a los médicos”, *Diario Reforma*, 2 de mayo de 2009.

⁴ *Idem.*

⁵ *Idem.*

evitar asistir a lugares concurridos, lavarse las manos constantemente, uso de cubrebocas, así como la difusión de un cuadro sintomatológico que podía prever si el enfermo estaba ante un posible caso de gripe porcina.

A partir de este momento, el gobierno federal presentó a la opinión pública, a través de los medios masivos, información constante sobre la evolución diaria del brote epidémico, incluso con dos cortes informativos diarios en ruedas de prensa, sobre los casos probables detectados en las distintas entidades federativas, con la participación de diferentes funcionarios públicos encabezadas por el secretario de Salud federal.

Hasta aquí se puede observar que el gobierno federal disponía de información insuficiente, pero que indicaba la presencia del virus A H1N1, y que había un incremento diario en la cifra de personas enfermas de las vías respiratorias, posiblemente infectadas del virus porcino. Y lo que se hizo fue seguir las recomendaciones establecidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) ante posibles brotes epidémicos.

De esta forma podemos inferir que las medidas que se tomaron fueron con base en estudios realizados (pruebas de laboratorio) y con base en experiencias previamente adquiridas (protocolo sugerido por la OMS por la epidemia de la gripe aviar en Asia durante 2003). Nos encontramos así ante un enfoque racional y de conocimiento de la toma de decisiones en política pública; sin embargo, también nos encontramos, a lo largo del estado de emergencia, ante un enfoque incremental, ya que varias de las medidas que se tomaron fueron dándose conforme se iba teniendo mayor información. Siguiendo a Stuart Naguel, el gobierno federal

fue tomando las decisiones que consideró eran las mejores para detener y controlar el brote epidémico, en un marco de restricciones y de determinadas condiciones.⁶

Las medidas incrementales a que nos referimos fueron, entre otras: la suspensión de clases, primero hasta el 5 de mayo y después hasta el 7 u 11 del mismo mes, según se tratara de educación media superior y superior o educación básica, así como la suspensión de actividades del gobierno federal. El 30 de abril fue publicado en el *Diario Oficial de la Federación* un decreto por parte de la Secretaría de Salud donde se instruía a la administración pública y al sector productivo a no laborar en el periodo comprendido del 1 al 5 de mayo, salvo en aquellas actividades esenciales para el país. De igual forma, el mismo día habían sido liberados 1.6 mil millones de pesos del Fondo de Gastos Catastróficos del Seguro Popular.⁷

En distintos centros de salud, los médicos se sobreocuparon atendiendo tanto a pacientes que creían tener esta enfermedad como a los que en realidad sí la tenían. Al principio el nombre del medicamento que controlaba y curaba la enfermedad fue manejado con reservas, hasta unos días después de que en la prensa se filtró que éste era el “Tamiflú”, cuya licencia pertenece al laboratorio Roche.

También los gobiernos de distintas entidades federativas determinaron medidas a seguir: en el Distrito Federal se instruyó la suspensión de actividades en cines, teatros, restaurantes y museos. En San Luís Potosí, en una prime-

ra oportunidad, el gobierno estableció el 11 de mayo para el reinicio de las actividades en escuelas; posteriormente prorrogó esta indicación hasta el 18 de mayo.

Otros sectores de la sociedad se sumaron a la contingencia. La arquidiócesis de México pidió con carácter de obligatorio la cancelación de las celebraciones eucarísticas en todos los templos de la ciudad de México. Por lo que hace al inicio de las campañas políticas para la elección federal de este año, algunos partidos políticos propusieron posponerlo, ya que no había condiciones por causa del brote de la epidemia de influenza. Sin embargo, la Secretaría de Salud descartó aplazar la fecha de la elección del 5 de julio por esta causa.⁸

Y es que, aunque en un principio hubo confusión por el manejo de los números, las cifras reportaban el incremento en el número de casos en el Distrito Federal y en distintas entidades federativas. Para el 1 de mayo se reportaban 1 763 casos probables, 398 casos comprobados, 59 muertes reportadas por los estados y 92 muertes reportadas por el gobierno federal. Sin embargo, el 29 de abril, dos días antes, el total de muertes reportadas por el gobierno federal era de 176 (92 muertes desglosadas por estado y 84 muertes no desglosadas por estado).⁹

El total de casos confirmados al 6 de mayo ascendió a 1 626. El incremento más fuerte se presentó del 20 al 26 de abril, cuando se presentaron 209 casos; pero a partir de esa fecha se registró un descenso en el número diario de personas infectadas.¹⁰

⁶ Stuart S. Naguel, *Contemporary Public Policy Analysis*, The University of Alabama Press, 1984, citado por Luis F. Aguilar Villanueva, “Estudio introductorio”, *op. cit.*, p. 70.

⁷ *Diario Reforma*, 1 de mayo de 2009.

⁸ *Idem.*

⁹ *Diario Reforma*, 1 de mayo de 2009.

¹⁰ Secretaría de Salud, “Situación actual de la epide-

De igual forma, al 6 de mayo el Distrito Federal era la entidad en donde se había presentado el mayor número de casos (908), seguido por el estado de México (123) y por San Luis Potosí (106). Estas entidades concentraban aproximadamente 70% de los casos registrados en el país.¹¹

Para poder enfrentar la crisis epidémica, el Banco Mundial informó que transfirió 25.6 millones de dólares a México para comprar medicamentos y llevar a cabo pruebas sobre el virus de la influenza A H1N1. De igual forma, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) anunció que aprobó para México préstamos por 3 mil millones de dólares a fin de cooperar con el país en el combate de la epidemia.¹²

La influenza A H1N1 en el mundo

Por otro lado, los reportes de la OMS permiten observar el rápido avance del brote de gripe A H1N1. Al 27 de abril el gobierno de Estados Unidos había reportado 40 casos confirmados con pruebas de laboratorio, ninguno de ellos mortal. México había reportado 26 casos confirmados, 7 de ellos mortales, y Canadá había reportado 6 casos, ninguno mortal.¹³

Para el 11 de mayo se habían notificado 4 694 casos confirmados de gripe A H1N1 y se habían registrado 53 decesos: 1 626 en México, 48 de ellos mortales; 2 532 en Esta-

dos Unidos, 3 de ellos mortales; 284 en Canadá, donde había fallecido una persona; y 8 en Costa Rica, uno de ellos mortal. Además, Alemania (11), Argentina (1), Australia (1), Austria (1), Brasil (8), China (2), Colombia (3), Dinamarca (1), El Salvador (4), España (95), Francia (13), Guatemala (1), Irlanda (1), Israel (7), Italia (9), Japón (4), Noruega (2), Nueva Zelanda (7), Países Bajos (3), Panamá (15), Polonia (1), Corea (3), Reino Unido (47), Suecia (2) y Suiza (1).¹⁴

La OMS, en tan sólo 4 días (del 23 al 27 de abril), elevó el nivel de alerta de fase 3 a fase 5. Reportes alarmistas empezaron a circular por centros especialistas internacionales. El 30 de abril, el Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades (ECDC), advirtió que entre 200 y 250 millones de europeos podrían ser infectados por el virus A H1N1 en caso de volverse una pandemia.¹⁵

Los datos permiten observar que el mayor número de casos confirmados era Estados Unidos, pero el país que más decesos por esta epidemia presentaba era México. Es decir, mientras en nuestro país se presentaba una tasa de mortalidad por gripe A H1N1 cercana a 3%, en Estados Unidos era de 0.11 por ciento.

A lo anterior hay que agregar que un reporte de la OMS detalla que, según las estimaciones internacionales, sólo se podrían crear entre 1 y 2 millones de dosis de vacunas contra el virus A H1N1 al año, misma que podría estar lista en un periodo de 5 a 6 meses a partir de la identificación de la cepa pandémica.¹⁶

mia”, disponible en <http://portal.salud.gob.mx/> (fecha de consulta: 6 de mayo de 2009).

¹¹ *Idem.*

¹² *Diario Reforma*, 1 de mayo de 2009.

¹³ Organización Mundial de la Salud, reportes disponibles en www.oms.org.

¹⁴ *Idem.*

¹⁵ *Diario Reforma*, 1 de mayo de 2009.

¹⁶ *Idem.*

Como medida de prevención ante la epidemia, Francia recomendó a la Unión Europea (UE) suspender vuelos de y hacia México, propuesta que fue descartada por la propia UE; sin embargo, se dejó abierta la posibilidad para que cada país tomara su propia decisión. China, Cuba, Ecuador, Perú y Argentina suspendieron todos los vuelos a México. Japón, como medida preventiva, decidió pedir visa a los pasajeros mexicanos a partir del 4 de mayo y hasta nuevo aviso.

Es pertinente destacar que la OMS no recomendó la restricción de los viajes ni el cierre de fronteras, aunque sugirió prudencia para que las personas enfermas aplazaran sus viajes internacionales. De igual forma, la Organización emitió un comunicado en conjunto con la FAO para informar que no había riesgo de infección por este virus por consumir carne o productos de cerdo bien cocinados.

Afectación del sector económico

Ahora bien, las medidas tomadas por el gobierno federal han tenido repercusiones en otros ámbitos. Al respecto, Harold Lasswell sugiere que “es importante tomar siempre en consideración el contexto mayor en que se desarrollan los eventos que pueden afectar a ciertos problemas futuros de la política”.¹⁷

Es difícil estimar la pérdida por actividad económica, pero después de que el gobierno de la ciudad de México decretó la suspensión de actividades en cines, restaurantes, estadios y otras actividades y luego de la suspensión

de actividades no prioritarias decretada por el gobierno federal, y tomando en consideración que la Zona Metropolitana de la Ciudad de México representa casi 20% de la economía total del país, diversos analistas han pronosticado una fuerte afectación a la actividad económica. Aunque es de tener en consideración que en 2003 el brote del SARS le costó a los países asiáticos alrededor de 40 mil millones de dólares en pérdidas por comercio y turismo.

En este sentido, el pasado 2 de mayo, el secretario de Turismo federal apuntaba sobre las pérdidas ocasionadas en el sector por la epidemia y el paro de las actividades laborales. Los principales centros turísticos reportaban muy bajos niveles de ocupación hotelera y la cancelación de llegadas para las próximas semanas. De igual forma, los cruceros que visitan algún destino del país reportaban cancelaciones.¹⁸

Con los datos hasta aquí ofrecidos, es pertinente apuntar que estas afectaciones a diferentes sectores de la sociedad mexicana no se deben exclusivamente a las políticas implementadas durante el periodo de contingencia, sino al brote de influenza que desestima la llegada de turismo extranjero, actividad que genera la tercera fuente más importante de divisas.

Siguiendo a Douglas Torgerson, las implicaciones derivadas de las políticas adoptadas para contener la epidemia permiten observar que la toma de decisiones en políticas públicas no sólo debe realizarse con una orientación tecnocrática, sino debe ir acompañada de un análisis de la realidad política y del contexto en que se encuentra el problema y los grupos de interés involucrados.¹⁹

¹⁷ Harold D. Lasswell, “La orientación hacia las políticas”, en Luis F. Aguilar Villanueva (coord.), *El estudio de ...*, *op. cit.*, p. 82.

¹⁸ *Diario Reforma*, 2 de mayo de 2009

¹⁹ Douglas Torgerson, “Entre el conocimiento y la política: tres caras del análisis de políticas”, en Luis F.

Independientemente de la discusión sobre la pertinencia de las políticas tomadas por el gobierno federal, la cual abordaremos un poco más adelante, en la opinión de algunos analistas, la crisis y emergencia epidémica dejaron ver diversas fallas estructurales del sistema nacional de salud pública. De manera esquemática podemos señalar las siguientes:

- a) *Infraestructura insuficiente o incompleta.* México cuenta con laboratorios de avanzada para analizar las muestras extraídas a los sospechosos de influenza, como el laboratorio de Bioseguridad, nivel 3 ubicado en Veracruz, o como el Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológica, pero no pudieron detectar el virus por falta de reactivos. El análisis que identificó el virus H1N1 fue realizado en el Laboratorio Nacional de Microbiología de Canadá.²⁰
- b) *Medicina insuficiente.* Según el Plan Nacional y Respuesta ante una Pandemia de Influenza, la Secretaría de Salud debería contar con 5 millones de dosis de antivirales para este 2009; sin embargo, la dependencia informó de la existencia de sólo 1 millón de dosis. El 30 de abril la secretaría emitió un mandato para vender únicamente con receta los antivirales indicados para la influenza porcina.²¹
- c) *Inadecuada coordinación entre dependencias federales y estatales en el manejo de cifras, que provocó confusiones:* a una sema-

na de haber sido declarada la alerta se habían analizado 679 pruebas de casos sospechosos de la enfermedad, de los cuales casi la mitad, 312, casos dieron positivo. Esta información fue declarada por el secretario de Salud en su conferencia del 30 de abril; sin embargo, la dependencia reconocía 2 955 casos sospechosos y 3 mil muestras pendientes de analizar. De los 312 confirmados para ese día, 12 habían fallecido.²² Para el 2 de mayo se reportaban 2 301 casos probables, 447 casos comprobados de neumonía atípica, 64 muertes reportadas por gobiernos estatales y 97 muertes reportadas por el gobierno federal. El total de muertes reportadas por el gobierno federal era de 181 (97 muertes desglosadas por entidad federativa y 84 muertes no desglosadas).²³

- d) *Sobrerregulación en caso de emergencias sanitarias.* Otro problema que se presentó para atender la contingencia fue la limitación en el uso de los recursos públicos o tal vez la sobrerregulación de algunos instrumentos. Fue hasta el 2 de mayo que fue publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el acuerdo del Consejo de Salubridad General que incluyó a la influenza en el catálogo de enfermedades que generan gastos catastróficos, lo que permitió utilizar recursos del Fondo de Gastos contra Enfermedades Catastróficas, que forma parte del Sistema del Seguro Popular.²⁴

Aguilar Villanueva (coord.), *El estudio de..., op. cit.*, p. 205.

²⁰ *Diario Reforma*, 1 de mayo de 2009.

²¹ *Idem.*

²² *Idem.*

²³ *Diario Reforma*, 2 de mayo de 2009.

²⁴ *Diario Reforma*, 3 de mayo de 2009.

Posiciones a favor y en contra de las políticas realizadas

Aunque nuestro país fue de los primeros en tomar medidas para contener el avance del virus, diversos especialistas apuntan que pudieron establecerse diferentes medidas, no en una situación de emergencia, sino desde que se tuvo conocimiento de un incremento inusual de pacientes con problemas pulmonares a inicios del mes de marzo.

Una de las primeras señales de alarma se presentó en la población de La Gloria, Veracruz, donde entre el 9 de marzo y hasta el 13 de abril apareció un brote epidémico de enfermedades respiratorias que afectó a aproximadamente 600 habitantes de ese lugar. Según un reporte realizado por el periódico *Reforma*, el 8 de abril ya se tenía la confirmación de que las muestras tomadas en esa población, apenas una semana antes (28 de marzo), habían dado positivo para este nuevo virus. De igual forma, el periódico *Reforma* apunta que durante el mismo periodo, especialistas de Centros para el Control y Prevención de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) analizaban muestras de casos que se habían registrado en San Diego, California.

Por otro lado, la OMS reportó el 10 de abril que recibió una alerta de la Red de Información de Salud Pública Global (instancia canadiense) sobre un brote inusual en México. Al día siguiente, 11 de abril, la OMS alertó a nuestro país y pidió a México verificar los datos, pero fueron desestimados. Cinco días después, el 16 de abril, ante el caso atípico de neumonía presentado en Oaxaca, la OMS nuevamente pidió información a México, pero de igual forma que la anterior, México contestó que no se trataba de un brote sino de un

caso solitario. Fue hasta el 20 de abril que autoridades mexicanas se reunieron con expertos de la OMS y de la CDC de Estados Unidos y hasta el 22 de abril que se enviaron las primeras muestras a laboratorios de Canadá y de Estados Unidos que dieron positivo en 51 casos para el virus A H1N1.²⁵

Así, algunos especialistas nacionales e internacionales han criticado fuertemente la tardía respuesta del gobierno mexicano ante el brote de influenza A H1N1. Guan Yi, epidemiólogo de la Universidad de Hong Kong y con un amplio trabajo en emergencias sanitarias como la gripe aviar, explicó que en un primer momento el gobierno mexicano desestimó los avisos de un posible brote epidémico, y en una segunda fase, cuando ya había muertos, no informaron de forma correcta ni a la Organización Mundial de la Salud ni a los gobiernos de otros países.²⁶

Otras voces han manifestado que, aunque México y Estados Unidos cumplieron con la obligación de informar sobre el brote de influenza, ambos países dieron la impresión de actuar diferente ante la comunidad internacional. Brandly Condon y Tapen Sinha, del ITAM, señalan que en México la falta de adecuados laboratorios impidió establecer con prontitud las causas de las muertes y mantuvo informada a la comunidad internacional con el dato de casos sospechosos, mientras que Estados Unidos sólo informó de los confirmados. Lo anterior, explican Condon y Sinha, originó la idea de que México estaba más afectado que su vecino país del norte.²⁷

²⁵ "Ignoró México las alertas: OMS", Reporte de la división de la OMS para la Alerta y Respuesta Global en *Diario Reforma*, 3 de mayo de 2009.

²⁶ *Diario Reforma*, 3 de mayo de 2009.

²⁷ Brandly J Condon y Tapen Sinha, "Chronicle of

En el mismo sentido, opiniones de expertos internacionales han avalado la determinación con que las autoridades mexicanas, una vez declarada la emergencia epidémica, han actuado. Especialistas tanto del CDC de Estados Unidos y de la OMS se han expresado favorablemente por las medidas que decidió aplicar el gobierno de México.²⁸

Comentarios finales

Durante los primeros días de la contingencia sanitaria hubo confusión por el manejo de cifras en la opinión pública, pues había disparidad entre los informes que emitían algunos gobiernos de los estados, el reporte del gobierno federal y por el manejo de los casos probables y de los casos confirmados. Además, había un retraso de información entre la confirmación de estos últimos, pues en realidad correspondían a muestras que habían sido tomadas con anterioridad y no a las más recientes.

La emergencia permitió observar deficiencias estructurales del sistema de salud, como la falta de reactivos en laboratorios, la insuficiencia de medicamentos en hospitales y farmacias, la falta de recursos para enfrentar situaciones de crisis, y una inadecuada coordinación en-

tre dependencias federales y de las entidades federativas.

Aunque aparentemente México tardó en reaccionar ante el brote epidémico, después actuó con celeridad, con una fuerte campaña de información y con medidas (muy drásticas para algunos) que impidieron un crecimiento exponencial del brote de influenza, como se preveía según las estimaciones de inicio.

Es importante comentar que, tal y como nos lo hace ver el caso en análisis, ante la ausencia de información completa, y ante situaciones de emergencia, es más factible tomar decisiones de forma incremental, que permitan en un momento dado realizar una evaluación de los efectos y seguir avanzando en la dirección previamente establecida, o poder regresar al punto de partida y considerar la aplicación de una política pública diferente.

Por último, es pertinente apuntar, siguiendo a Torgerson, que en el análisis de políticas públicas y en la toma de decisiones debe prevalecer un equilibrio entre el conocimiento y la política.²⁹ Es decir, siempre será mejor tomar decisiones con el conocimiento más completo de la problemática pública que la circunstancia permita, y con un riguroso análisis del contexto político que afecta los distintos grupos de interés involucrados.

a Pandemic Foretold: Lessons from the 2009 Influenza Epidemic” disponible en Social Science Research Network , www.papers.ssrn.com (fecha de consulta: 12 de mayo de 2009).

²⁸ *Diario Reforma*, 1 de mayo de 2009.

²⁹ Douglas Torgerson, “Entre el conocimiento...”, *op. cit.*, p. 208.

La letalidad de la influenza A H1N1 en México

*Lilium Flores**

El propósito de este artículo es documentar aquellos elementos que los especialistas han aportado respecto a la pregunta de por qué este virus alcanzó mayor número de víctimas entre los mexicanos.¹ Como marco de referencia se presenta una fotografía de la epidemia a nivel internacional, seguido de algunos antecedentes de la enfermedad para el caso de Estados Unidos, y posteriormente varios problemas que se presentan en México que pudieran considerarse condicionantes para que afectara aquí con mayor fuerza.

Al 12 de mayo la Organización Mundial de la Salud reportaba a nivel internacional 5 251 casos confirmados de personas infectadas y 61 muertes; de éstos, 2 059 casos confirmados de contagio en laboratorio corresponden a México, incluyendo 56 muertes (esta cifra se elevó a 2 282 según la Secretaría de Salud ese día). En Estados Unidos se han presentado 2 600 casos infectados, con tres muertes; en el caso de

Canadá, son 330 casos confirmados de laboratorio y una muerte.² Los datos para el resto del mundo se resumen en el Mapa 1.

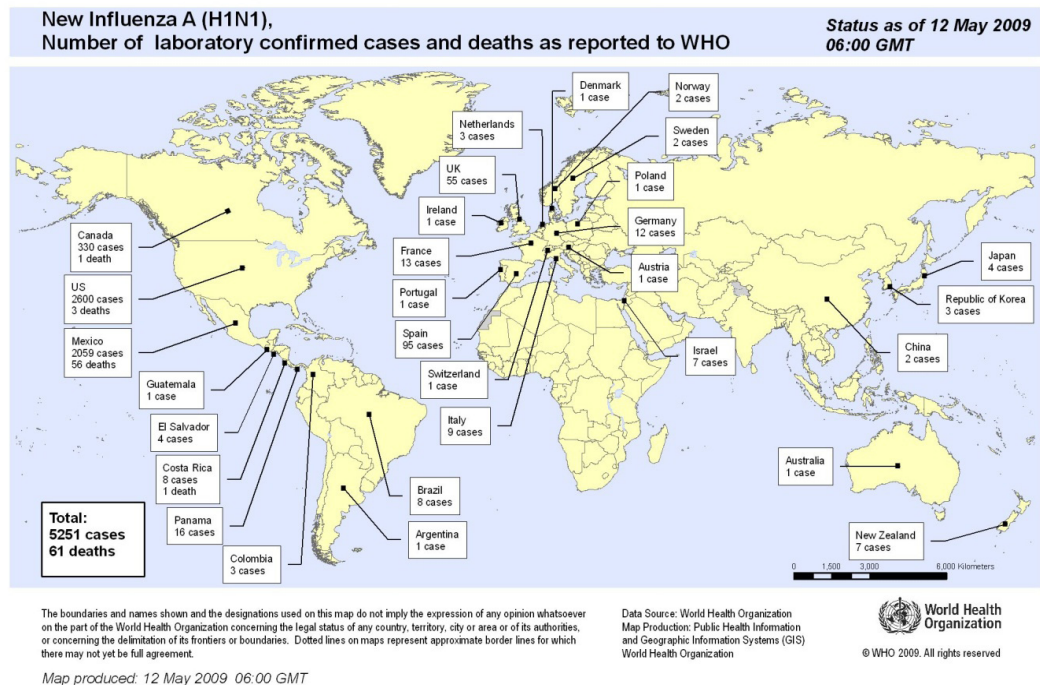
Información de los Centros para el Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) de Estados Unidos señalan que desde marzo empezaron a registrar casos de contagio, y que inmediatamente los CDC y las agencias de salud estatales se avocaron a investigar la situación. Resulta que desde 2005 hasta febrero de este año 12 personas habían contraído la influenza porcina, sin registrarse muertes. Mucho antes, en 1988, una mujer embarazada en Wisconsin falleció por la influenza porcina y algunos de los trabajadores que la atendieron también enfermaron. La mujer había estado expuesta a cerdos enfermos, y 76% de las personas expuestas reportaban anticuerpos a la enfermedad. Todavía antes, en 1976, hubo un brote de fiebre porcina que enfermó a más de 200 personas en Nueva Jersey con un solo fallecimiento; en este caso atacó a soldados con buena salud, causándoles pulmonía. ¿Cómo llegó el virus?, no se sabe, pero se trataba de

* Licenciada en Economía con estudios de maestría en Políticas Públicas por el ITAM. Investigadora del CESOP. Sus líneas de investigación son: desarrollo social, pobreza, desarrollo regional. Correo electrónico: lilium.flores@congreso.gob.mx

¹ Información actualizada al 12 de mayo de 2009.

² World Health Organization, Epidemic and Pandemic Alert and Report, Influenza A (H1N1), update 26, mayo 12. <http://www.who.int>

Mapa 1



una población concentrada, bajo condiciones de estrés y durante el invierno.³

En la Gráfica 1 se observa la evolución de casos confirmados al 6 de mayo, encontrando que existen algunos reportes desde marzo; más interesante aún es la gráfica de proyección que presenta la Secretaría de Salud. El crecimiento exponencial que se aprecia en la línea continua corresponde a lo que se puede esperar de una infección que crece exponencialmente, de ahí la importancia de evitar lugares muy concurridos, y definir distancias para la convivencia entre las personas.

En su informe del 12 de mayo la Secretaría de Salud aporta algunos datos sobre las características de los infectados:

³ Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, Atlanta, Georgia, actualizada el 29 de abril de 2009. Gobiernousa.gov

En materia de género, de los 2 282 casos infectados, 49.7% corresponde a mujeres; sin embargo, de las 58 defunciones, 58.6% corresponde a éstas. Asimismo, la mayor prevalencia de defunciones según la actividad corresponde a amas de casa con un total de 16 muertes.

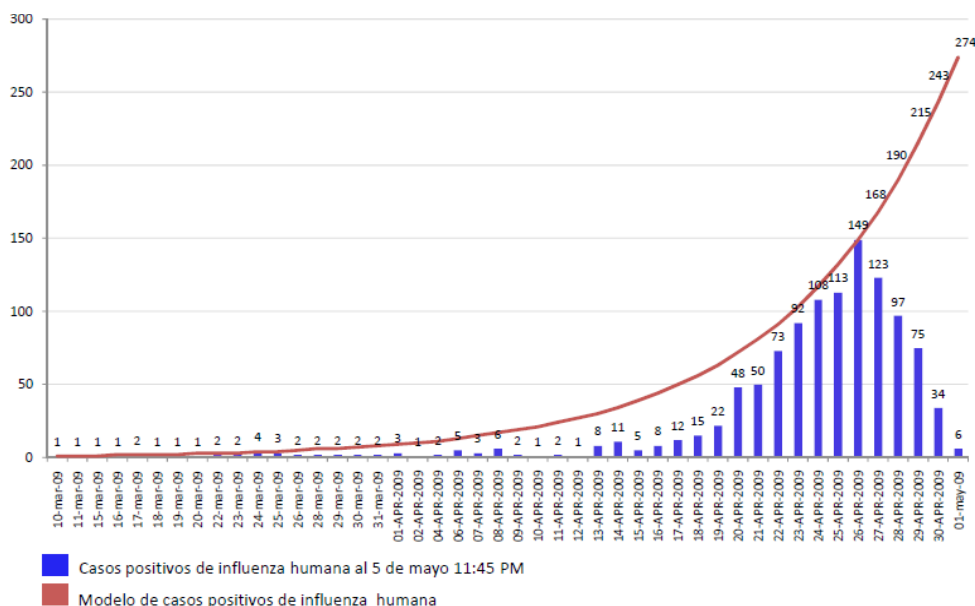
Los mayores números de casos de defunción se dieron en el D.F. y en San Luis Potosí, aunque para el caso del primero se incluye a la población atendida proveniente del estado de México.

El 79.3% de las defunciones se dio entre personas de 20 a 54 años de edad. Sin embargo, el mayor número de infectados corresponde a personas menores de 19 años y progresivamente va disminuyendo conforme avanza la edad.

Asimismo, uno de los grupos más afectados fue el de menor escolaridad. Del total de

Gráfica 1

Situación real contra escenario hipotético sin intervención gubernamental



Fuente: Secretaría de Salud, Defunciones: descripción preliminar, pp. 2 y 12 , 6 de mayo de 2009.

defunciones, 44% sólo tenía educación primaria, seguido por dos grupos de 19%, los cuales tenían educación secundaria y bachillerato, respectivamente.

Otro dato importante es que de los difuntos, el 27.6 % tenían problemas graves de obesidad o diabetes, el 12% problemas cardíacos y 8% problemas de tabaquismo.⁴

Dado que 54 de las 58 defunciones se dieron entre personas que iniciaron los síntomas antes del 23 de abril (fecha en que se detectó el virus), parece ser que las defunciones se dieron entre las personas que no atendieron oportunamente el padecimiento, y no fue sino hasta llegada la etapa de la neumonía que se presentaron a recibir servicios médicos, a lo cual hay

que añadir que en nuestro país por lo general no se administran antivirales en primera instancia para las gripes.

La agencia estadounidense señala una serie de medidas similares a las anunciadas en México que deben tomarse para evitar ser contagiado; incluso menciona que el tapabocas sólo es un componente de una serie de medidas a considerar: cubrirse la boca al toser o estornudar, lavarse las manos frecuentemente, permanecer en casa 7 días después del comienzo de la enfermedad, descansar mucho, tomar líquidos, evitar el contacto con los demás, no ir al trabajo o a la escuela y estar atentos a síntomas que requieran atención médica de emergencia.

En este contexto, existen algunas fallas institucionales, culturales y de acceso a servicios de saneamiento que podrían haber facilitado

⁴ Secretaría de Salud, Situación actual de la epidemia, 12 de mayo de 2009, en www.salud.gob.mx

una mayor letalidad o impacto del virus. En lo que se refiere a la oferta institucional de servicios de salud, en el Cuadro 1 se puede observar que para el caso del Distrito Federal un 43% de la población no tiene derechohabiencia alguna, lo cual se complica por los problemas en la calidad del servicio para quienes si están afiliados a algún servicio.

La falta de un mecanismo de detección médico preciso en México es una de las hipótesis que se barajan en Francia para explicar que la epidemia de influenza porcina haya cobrado docenas de vidas en México.

Françoise Weber, directora del Instituto Nacional de Vigilancia Sanitaria de Francia (INVS), dijo:

La manera en la que se detectan los casos en Estados Unidos, en Canadá y en Europa es muy distinta a la manera en la que se detectan en México. La epidemia circuló en México desde hace semanas y sólo se detectó al cabo de varias semanas cuando llegaron los casos más graves y los decesos.⁵

En segundo lugar, para el tema cultural no se cuenta con información precisa, pero sí se pueden señalar por ejemplo los malos hábitos higiénicos entre la población (no lavarse las manos, no taparse al toser, tirar desechos a la calle sin control, entre otros) y, por qué no, la falta de reconocimiento por parte de los patrones del impacto en los demás de que un trabajador se presente con gripe.

En materia de servicios públicos para el saneamiento, limita también las posibilidades

de una mejor higiene. En el Distrito Federal hablamos entonces de 45 mil viviendas que no disponen de agua potable y 4 millones de personas sin derechohabiencia en materia de salud, siendo Xochimilco, Milpa Alta e Iztapalapa las delegaciones más afectadas y las que reportan mayor proporción de viviendas sin agua potable.

De los 2.37 millones de hogares del Distrito Federal, alrededor de 11% tiene agua sólo de 1 a 4 días, es decir, más de 260 mil hogares. En cuanto al números de hogares afectados Iztapalapa encabeza la lista con más de cien mil hogares, aunque en términos de hogares afectados Xochimilco encabeza la lista con casi 62% de los hogares seguido por Cuajimalpa con 50 por ciento.

De los 2.4 millones de viviendas que reportan recolección de basura, el 20% sólo tiene servicios uno o dos días de la semana, el 46% lo tiene cinco días o más. El mayor número de viviendas con recolección de apenas uno o dos días corresponde a Iztapalapa, con 116.9 viviendas, aunque como porcentaje de viviendas con poca recolección de basura el primer lugar corresponde a Tláhuac con más de 65 por ciento.

La gráfica sobre la situación real de la epidemia contra el escenario sin intervención gubernamental no puede ser más clara: a raíz de la generalización de acciones de mejora de higiene y prevención, la detección de casos positivos cayó dramáticamente. Sin embargo, lejos de haber consolidado una cultura de mayor cuidado, vimos que el primer día de clases en secundarias y preparatorias los estudiantes acudían sin tapabocas.

En síntesis, aunque los estadounidenses consideran que la propagación es mayor mien-

⁵ DDF. Resumen especial de información influenza 27 de abril de 2009, en <http://www.influenza.df.gob.mx>

Cuadro 1
Acceso a salud, agua y drenaje en el Distrito Federal, 2005

	Población Total	Población sin derechohabien- cia	Total de viviendas	Vivienda con piso de tierra	Viviendas con un dormitorio	Vivienda Particular Habitada que no dispone de agua potable	Viviendas particulares habitadas que no disponen de drenaje
TOTAL DE LA ENTIDAD	8720916	43%	2288397	1%	30%	2%	0%
Benito Juárez	355017	28%	122289	0%	27%	0%	0%
Miguel Hidalgo	353534	31%	106087	0%	30%	0%	0%
Iztacalco	395025	41%	102682	1%	30%	0%	0%
Venustiano Carranza	447459	42%	120149	0%	30%	0%	0%
Coyoacán	628063	36%	173408	0%	24%	0%	0%
Cuauhtémoc	521348	39%	160492	0%	28%	0%	0%
Azcapotzalco	425298	32%	114119	0%	28%	0%	0%
Gustavo A. Madero	1193161	41%	304335	1%	32%	1%	0%
Iztapalapa	1820888	51%	441428	1%	31%	1%	0%
Álvaro Obregón	706567	41%	182199	1%	32%	1%	0%
Tláhuac	344106	50%	83739	2%	31%	2%	1%
Cuajimalpa de Morelos	173625	41%	41965	2%	32%	3%	1%
La Magdalena Contreras	228927	42%	58524	2%	35%	5%	2%
Tlalpan	607545	45%	154192	1%	29%	8%	1%
Xochimilco	404458	51%	95928	3%	34%	9%	2%
Milpa Alta	115895	66%	26861	6%	42%	12%	3%

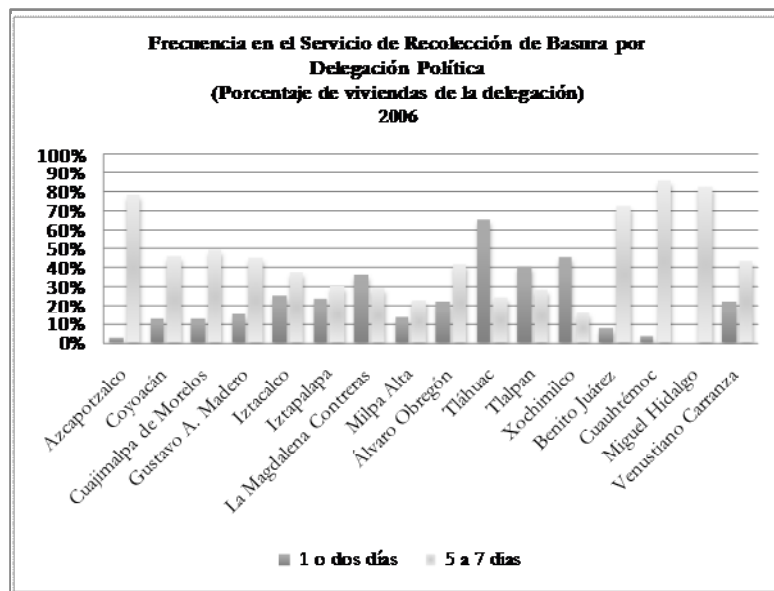
Fuente: INEGI, Censo de Población y Vivienda 2005.

Cuadro 2
Frecuencia de abasto de agua en el Distrito Federal

	Total viviendas	diario todo el día	1 a 4 días	% viviendas con agua de 1 a 4 días
Ixtacalco	106,431	99,924	0	0%
Benito Juárez	140,566	132,477	0	0%
Cuauhtémoc	196,905	166,041	2,385	1%
Coyoacán	176,956	151,380	4,637	3%
Azcapotzalco	81,931	66,309	2,222	3%
Miguel Hidalgo	70,839	68,454	2,385	3%
Tláhuac	61,610	46,196	2,800	5%
Gustavo A Madero	433,724	170,937	21,531	5%
Álvaro Obregón	182,321	146,075	9,510	5%
Venustiano Carranza	117,192	94,722	10,904	9%
Milpa Alta	18,618	0	2,374	13%
La Magdalena Contreras	56,169	43,102	7,980	14%
Iztapalapa	494,904	270,303	101,807	21%
Tlalpan	131,515	67,634	28,708	22%
Cuajimalpa	19,530	9,702	9,828	50%
Xochimilco	86,058	24,048	53,119	62%
Total viviendas	2,375,269	1,557,304	260,190	11%

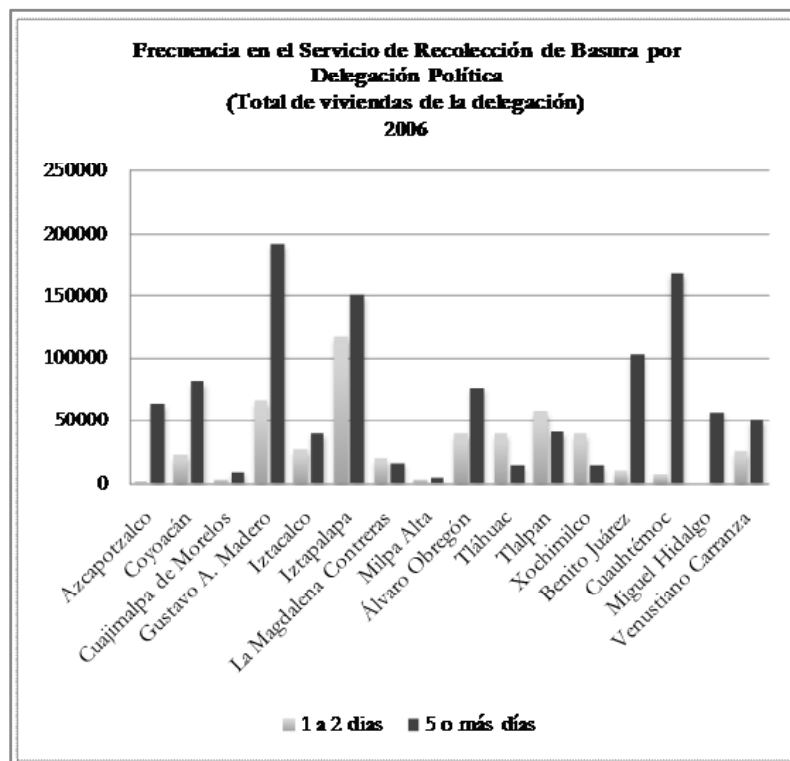
Fuente: Cálculos propios con base en la ENIGH 2006.

Gráfica 2



Fuente: Cálculos propios con base en la ENIGH 2006.

Gráfica 3



Fuente: Cálculos propios con base en la ENIGH 2006.

tras mayores condiciones de hacinamiento o concentración de población existan (según los datos de la conferencia de prensa del 12 de mayo), el número de muertes por densidad poblacional para el caso mexicano no confirman tal aseveración.

Lo anterior parece indicar que hay tres temas de atención urgente: el primero tiene que ver con la cultura de prevención, por lo que no sólo para esta, sino para otras enfermedades, se debería insistir de manera permanente en que la población siga las medidas recomendadas, tanto en lo que se refiere a cuidados diarios, como en asistencia oportuna a servicios médicos, combatiendo la automedicación y los

remedios caseros. El segundo se refiere a la calidad de servicios del sector salud, no sólo en materia de prevención, utilizando mejores medidas diagnósticas para determinar las causas de las epidemias de gripe, así como de atención oportuna al enfermo utilizando antivirales, revisando el alcance de las campañas de vacunación por grupos de riesgo. Por último, se requiere mejorar las alternativas para asegurar el abasto de agua, así como para la recolección y disposición final de basura, entre otras muchas que ya se analizan, como mejorar la higiene en los servicios públicos, escuelas y en los propios centros de salud.

Crisis económica, inflación y epidemia de influenza en México: una aproximación de los costos

*Juan Carlos Amador Hernández**

Introducción

El término *pandemia* de influenza se refiere a la ocurrencia masiva de casos, con una elevada tasa de infección y mortalidad, ocasionada por la aparición de un nuevo subtipo de virus A, contra el cual la población no tiene inmunidad natural.

En general, las pandemias de influenza condicionan un incremento significativo en la demanda de consultas médicas, altas tasas de hospitalización y muerte. Tienen un efecto importante en la economía y en el bienestar social como consecuencia del ausentismo laboral y de la limitación del flujo de personas y de mercancías entre países y regiones, lo que puede originar un grave problema de los servicios básicos y de salud, y en general en la economía en su conjunto.

Resulta difícil predecir cuándo ocurrirá una pandemia, aunque se sabe que en el siglo

XX, por ejemplo, ocurrieron tres: en 1918, 1957 y 1968. Asimismo, durante los últimos 20 años se han registrado episodios lamentables originados por virus y mutaciones de virus que causaron severos daños a las economías donde ocurrieron.

El presente artículo busca presentar de manera limitada un análisis de los posibles costos económicos que representará el virus de la influenza humana A H1N1 en México, haciendo una breve referencia respecto a las estimaciones realizadas sobre los costos de epidemias en el mundo, y de la situación económica en México previo a la aparición de este virus.

Antecedentes de epidemias y sus efectos económicos

Históricamente existen diversos eventos vinculados a epidemias y pandemias asociadas a infecciones severas respiratorias, siendo la más dramática la “influenza española” en 1918. Pero en 1957 ocurrió otra en Asia y en 1968 en Hong Kong. Asimismo, se destacan las ocurridas en 1994 en la India, en 1997 nuevamente en Hong Kong o los eventos más recientes con el

* Economista con estudios de doctorado en Gestión Estratégica y Políticas del Desarrollo por la Universidad Anáhuac. Investigador del CESOP. Sus líneas de investigación son: federalismo, educación, política macroeconómica, sector energético. Correo electrónico: juan.amador@congreso.gob.mx

Síndrome Respiratorio Agudo Severo (SARS) y la gripe aviar, la cual fue detectada en primera instancia en China en el 2002, y se extendió en más de 28 países para abril del 2003.

A partir de estas experiencias se han realizado diversos estudios sobre los costos derivados de estos eventos. Por ejemplo, en el caso del SARS, éstos se estimaron en su momento entre 10 y 30 mil millones de dólares (equivalente a 130 mil millones de pesos y 390 mil millones de pesos con un tipo de cambio de 13.0 pesos por dólar). Lee y McKibbin¹ calcularon el impacto económico del SARS, virus que significó temporalmente impactos negativos en una diversidad de países y actividades económicas, especialmente en turismo y manufacturas.

El SARS apareció en el sur de China en noviembre de 2002. Tan sólo en el continente asiático hubo 7 782 personas infectadas y 729 muertes, mientras que en el mundo se registraron, según la Organización Mundial de la Salud, 8 437 personas infectadas y 813 muertes.

Respecto a los daños económicos, en el Cuadro 1 se observa que el SARS causó daños en China superiores al 1% del producto interno bruto (PIB), derivado de efectos en la demanda interna, el aumento de los costos y sobre todo del riesgo, que generó pérdidas de más del 0.3% del PIB de ese país. Hong Kong, por su parte, registró pérdidas superiores a 2.6% de su PIB y su causa más importante fue el aumento de los precios, como consecuencia de los costos de producción. Sin embargo, podemos señalar que los daños en diversos países

oscilaron en alrededor del 0.1% de la producción nacional.

Por mencionar sólo un par de sectores, el turismo² se vio severamente afectado por el SARS y las aerolíneas sufrieron una fuerte pérdida, que a China le representó una caída del 70% en el tráfico aéreo y le tomó 10 meses recuperarse.

Por otra parte, un estudio realizado en 1999,³ *The Economic Impact of Pandemic Influenza in the United States: Priorities for Intervention*, de Martin I. Meltzer, Nancy J. Cox, and Keiji Fukuda del Centers for Disease Control and Prevention, en Atlanta, Georgia, simula una posible pandemia en Estados Unidos por influenza y estima que considerando el principal costo, que son las muertes de seres humanos, más los costos directos de atención médica, este evento podría significar entre 71 y 166 mil millones de dólares (entre 923 mil millones de pesos y 2 billones 158 mil millones de pesos a un tipo de cambio de 13.0 pesos por dólar), dependiendo de la gravedad del evento y su tasas de mortandad.

Dicho estudio señala que sin la aplicación de una vacuna preventiva de la influenza, las estimaciones del impacto económico va desde los 71 mil millones de dólares con una tasa de ataque del 15% hasta 166 millones de dólares con una tasa de ataque del 35%. Según este estudio, el grupo de alto riesgo representa el 15% de la población total de Estados Unidos y cuyo rango de edad sería de 20 a 64 años aproximadamente, que representarían el 41% de los afectados.

¹ Lee J.W. y McKibbin, *Globalization and Disease: The case of SARS*. Working Paper no. 2003/16, Australian National University.

² Lourdes Mendoza. ¿Influenza depura sector aéreo?, *Reforma*, 5 de mayo de 2009.

³ Alejandro Villagómez. ¿Cuáles son los costos eco-

Cuadro 1
Efectos económicos del SARS como porcentaje del PIB

<i>País</i>	<i>Efectos totales</i>	<i>Cambio en la demanda</i>	<i>Aumento de los costos</i>
Estados Unidos	-0.07	-0.01	-0.06
Japón	-0.07	-0.01	-0.06
Australia	-0.07	0.00	-0.06
Nueva Zelanda	-0.08	0.01	-0.08
Indonesia	-0.08	0.01	-0.09
Malasia	-0.15	0.01	-0.16
Filipinas	-0.10	0.04	-0.14
Singapur	-0.47	-0.02	-0.45
Tailandia	-0.15	0.00	-0.15
China	-1.05	-0.37	-0.34
India	-0.04	0.00	-0.04
Taiwan	-0.49	-0.07	-0.41
Korea	-0.10	-0.02	-0.08
Hong Kong	-2.63	-0.06	-2.37
OCDE	-0.05	0.00	-0.05
APEC	-0.07	-0.01	-0.05
Canadá	-0.10	-0.09	-0.01

Fuente: Condon, Bradly J. y Sinha, Tapen, Chronicle of a Pandemic Foretold: Lessons from the 2009 Influenza Epidemic (3 de mayo de 2009). Disponible en SSRN: <http://ssrn.com/abstract=1398445>

En cualquiera de estos casos, del costo total estimado, el 83% corresponde a las pérdidas de vidas (pérdida de la actividad económica y generación de ingreso) y el resto representa el costo de la asistencia médica y el tratamiento.

Sin embargo, este modelo tiene la limitación de que más allá de considerar el valor de un día perdido de trabajo, el modelo no incluye cualquier valoración por interrupciones en el comercio y la actividad económica en su conjunto. Por ejemplo, si la enfermedad ataca a choferes del autotransporte de carga por un par de semanas, esta situación podría ocasionar

nómicos de una epidemia de influenza en México?, sábado 25 de abril de 2009.

la interrupción en la distribución de artículos perecederos como los alimentos, con el consecuente efecto económico en los precios.

Por tanto, a pesar de ser una estimación con limitaciones considerables, estos modelos nos permiten tener una imagen parcial de los importantes impactos que una enfermedad de este tipo puede ocasionar en un país en donde se cuenta con un sistema de salud de pronta respuesta y cobertura amplia, por lo que a partir de allí y considerando limitaciones en materia de atención pública que tienen los sistemas de salud en el mundo, como el mexicano, es factible considerar que los costos puedan ser mayores en estos países por las carencias que se tienen.

Pronósticos económicos para México: una situación deteriorada

Hasta antes de informar y actuar en contra del virus de influenza en México, las cifras económicas del primer trimestre llevaron a las autoridades del país y al conjunto de analistas a disminuir el pronóstico de la variación de la actividad productiva en México para el 2009. Hasta antes de la presencia de este virus, las estimaciones eran nada alentadoras al ubicar un decrecimiento superior al 3.5 por ciento.

Las revisiones continuas a la perspectiva de crecimiento en México en los últimos meses estuvieron sólo en parte ligadas a las revisiones del crecimiento mundial y de Estados Unidos. Dos aspectos diferentes han sobresalido: por una parte, ha sorprendido la debacle del sector manufacturero estadounidense; hace algunos meses se suponía que, como la crisis en Estados Unidos no se había iniciado en ese sector (sino en el inmobiliario y financiero), éste sólo caería un poco más, debido a su carácter procíclico, que el PIB de aquel país, en contraste con el sector servicios.

No obstante, la actual perspectiva es que mientras que el PIB de Estados Unidos bajará -2.8%, el sector de manufactura se desplomará -10.5%, situación que se compara de manera desfavorable con la importante recesión manufacturera del 2001, cuando este sector bajó -4.2 por ciento.

Sin embargo, las proyecciones del crecimiento económico se han visto afectadas desde octubre del 2008. A raíz del deterioro internacional, el 8 de octubre de 2008 se revisó la estimación de crecimiento de México para 2009 de 3.0 a 1.8%. Sin embargo, debido a la corrección adicional en la estimación

para el crecimiento de Estados Unidos, y tomando en cuenta la información reciente, se consideró conveniente reducir la proyección de crecimiento del PIB de México a una tasa anual de -2.8%.⁴ Pero recientemente las proyecciones de crecimiento fueron reducidas aún más. Standard & Poor's, al rebajar de estable a negativa su perspectiva de calificación de la deuda soberana de México, pronóstico que el crecimiento económico de nuestro país sería de -5.5 en 2009.⁵ Dos semanas antes de esta calificación, el 28 de abril de 2009, el Banco de México había reducido sus previsiones de crecimiento para 2009 hasta un rango de -3.8 a -4.8%, sin considerar los efectos de la influenza (Gráfica 1).

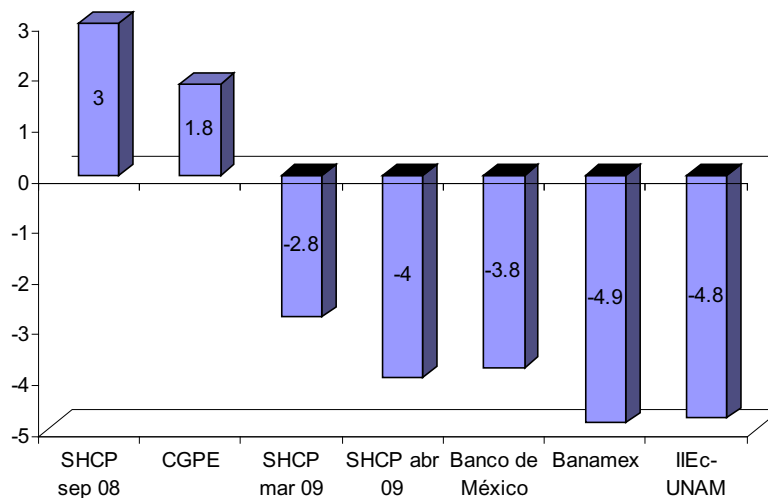
Impactos de la influenza en la economía mexicana: crecimiento económico

Es innegable que una buena parte de los impactos negativos de fines de abril y principios de mayo no son irreversibles y serán resarcidos en los meses siguientes; por ejemplo, la caída en las ventas de bienes durables, por el temor de los compradores a asistir a las tiendas (lo que se llama un "choque de demanda"), en su gran mayoría implica posponer decisiones de consumo; igualmente, el cierre de empresas establecido por el gobierno entre el 1 y 5

⁴ Secretaría de Hacienda y Crédito Público, Documento relativo al cumplimiento de las disposiciones contenidas en el artículo 42, fracción I, de la Ley Federal de Presupuesto y Responsabilidad Hacendaria, marzo de 2009.

⁵ José Luis Calva, "Emergencia económica", *El Universal*, 14 de mayo de 2009.

Gráfica 1
 Deterioro de las proyecciones del crecimiento económico para 2009
 (variación % anual)



Fuente: Diversos documentos y presentaciones de la SCHP y notas periodísticas.

de mayo (“choque de oferta”), para el caso de empresas que lo respetaron, tanto se traslapa con la falta de demanda como seguramente es compensado semanas después (dado que, por la recesión, la capacidad no utilizada de las empresas es muy amplia).

El gobierno estima actualmente que el PIB disminuirá -4.1% en el 2009 (incluyendo el impacto de la influenza), mientras que el banco central lo estima en -4.3% (sin incluir el impacto de la influenza).

Pero más allá de las estimaciones macroeconómicas de los costos posibles de la emergencia sanitaria, diversos sectores han hecho cálculos de las pérdidas económicas. Las proyecciones van desde las cifras oficiales hasta la de sectores y analistas financieros (Cuadro 2).

El brote de influenza humana es diferente de los desastres naturales que han afectado a México en el pasado, en el sentido de que no

implica la destrucción de capital o infraestructura. Más bien, básicamente es un choque de demanda agregada que debería *a)* reforzar las actuales fuerzas recesivas, y *b)* tener un efecto deflacionario; esta situación se lograría siempre y cuando los factores de riesgo exteriores contribuyan con este objetivo.

La similitud con los desastres naturales se encuentra en la focalización de la crisis: los principales afectados son el Área Metropolitana de la Ciudad de México y la ciudad de San Luis Potosí, que estimamos el año pasado aportaron el 29.9 y el 1% del PIB de México, respectivamente.⁶

Sin embargo, es probable que un periodo de emergencia más prolongado tenga un im-

⁶ Sergio Luna y Alonso Ríos, *Examen de la situación económica de México. Estudios económicos y sociales*, Banamex, abril de 2009. En www.banamex.com.mx

Cuadro 2
Estimaciones de los costos de la epidemia por diversos sectores

	<i>Costos estimados</i>
Gobierno federal	El gobierno federal señaló el pasado 06 de mayo que el costo de la epidemia de influenza A (H1N1) sobre la economía mexicana alcanzará los 30 mil millones de pesos, 0.3% del PIB, y que esto se traducirá entre 40 y 45 mil empleos menos. ⁷ Economistas privados estiman un costo de hasta 1% del PIB, o 100 mil millones de pesos menos; mientras que los dirigentes empresariales señalaron que sólo el D.F. acumuló pérdidas por 14 mil 832 millones de pesos del 24 de abril al 5 de mayo.
Secretaría de Economía D.F.	De acuerdo con reportes de las distintas cámaras empresariales, las pérdidas diarias en la capital ascendieron a mil 236 millones de pesos. Durante el periodo de la crisis, se estiman que fueron 37 mil millones de pesos la contracción de ventas en el D.F., resaltando que aproximadamente el 30% del PIB nacional lo componen el Distrito Federal y el Estado de México, con un estimado de 450 mil trabajadores de 35 mil restaurantes afectados, según la Cámara Nacional de Restaurantes y Alimentos Condimentados (Canirac).
Confederación Nacional Turística	México dejará de percibir más de 5 mil millones de dólares de divisas turísticas como consecuencia de las cancelaciones de eventos y modificaciones de viajes de paseantes internacional a causa del virus AH1NI. Esta situación podría ocasionar que el país deje de captar divisas turísticas de entre 1 500 millones de dólares, en un escenario optimistas, hasta 5 mil millones de dólares si para la temporada decembrina no se ha resultado la situación. ⁸
Asociación Sindical de Sobrecargos de Aviación	Las pérdidas del sector aéreo para el segundo semestre del año podrían alcanzar un monto de 900 millones de pesos. ⁹
Grupo Financiero IXE	Estima que los costos económicos directos de la influenza serán aproximadamente 65 mil millones de pesos, aproximadamente el 0.69% del PIB de 2009. ¹⁰ Si se toman como ciertas las estimaciones de IXE, el impacto económico de la influenza equivale aproximadamente al 76% del presupuesto aprobado para el 2009 para el sector Salud (85 mil millones de pesos aprobados de gasto programable, PEF).
Cámara Nacional de la Industria Cinematográfica (Canacine)	Canacine informa que las pérdidas estimadas del sábado 25 de abril al martes 5 de mayo, ocasionadas por esta lamentable situación que afecta a todo el país, ascienden a cerca de 268 millones de pesos.
Banamex Accival	Calcula que en una situación crítica con una duración de hasta 6 semanas el impacto económico de la influenza será de 0.3% del PIB.

⁷ José M. Arteaga, M. Lombera y Humberto Niño. De 30 a 100 mil mdp, costo de la epidemia. Miércoles 6 de mayo de 2009, *El Universal*.

⁸ R. Martínez. Hasta en US\$5,000 millones, las pérdidas. *El Economista*. 11 de mayo de 2009.

⁹ *Idem*.

¹⁰ Sobre los costos económicos de la influenza, 5 de mayo de 2009.

Fuente: Diversas notas de periódicos de circulación nacional. Distintas fechas.

pacto sobre el consumo privado de más del 8% estimado por las autoridades locales. Si asumimos un impacto de 12% sobre el consumo privado semanal por un periodo de 6 semanas, los ingresos perdidos alcanzarían el 0.3% del PIB.¹¹

Impacto de la influenza AH1N1 en el nivel de precios

Durante el primer trimestre del año, la inflación promedio (6.18% anual) fue similar al registrado en el trimestre anterior y su dinámica se caracterizó por incrementos de precios subyacentes que fueron compensados por las bajas en precios no subyacentes, particularmente en precios energéticos administrados. Esta dinámica fue el resultado de presiones encontradas.

Sin embargo, esta tendencia a la alza del nivel general de precios que se registró previo a la emergencia sanitaria, se vio agravada por las compras masivas de los últimos días por la alerta de influenza A H1N1, que dispararon los precios de algunos productos, como la mayonesa y el cloro, que subieron entre 25 y hasta 200%.¹² El cloro registró el mayor incremento en precio, con un alza de 234%, entre la última semana de abril y la primera de mayo, de acuerdo con datos de Profeco y un sondeo realizado por *Reforma*.

La botella de 930 ml del blanqueador Cloralex que costaba 5.91 pesos hasta el 29

de abril, subió a 19.75 pesos al 5 de mayo, en la misma cadena de autoservicios. También el frasco de mayonesa aumentó 27.7%, entre la última semana de abril y la primera de mayo. Mientras que el precio de las 18 piezas de huevo rojo también se incrementó 12.5% en los últimos días. El huevo rojo de 18 piezas tenía un precio promedio de 28 pesos al 29 de abril y para el 5 de mayo su precio fue de 31.50 pesos (Cuadro 3).

En el caso de algunas frutas y verduras, en tan sólo una semana se registraron importantes aumentos de más del 44%, como fue el caso de la guayaba y de 28% en el caso de la toronja, por mencionar sólo algunos de ellos (Cuadro 4).

Apoyos gubernamentales para atenuar el efecto en la economía

El pasado 5 de mayo de 2009, el gobierno federal anunció apoyos económicos emergentes para enfrentar el brote de influenza. Se señala que es previsible que la epidemia tenga un impacto significativo sobre el crecimiento económico. Experiencias similares por las que han atravesado otros países muestran una desaceleración abrupta de la actividad económica durante el episodio epidemiológico, la cual viene seguida de una recuperación vigorosa en los meses subsecuentes.¹³

En este sentido se anunció que las empresas podrán reducir de su pago mensual de ISR el

¹¹ *Idem*.

¹² Karla Rodríguez, "Eleva precios epidemia", *Reforma*, 6 de mayo de 2009.

¹³ SHCP, El gobierno federal anuncia apoyos económicos emergentes para enfrentar el brote de influenza, comunicado de prensa, México, D.F., 5 de mayo de 2009. En www.shcp.gob.mx

Cuadro 3
Inflación anualizada a la primera
quincena de abril de 2009*

Blanqueadores	4.35%
Leche en polvo	4.93
Pan blanco	5.04
Pañuelos desechables	5.12
Atún	8.03
Cereales	9.87
Mayonesa	11.80
Huevo	18.73
Pasta para sopa	21.64
Frijol	54.08

* Karla Rodríguez, “Eleva precios epidemia”, *Reforma*, 6 de mayo de 2009.

Fuente: Sistema Nacional de Información de Mercados, Secretaría de Economía.

Cuadro 4
Precio promedio por kilogramo y variación porcentual*

<i>Producto</i>	<i>Precio del 27 al 30 abril</i>	<i>Variación % (Respecto una semana antes)</i>
Limón con semilla	3.10	7.10
Naranja Valencia	1.58	0.90
Piña	9.00	7.10
Toronja roja	4.90	28.90
Guayaba	8.60	44.20

* “Encarecen el precio de la fruta”, *Reforma*, 5 de mayo de 2009.

Fuente: Sistema Nacional de Información de Mercado, Secretaría de Economía.

pago en exceso que hubiesen realizado en el Impuesto Especial a Tasa Única (IETU), en lugar de hacerlo hasta la declaración anual. Lo anterior, como parte de las medidas para enfrentar la contingencia generada por la influenza, que suman apoyos económicos por 17 400 millones de pesos por parte del gobierno federal.

En cuanto el pago de las cuotas obrero-patronales al IMSS, el gobierno ofreció un descuento de 20% durante los meses de mayo y junio. Este descuento corresponde a los seguros de riesgos de trabajo, enfermedades y maternidad, invalidez y vida; de guarderías, y prestaciones sociales. Estará acotado a un máximo de

35 mil pesos por empresa durante el bimestre, esto con el objeto de que las principales beneficiarias sean las pequeñas y medianas empresas. Este tipo de medidas se resumen en el Cuadro 5 que suman cerca de 18 mil millones de pesos que, conjuntamente con otras acciones, se estiman sumen más de 50 mil millones de pesos, lo cual representa un monto equivalente a los daños económicos calculados en un escenario óptimo, mientras que si se considera el escenario más alarmante sería el equivalente al 50% de los daños.

La banca comercial y la de fomento apoyarán a micro, pequeñas y medianas empresas (Pymes) que vieron sus ingresos reducidos por el paro de actividades que causó el virus A H1N1, con recursos que podrían llegar a 15 mil millones de pesos.¹⁴

Lo importante aquí es mencionar la falta de proporcionalidad de los apoyos anunciados con las estimaciones de los daños económicos. Algunos especialistas señalan que existe una ausencia de acciones de política fiscal contracíclica proporcionales a la emergencia económica. Inclusive podríamos señalar que los programas de estímulo fiscal anunciados para el 2009, como es el caso del Programa para Impulsar el Crecimiento y el Empleo, el Acuerdo Nacional a favor de la Economía Familiar y el Empleo y el paquete de Apoyos Económicos Emergentes para Enfrentar el Brote de Influenza, apenas representa 0.8% del PIB, por lo que se consideran son programas limitadas.

¹⁴ Arturo Rivero y Jessika Becerra, Apoyarán bancos a Pymes. Reforma. 12 de mayo de 2009.

Conclusiones

Habría que revisar la literatura con más detalle, pero adicionalmente a los costos por muertes humanas y uso de servicios médicos y asistencia en el combate del fenómeno, se encuentran los costos asociados a una contracción económica y empobrecimiento social. En el primer caso, evidentemente habría que considerar que los sectores más afectados son servicios y turismo. Dependiendo de la gravedad del fenómeno, es claro que existe una reducción importante en el consumo de estos servicios.

Adicionalmente y en la medida en que estas infecciones están asociadas a ciertos animales, como aves o puercos, estos sectores productivos también se ven seriamente afectados al disminuir el consumo de estos productos, por razones correctas o no.

Otros costos que hay que imputar son los referidos a las horas hombre no laboradas, tanto de los enfermos e infectados, como de aquellos que dejan de asistir a sus centros laborales debido a restricciones o indicaciones preventivas por parte de las autoridades.

Se necesita tiempo para poder calcular en realidad cuáles fueron los costos totales de esta crisis sanitaria y calcular cuánto costaría otorgar servicios de salud de calidad a todos los mexicanos.

Por lo general prevenir es mejor que lamentar y, en este caso, los servicios de salud pública son un seguro para evitar la destrucción de recursos humanos valiosos.

Existe la amplia posibilidad de que si se hubiera invertido una pequeña cantidad en un sistema de detección temprana y control de epidemias, estos costos no se hubieran dado. Este tipo de inversiones sin duda hubieran sido me-

Cuadro 5
Apoyos económicos emergentes del gobierno federal para enfrentar la epidemia

<i>Medidas</i>	<i>Monto (millones de pesos)</i>
Estabilizador por menos ingresos tributarios	10 000
Reducción de IETU de pagos mensuales de ISR	2 000
Descuento de 20% en cuotas patronales al IMSS	2 200
Compensación parcial exención de nómina y hospedaje	500
Descuento de 50% al uso de espacio aéreo y derecho de crucero	300
Fondo para promoción turística	200
Contragarantías para financiamiento a Pymes, aviación y porcícola	2 200
Subtotal	17 400
Exención de nómina y hospedaje realizado por entidades	1 400
Total	18 800

nores que los costos que esta sufriendo México e inclusive menor que los apoyos que la SHCP da a las empresas para esta crisis sanitaria.

Los cálculos de los daños económicos dependerán de que se normalice el turismo parcialmente durante verano y que no haya un brote del virus del mismo o de mayor alcance

que el actual con la llegada del invierno. Sin duda es un riesgo, para la confianza del consumidor y del turista, el que no se prevea la disponibilidad de una vacuna este año: la producción de la misma sólo podría ser, a nivel mundial, de hasta dos millones de unidades, según la Organización Mundial de la Salud.

México y la influenza: una deteriorada imagen internacional

*Gilberto Fuentes**

En el presente trabajo se aborda el tema del impacto internacional que ha tenido para México el brote del virus de la influenza A H1N1. Ante la alerta sanitaria emitida por el gobierno de nuestro país y por la Organización Mundial de la Salud, la imagen internacional de nuestro país cambió de manera importante, ya que después de estar considerado como uno de los destinos turísticos más representativos del continente americano, ahora nos identifican como un país marcado por la existencia de un riesgo latente de contagiarse por el virus de la influenza.

En la primera parte de este documento se hace un recuento de las medidas que establecieron países de la región, así como otras naciones, algunas de las cuales actuaron de manera autónoma, sin contar con información adecuada que les permitiera dimensionar la gravedad del problema.

* Licenciado en Economía por la Universidad Nacional Autónoma de México. Investigador del CESOP. Sus líneas de investigación son: federalismo, opinión pública, práctica parlamentaria, desarrollo social y económico. Correo electrónico: gilberto.fuentes@congreso.gob.mx

A continuación se hace un breve análisis del papel que desempeñó la cancillería en este tema, actuación que se da en dos frentes muy marcados: por un lado, se procuró cuidar de manera cautelosa a nuestros principales socios comerciales, Estados Unidos y España, mientras que, por otra parte, no se implementó una estrategia adecuada ante el manejo de la información que hicieron otras naciones. Cabe señalar que, en este último caso, algunas naciones pusieron en marcha medidas rigurosas, ocasionando que miles de connacionales fueran víctimas de actos discriminatorios.

En la tercera parte del trabajo analizamos los costos económicos que conlleva el brote del virus de la influenza, siendo el sector turístico nacional uno de los más afectados por dicho problema. La implementación de programas gubernamentales de apoyo al turismo serán insuficientes, ya que no se ha considerado el factor del encadenamiento productivo que rodea a la actividad turística.

Por último, a partir de lo señalado en los puntos anteriores, se hacen algunas consideraciones finales derivadas del análisis sobre las afectaciones que ha ocasionado el brote del virus A H1N1.

Medidas internacionales ante la emergencia sanitaria del virus A H1N1

A finales de abril de 2009 México es la nota del mundo, debido a que se presenta un brote de virus de la influenza, al cual, en un principio, se le conoció como “virus porcino”, que cambió de denominación y ahora es identificado como virus A H1N1.

Ante dicho acontecimiento, se implementan medidas sanitarias al interior, las cuales tienen por objeto prevenir un contagio mayor al ya registrado. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda a nuestro país poner en marcha un conjunto de acciones que permitan implantar un cerco sanitario y emite una alerta sanitaria mundial en el nivel fase 5,¹ identificando a México como el país en donde se presenta la cepa del virus.

Lo anterior ocasionó que diversos países establecieran medidas restrictivas que causaron afectaciones considerables a nuestro país. En el Cuadro 1 se señalan algunas acciones que se pusieron en marcha.

El virus de la influenza afecta las relaciones diplomáticas con el resto del mundo

Durante el sexenio anterior, encabezado por Vicente Fox, las declaraciones fuera de lugar y

¹ La Organización Mundial de la Salud establece la fase 5 cuando la enfermedad ya ha desarrollado focos autónomos en más de dos países de una misma región. Lo anterior indica una “señal fuerte de la inminencia de una pandemia” y de que queda muy poco tiempo para prepararse con el fin de enfrentarla.

los yerros de los responsables de las relaciones exteriores, ocasionaron desencuentros con gobiernos de naciones con las que históricamente manteníamos una relación estrecha. Lo anterior lo han hecho notar destacados intelectuales e internacionalistas, como Rosario Green, Fernando Solana, Carlos Monsiváis, Enrique Krauze, y en algunas ocasiones el propio Jorge Castañeda, quienes han manifestado su descontento por la manera de llevar la política exterior mexicana.

El servicio exterior mexicano ha realizado una buena labor al restablecer relaciones diplomáticas con países de América Latina y en otros casos ha terminado de consolidar dichas relaciones. Lo anterior ha permitido que México logre reposicionarse en el contexto internacional. Sin embargo, la emergencia sanitaria y las medidas adoptadas por algunos miembros de la comunidad internacional han cambiado las relaciones diplomáticas de México.

A pesar del buen trabajo que se venía realizando en términos de mantener un nivel óptimo de las relaciones con el resto del mundo, el reciente brote de influenza A H1N1 mostró una lenta capacidad de reacción por parte de la Secretaría de Relaciones Exteriores.

El 23 de abril de 2009 la Secretaría de Salud del gobierno federal, mediante un comunicado de prensa, declara que en México se ha presentado un brote del virus de la influenza, emitiéndose una emergencia sanitaria avalada por la OMS.

Ante la situación que prevalecía en nuestro país, la cancillería mexicana no implementó una estrategia que permitiera dar una respuesta rápida a la campaña de desprestigio que se comenzó a gestar por parte de algunas naciones. La reacción se presentó en dos frentes

Cuadro 1

<i>País</i>	<i>Medidas</i>
Canadá	Aconsejó no realizar viajes innecesarios a México.
Cuba	Suspendió todos los vuelos desde México durante 48 horas. Estableció un sistema de monitoreo a quienes llegan desde México a fin de asegurar que no estén enfermos, así como visitas domiciliarias y a hoteles para realizar chequeos. Todos los viajeros serían revisados hasta por dos semanas tras su llegada.
Perú	Suspendió todos sus vuelos desde y hacia México. Todos los pasajeros que arriben por vía aérea y marítima son sometidos a rigurosas revisiones.
Colombia	Aconsejó a la gente suspender viajes a México, California y Texas. Endureció las medidas en los principales aeropuertos, puertos y hospitales.
Ecuador	Prohibió a los extranjeros que han estado en México ingresar al país en vuelos comerciales y también suspendió vuelos charter hacia y desde México.
Venezuela	Recomendó a la gente evitar viajar a México y Estados Unidos y reforzó el control sanitario en aeropuertos.
Argentina	Suspendió los vuelos directos desde México a partir del 29 de abril. La ministra de Salud afirmó que se mantendrá por el momento la suspensión de los vuelos provenientes de México.
Brasil	El gobierno brasileño, a través del Ministerio de Salud, está examinando a pasajeros en vuelos provenientes de Estados Unidos, México y Canadá, en busca de síntomas de gripe.
Chile	Implementó un programa de salud con el cual está examinando a los pasajeros que están llegando por aire desde México y Estados Unidos con riesgo de gripe.
Bolivia, Panamá y Uruguay	Funcionarios examinaron en busca de síntomas de gripe a la gente que llega desde México y otros países, incluyendo Estados Unidos, donde se han confirmado casos.
Italia	El gobierno italiano prohibió a sus habitantes viajar a México durante los próximos tres meses. Asimismo, cerró sus aeropuertos a los vuelos provenientes de nuestro país.
Francia	Aún y cuando reitero su apoyo a nuestro país ante el brote de influenza que se registró, implementó medidas que restringieron los vuelos desde y hacia México.
España	El gobierno español emitió una alerta a todos sus connacionales que por algún motivo tuvieran que viajar a México. En el caso de los visitantes mexicanos, éstos fueron sometidos a pruebas que permitieran asegurar su estado de salud.
China	El país asiático es uno de los que implementó medidas sanitarias extremas, llegando a presentarse casos de aislamiento total de ciudadanos mexicanos. Prohibió todo tipo de intercambio y relación con México, lo que derivó en la cancelación de la participación de nuestro país en el Salón Internacional de la Alimentación, a celebrarse del 19 al 21 de mayo.
Singapur	Fue el primero de los países que puso en marcha acciones discriminatorias extremas en contra de connacionales mexicanos que se encontraban en dicha nación. Las medidas sanitarias incluyeron el aislamiento total de mexicanos, al igual que una amplia campaña que puso a México como el principal foco de propagación del virus de la influenza.

Fuente: Elaboración propia con información de los periódicos: *El Universal*, *Milenio*, *Crónica*, *CNN Expansión* y *El Semanario*, publicada del 26 de abril al 12 de mayo de 2009.

diferenciados: por un lado, se procuró mucho la relación con nuestro principal socio comercial, Estados Unidos; de igual forma, se cuidó el vínculo con España, que es el mercado más importante de productos mexicanos en la Unión Europea, en tanto que el resto de las naciones parecería que fueron desatendidas por la cancillería.

Entre la declaratoria de la emergencia sanitaria y el primer boletín de la Secretaría de Relaciones Exteriores, pasaron seis días,² en los cuales las campañas de desprestigio y las medidas discriminatorias hacia connacionales eran cada vez más recurrentes.

Contrario a lo que se pudiera pensar, las afectaciones más importantes se dieron a partir de la denominación del brote, al cual se le nombró “virus de la influenza porcina mexicana”.³

Entre los países que implementaron medidas más drásticas se encuentra Cuba, donde las declaraciones realizadas por el ex presidente Fidel Castro en cuanto a que se ocultó información respecto al brote de influenza, debido a que eso complicaría la visita del presidente de Estados Unidos, Barack Obama, a la capital del país.⁴ Hasta el momento no se ha emitido por parte de la Secretaría de Relaciones Ex-

teriores un comunicado en donde se haga un llamado de respeto a nuestro país.

En declaraciones realizadas por el ex canciller Jorge Castañeda respecto al tema, comentó que “la acusación que menciona es muy grave, y vaticina que la reacción por parte de la diplomacia mexicana consistirá en *poner la otra mejilla*”.⁵

Por su parte, la canciller mexicana Patricia Espinosa, en su reciente participación en la tribuna Iberoamericana de la Casa de América, destacó la labor realizada por el presidente Felipe Calderón respecto a las medidas implementadas ante la contingencia sanitaria. Asimismo, señaló que la propia Organización Panamericana de la Salud reconoció la labor del presidente de México, ya que gracias a dichas acciones se pudo prevenir un contagio mayor del virus de la influenza.⁶

Sin embargo, en su intervención, la canciller Espinosa no hizo mención alguna respecto al trabajo que se ha realizado para salvaguardar la imagen internacional de México; por el

perando la visita de Obama. Ahora nos amenazan con suspender la del presidente (Felipe) Calderón”, a Cuba, sostiene Fidel Castro en un artículo difundido a última hora del lunes 11 de mayo de 2009 en el sitio web www.cubadebate.cu. Asimismo, en el documento señala que “En este momento nosotros y decenas de otros países pagamos los platos rotos y encima nos acusan de medidas lesivas a México. “Ahora quedamos como injustos, sin fundamentos técnicos y país hostil al pueblo de México”.

Respecto al primer caso del virus detectado en la isla, el ex mandatario cubano señala: “El portador es un joven ciudadano mexicano que estudia medicina en nuestro país. Lo único que puede afirmarse ahora es que no lo introdujo la CIA. Vino de México”.

⁵ Agencia ESA, “Fidel Castro no tiene amigos, intereses sí: Castañeda; 15 de mayo de 2009.

⁶ Fuente: <http://milenio.com/node/213616>

² La Secretaría de Relaciones Exteriores, respecto al tema del brote del virus A H1N1 que se registró en México, emite el primer boletín a la comunidad internacional el 29 de abril, dando a conocer la situación que prevalece en México, en el marco de la culminación del periodo en la presidencia del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas.

³ Países como Israel, Singapur, China y Argentina dieron esa denominación al brote de influenza A H1N1 que se registró en México.

⁴ “Las autoridades mexicanas no le informaron al mundo (de) la presencia de la misma (la epidemia) es-

contrario, vertió comentarios relacionados con la capacidad demostrada por la infraestructura del sistema de salud mexicano.

El costo de la falta de una estrategia internacional ante el virus A H1N1

El presente año se ha caracterizado por la presencia de crisis de diferente índole que afectan los ámbitos económicos, sociales y políticos del país. En primer lugar se encuentra la crisis de seguridad, la cual, según estimaciones del Banco Interamericano de Desarrollo y el Centro de Estudios Económicos del Sector Privado (CEESP), es de aproximadamente 12% del producto interno bruto (PIB), unos 13 billones de pesos.

Por otra parte, nuestro país enfrenta una crisis económica derivada de las dificultades que ha tenido el sistema inmobiliario estadounidense, lo que incide de manera directa en una disminución del nivel de producción y por ende, en una baja en la generación de empleos y de ingresos en las familias. Los cálculos que ha realizado la Secretaría de Hacienda indican que la merma será de alrededor del 4.5% del PIB, aproximadamente 5 billones millones de pesos.

A las dos anteriores debemos ahora sumar la crisis consecuencia del brote del virus A H1N1, que afecta principalmente al sector turístico. La Secretaría de Hacienda ha señalado que el costo de dicha emergencia sanitaria será del 0.5% del PIB; en términos monetarios, la cantidad es de aproximadamente 40 mil millones de pesos.

La falta de un plan de contingencia económico por parte del gobierno federal ante la contingencia sanitaria ha representado grandes

pérdidas por lo pronto al rubro de turismo. Entre las afectaciones más severas podemos mencionar las siguientes:

- La Asociación Mexicana de Hoteleros de México (AMHM) menciona que a la fecha se han perdido 30 mil empleos directos en el sector y alrededor de 80 mil indirectos.
- Los altos costos de operación de las instalaciones hoteleras (agua, electricidad y sanidad) han obligado a que en las zonas turísticas del país el 26% de los mismos haya cerrado de manera total temporalmente.
- La Secretaría de Turismo tiene registrado hasta el 12 de mayo de 2009 el cierre de 19 hoteles en la zona de Quintana Roo. Estimaciones realizadas por la AMHM señalan que las pérdidas en la región serán superiores a los 99 millones de dólares, derivado del cierre de 74 mil habitaciones.
- Los cálculos que realiza la Secretaría de Turismo del gobierno federal respecto a los efectos que puede generar la emergencia sanitaria en Quintana Roo señalan que la disminución en ingresos conforme al 2008 será de 760 millones de dólares.⁷
- Las principales empresas de cruceros del mundo, Carnival Cruise Lines y Royal Caribbean, cancelaron temporalmente sus paradas en México por la epidemia.

⁷ Indicadores Turísticos 2008-2009, Secretaría de Turismo, APIQROO, 2009, periodo de comparación 1 de mayo-30 de junio.

- El sector de aerolíneas mexicanas, que incluye a Aeroméxico y a Mexicana de Aviación, propiedad en parte del hotelero Grupo Posadas, ha sufrido una cancelación del 40 al 45% de las reservaciones, según la Cámara de la Industria de Transporte Aéreo.
- Los destinos turísticos que han reportado mayores pérdidas como consecuencia del brote del virus de la influenza son: Cancún, Mérida, Cozumel, Villahermosa, Oaxaca, Veracruz, Huatulco, Tapachula, Minatitlán, Acapulco, Los Cabos, Jalisco, entre los más importantes.
- En el caso del Distrito Federal, la Secretaría de Turismo local reporta que la ocupación hotelera se ubica en el rango del 2 al 10% de su capacidad, situación que contrasta con el nivel registrado en las mismas fechas del año pasado, que era superior al 50 por ciento.
- Las agencias de viajes internacionales reportan que el 95% de los viajes reservados por extranjeros para visitar México han sido cancelados. Dichas cancelaciones representan pérdidas superiores a los 10 millones de pesos.

La Secretaría de Hacienda dio a conocer un programa de apoyo al sector turístico nacional, a través del cual se destinarán 11 mil millones de pesos para apoyar a dicha actividad económica, el monto destinado no alcanza a representar la tercera parte de las pérdidas estimadas, que, como ya mencionamos, se pronostica sean de 40 mil millones de pesos.

Comentarios finales

- El brote del virus de la influenza A H1N1 que se presentó en México no fue suficientemente bien manejado por las autoridades responsables de las relaciones internacionales, lo que derivó en que un grupo de países iniciaran una campaña de desprestigio que, hasta el momento, afecta de manera considerable al aparato productivo nacional, principalmente al sector turismo.
- La pasividad ante lo que se mencionaba respecto a México y nuestros connacionales ocasionó que se presentaran casos de discriminación y violaciones a los derechos humanos de mexicanos que viajan a otros países, o bien, que tienen como lugar de residencia otra nación.
- Ante las medidas restrictivas implementadas por algunos países, la cancillería mexicana no ha sido capaz de revertir la campaña de desprestigio que se ha venido realizando en contra de México.
- En el caso particular de Cuba, una de las causas que motivaron una reacción tan drástica se encuentra en la posibilidad de hacerse de un mercado turístico más amplio, en donde México representa un fuerte competidor. El desprestigio y la manipulación de la información han sido las herramientas utilizadas por el gobierno cubano.
- El gobierno federal ha implementado programas que tienen por objeto otorgar apoyos a los sectores que pueden resultar afectados como consecuencia de la emergencia sanitaria; sin em-

bargo, es importante considerar otras ramas de la actividad económica que dependen de manera indirecta de los rubros afectados.

- En términos de cuantificar los efectos que ha generado la emergencia sanitaria

por el brote del virus de influenza, los datos hasta ahora vertidos son sólo estimaciones. Por el momento no es posible establecer los costos sociales, políticos y económicos que puede dejar dicho problema.

Apoyo a las acciones emprendidas; creencia en que la tragedia fue mayor

*Efrén Arellano Trejo**

Este artículo ofrece un recuento de las opiniones y evaluación de los ciudadanos en torno a las acciones y declaraciones de las autoridades para conducir la contingencia sanitaria provocada por la influenza. Para ello, se utilizan encuestas nacionales y en el D.F., en vivienda y telefónicas, dadas a conocer por las principales encuestadoras de la ciudad de México.

El análisis se divide en dos etapas: la primera corresponde a los estudios realizados durante los días más críticos de la contingencia; y la segunda a las encuestas levantadas una vez que se reanudaron la mayoría de las actividades escolares y laborales.

Opiniones durante la contingencia

El Cuadro 1 muestra que durante la etapa más aguda de la emergencia la mayoría de los ciu-

dadanos en el país asumió que el gobierno estaba haciendo lo correcto al cerrar escuelas, espectáculos y restaurantes. La aprobación a esta medida fue de 75%. A ello hay que agregar que 11% consideró que era necesario “tomar medidas más fuertes”.

Además, de acuerdo con la encuesta de Consulta Mitofsky, la mayoría de la población consideró que, frente a las consecuencias de la epidemia, “las autoridades” respondieron con oportunidad (64%), eficiencia (72%) y “no fueron exagerados” (68%). La parte con menor credibilidad, como lo corroboran estudios posteriores, se refiere al manejo de la información. En la etapa más aguda de la contingencia, únicamente 50% consideró que “dieron información completa”.

Las autoridades federales y locales obtuvieron una buena evaluación en esta etapa. La mayoría calificó como “bueno” el trabajo que estaba realizando el gobierno federal y el presidente Felipe Calderón (65% en ambos casos), las autoridades de salud (63%) y los gobiernos del D.F. y el Estado de México (58% ambos casos). El trabajo de los medios de comunicación fue calificado como “bueno” por 69% de los entrevistados.

* Maestro en Comunicación Política por la UNAM. Investigador del área de Opinión Pública del CESOP. Sus líneas de investigación son: opinión pública, cultura política, análisis de medios de comunicación, y seguridad pública. Correo electrónico: efren.arellano@congreso.gob.mx

Cuadro 1

Con las medidas que se están tomando de cerrar escuelas, espectáculos y restaurantes, ¿cree usted que el gobierno está exagerando, está haciendo lo correcto o que debe tomar medidas más fuertes?

		<i>Está exagerando</i>	<i>Está haciendo lo correcto</i>	<i>Debe tomar medidas más fuertes</i>	<i>Ns/Nc</i>	<i>Total</i>
Sexo	Hombre	11%	75%	12%	2%	100%
	Mujer	14%	79%	9%	1%	100%
Edad	De 18 a 29 años	14%	74%	12%	1%	100%
	De 30 a 49 años	12%	74%	12%	2%	100%
	De 50 y más años	12%	79%	7%	2%	100%
	Nacional	13%	75%	11%	2%	100%

Fuente: Consulta Mitofsky, con base en una encuesta nacional telefónica, realizada el 28 de abril de 2009, disponible en www.consulta.com.mx (fecha de consulta: mayo de 2009).

Sin embargo, la opinión y evaluación de los habitantes del D.F. fueron más críticas. Poco más de la mitad consideró que las autoridades se tardaron en reaccionar (51%) y que las cifras proporcionadas “se quedaron cortas frente a la realidad” (57%). Además, sólo 44% consideró que el gobierno capitalino “tomó las medidas adecuadas” y 49% estuvo de acuerdo con el cierre de los restaurantes.¹

Adicionalmente, un estudio de Ulises Beltrán comparó las opiniones predominantes a nivel nacional y en el D.F. De acuerdo con este trabajo, 58% de los entrevistados a nivel nacional consideró que el presidente Felipe Calderón “tiene la capacidad para proteger a los mexicanos de esta epidemia”; en el D.F. este

porcentaje descendió a 46%. A nivel nacional 70% consideró que se “trata de un problema de salud grave que requiere la participación del presidente de la república”; en el D.F. este sector fue de 61 por ciento.²

Opiniones posteriores a la emergencia

El Cuadro 2 ofrece indicadores de opinión nacionales recabados el 7 de mayo. En esta fecha el número de contagios se había estabilizado y las autoridades habían permitido el restablecimiento de clases en los niveles medio superior

¹ *Reforma*, 30 de abril de 2009, con base en encuesta telefónica en el D.F., realizada el 29 de abril de 2009.

² *Excelsior*, 4 de mayo de 2009, con base en encuesta telefónica nacional, realizada del 27 al 29 de abril de 2009.

Cuadro 2
Opiniones predominantes posteriores a la emergencia sanitaria

<i>Reactivo</i>	<i>%</i>
Está satisfecho con la actuación del gobierno del presidente Calderón para controlar la epidemia.	70%
No obstante los costos para la economía, afirma que “sí se justificó” el hecho de que el gobierno federal suspendiera las actividades de las empresas, lugares públicos y oficinas de gobierno.	68%
Opina que el gobierno tomó las medidas necesarias y por eso no hubo más fallecimientos.	62%
Califica como “adecuada” la atención que se otorgó en los centros de salud a personas con síntomas de influenza.	57%
Coincide en que la epidemia de influenza es un problema de salud real.	55%
Cree que la epidemia de la influenza mostró que a pesar de sus deficiencias el sistema de salud pudo hacer frente a una amenaza de salud desconocida y se evitaron más fallecimientos.	46%
Cree que es poco probable que se contagia de influenza.	43%
Considera que las cifras sobre personas hospitalizadas y fallecidas son falsas.	60%
Cree que el número de personas contagiadas son más (sólo de quienes cree que la información es falsa).	52%
Cree que el número de personas fallecidas son más (sólo de quienes cree que la información es falsa).	49%

Fuente: Alejandro Cruz, del despacho BGC Ulises Beltrán y Asociados, “Muere virus del miedo al contagio”, en *Excélsior*, 11 de mayo de 2009, p. 6, con base en encuesta telefónica nacional, levantada el 7 de mayo de 2009.

y superior, así como la reanudación de actividades mercantiles y productivas que estaban suspendidas.

Los ciudadanos, a nivel nacional, aprobaron la actuación de las autoridades y las medidas tomadas. Así, entre 60 y 70% de los entrevistados se dijeron satisfechos con la actuación

del gobierno del presidente Calderón. Consideraron “justificada” la suspensión de las actividades y coincidieron en que la intervención gubernamental impidió un número mayor de fallecimientos.

Además, entre 55 y 57% de los entrevistados consideró que la atención otorgada en

los centros de salud fue adecuada y cree que el problema de la influenza es “un problema de salud real”. Casi la mitad de los entrevistados (46%) opinó que el sistema de salud pudo hacer frente a una amenaza desconocida y evitar más fallecimientos.

Como ya se adelantaba líneas arriba, la calidad y credibilidad de la información es el aspecto más cuestionado. Seis de cada diez entrevistados cree que la información sobre personas afectadas y fallecidas es “falsa”. Como se aprecia al final del Cuadro 2, la percepción más difundida entre quienes cuestionan dicha información es que el número de personas fallecidas y contagiadas es mayor.

Nuevamente en esta etapa, la opinión de los habitantes del D.F. es menos favorable hacia las autoridades que la predominante a nivel nacional. De acuerdo con la encuesta del periódico *Reforma*, 63% de los capitalinos calificó como “bien” o “muy bien” la forma en que enfrentaron la emergencia. Sin embargo, tal como se observa en el Cuadro 3, dicho porcentaje disminuye cuando se califica a las personas concretas. No obstante, los porcentajes que calificaron como “bueno” o “muy bueno” el trabajo del secretario de Salud (56%) y del presidente Felipe Calderón (54%), son mayores que los obtenidos por los mandatarios locales Marcelo Ebrard (49%) y Enrique Peña (46%).

Cuadro 3
¿Cómo calificaría el trabajo de los siguientes funcionarios frente a la crisis de la influenza A H1N1?

	<i>Muy bueno / Bueno</i>	<i>Malo / Muy malo</i>	<i>Regular</i>	<i>No se ha notado</i>	<i>No sabe</i>
El secretario de Salud, José Ángel Córdova	56%	12%	25%	4%	3%
El presidente Felipe Calderón	54%	12%	24%	6%	4%
El jefe de gobierno Marcelo Ebrard	49%	14%	30%	4%	3%
El gobernador del Estado de México, Enrique Peña Nieto	46%	11%	25%	9%	9%

Fuente: *Reforma*, 14 de mayo de 2009, con base en encuesta telefónica en el D.F., levantada el 8 de mayo de 2009.

NUMERALIA

La Secretaría de Salud ha reportado seis mil 241 casos de influenza A H1N1 en México, de los cuales 108 fallecieron (10/06/09).

Las 108 defunciones representan 1.7% del total de casos confirmados, 51.9% eran mujeres y 48.1% hombres. El 71.3% tenía entre 20 y 54 años de edad.

Del total de personas que fallecieron, 84.3% tuvo como síntomas tos y fiebre, 74.1% náuseas, 56.5% ataque al estado general y 50.9% expectoración.

El 37% de los fallecidos tenía padecimientos metabólicos como obesidad y diabetes mellitus, 18.5% enfermedades cardiovasculares, 13% tabaquismo, 8.3% problemas respiratorios y el resto, enfermedades infecciosas, autoinmunes y neoplásicas.

Las 32 entidades federativas registran casos confirmados, la mayor parte se concentra en el Distrito Federal, seguido de Veracruz, San Luis Potosí, Jalisco, Estado de México y Zacatecas.

Según la Organización Mundial de la Salud, ya son 74 países los que han reportado oficialmente casos de influenza A (H1N1) con 27,737 casos de personas infectadas y 141 muertos (10/06/09).

Actualmente se encuentra en fase 5 la alerta mundial, pero la Organización Mundial de la Salud (OMS) decidió no elevar a la fase 6, lo que implicaría decretar una pandemia, hasta asegurarse de que los países están listos para evitar el pánico generalizado.

Reportes CESOP

2007	2008	2009
1. TRABAJO	9. CALIDAD DE VIDA	19. LA NUEVA PRESIDENCIA DE ESTADOS UNIDOS
2. RELACIÓN MÉXICO-ESTADOS UNIDOS	10. SECTOR ENERGÉTICO	20. PROCESO ELECTORAL 2009
3. PLAN NACIONAL DE DESARROLLO 2007-2012	11. EL COMBATE A LA POBREZA	21. CRISIS ECONÓMICA
4. SEGURIDAD PÚBLICA	12. OPINIÓN PÚBLICA Y GESTIÓN LEGISLATIVA	
5. GLOSA DEL PRIMER INFORME DE GOBIERNO	13. INFRAESTRUCTURA	
6. PROCESO DE REFORMA DEL ESTADO	14. COMPETITIVIDAD Y DESARROLLO	
7. EVALUACIÓN Y GESTIÓN PÚBLICA	15. MEDIO AMBIENTE	
8. PODER LEGISLATIVO Y OPINIÓN PÚBLICA	16. GLOSA DEL SEGUNDO INFORME DE GOBIERNO	
	17. PRESUPUESTOS DE EGRESOS DE LA FEDERACIÓN 2009	
	18. POLÍTICAS PÚBLICAS	

Todos los documentos pueden consultarse en la página de internet:
www.diputados.gob.mx

R E P C

E T R C



Cámara de Diputados

LX Legislatura