

Emergencias sanitarias

INGRID BRENA SESMA
COORDINADORA



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



EMERGENCIAS SANITARIAS

INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS

Serie: ESTUDIOS JURÍDICOS, Núm. 221

Coordinadora editorial: Elvia Lucía Flores Ávalos

Asistente editorial: Karla Beatriz Templos Núñez

Cuidado de la edición: Miguel López Ruiz

Diseño y formación tipográfica (InDesing CS5.5): Javier Mendoza Villegas

EMERGENCIAS SANITARIAS

INGRID BRENA SESMA

Coordinadora



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
México 2013

Esta obra fue dictaminada por sus pares académicos y aprobada
para su publicación por la Comisión Editorial del Instituto
de Investigaciones Jurídicas

Primera edición: 16 de abril de 2013

DR © 2013, Universidad Nacional Autónoma de México
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES JURÍDICAS

Circuito Maestro Mario de la Cueva s/n
Ciudad de la Investigación en Humanidades
Ciudad Universitaria, 04510 México, D. F.

Impreso y hecho en México

ISBN 978-607-02-4238-0

CONTENIDO

Presentación	IX
Ingrid BRENA	
La normativa mexicana ante las emergencias sanitarias . . .	1
Joel Francisco JIMÉNEZ GARCÍA	
La responsabilidad social y las emergencias sanitarias	15
Ingrid BRENA	
Análisis criminológico de la emergencia sanitaria de la influenza A(H1N1). Prevención del delito A(H1N1).	35
María Teresa AMBROSIO MORALES	
Ernesto MAYEN HERRERA	
Adriana MAYEN HERRERA	
Definiendo un escenario de toma de decisiones: el caso de la influenza humana A(H1N1)	61
Giovanni Miguel ALGARRA GARZÓN	
La libertad de expresión y el derecho de acceso a la información ante una emergencia sanitaria	79
Mireya CASTAÑEDA	
La demografía como instrumento de análisis	107
Luz María VALDÉS	
Las políticas públicas frente a las emergencias sanitarias a partir de la experiencia mexicana frente a la pandemia de la influenza A(H1N1)	137
Arturo CHIMAL ARECHAVALA	

Emergencias sanitarias por zoonosis. Aspectos intersectoriales 159
Juan GARZA RAMOS

Emergencias sanitarias, editado por el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM, se terminó de imprimir el 16 de abril de 2013 en los talleres de Formación Gráfica, S. A. de C. V., Matamoros 112, col. Raúl Romero, Ciudad Nezahualcóyotl, 57630 Estado de México. Se utilizó tipo *Baskerville* 9, 10 y 11 puntos. En esta edición se empleó papel cultural 57 x 87 de 37 kilos para los interiores y cartulina sulfatada de 14 puntos para los forros; consta de 500 ejemplares (impresión *offset*).

PRESENTACIÓN

Las emergencias sanitarias ocasionadas por epidemias han representado un intermitente problema de salud a lo largo de la historia de la humanidad. En nuestro país, enfermedades como cólera, influenza, viruela, tífus, fiebre amarilla y paludismo, por mencionar algunas, han significado graves afectaciones a la población, detectadas desde la Colonia. Sin embargo, en la época actual estamos conscientes de que no solo las epidemias pueden ocasionar una emergencia sanitaria, pues existen también situaciones derivadas de otras contingencias, tales como guerras, hambrunas o desastres físicos, como terremotos o inundaciones.

Con el propósito de crear un espacio de reflexión dedicado a investigar el significado y las consecuencias de ciertos fenómenos en la vida de las personas, que pueden convertirse en emergencia sanitaria, un grupo de académicos planteamos la conveniencia de crear una línea de investigación interdisciplinaria. Este grupo de trabajo tendría como propósito analizar, desde distintos enfoques, el fenómeno de las emergencias sanitarias; ¿cómo y por qué surgen? ¿Cuándo se justifica la limitación de ciertos derechos? ¿Estas limitaciones han sido, de acuerdo con experiencias, legales y proporcionales? O, por el contrario, ¿han sido insuficientes o exageradas?

A fin de contestar estos y otros cuestionamientos, la línea de investigación comenzó a funcionar. Como primer paso decidimos establecer un concepto de “emergencia sanitaria” útil para nuestros trabajos. Después de una deliberación, optamos por acogernos a las definiciones descritas en la Ley General de Protección Civil tanto para emergencia como para fenómeno sanitario-ecológico:

Emergencia: Situación anormal que acontece de manera imprevista que puede causar un daño a la sociedad y propiciar un riesgo excesivo para la seguridad e integridad de la población en general o afectan e impiden la vida normal de la comunidad, región o país.

Fenómeno sanitario-ecológico: Calamidad que se genera por la acción patógena de agentes biológicos que atacan a la población, a los animales y a las cosechas causando su muerte o la alteración de su salud que se propaga durante un periodo, sin importar la duración del mismo. Estas circunstancias provocan que el nivel de incidencia de la enfermedad fuera superior respecto de las ya catalogadas (fracciones XIV y XVI).

Una vez definidos estos conceptos, era necesario fijar cuál sería el objetivo general de la línea. Con el fin de que las investigaciones tuvieran un fin práctico, se llegó a la conclusión de que era necesario plantear aquellos lineamientos que sirvieran para implementar políticas públicas, en el entendido de que las políticas estuvieran dirigidas a sectores específicos de la administración pública, pero, al mismo tiempo, se formularan recomendaciones tanto a la iniciativa privada como a las organizaciones no gubernamentales.

Después de la definición de términos y el establecimiento de objetivos, cada integrante de la línea inició su propia investigación. Los avances de los trabajos fueron presentados en los seminarios periódicos a que tal efecto se organizaron en el Instituto de Investigaciones Jurídicas.

La doctora Luz María Valdés describió la utilidad de la demografía como instrumento analítico de la mortalidad, que da cuenta de la evolución de las defunciones en México durante una emergencia sanitaria. A partir de ese dato, realizó otros análisis, para estimar la esperanza de vida de la población, la cual se toma como indicador del desarrollo económico y social, y que a su vez refleja la capacidad del Estado para atender la prestación de servicios en salud, alimentación, educación, empleo y bienestar.

El doctor Juan Garza Ramos, médico veterinario zootecnista, insistió en la relación entre enfermedades animales y trastor-

nos de la salud en humanos y en el riesgo de que las autoridades no se percaten de tal vínculo. Su propuesta va en el sentido de que exista una estrecha comunicación y colaboración entre las distintas secretarías de Estado

El doctor Joel Jiménez García presentó un marco jurídico muy útil y poco conocido, para cuya elaboración se tomó la tarea de recopilar toda la legislación mexicana que debería ser aplicable antes y durante una emergencia sanitaria. Entre las múltiples utilidades de este marco está la de permitir ubicar cuáles son las autoridades encargadas de intervenir en casos concretos.

El derecho al acceso a la información adquiere connotaciones especiales durante una emergencia sanitaria. ¿Qué tanto se debe informar al público y qué información justificadamente debe reservarse? En aras de contestar esta pregunta, en opinión de la maestra Mireya Castañeda, era necesario analizar la protección a la libertad de expresión y el derecho al acceso a la información, de acuerdo con el marco jurídico aplicable. Esa misma legislación es la única que puede establecer una restricción o suspensión del derecho ante una contingencia de carácter sanitario, siempre y cuando esa acción se encuentre plenamente justificada.

No es posible en los tiempos actuales situar a las emergencias sanitarias únicamente en los contextos nacionales. La rápida propagación de las epidemias nos lleva a considerar la necesidad de convocar a la comunidad internacional, entiéndase los otros Estados y los organismos internacionales, de quienes se espera cierto grado de responsabilidad y solidaridad. Son varios los tratados, convenios y otros instrumentos internacionales que han instrumentado la cooperación internacional frente a esos fenómenos. Por la relación con mis otras líneas de investigación elegí desarrollar este tema.

La maestra María Teresa Ambrosio insistió en la necesidad de prestar atención al hecho de que la influenza A(H1N1) aparecida en 2009 tuvo un impacto importante y trascendente para la criminología de la ciudad de México. Ese impacto puede ser

minimizado en el futuro si se logran tomar medidas preventivas que bajen el índice delictivo en forma eficaz, sin tener que llegar al extremo de un excesivo control social formal durante la emergencia.

El maestro Giovanni Miguel Algarra destacó la necesidad de tener diferentes ángulos de aproximación a las crisis sanitarias. Una amplitud en el panorama permitirá evaluar los hechos concretos acontecidos durante la crisis de 2009, que desencadenaron las decisiones tomadas a partir de los distintos niveles de gobierno. Algarra insiste en que este enfoque será de enorme ayuda para plantear las políticas públicas necesarias para enfrentar las nuevas situaciones que pudieran presentarse en el futuro.

Basado en la experiencia de México frente a la pandemia de la influenza A(H1N1), Arturo Chimal planteó como objetivo de su investigación mostrar qué tanto las políticas públicas responden o no a las necesidades y/o demandas públicas de la sociedad. Señaló que para la elaboración de tales instrumentos es preciso contar previamente con la información confiable que esté disponible y destinarla a disminuir los niveles de incertidumbre entre la población, y fortalecer la cultura de la corresponsabilidad pública.

Además de quienes acudían a los seminarios, formaron parte del grupo la doctora Lizbeth Sagols Sales, quien acudió a las sesiones y enriqueció las discusiones con su visión desde la filosofía. En esta obra se presentan los trabajos finales de los participantes en la Línea, los cuales fueron dados a conocer el 21 de septiembre de 2011 durante la Semana de las Líneas de Investigación, organizada por el Instituto de Investigaciones Jurídicas.

Ingrid BRENA

LA NORMATIVA MEXICANA ANTE LAS EMERGENCIAS SANITARIAS

Joel Francisco JIMÉNEZ GARCÍA

SUMARIO: I. *Delimitación del tema.* II. *Autoridades sanitarias.* III. *Conclusión.* IV. *Legislación consultada.*

Este trabajo surge dentro del Núcleo de Estudios en Salud y Derecho, que coordina la doctora Ingrid Brena, por lo que su estructura fue cobrando forma con la participación de los miembros del Núcleo, y la búsqueda constante de disposiciones legales aplicables a las emergencias sanitarias.

Comenzamos por plantear una pregunta: ¿dispone el Estado mexicano del marco jurídico adecuado para hacer frente a una emergencia sanitaria?¹

Con el propósito de dar respuesta a la pregunta formulada, se llevó a cabo la revisión de la legislación mexicana vigente, aplicable a las emergencias sanitarias.

I. DELIMITACIÓN DEL TEMA

Al llevar a cabo la revisión mencionada nos obligó a realizar lo que llamamos el acotamiento del trabajo. Al efecto, consideramos tres factores:

¹ Concepto de emergencia, artículo 3o., XVII, Ley General de Protección Civil, *DOF* 12 de mayo de 2000.

1. Abordar el derecho interno del Estado mexicano, por lo que no incluiremos normativa internacional.
2. Tratar únicamente derecho vigente; en consecuencia, no se hace un análisis histórico.
3. Se hace referencia a textos legales, que se validarán posteriormente en su operatividad.

II. AUTORIDADES SANITARIAS

Por principio, debemos citar que se dispone de autoridades sanitarias, que cuentan con una jerarquía establecida, y que son:

1. El presidente de la República
2. El Consejo de Salubridad General
3. La Secretaría de Salud
4. Los gobiernos de las entidades federativas, incluyendo el del Distrito Federal²

1. *El presidente de la República*

Es el titular del Ejecutivo Federal, la primera autoridad sanitaria del país.

Veamos de qué recursos administrativos dispone el Ejecutivo Federal.

A. *Es el titular de la administración pública federal*

La administración pública federal³ comprende dos importantes secciones:

1. *La administración centralizada*. Se integra por las secretarías de Estado, actualmente son dieciocho, y una Consejería Jurídica

² Artículo 4o. Ley General de Salud.

³ Artículos 90 y 89-II de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

exclusiva del Ejecutivo Federal, que le brinda el apoyo técnico jurídico.⁴

2. *La administración paraestatal.* Se conforma básicamente de organismos descentralizados, dentro de los cuales podemos mencionar por lo menos doce institutos nacionales de salud.⁵

a. Sectorización

Es la sectorización una figura de la administración pública federal, a través de la cual se coordina y armoniza a las dependencias y entidades; por lo que hace al sector salud, corresponde a la Secretaría de Salud ser cabeza de sector. Con esta figura se lleva a cabo el agrupamiento de las entidades de la administración pública paraestatal y se coordinan a través, en el caso que nos ocupa, de la Secretaría de Salud, quien funge como coordinadora del Sector Salud.

- Sistema Nacional de Salud.
- Corresponde al Ejecutivo Federal, coordinar el Sistema Nacional de Salud (por conducto de la Secretaría de Salud).⁶

b. Estructura y objetivos

El Sistema Nacional de Salud está constituido por las dependencias y entidades de la administración pública, tanto federal como local, y las personas físicas o morales de los sectores social y privado, que presten servicios de salud, así como por los mecanismos de coordinación de acciones, y tienen por objeto dar cumplimiento al derecho a la protección de la salud; sus objetivos, son entre otros, atender los problemas sanitarios prioritarios.

⁴ Artículos de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

⁵ Artículo 5, Ley de los Institutos Nacionales de Salud.

⁶ Artículo 13 A) VIII, Ley General de Salud.

c. Coordinación

Aunque la coordinación del Sistema Nacional de Salud está a cargo de la Secretaría de Salud, el primer responsable es el titular del Ejecutivo Federal.⁷

B. *Sistema Nacional de Protección Civil*

Cabe mencionar que por protección civil se entiende el conjunto de disposiciones, medidas y acciones destinadas a la prevención, auxilio y recuperación de la población ante la eventualidad de un desastre. Y por emergencia se entiende una situación anormal que puede causar un daño a la sociedad y propiciar un riesgo excesivo para la seguridad e integridad de la población en general; se declara por el Ejecutivo Federal cuando se afecta una entidad federal y/o se rebasa su capacidad de respuesta, requiriendo el apoyo federal.⁸

Corresponde al Ejecutivo Federal dictar los lineamientos generales para inducir y conducir las labores de protección civil y emitir las declaraciones de emergencia.⁹

El Sistema Nacional de Protección Civil es un conjunto orgánico y articulado de estructuras, relaciones funcionales, métodos y procedimientos que establecen las dependencias y entidades del sector público entre sí, con las organizaciones de los diversos grupos voluntarios, sociales, privados y con las autoridades de los estados, del Distrito Federal y de los municipios, a fin de efectuar acciones coordinadas, destinadas a la protección contra los peligrosos que se presenten y a la recuperación de la población, en la eventualidad de un desastre.¹⁰

⁷ Artículos 5o., 6o. I y 7o. de la Ley General de Salud.

⁸ Artículo 3o. IV y XVII de la Ley General de Protección Civil.

⁹ Artículo 4o. I y III de la Ley General de Protección Civil.

¹⁰ Artículo 9o. de la Ley General de Protección Civil.

a. Estructura

El Sistema Nacional de Protección Civil se integra por el presidente de la República, por su Consejo Nacional,¹¹ por las dependencias, organismos e instituciones de la administración pública federal, por el Centro Nacional de Prevención de Desastres, por los grupos voluntarios, vecinales y no gubernamentales, y por los sistemas de protección civil de las entidades federativas, del Distrito Federal y de los municipios.

b. Coordinación

Es de resaltar que la coordinación ejecutiva del Sistema Nacional de Protección Civil recae en la Secretaría de Gobernación, la cual en materia de protección es la facultada para emitir las declaratorias de emergencia y de desastre.¹²

2. Consejo de Salubridad General

El Ejecutivo Federal también cuenta con el Consejo de Salubridad General, que es la segunda autoridad sanitaria del país, que depende directamente del Ejecutivo Federal y sin la intervención de ninguna secretaría de Estado; sus disposiciones generales serán obligatorias en el país.¹³

A. Estructura

El Consejo de Salubridad General es un órgano colegiado, que tendrá como presidente al secretario de Salud.¹⁴

¹¹ Artículo 17, Integración del Consejo de la Ley General de Protección Civil.

¹² Artículos 11 y 12, IX, de la Ley General de Protección Civil.

¹³ Fracción XVI, base 1a., 2a. y 3a. del artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

¹⁴ Artículo 15 de la Ley General de Salud.

El Consejo de Salubridad General está integrado por un presidente, que será el secretario de Salud; un secretario y trece vocales titulares, dos de los cuales serán los presidentes de la Academia Nacional de Medicina y de la Academia Mexicana de Cirugía, y los vocales que su propio reglamento determine.

Los miembros del Consejo serán designados y removidos por el presidente de la República, quien deberá nombrar para tales cargos a profesionales especializados en cualquiera de las ramas sanitarias (integración establecida en el artículo 15 de la Ley General de Salud).

El Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General especifica su integración, de la siguiente manera:

El Consejo de Salubridad General estará integrado por un presidente, que será el secretario de Salud; un secretario, que será designado por el presidente de la República y los siguientes vocales: los titulares del Instituto Mexicano del Seguro Social y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; el rector de la Universidad Nacional Autónoma de México; los directores generales del Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología, del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y de Sanidad de la Secretaría de la Defensa Nacional; los presidentes de las academias Nacional de Medicina y Mexicana de Cirugía; un representante con nivel de subsecretario de las secretarías de Desarrollo Social y de Medio Ambiente y Recursos Naturales; un representante de la Secretaría de Educación Pública, que será el director general del Instituto Politécnico Nacional; un representante de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior, A. C. y el presidente Ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud, A. C.

Además, el Consejo contará con las vocales auxiliares que estime necesarios, para lo cual su presidente invitará a aquellas personas e instituciones que por sus conocimientos y experiencia puedan coadyuvar.

Desde luego, contará con un secretario de actas.

Será invitado permanente el comisionado para el Desarrollo Social de la Oficina Ejecutiva de la Presidencia de la República.

El presidente del Consejo podrá invitar a representantes de los sectores público, social o privado cuando los asuntos lo ameriten.

a. Competencia

Le corresponde al Consejo de Salubridad General actuar en caso de epidemias graves, para prevenir y controlar enfermedades transmisibles.¹⁵

El más reciente Consejo de Salubridad General se instaló el 20 de abril de 2007 por el titular de Ejecutivo Federal.¹⁶

Las autoridades integrantes del Consejo de Salubridad General son:

- Presidente del Consejo de Salubridad General.
- Secretario.

Vocales titulares:

- Secretario de Hacienda y Crédito Público.
- Secretario de Desarrollo Social.
- Secretario de Medio Ambiente y Recursos Naturales.
- Secretario de Economía.
- Secretario de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación.
- Secretario de Comunicaciones y Transportes.
- Secretario de Educación Pública.
- Titular del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

¹⁵ Fracción XVI, base 2a. del artículo 73 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, y fracción XV del artículo 3o. de la Ley General de Salud.

¹⁶ Reglamento Interno del Consejo de la Salubridad General, *DOF*, 30 de octubre de 2002.

- Director general de Sanidad Militar de la Secretaría de la Defensa Nacional.
- Director general adjunto de Sanidad Naval de la Secretaría de Marina.
- Presidente de la Academia Nacional de Medicina.
- Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía.
- Director general del Instituto Mexicano del Seguro Social.
- Director general del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
- Rector de la Universidad Nacional Autónoma de México.
- Director general del Instituto Politécnico Nacional.
- Director general del Consejo Nacional de Ciencias y Tecnología.
- Secretario general ejecutivo de la Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior, A. C.
- Presidente ejecutivo de la Fundación Mexicana para la Salud.

Vocales auxiliares:

- Secretario de Salud en el estado de Sonora y representante de la Zona Noroeste.
- Secretario de Salud en el estado de Nuevo León y representante de la Zona Noreste.
- Secretario de Salud en el estado de San Luis Potosí y representante de la Zona Centro.
- Secretario de Salud y Dirección General de los Servicios de Salud de Yucatán, representante de la Zona Sureste.
- Secretario de Salud del Gobierno del Distrito Federal.
- Coordinadora general de Protección Civil, de la Secretaría de Gobernación.
- Subdirector corporativo de Servicios Médicos de Petróleos Mexicanos.
- Presidente de la Academia Mexicana de Pediatría.
- Presidente de la Sociedad Mexicana de Salud Pública.
- Presidente de la Academia Nacional de Ciencias Farmacéuticas.

- Presidente de la Asociación Nacional de Hospitales Privados.
- Presidente del Colegio Médico de México.
- Presidente del Colegio Mexicano de Licenciados en Enfermería.
- Presidente del Consejo de Ética y Transparencia de la Industria Farmacéutica.
- Presidente de la Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica.
- Presidente de la Cámara Nacional de la Industria de la Transformación.

Como se aprecia, dentro del Consejo de Salubridad General, la República mexicana está dividida por zonas, colocando al titular de salud del Estado correspondiente como representante de una porción del territorio nacional.

- Zona Noroeste: el secretario de Salud en el estado de Sonora.
- Zona Noreste: el secretario de Salud en el estado de Nuevo León.
- Zona Centro: el secretario de Salud en el estado de San Luis Potosí.
- Zona Sureste: el secretario de Salud en el estado de Yucatán.

3. *La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas*

Les corresponde a la Secretaría de Salud y a los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, realizar actividades de vigilancia epidemiológica, de prevención y control, entre otras, de influenza epidémica.¹⁷

También le corresponde a la Secretaría de Salud establecer y conducir la política nacional en materia de salubridad general;

¹⁷ Artículo 134, II, de la Ley General de Salud.

coordinar y evaluar el Sistema Nacional de Salud; organizar y administrar los servicios sanitarios en toda la República.¹⁸

Además, en caso de epidemia grave, la Secretaría dictará inmediatamente las medidas indispensables para prevenir y combatir los daños a la salud.¹⁹

A. Consejo Nacional de Vacunación

El Consejo Nacional de Vacunación (Conava) es la autoridad que propone las políticas, acciones, proyectos y estrategias para la aplicación del Programa de Vacunación Universal. Órgano colegiado. Lo preside el secretario de Salud.²⁰

a. Estructura

El Consejo se integra por los titulares del Instituto Mexicano del Seguro Social, del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia y por los subsecretarios y el oficial mayor de la Secretaría de Salud, quienes fungirán como vocales, y todas aquellas personas que forman parte de dependencias o entidades que sean convocadas por el presidente del Consejo como miembros permanentes de asesoría.

Cabe mencionar que el Consejo cuenta también con un patronato.

B. Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades

Órgano desconcentrado de la Secretaría de Salud, le corresponde proponer las políticas y estrategias nacionales en materia

¹⁸ Artículo 39, I, VI, IX de la Ley Orgánica de la Administración Pública Federal.

¹⁹ Artículo 181 de la Ley General de Salud.

²⁰ Decreto creación, *DOF*, 24 de enero de 1991.

de prevención y control de enfermedades transmisibles y, desde luego, urgencias epidemiológicas.

Coordina, entre otras instancias, la Red Nacional de Laboratorios de Salud Pública y el Comité Nacional de Laboratorios Autorizados por Salud Pública.²¹

También coordina el Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica, incluyendo el Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica, así como las acciones de vigilancia epidemiológica internacional.

Debe difundir en forma oportuna los resultados e información generada por las acciones de prevención y control de enfermedades, así como de la vigilancia epidemiológica.

C. *Instituto Nacional de Salud Pública*

Este organismo descentralizado sirve de referencia para el diagnóstico de las enfermedades infecciosas; cuenta con una junta de gobierno que preside el secretario de Salud.²²

D. *Sistema Nacional de Información en Salud*

Es la Secretaría de Salud el órgano normativo y rector del Sistema Nacional de Información en Salud, y funge como el concentrador de toda la información generada por éste.²³

E. *Coordinación Sectorial*

Las siguientes entidades conforman el Sector Salud:

- Institutos nacionales de salud.
- Hospital General de México.

²¹ Artículo 45 del Reglamento Interior de la Secretaría de Salud.

²² Artículo de la Ley de los Instituto Nacionales de Salud.

²³ NOM-040-SSA2-2004, *DOF*, 28 de septiembre de 2004.

- Hospital General “Dr. Manuel Gea González”.
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.
- Laboratorios Biológicos y Reactivos de México, S. A. de C. V., Birmex, y
- Centros de Integración Juvenil, A. C.

III. CONCLUSIÓN

Es el presidente de la República, la primera autoridad sanitaria del país. Y dispone de dependencias y entidades que le permiten atender formalmente una emergencia sanitaria, a nivel federal. También cuenta con el Sistema Nacional de Salud, en donde coinciden todos los sectores de la población. Con el Sistema Nacional de Protección Civil puede enfrentar con diligencia toda emergencia. Depende del Ejecutivo Federal el Consejo de Salubridad General, órgano colegiado que representa a toda la población; su participación resulta indispensable, y en donde el secretario de Salud actúa como su representante presidente, y deberá manifestarse como tal ante cualquier emergencia sanitaria.

Además, el titular de la Secretaría de Salud dispone de órganos colegiados múltiples que la población debiera saber de su compromiso social, como son el Consejo Nacional de Vacunación, el Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades, el Instituto Nacional de Salud Pública, y el Sistema Nacional de Información en Salud. Con esta infraestructura se podría tener a una población informada y con buena disposición a participar en caso de una emergencia sanitaria.

Se considera, por todo lo anterior, que la emisión del decreto publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 25 de abril de 2009, por el que se ordenaban diversas acciones en materia de salubridad general, para prevenir, controlar y combatir la existencia y transmisión del virus de la influenza estacional epidémica, debió de haber tenido un contenido distinto, y hubiera permitido reportar a la población una real tranquilidad y en consecuencia propiciar su participación ordenada.

IV. LEGISLACIÓN CONSULTADA

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Ley General de Salud, *DOF* 7 de febrero de 1984.

Ley Orgánica de la Administración Pública Federal, *DOF* 29 de diciembre de 1976.

Ley de los Institutos Nacionales de Salud, *DOF* 26 de mayo de 2000.

Ley General de Protección Civil, *DOF* 12 de mayo de 2000.

Reglamento Interior del Consejo de Salubridad General, *DOF* 30 de octubre de 2002.

Decreto de creación del Consejo Nacional de Vacunación, *DOF* de 24 enero de 1991.

Reglamento Interior de la Secretaría de Salud, *DOF* 19 de enero de 2004.

Reglamento Interno del Consejo Nacional de Vacunación, *DOF* de 20 marzo de 2002.

LA RESPONSABILIDAD SOCIAL Y LAS EMERGENCIAS SANITARIAS

Ingrid BRENA*

SUMARIO: I. *Preliminar*. II. *La Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos y las emergencias sanitarias*. III. *Responsabilidad social y salud*. IV. *Responsabilidad de la comunidad internacional*. V. *Comentarios finales*. VI. *Bibliografía*.

I. PRELIMINAR

El siglo XX demostró que pese a los avances científicos, sociales y económicos, los brotes de enfermedades infecciosas, como cierto tipo de influencias, se presentaron de manera recurrente. Traslada la experiencia al siglo XXI, nos lleva a pensar que la aparición súbita de enfermedades infecciosas permanecerá como una característica dominante de la salud internacional.

Pero ahora no es solo la aparición de esos brotes lo que más preocupa a la humanidad, sino su rápida diseminación. Enfermedades como el SARS, la gripe aviar, o la influenza AH1N1, han dejado secuelas de quebranto a la salud y hasta de muerte, en un número indeterminado, pero significativo de personas.

* Coordinadora del Núcleo de Estudios en Derecho y Salud e investigadora en el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Esta situación nos lleva necesariamente a una reflexión sobre cuáles pueden ser los alcances del derecho a la salud cuando se presenta una emergencia sanitaria, y, por lo tanto, cuáles son las obligaciones de los Estados para cumplir efectivamente con el derecho a la salud de su población, ¿es la salud solo responsabilidad del Estado, u otros integrantes de la sociedad deben también asumir responsabilidades? Por otra parte, si tomamos en cuenta que las enfermedades infecciosas se transmiten de un Estado a otro, convirtiéndose en una amenaza a la población mundial, ¿no deberán los Estados en los cuales no se hayan presentados las emergencias asumir una responsabilidad solidaria?

II. LA DECLARACIÓN UNIVERSAL DE BIOÉTICA Y DERECHOS HUMANOS Y LAS EMERGENCIAS SANITARIAS

Esta Declaración, elaborada en el seno de la UNESCO, tiene por finalidad, según consta en su preámbulo, tratar las cuestiones éticas relacionadas con la medicina, las ciencias de la vida y las tecnologías conexas, aplicadas a los seres humanos, teniendo en cuenta tanto sus dimensiones sociales como jurídicas y ambientales. Este documento va dirigido a los Estados, pero también imparte con orientación, cuando proceda, para las decisiones o prácticas de individuos, grupos, comunidades, instituciones y empresas públicas y privadas.

Entre los objetivos de la Declaración está proporcionar un marco universal de principios y procedimientos que sirvan de guía a los Estados en la formulación de legislaciones, políticas u otros instrumentos en el ámbito de la bioética; orientar la acción de individuos, grupos, comunidades, instituciones y empresas públicas y privadas; promover el respeto a la dignidad humana y proteger los derechos humanos, velando por el respeto de la vida de los seres humanos y las libertades fundamentales, de conformidad con el derecho internacional relativo a los derechos humanos, y promover un acceso equitativo a los adelantos de la medicina, la ciencia y la tecnología, así como la más amplia cir-

culación posible y un rápido aprovechamiento compartido de los conocimientos relativos a esos adelantos y de sus correspondientes beneficios, prestando una especial atención a las necesidades de los países en desarrollo.

La aparición y el trato que se otorgue a las emergencias sanitarias tienen relación con varios de los principios de la Declaración; entre ellos, la no discriminación ni estigmatización de la población enferma o de aquella que habite en lugares o condiciones que la hagan más vulnerable para adquirir la enfermedad. Otro de los principios atiende al respeto a la privacidad y confidencialidad a que tienen derecho quienes han sido afectados por la infección causante de la emergencia sanitaria, a menos, claro, que su identificación sea necesaria en aras de proteger un interés público. Estos temas podrán ser abordados en otro estudio más extenso. Por ahora me permito presentar mis reflexiones sobre los principios de responsabilidad social y salud, enunciados en el artículo 14, y correlativamente el de solidaridad entre los seres humanos y la cooperación internacional, expresados en el artículo 13. El conocimiento de estos principios pudiera servir de auxilio en la implementación de las políticas públicas pertinentes antes y durante la aparición de una emergencia sanitaria.

III. RESPONSABILIDAD SOCIAL Y SALUD

La promoción de la salud y el desarrollo social para sus pueblos es un cometido esencial de los pueblos, que comparten todos los sectores de la sociedad.

Teniendo en cuenta que el goce del grado máximo de salud que se puede lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión ideología política o condición económica o social, los progresos de la ciencia y la tecnología deberían fomentar:

- a) El acceso a una atención médica de calidad y a los medicamentos esenciales, especialmente para la salud de las muje-

- res y los niños, ya que la salud es esencial para la vida misma y debe considerarse un bien social y humano;
- b) El acceso a una alimentación y un agua adecuadas;
 - c) La mejora de las condiciones de vida y del medio ambiente;
 - d) La supresión de la marginación y exclusión de personas por cualquier motivo, y
 - e) La reducción de la pobreza y el analfabetismo.

Este importante principio de la Declaración debe desglosarse en varios aspectos. Primero, enfatizar la importancia del derecho a la salud como uno de los derechos humanos más importantes, el cual debe ser atendido no solo con la prestación de servicios médicos, sino también a través de la creación de las condiciones sociales necesarias para preservar y mantener un estado de salud. Después, debe hacerse hincapié en el reconocimiento de que la protección de la salud, lejos de ser un asunto que concierna únicamente a los gobiernos, debe ser preocupación de todos los integrantes de la sociedad y, tomando en cuenta otros principios de la Declaración, un asunto que involucra acciones de todos los Estados.

1. *Derecho a la salud*

La salud debe ser uno de los objetivos del desarrollo y condición necesaria para lograr una verdadera igualdad de oportunidades entre los habitantes de los Estados. En este análisis, además del la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, nos referiremos al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, por ser este el documento que proporciona el marco jurídico más preciso para el desarrollo del derecho a la salud,¹ y que nos permitirá puntualizar cuáles son

¹ El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales fue aprobado y abierto a la firma, ratificación y adhesión, mediante resolución 2200 A (XXI) de la Asamblea General del 16 de diciembre de 1966, y entró en vigor el 3 de enero de 1976. México se adhirió en marzo de 1981, y fue publi-

las obligaciones del Estado durante la aparición de una emergencia sanitaria.²

El derecho a la salud presenta dos perfiles delimitables en cuanto a su temporalidad, y para su atención los Estados deben tomar diferentes tipos de acciones. Las primeras tienen como finalidad evitar que la salud de la población sea dañada, y después, cuando a pesar de esas acciones se presenta una emergencia sanitaria, los gobiernos deben tomar otra serie de medidas para asegurar la asistencia médica oportuna de calidad y accesible para la población que ha sido afectada en su salud.

A. *Acciones previas*

Es característica de las emergencias sanitarias su aparición súbita, de manera que solo cuando el Estado haya consolidado una preparación previa podrá hacerles frente. Los gobiernos, ante la perspectiva de un posible brote de infección (y por ahora todos están en ese supuesto), deberán desarrollar una serie de acciones preventivas. Es fundamental el desarrollo de investigación médica, especialmente epidemiológica e inmunológica, la creación de laboratorios capaces de detectar y clasificar cualquier tipo de virus desde su aparición, así como sus posibles mutaciones, pero también con capacidad para elaborar las vacunas suficientes para controlar el contagio de las infecciones.

El Estado no podrá enfrentar una emergencia sanitaria si previamente no ha planeado la posible extensión de sus capacidades hospitalarias o no ha entrenado al personal médico y de

cado en el *Diario Oficial* el 12 de mayo de 1981. El cumplimiento por los Estados partes de las obligaciones que les impone el Pacto y el grado de efectividad de los derechos y las obligaciones son vigilados por el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el cual depende de la Organización de las Naciones Unidas.

² Para más información sobre las obligaciones de los Estados para hacer efectivo el derecho a la salud, consultar: Brena, Ingrid, "Derecho a la salud", en Valdés, Luz María (coord.), *Derechos de los mexicanos. Introducción al derecho demográfico*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2009, pp. 83 y 98.

apoyo capaz de diagnosticar y atender al enfermo cuando este haya adquirido una enfermedad contagiosa.

B. *Acciones durante la aparición de una emergencia sanitaria*

En un segundo momento —una vez diseminada la infección— el Estado deberá asegurar a la población la posibilidad de un diagnóstico certero que garantice la atención médica adecuada y permita evitar el contagio. Además, deberá garantizar la fabricación o, en su defecto, la adquisición de aquellos medicamentos capaces de curar la enfermedad, con la calidad requerida, en cantidades suficientes y a precios que la comunidad pueda pagar. Tanto los bienes y servicios de salud como los medicamentos deberán ser accesibles a toda la población, y en forma prioritaria a los sectores más vulnerables, como son los adultos mayores, las mujeres embarazadas, los discapacitados o aquellos que por su condición económica se les dificulte o imposibilite el pago de la atención médica o de los medicamentos que requieran.

C. *Necesidad de recursos*

Hacer frente a estas acciones, antes y durante la aparición de una emergencia sanitaria, requiere que los Estados cuenten con los recursos suficientes. Planteamiento por demás complicado en Estados que de antemano padecen de una dificultad para atender los requerimientos básicos de salud durante situaciones de normalidad. Sin embargo, no hay otra salida, el desarrollo de una buena planificación y previsión de recursos para elaborar los presupuestarios necesarios deberán ser considerados como acción prioritaria para afrontar cualquier emergencia que se presente.³

³ Cartens aseguró el 25 de abril que la Secretaría de Hacienda había adelantado que disponía de un fondo para gastos catastróficos de 6,000 millones de pesos para garantizar la movilización, coordinación y vigilancia epidemiológicas, atención médica, adquisición de insumos e investigación y desarrollo. *El Universal*, 27 de abril de 2000.

Los responsables de la elaboración de presupuestos nacionales habrán de tener presente, al momento de elaborar la planeación general, que no llevar a cabo las acciones preventivas ineludibles o desestimar la posible aparición de emergencias sanitaria pone en riesgo la salud, e incluso de vida de un número considerable de víctimas.

2. *Condicionantes sociales de la salud*

Si bien las acciones de prevención, atención y promoción de la salud que se tomen para enfrentar los desafíos que plantea la aparición de una emergencia sanitaria son las correctas para responder a una atención individual de la salud, son insuficientes por sí mismas para enfrentar los desafíos que plantea la vida en sociedad. Por ello, resulta imprescindible ampliar el panorama para observar las condiciones sociales que en forma indirecta son responsables de la salud de las personas.

Es fácilmente observable que a mayor desarrollo del país o de la región de que se trate, los problemas de salud tienden a disminuir; por el contrario, condiciones de pobreza, falta de acceso al agua potable, a los servicios de salud, el analfabetismo, se reflejan en el deterioro de la salud de las personas. El vínculo salud-medio ambiente es ahora claro. La devastación del medio ambiente, producto del crecimiento industrial desmedido, la destrucción de bosques y ecosistemas, la pérdida de la biodiversidad y la contaminación atmosférica son causa de graves problemas de salud, al contribuir a la generación o agravamiento de ciertas enfermedades.

El término “pobreza” engloba una serie de condicionamientos, hambre, o al menos desnutrición, falta de atención médica, ni siquiera la elemental, y marginación social. Vivir en la pobreza significa alejarse de una vida prolongada, de la posibilidad de adquirir conocimientos, de disfrutar de los estándares mínimos de vida que permiten disfrutar de la existencia, condición que propicia, por ende, una degradación de la salud. El nivel educativo de

los individuos es correlativo al nivel de su salud. La persona que recibe educación adquiere conocimientos acerca del cuerpo, de sus procesos y de su funcionamiento; además, las medidas sanitarias están al alcance de sus conocimientos para evitar la adquisición de enfermedades.

En esta dimensión social, atañe a los gobiernos atender a las determinantes que inciden en el bienestar de las poblaciones y asegurar las condiciones en las cuales una persona pueda conservar su salud o restaurarla, en caso de quebrantamiento. Estas condicionantes deben estar presentes en la elaboración de las políticas públicas de manera permanente, para que en el momento en que aparezca una emergencia sanitaria los riesgos de contagio disminuyan.

Se deben construir políticas públicas encaminadas a suministrar agua limpia y potable y que sean capaces de crear las condiciones sanitarias adecuadas, además de promover la educación. La falta de atención a las condicionantes sociales hará imposible que un Estado mejore la salud de su población. Una comunidad desnutrida se convierte en presa fácil de infecciones; sin acceso al agua no es posible exigir higiene personal; un medio ambiente contaminado promueve la aparición y diseminación de enfermedades. Por otra parte, la falta de educación propicia que las personas sean incapaces de acceder y entender la información que las autoridades difundan y a las medidas especiales que se implanten durante los periodos de emergencias sanitarias.

3. Principio de responsabilidad social y salud

La promoción de la salud y el desarrollo social para sus pueblos es un cometido esencial de los gobiernos, que comparten todos los sectores de la sociedad, expresa el artículo 14 de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos. Este texto nos conduce a la certeza de que la protección de la salud, lejos de ser un asunto que concierna únicamente a los gobiernos, debe ser preocupación de grupos, instituciones e individuos integrantes de

la sociedad, y, tomando en cuenta el principio de solidaridad y cooperación, desarrollado en el artículo 13 de ese mismo documento, un asunto que involucra acciones de todos los Estados.

Como se mencionó en apartados anteriores, corresponde a la entidad pública asumir, en primer término, la responsabilidad y atender directa o indirectamente los problemas de salud de su población. Sin embargo, esta aseveración no significa convertirla en el único sujeto obligado. Aun cuando los gobiernos atendieran con el máximo de sus capacidades los requerimientos de salud de su población durante una emergencia sanitaria, esta podría ser insuficiente ante la magnitud del problema; por ello, se requiere del apoyo de otras entidades y organizaciones privadas y de los individuos en lo particular.

A. Participación de grupos de voluntarios

Las organizaciones no gubernamentales, los sectores unidos por sus creencias religiosas o sus características étnicas; los agentes comerciales, organizaciones políticas, instituciones educativas, e instituciones encargadas del cumplimiento de la ley,⁴ deberán sumarse a responsabilidad social y dentro de sus campos y realizar las acciones necesarias para enfrentar, de la mejor manera posible, las emergencias sanitarias.

La Ley General de Protección Civil de nuestro país define a los grupos voluntarios que prestan sus servicios con acciones de protección civil de manera altruista y comprometida y les reconoce ciertos derechos y obligaciones. Entre sus derechos y obligaciones están cooperar en la difusión de programas y planes de protección civil; comunicar a las autoridades de protección civil la presencia de una situación de probable o inminente riesgo; coordinarse bajo el mando de las autoridades en caso de un ries-

⁴ El artículo 3o. de la Ley General de Protección Civil define a los grupos voluntarios como “Las instituciones, organizaciones y asociaciones que cuentan con el personal, conocimientos, experiencia y equipos necesarios y, prestan sus servicios en acciones de protección civil de manera altruista y comprometida”.

go, emergencia o desastre y participar en todas aquellas actividades que estén en posibilidad de realizar.

Estos grupos no deben actuar por su lado. No es recomendable que los servicios de atención médica, los laboratorios públicos y privados, la academia de todo el país, en especial de las universidades, trabajen en forma aislada. Por el contrario, ante la presencia de una emergencia sanitaria, debe existir una estrecha colaboración entre ellos para resolver los problemas que aquejan a la parte de la sociedad necesitada de ayuda.

La misma Ley General de Protección Civil⁵ prevé que las acciones de los grupos de voluntarios estén coordinadas dentro del Sistema Nacional de Protección Civil.⁶ Por su parte, corresponde al Consejo Nacional del Sistema fomentar la participación comprometida y corresponsable de todos los sectores de la sociedad, incluidos los servicios de atención médica, los laboratorios públicos y privados, la academia de todo el país, en especial las universidades. En este punto cabe destacar las acciones desarrolladas por la Universidad Nacional Autónoma de México.⁷

Sin embargo, aun con la reglamentación adecuada, nos preguntamos si durante la emergencia sanitaria de 2009 funcionó este sistema de protección civil.

B. *Grupos con intereses económicos*

Desafortunadamente, en épocas de emergencia, además de las acciones altruistas y la preocupación por la salud de las per-

⁵ Publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 12 de mayo de 2000.

⁶ Artículo 9o. de la Ley General de Protección Civil. El Sistema está integrado por el presidente de la República, por el Consejo Nacional, por las dependencias, organismos e instituciones de la administración pública federal, por el Centro Nacional de Prevención de Desastres, por los grupos voluntarios, vecinales y no gubernamentales, y por los sistemas de protección civil de las entidades federativas, del Distrito y de los municipios.

⁷ Estas experiencias quedaron registradas en el libro *La UNAM ante una emergencia sanitaria. Experiencia de la epidemia de influenza A(H1N1)*, publicado por la Universidad Nacional Autónoma de México en 2010.

sonas, aparecen en forma concomitante los intereses de carácter económico. Prestadores de servicios, industria farmacéutica, de equipamientos y los de grupos profesionales, buscan obtener beneficios económicos, y es entendible que pretendan ejercer presión entre los encargados de las políticas sanitarias para que estos tomen decisiones que les sean favorable aunque no sean estas las mejores para la población.

Ante la eventual presencia de un conflicto entre los intereses de ciertos grupos y los de la población, son necesarias políticas públicas que los resuelvan, y corresponde a las autoridades públicas velar por que los servicios de salud proporcionados por terceros garanticen el cumplimiento de los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de tales servicios.⁸ Al Estado corresponde representar el papel de regulador y generar instrumentos capaces de lograr un acercamiento y mediación entre los legítimos intereses de la salud de los ciudadanos y los del progreso y beneficio de los diferentes agentes que operan las industrias, así como de los profesionales que ejercen alrededor del sistema sanitario.⁹

C. *Participación individual*

Durante una epidemia, cualquier integrante del grupo social está en riesgo de adquirir la enfermedad, y esta contingencia une o debiera unir a las personas hacia el logro de un objetivo común: evitar, en lo posible, los contagios y procurar el restablecimiento de la salud de las personas que hubieran contraído el mal. Alcanzar este fin, motiva a los individuos a realizar acciones soli-

⁸ Sandoval Terán, Areli, *Manual sobre derechos económicos, sociales, culturales y ambientales*, México, Comisión Nacional de Derechos Humanos del Distrito Federal, 2004, p. 66.

⁹ Bedate, Carlos Alonso, “El artículo 21 en la práctica. Un problema global, necesita una respuesta global: vacunas contra enfermedades infecciosas”, en Casado, María (coord.), *Sobre la dignidad y los principios: análisis de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO*, España, Observatori de Bioética i Dret, Civitas y Thomson Reuters, 2009, pp. 489-516.

darias, pero para configurar la solidaridad se requiere que entre los miembros del conjunto exista un sentimiento de pertenencia, integración o arraigo, que motive a las personas a realizar metas comunes. Una política pública adecuada debe ayudar a configurar esas motivaciones.

La solidaridad implica que durante una emergencia sanitaria, cada individuo, tanto en su entorno familiar como social, esté consciente del riesgo de adquirir una enfermedad, y esta contingencia lo una con los demás integrantes de su grupo hacia un fin común: evitar los contagios y curar a las personas que contraigan el mal, además de actuar conforme a los planes que emita el gobierno para enfrentar una contingencia.

El sentido de responsabilidad se encuentra muy unido, en épocas de emergencias sanitarias, con la solidaridad. Es fácilmente observable cómo ante una amenaza o desastre los seres humanos se conducen no solo en forma responsable, sino que, unidos por empatía con los demás, realizan ciertas acciones, aun bajo riesgos. Esta actitud es común entre los profesionales de la salud, quienes atienden a personas enfermas, incluso bajo el peligro de contagio.

Pero no son los profesionales de la salud los únicos que actúan en forma solidaria; también lo hacen quienes, en vez de recluirse en sus domicilios, desarrollan actividades que son esenciales para el funcionamiento de la vida comunitaria. Tal es el caso de los trabajadores y empleados de servicios públicos, el transporte, las comunicaciones y la seguridad o la producción de energía o de alimentos y medicinas básicos, solo por mencionar los más representativos.

La comunidad espera una solidaridad de esos individuos, pero, en reciprocidad, la sociedad debiera responder a quienes mostraron una actitud participativa. Una política pública adecuada trataría de establecer un balance entre las obligaciones y los derechos individuales de las personas y el interés público, durante emergencias sanitarias. Se considera básico que quienes entran en contacto con las fuentes de la infección tengan derecho

a estar protegidos con equipamientos especiales, y que los riesgos de contagio se minimicen a través de un programa de vacunación prioritaria.

Por otra parte, los planes de emergencia elaborados por los gobiernos afectan, en mayor o menor medida, la vida cotidiana de la población. Se exigen comportamientos precisos; restricciones a la libre circulación, limitación de acceso a lugares públicos, y al contacto físico, así como la adopción de medidas de higiene rigurosas. Sin embargo, una exigencia sin información adecuada y suficiente para la población podría ocasionar que las personas se revelen y no acepten las imposiciones.

D. Participación ciudadana a través de medios electrónicos

Debe tomarse en cuenta que durante las emergencias sanitarias algunas personas quieren expresar y compartir sus temores o formular propuestas, y lo hacen a través de los modernos medios electrónicos; *blogs, facebook, twitter* o en el mejor de los casos a través de foros, conferencias y publicaciones. Desde luego que la libertad de expresión debe ser respetada, y esas expresiones pueden, por medio de sugerencias, promover la retroalimentación. Sin embargo, conviene estar atentos; la falta de una reglamentación precisa puede originar desinformaciones con resultados contraproducentes que motiven un pánico innecesario o que, por el contrario, minimicen las dimensiones del problema, y, como consecuencia, las instrucciones ordenadas por las autoridades sanitarias no sean atendidas.

Una buena política implicaría dar voz a la población interesada para conocer la opinión sobre sus necesidades y preferencias y, con base en ellas, dirigir ciertas acciones, con lo cual, además, se bajarían los niveles de tensión de una población que se percibe como escuchada. Sin embargo, tal práctica también puede generar confusión y ansiedad entre la población y retardar la toma de decisiones; por ello, sería conveniente que los responsables de las políticas constituyan instancias para escuchar

a las personas, pero, al mismo tiempo, atiendan la opinión de expertos y especialistas.

IV. RESPONSABILIDAD DE LA COMUNIDAD INTERNACIONAL

En tanto que las personas viajan alrededor del mundo en números sin precedentes y a velocidades históricas, al mismo grado lo hacen los miles de microorganismos causantes de enfermedades y nuevos virus. Las fronteras nacionales representan un impedimento verdaderamente trivial ante tales amenazas, y se ha comprobado la insuficiencia de las acciones aisladas de los Estados al interior de sus territorios para atender las complicaciones generadas por un rápido contagio.

Los redactores de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos tuvieron en cuenta esta situación e introdujeron en el artículo 13, el principio de solidaridad y cooperación: “Se habrá de fomentar la solidaridad entre los seres humanos y la cooperación internacional a este efecto”.

Aunque la Declaración se dirige a los Estados, en la época contemporánea, la cooperación internacional no se agota en las organizaciones y foros internacionales convocados por los Estados, sino por el contrario, se han incorporado diversos actores sociales, como organizaciones de la sociedad civil y la iniciativa privada.¹⁰ La interacción de los distintos gobiernos, de las agencias y organismos internacionales resulta imprescindible para atender los problemas derivados de las emergencias sanitarias.

1. *La cooperación internacional*

El rápido traslado de infecciones y virus permite confirmar que los problemas de salud de un país o de una región no pue-

¹⁰ Brena, Ingrid, “La perspectiva latinoamericana en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos humanos”, en Brena, Ingrid y Teboul, Gérard (coords.), *Hacia un instrumento regional sobre bioética experiencias y expectativas*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2009, p. 327.

den ser atendidos si al mismo tiempo no nos hacemos cargo de los problemas sanitarios de los demás países de la Tierra.¹¹ La cooperación internacional presenta varias facetas; una se refiere a la información sobre los sucesos que pudieran convertirse en una contingencia de dimensiones mundiales, y otra, la ayuda que deben prestar los organismos internacionales y los Estados entre sí, tanto en la previsión como en la prevención y atención de enfermedades infecciosas.

2. Información oportuna

Los brotes de infecciones suelen manifestarse, en un principio, como un fenómeno de baja magnitud, y es frecuente que las autoridades sanitarias no presten atención a su aparición. Esta actitud propicia que la infección pueda llegar a convertirse en un conflicto, primero regional, después nacional, y hasta global, como consecuencia de la migración hacia poblaciones sin defensa.¹²

Una de las formas de cooperación implica que los Estados asuman como deber, notificar a la comunidad internacional de los casos sospechosos, aunque sean aislados, de la aparición de un nuevo virus o la reaparición de alguno ya existente. La información oportuna permite generar planes de acción inmediata para contender cualquier emergencia y aplicar las medidas pertinentes en el menor tiempo posible.¹³

¹¹ Bergel, Salvador Darío, “Responsabilidad social”, en Gros Espiell, Héctor y Gómez Sánchez, Yolanda (coords.), *La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO*, Granda, Comares de Ciencia Jurídica, 2006, p. 400.

¹² Bedate, Carlos Alonso, “El artículo 21 en la práctica. Un problema global, necesita una respuesta global: vacunas contra enfermedades infecciosas”, en Casado, María (coord.), *Sobre la dignidad y los principios: análisis de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO*, España, Observatori de Bioètica i Dret, Civitas y Thomson Reuters, 2009, pp. 475 y ss.

¹³ Martuscelli, Jaime, “La experiencia internacional”, en Narro Robles, José y Martuscelli, Jaime (coords.), *La UNAM ante una emergencia sanitaria. Experiencia de la epidemia de influenza A(H1N1)*, México, UNAM, 2010, p. 147.

3. *Intervención de organismos internacionales y de otros Estados*

A corto plazo, una vez detectado un problema de salud de alcance global, se vuelve necesaria la intervención de los organismos internacionales para que desempeñen el rol de coordinadores de las diferentes políticas sanitarias globales. Durante la aparición del virus AH1N1 en 2009, la Organización Mundial de la Salud instaló un comité de emergencia, integrado por especialistas y científicos para “enfrentar de manera ordenada y sistemática la emergencia en México por la epidemia de la influenza. Frente al panorama de crisis se activó el Plan de Contingencia para América del Norte conformado por México-Estados Unidos y Canadá”.¹⁴ La OMS declaró: “Estamos ante una pandemia potencial, una situación muy grave, cuya evolución es impredecible”, y su directora general, Margaret Chan, instó en Ginebra a todos los países a aumentar su vigilancia sobre cualquier brote inusual de influenza o neumonía grave.¹⁵

Pero además de estas acciones inmediatas, la cooperación internacional implica también acciones a largo plazo, tanto de los organismos internacionales como de los diversos Estados entre sí. Desafortunadamente, no en pocas ocasiones se observa la ausencia de capacidades nacionales, lo mismo a nivel epidemiológico como económico, situación que conlleva una carencia de la tecnología necesaria para enfrentar una emergencia sanitaria. Como mencionamos en la primera parte de este estudio, los Estados precisan de la existencia previa de instalaciones, laboratorios, de investigadores y médicos con conocimientos epidemiológicos y con preparación suficiente para realizar diagnósticos rápidos. También deben contar con una infraestructura capaz de fabricar las vacunas y los medicamentos precisos, de calidad y suficientes, para cuando sean requeridos durante una emergencia.

¹⁴ Gómora, Doris, “La OMS declara emergencia sanitaria en México”, *El Universal*, 25 de abril 2009, politica@eluniversal.com.mx.

¹⁵ “El brote de influenza es impredecible: OMS”, *El Universal*, 26 de abril de 2009, politica@eluniversal.com.mx.

En la actualidad son los países desarrollados los que cuentan con todos estos insumos; en cambio, los países menos desarrollados carecen de una infraestructura tal que les permita hacer frente a la emergencia cuando esta se presenta. Esta situación genera en estos últimos, una eterna dependencia frente a los países más desarrollados, la cual es fácilmente detectable, cuando, llegado el momento de atender a una población enferma, no les queda más remedio que aceptar los productos a los precios fijados por quienes los fabrican, o adquirirlos a cambio de otro tipo de compromisos.¹⁶

La cooperación internacional¹⁷ podría resultar un remedio contra esa dependencia cuando esta es entendida no como un acto de altruismo ni como una simple relación entre donante y donatario, sino como la actitud responsable de transferir recursos, reconocimientos y experiencias entre gobiernos, entidades públicas y sector privado,¹⁸ para promover el desarrollo.

Los países industrializados de altos ingresos deben tomar conciencia de su responsabilidad social y concluir acuerdos para promover la cooperación científica. Una cooperación bien entendida auxiliaría a los países en desarrollo a crear sus propias capacidades, a aprovechar los frutos del progreso científico y tecnológico y con base en ellos, desarrollar sus propias políticas de investigación,¹⁹ establecer estructuras²⁰ y desarrollar las vacunas

¹⁶ Bedate, Carlos Alonso, *op. cit.*, p. 489

¹⁷ Recordemos su reconocimiento a partir de la conclusión de la Segunda Guerra Mundial con el propósito de prestar ayuda a la reconstrucción de los países que habían sido devastados. Después de esa primera aparición, el término ha ido evolucionando y se ha ampliado.

¹⁸ Brena, Ingrid, “La perspectiva latinoamericana en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos”, *cit.*, p. 325

¹⁹ La Declaración sobre la Ciencia y el Uso del Saber Científico, adoptada por la Conferencia Mundial sobre Ciencia el 1o. de julio de 1999. Expresó: “Es particularmente importante ayudar a los Estados pequeños y a los países menos adelantados a crear una masa crítica de investigación nacional en ciencias mediante la cooperación regional e internacional”.

²⁰ Bedate, Alonso Carlos, *op. cit.*, p. 489.

y medicamentos capaces de enfrentar las contingencias cuando estas se presenten en sus territorios.

V. COMENTARIOS FINALES

Primero. El derecho a la salud durante las emergencias sanitarias se transforma en una obligación positiva estatal, la cual supone la articulación de políticas públicas y de la asignación de las partidas presupuestales necesarias.

Segundo. Ha quedado claro que las acciones que implanten los Estados durante las emergencias sanitarias no pueden ser improvisadas. Los gobiernos deben proceder a la construcción de hospitales, laboratorios y centros de atención de fácil acceso; a la capacitación de personal especializado. Asimismo, deben poner especial atención a la creación de las bases necesarias para propiciar el desarrollo de la investigación científica y tecnológica, y solo cuando previamente se ha construido esta infraestructura, podrá el Estado enfrentar la contingencia.

Tercero. Los Estados no deben desatender las condicionantes sociales y económicas de la salud. Sin acceso a una alimentación y agua adecuadas, la mejora de las condiciones de vida y medio ambiente, supresión de marginación y sin reducción de la pobreza, se tendrá una población vulnerable, presa fácil de todo tipo de enfermedades, especialmente las contagiosas.

Cuarto. Que el Estado tenga y asuma una responsabilidad y una gestión en materia de salud es algo propio de un Estado de bienestar, pero, al mismo tiempo, se considera necesario que la iniciativa privada, los laboratorios, los hospitales y los demás servicios médicos, acudan solidariamente con su esfuerzo y con su acción para ofrecer prestaciones en el campo de la salud.

Quinto. La aportación de las instituciones de enseñanza, particularmente las universidades, puede alcanzar niveles de gran relevancia. A través de la investigación científica, pero también de la investigación en ciencias humanísticas y aplicando métodos interdisciplinarios, el avance será más completo.

Sexto. Al ser tantos y tan diversos los actores hábiles para intervenir en casos de emergencias sanitarias, es necesaria una coordinación de actividades, tanto de las gubernamentales como de las privadas.

Séptimo. Las emergencias sanitarias son un problema que puede afectar la salud de las personas a todos los niveles: a los individuos, a los grupos, a las regiones y a los Estados. Pero, además, pueden magnificarse hasta crear una complicación a nivel mundial.

Octavo. Resulta imprescindible la presencia de la cooperación internacional, pero no considerada esta como un acto de beneficencia entre Estados, sino por el contrario, como un acto de autodefensa forzoso encaminado a evitar la transformación de una epidemia en pandemia. Solo la interacción de los distintos gobiernos, de las agencias y de los organismos internacionales podrá paliar y resolver los problemas derivados de las emergencias sanitarias.

Noveno. Estamos de acuerdo con Salvador Darío Bergel cuando sostiene que la responsabilidad de la promoción, prevención y atención de la salud tanto individual como colectiva, tanto en el orden interno como en el planeta, es un asunto que nos concierne a todos los humanos. Esta responsabilidad importa involucrarse en los problemas de salud y tomarlos como propios, como parte de los deberes que nos competen por el simple hecho de permanecer como seres humanos.²¹

VI. BIBLIOGRAFÍA

BEDATE, Carlos Alonso, “El artículo 21 en la práctica. Un problema global, necesita una respuesta global: vacunas contra enfermedades infecciosas”, en CASADO, María (coord.), *Sobre la dignidad y los principios: análisis de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO*, España, Observatori de Bioètica i Dret. Civitas y Thomson Reuters, 2009.

²¹ Bergel, Salvador Darío, *op. cit.*, p. 419.

- BERGEL, Salvador Darío, “Responsabilidad social”, en GROS ESPIELL, Héctor y GÓMEZ SÁNCHEZ, Yolanda (coords.), *La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO*, Granda, Comares de Ciencia Jurídica, 2006.
- BRENA SESMA, Ingrid, “Derecho a la salud”, en VALDÉS, Luz María (coord.), *Derechos de los mexicanos. Introducción al derecho demográfico*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2009.
- , “La perspectiva latinoamericana en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos”, en BRENA, Ingrid y TEBOUL, Gérard (coords.), *Hacia un instrumento regional sobre bioética experiencias y expectativas*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2009.
- GÓMORA, Doris, “La OMS declara emergencia sanitaria en México”, *El Universal*, 25 de abril 2009, en www.eluniversal.com.mx.
- MARTUSCELLI, Jaime, “La experiencia internacional”, en NARRO ROBLES, José y MARTUSCELLI, Jaime (coords.), *La UNAM ante una emergencia sanitaria. Experiencia de la epidemia de influenza A (H1N1)*, México, UNAM, 2010.
- NARRO ROBLES, José y MARTUSCELLI, Jaime (coords.), *La UNAM ante una emergencia sanitaria. Experiencia de la epidemia de influenza A (H1N1)*, México, UNAM, 2010.
- SANDOVAL TERÁN, Areli, *Manual sobre derechos económicos, sociales, culturales y ambientales*, México, Comisión Nacional de Derechos Humanos del Distrito Federal, 2004.

Legislación

- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.
- Ley General de Protección Civil.
Diario Oficial de la Federación.
- La Declaración sobre la ciencia y el uso del saber científico.

ANÁLISIS CRIMINOLÓGICO DE LA EMERGENCIA SANITARIA DE LA INFLUENZA A(H1N1) PREVENCIÓN DEL DELITO A(H1N1)

María Teresa AMBROSIO MORALES^{*}
Ernesto MAYEN HERRERA^{**}
Adriana MAYEN HERRERA^{***}

SUMARIO: I. *Reflexión*. II. *Marco de referencia*. III. *La influenza A(H1N1) en México y en el Distrito Federal. Su análisis en la criminología*. IV. *Conclusiones iniciales*. V. *Bibliografía*.

I. REFLEXIÓN

El trabajo que se presenta es parte de una primera etapa teórica de nuestra investigación, que en su lectura inicial pudiera considerarse meramente descriptivo; busca aportar una visión interdisciplinaria entre los hechos de salud pública (influenza A(H1N1)) acontecidos en 2009, y cómo este fenómeno sanitario

* Maestra en criminología, y en victimología por el Instituto Nacional de Ciencias Penales de la Procuraduría General de la República; candidata a doctora en derecho por la UNAM; técnica académica en el Instituto de Investigaciones Jurídicas de la UNAM.

** Licenciado en economía por la UAM; maestro en ciencias en economía de la salud por la Universidad de York; actual gerente de farmacoeconomía en Dinamarca.

*** Licenciatura en sociología por la UNAM.

aparentemente aislado tuvo un impacto importante y trascendente para la criminología (prevención del delito) como un paradigma que inició una interrogante: ¿se puede pensar en una prevención que baje el índice delictivo en forma eficaz y eficiente sin un control social formal (policía, ejército, ministerio público, juzgados y sistema penitenciario)?

El solo planteamiento de la pregunta anterior desafía la lógica en materia penal, tomando en consideración el marco actual de violencia y delincuencia extrema en México, ya que el Estado mexicano establece desde hace más de una década un modelo de política criminológica que privilegia al control social formal (policía, ejército, ministerio público, juzgados, sistema penitenciario) (véase cuadro 1).¹

Pero no se ha logrado contener en forma eficaz y eficiente a la delincuencia. Por ello es necesario considerar otras alternativas que permitan, mediante el control social informal, coadyuvar en este reto que enfrenta México.

El impacto del análisis criminológico de la influencia presenta alternativas en la prevención del delito, que consideramos de gran trascendencia en materia de acciones no represivas y coactivas en la población.

Un control social del delito desde la perspectiva informal, es decir, tomar la educación, la familia, la salud, los medios de comunicación y el uso de la tecnología como ejes rectores ante la delincuencia. Es así como surge otra incógnita: ¿cómo pensar una política criminológica en México sin ponderar a sus personajes principales del sistema penal y la seguridad pública?

¹ Instituto Ciudadano de Estudios sobre la Inseguridad, A. C., “El costo de la inseguridad en México”, *Cuadernos del ICESI 5, Encuestas nacionales sobre la inseguridad*, México, noviembre de 2009, p. 27.

CUADRO I
RECURSOS CONSIDERADOS EN LOS PRESUPUESTOS DE EGRESOS FEDERALES Y ESTATALES
INSTITUCIONES DE SEGURIDAD PÚBLICA 2007-2009
(PESOS CORRIENTES)

Concepto	2007		2008		2009	
	Estatales	Federales	Estatales	Federales	Estatales	Federales
<i>Prevención social y situación del delito</i>	30,921,410,326	13,664,682,654	36,402,917,956	19,711,622,600	42,578,544,917	32,916,838,380
<i>Procuración de justicia</i>	17,050,400,078	9,216,539,400	17,763,594,317	9,307,808,800	20,963,451,423	12,309,857,565
<i>Readaptación social</i>	4,178,216,406	0	3,356,710,918	0	5,151,030,532	0
<i>Administración de justicia</i>	14,918,094,122	25,229,513,906	15,341,036,146	29,963,249,983	17,334,970,847	32,598,820,490
<i>Defensoría pública</i>	83,956,396	0	125,978,931	0	152,793,101	0
SUBSEMUN	0	0	5,911,039,462	0	5,476,592,386	0
FASP	7,142,851,143	0	8,571,428,571	0	9,880,362,857	0
Limpiemos México	900,000,000	0	2,359,756,046	0	2,460,479,477	0
Municipales	9,651,987,268	0	10,971,581,787	0	13,004,228,508	0
Total	84,846,921,739	48,110,735,960	100,804,044,135	0	117,002,454,048	77,766,516,435
Presupuesto de egresos	777,568,777,593	2,260,412,500,000	962,966,539,922	58,982,681,383	978,033,380,682	3,045,478,600,000
Porcentaje	61.8%	36.2%	63.1%	36.9%	60.3%	39.9%

FUENTE: Elaboración propia con datos provenientes de presupuestos de egresos de la Federación y de las entidades federativas para 2007, 2008 y 2009; Oficio circular 300-133/2007, Oficio circular del 10 de marzo de 2008; Oficio para la Distribución de Subsidios por entidad federativa del Programa Rescate de Espacios Públicos 2009 del 23 de octubre de 2008; Primero, Segundo y Tercer Informe de Gobierno, Presidencia de la República; Informes trimestrales entregados a la Cámara de Diputados por las secretarías de Seguridad Pública federal y de Desarrollo Social correspondiente a 2007, 2008 y primer trimestre de 2009; Finanzas públicas estatales y municipios de México 2004-2007 del INEGI, Sistema de Cuentas Nacionales de México 2007 y 2008, INEGI, y anuarios estadísticos de todas las entidades federativas 2006, 2007 y 2008, INEGI.

II. MARCO DE REFERENCIA

1. *Marco de referencia sanitario*

El tratar un tema de salud como el que nos ocupa en el ámbito del derecho, y aún más, en la criminología, se considera muy distante, pero las consecuencias jurídicas, así como la importancia de los resultados, compete a ambas materias.

En el contexto de la salud, el desarrollo histórico de la humanidad ya había enfrentado este tipo de antecedentes sanitarios, y el mundo ha afrontado desde hace más de un siglo, crisis y pandemias de influenza.

Así lo evidencian los registros epidemiológicos respecto de esta enfermedad desde 1891 (véase cuadro 2).

CUADRO 2

CRISIS SANITARIAS Y PANDEMIAS POR INFLUENZA

<i>Año</i>	<i>Virus</i>	<i>Subtipo</i>
1891-1892*		H2??
1918-1919*	Gripe española	H1N1
1957*	Gripe asiática	H2N2
1968*	Gripe de Hong Kong	H3N2
1976	Fort Dix "Swine flu"	H1N1
1977	Gripe rusa	H1N1
1997	Influenza aviar A	H5N1
2003	Influenza aviar A	H7N7
2004-2009	Influenza aviar A	H5N1
2009*	Virus de la influenza humana	H1N1

* FUENTE: Vargas de L. C. et al., *Virus de la influenza humana A(H1N1) de origen porcino (México-2009)*.

Si bien la incidencia no es mucha numéricamente, a diferencia de otras enfermedades, estas han influido en forma importante en las políticas públicas en materia de salud.

Pero en especial la influenza A(H1N1) provocó una crisis internacional cuando surgió en 2009. La perplejidad, la desinformación, así como la suma de otros factores, su falta de previsión y prevención, alarmaron a los líderes mundiales. El temor ante lo desconocido y la incertidumbre generaron en la población y en los gobiernos un sentimiento de inseguridad.²

A. *Influenza A(H1N1) en México y en el mundo*

En el primer trimestre de 2009, México alertó la presencia de un virus que inició casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG) en adultos jóvenes. Así, en forma importante el Sistema Nacional de Salud comenzó a reportar el aumento en la demanda de atención médica, así como en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, por neumonía y aparente influenza (214 visitas a sala de emergencia registradas, 98 hospitalizaciones). Existía el temor de que el virus de la influenza aviar (H5N1) hubiera adquirido la capacidad de transmitirse de persona a persona (véase gráfica 1).

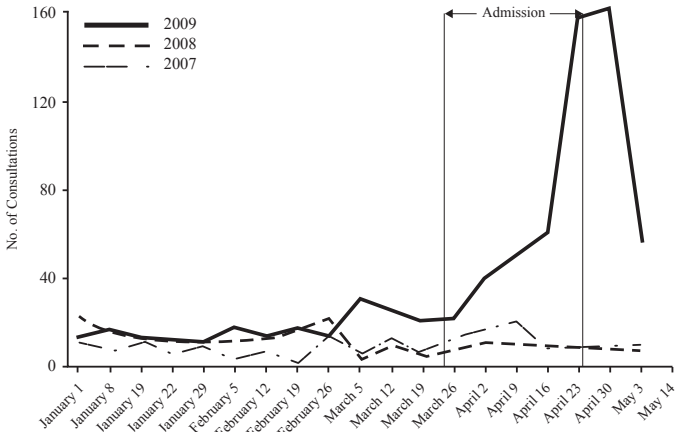
Ante este escenario del incremento de IRAG, se enviaron muestras de laboratorio por parte de autoridades sanitarias en México a Canadá y Estados Unidos. Así, fue aislada una cepa porcina a pesar de la baja transmisión de cerdos a humanos.

Los laboratorios de Estados Unidos anunciaron la aparición de un nuevo virus A(H1N1), con características de virus de influenza norteamericana, europea, aviar, humana y porcina (véase figura 1).³

² Kessler, Gabriel, *El sentimiento de inseguridad*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2009.

³ Arias, Carlos y López, Susana, "Anatomía del virus de la influenza A/H1N1-2009", *Ciencia*, México, julio-septiembre de 2000, p. 22.

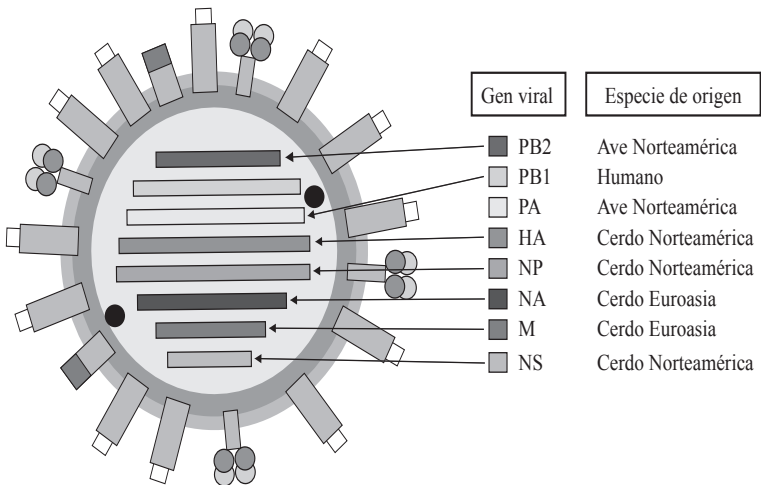
GRÁFICA 1



FUENTE: Pérez-Padilla.

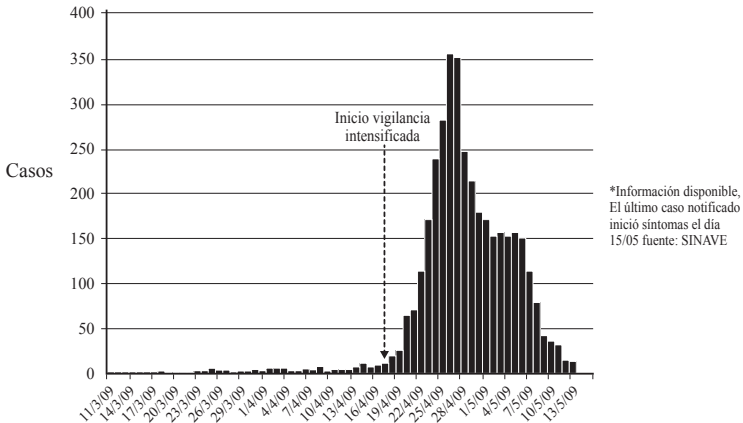
FIGURA 1

ANATOMÍA DEL VIRUS DE INFLUENZA A(H1N1)-2009



La aparición del nuevo virus implicó una serie de factores sociales, económicos y políticos. Así, México estuvo considerado a nivel mundial como un riesgo, y al interior del país fue creciendo la incertidumbre y el pánico, y con ello el aumento de la vigilancia epidemiológica por la Secretaría de Salud (véase gráfica 2).

GRÁFICA 2
EVOLUCIÓN DE LOS CASOS DE INFLUENZA A(H1N1)

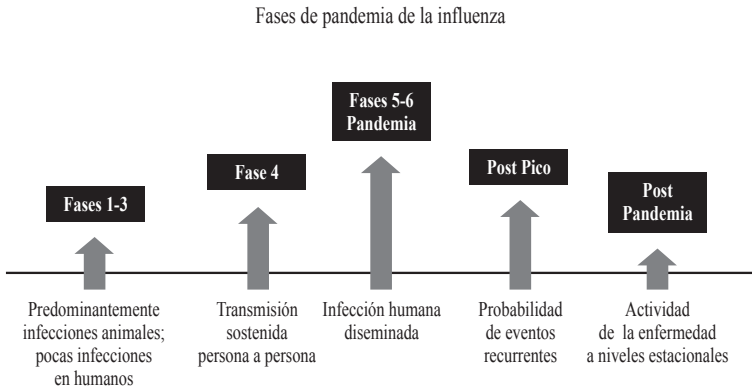


En un principio el nuevo virus se interpretó como un riesgo para la seguridad nacional y para la integridad de la población en general. Así, lo que inició en México posteriormente trascendió fronteras, y la noche del 23 de abril de 2009 el gobierno federal decretó una emergencia sanitaria y la suspensión de clases en todos los niveles en el D. F. y el Estado de México. Se suspendieron actividades escolares en todo el país, así como eventos masivos; hubo cierre de centros comerciales, restaurantes, etcétera. Fue hasta el 11 de mayo de 2009 cuando se reanudaron las clases en el nivel básico.

El 27 de abril de 2009, la Organización Mundial de la Salud (OMS) elevó un alerta pandémica mundial fase 4 (de 5 fases posibles).

El aumento de los casos y el miedo de las personas de morir por este virus de etiología y cura difícil de precisar fue creciendo en diferentes fases, y el mundo se enfrentó a un reto mayor (pandemia) (véase figura 2).⁴

FIGURA 2
FASES DE LA PANDEMIA



Fuente: WHO

En el caso de la Organización Mundial de la Salud,⁵ esta enfrentó nuevos retos, que hoy en día tienen cuestionamientos ante la respuesta internacional a la pandemia, considerando algunas interrogantes como las siguientes:

⁴ Ávila-Agüero, María Luisa, “Influenza A(H1N1): un riesgo global”, *Acta Médica Costarricense*, v. 51, núm. 3, San José, julio-septiembre, 2009, p. 133. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0001-60022009000300002&script=sci_arttext.

⁵ <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/es/index.html>, consulta, 6 de enero de 2012. Respuesta internacional a la pandemia de gripe: la OMS responde a las críticas.

- ¿Exageró la OMS la amenaza?
- ¿Se intentó beneficiar a la industria con algunas de las decisiones que adoptó la OMS con relación a la pandemia?
- ¿Qué precauciones se toman para evitar los conflictos de intereses?
- ¿Qué función tiene el Comité de Emergencias, y por qué no se ha divulgado el nombre de sus miembros?
- ¿Está basado en la evidencia el uso de antivirales en una pandemia de gripe?
- ¿Influyó la industria en una reunión de la OMS celebrada en 2002 para hablar de las vacunas antigripales y de los antivirales?

Así, una pandemia generó una respuesta internacional y nacional, que puede presentar aspectos positivos y negativos. En seguida presentamos un cuadro con algunos puntos a favor y en contra (véase cuadro 3).

CUADRO 3

<i>Aspectos positivos</i>	<i>Aspectos negativos</i>
Acciones en los tres niveles de gobierno federal, estatal y municipal, así como la coordinación internacional aun cuando son cuestionables.	Muertes de personas infectadas
Permitir el acceso a los servicios de salud a todos los infectados.	Discriminación
Participación de la mayor parte de la población en las indicaciones para prevenir el contagio.	Violación de derechos humanos
Participación de medios de comunicación con el gobierno.	Desinformación
Pensar en hábitos de higiene personal, como lavar las manos y al estornudar.	Falta de prevención y previsión
Visión interdisciplinaria, multidisciplinaria y transdisciplinaria en emergencias sanitarias.	Responsabilidades profesionales médicas y violación a la bioética.
Baja de índice delictivo (prevención del delito).	Lucro con medicamentos y cubrebocas

Existen más ejemplos de cómo esta enfermedad no solo cambió al mundo, sino también la forma en que un enemigo invisible puede devastar la seguridad, la tranquilidad, e incluso hasta la paz mundial. Pero también cómo de esta amarga experiencia se pueden construir puntos positivos ante otros problemas mundiales y nacionales.

2. Marco de referencia en criminología y sociología criminológica

La criminología la consideramos en forma general como una ciencia que estudia al crimen, al criminal y a la criminalidad. La criminología tiene como parte de su análisis interdisciplinario a la sociología. En este trabajo consideramos desde un punto de vista metodológico un nivel de interpretación general respecto de la delincuencia y la criminalidad (véase cuadro 4).⁶

CUADRO 4
NIVELES DE INTERPRETACIÓN

<i>Nivel interpretación</i>	<i>Criminología</i>	<i>Derecho penal</i>	<i>Utilidad</i>
Conductual	Crimen	Delito	Proceso
Personal	Criminal especie	Delincuente especie	Ejecución sanciones, clínico individual
General	Criminalidad. Conjunto de conductas antisociales y características en un tiempo y un lugar determinados.	Delincuencia	Estadística

La sociología persigue un tratamiento científico sistemático de las reglas que rigen la vida social y de los mecanismos de con-

⁶ Rodríguez Manzanera, Luis, *Criminología*, 25a. ed., México, Porrúa, 2011. Cuadro elaborado por María Teresa Ambrosio Morales.

trol y efectividad de esas reglas. Así, la sociología estudia todas las conductas del ser humano en grupo, socialmente aceptadas y las conductas antisociales; estas, que sin estar prescritas como delitos, son catalogadas como conductas desviadas, y reciben algún tipo de sanción.

En un Estado existen normas sociales, como las reglas que se deben seguir o a las cuales se deben ajustar las conductas, las tareas y las actividades del ser humano. Estas normas son clasificadas según el grado de sanción que se le dará al infractor (conductas antisociales). Con este sistema podemos tratar los comportamientos desviados según su gravedad. Entonces, estas conductas antisociales desviadas serán en ocasiones una transgresión a las normas penales o a las normas sociales.

Las normas penales se encuentran establecidas en la ley penal. Tutelan bienes jurídicos de las personas en sociedad, como la vida, la propiedad. El incumplimiento de estas es un delito, y convierte al individuo en delincuente.

Por su parte, las normas sociales son un amplio grupo de normas reconocidas, como la moda, la tradición, los usos y costumbre, etcétera. Su incumplimiento no implica una sanción institucionalizada, aunque sí algún tipo de recriminación o reproche social.

Se considera una desviación cualquier acto o comportamiento, de una persona o de un grupo, que viole las normas de una colectividad. Cada sociedad dicta las normas que los individuos deben acatar para vivir en ella, y son la defensa de la estructura social, que se verá quebrantada por el comportamiento desordenado de ellos cuando no cumplen estas reglas establecidas.

Estas representan necesidades sociales y colectivas, que dan origen al derecho, el cual aplicará la coacción y la sanción para que se cumplan las leyes. De aquí que no todas las normas sociales están en la ley penal, pero todas las normas de la ley penal son normas sociales.

Cuando se trata de conductas desviadas antisociales, pasan a ser estudiadas desde el punto de vista criminológico, llevando

conigo el análisis previsto por la sociología, como el entorno del individuo, la interacción de este con el medio, así como el control social que aparece en todas las sociedades como mecanismo de fortalecimiento y supervivencia del grupo y sus normas.

A. *La sociología criminológica*

Estudia el acontecer criminal como fenómeno presente en la colectividad, tanto en sus causas y factores como en sus formas, en su desarrollo, en sus efectos y en sus relaciones con otros hechos y conductas que se dan en la sociedad.

Entre los temas de mayor atención de la sociología criminológica se cuentan:

- Geografía y clima
- La pareja delincuente
- El grupo primario (banda o pandilla)
- El grupo secundario (organizaciones criminales)
- El grupo terciario (religioso, político)
- El grupo cuaternario (la muchedumbre, el Estado)
- Variables demográficas
- La delincuencia urbana y rural
- El espacio social (barrio, habitación)
- La profesión (empleo, subempleo, desempleo, industrialización, criminalidad de cuello blanco, delincuente profesional)
- Las clases sociales
- Los grupos étnicos
- El medio escolar
- El medio de difusión
- La anomalía social
- Las subculturas
- Marginalidad y desviación.
- Las regularidades sociales de la delincuencia (variedad, similitud, repetición, oposición, interacción, etcétera).

En la sociedad existen medios de control social informales, que son aquellos que no están institucionalizados, como los medios de comunicación, la educación, las normas sociales, la familia, la religión, etcétera. Este tema es tratado en la criminología crítica.

B. *La teoría de David Garland*⁷

La aproximación teórica y metodológica sobre el castigo y el control del crimen de David Garland (uno de los sociólogos más importantes en el tema de la criminalidad y del sistema penitenciario) pretende abordar el crimen y el castigo como fenómenos sociales complejos.

A grandes rasgos, estos son algunos postulados en consideración al trabajo:

- a) El castigo es visto como una institución social.
- b) No estudia facetas aisladas de este, sino que lo contempla como un todo.
- c) La percepción social sobre las políticas criminales se basa en la creencia de que estas dependen de políticos, profesionales especializados, sociólogos, abogados y criminólogos.
- d) Los ciudadanos consideran que tiene poco o nada que ver con las políticas relacionadas con el delito y con el crimen.
- e) No solo es necesaria la actuación por parte de los encargados de elaborar las políticas penales, sino de todo el Estado y de la sociedad en su conjunto.
- f) Se deben generar mecanismos para que los ciudadanos y el gobierno interactúen, de manera que estos propongan, respondan y acaten las políticas del gobierno.
- g) El control del delito y la justicia penal describen un conjunto de prácticas e instituciones.
- h) Se busca analizar conductas individuales y acciones de la autoridad para sancionar una ley penal mediante la pena

⁷ Garland, David, *La cultura del control*, Barcelona, Gedisa, 2005.

privativa de la libertad y todo aquello que se encuentre entre estos dos extremos.

La contención del delito parte de una serie de acciones tomadas desde distintos frentes: desde las acciones que cada individuo o grupo toma para proveerse de seguridad por sus propios medios, hasta las acciones tomadas por las instituciones encargadas de castigar el delito.

De esta forma, los actores importantes en la definición de la política criminal son los políticos, los profesionales especializados y los ciudadanos. Toma en consideración que las políticas criminales se basan en tres componentes fundamentales:

1. Las organizaciones híbridas. Esto es, organismos encargados de proveer seguridad (públicos y privados).
2. La divulgación y materialización de medidas preventivas en espacios sociales micro (por ejemplo, barrios y empresas).
3. La redefinición de instituciones tradicionalmente relacionadas con la reducción de las tasas de criminalidad (la policía, los tribunales, etcétera).

Con base en las consideraciones presentadas, la teoría de Garland permite un análisis integral del fenómeno delictivo en el ámbito social, para los efectos del análisis criminológico de la influenza A(H1N1).

III. LA INFLUENZA EN MÉXICO Y EN EL DISTRITO FEDERAL. SU ANÁLISIS EN LA CRIMINOLOGÍA

1. *Pertinencia del análisis*

En 2002, el jefe de Gobierno del Distrito Federal, Andrés Manuel López Obrador, y el secretario de Seguridad Pública, Marcelo Ebrard Casaubón, como parte de su política crimino-

lógica para la Ciudad de México, decidieron contratar a Rudolph Giuliani⁸ para disminuir la inseguridad y la delincuencia en un 25% los robos y en un 40% los homicidios. El objetivo central de Ebrard era implementar un sistema de información *Compstat* (*comparison statistics*) para medir la incidencia delictiva en tiempo real, manteniendo un registro pormenorizado de los delitos.

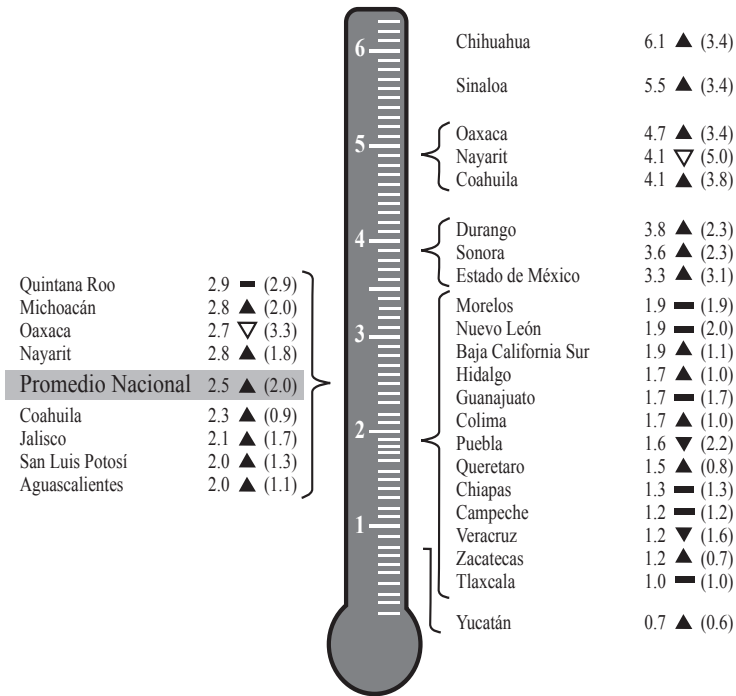
En México, desde hace más de una década, diversas entidades de la República presentan problemas importantes de delincuencia. Al igual que en el ámbito federal, se pondera el control social formal con instituciones, como policías, ministerios públicos, juzgadores, prisiones y hasta las fuerzas armadas en labores de control de la delincuencia; esto, sin una eficacia esperada por parte de la población.

En este nivel, el índice delictivo en Chihuahua (Ciudad Juárez) y en el Distrito Federal eran considerados en el periodo de influenza A(H1N1) el primero y cuarto lugar del Índice Nacional de Inseguridad (véase figura 3).⁹

⁸ Alcalde de Nueva York (1994-2002) redujo la delincuencia en 65%, los asesinatos en 70%, la Ciudad fue declarada por el FBI como la ciudad más segura de los Estados Unidos, por la Estrategia Policial Número Cinco “reclamar los espacios públicos de Nueva York”.

⁹ El índice nacional de inseguridad se integra por tres mediciones (tasas por cada 100 mil habitantes): a) incidencia delictiva con datos obtenidos de la Encuesta Nacional sobre Inseguridad (ENSI); b) delitos cometidos con arma de fuego, según la misma fuente, y c) homicidios dolosos con datos generados por el Sistema Nacional de Seguridad Pública. Instituto Ciudadano de Estudios sobre la Inseguridad, A. C., “Mortalidad por homicidios en México”, *Cuadernos del ICESI 6*, Encuestas Nacionales Sobre la Inseguridad, México, enero de 2010, p. 9.

FIGURA 3
 ÍNDICE NACIONAL DE INSEGURIDAD 2009

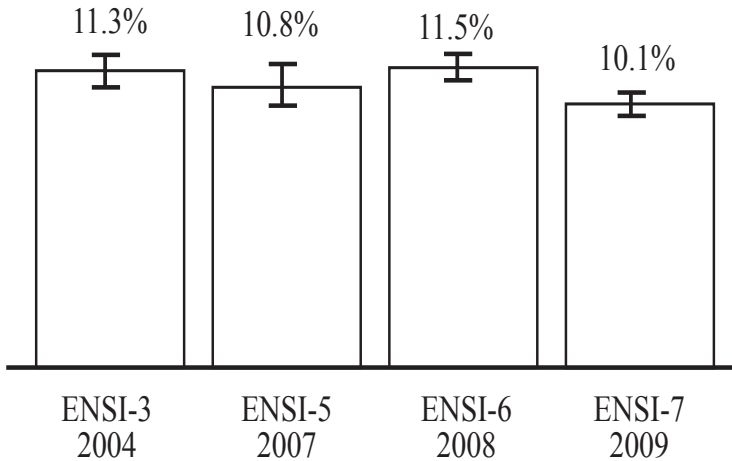


La población y los registros del índice delictivo demostraron las estadísticas oficiales, diversos medios de comunicación y la encuesta que se realizó en 2009 por el Instituto Ciudadano de Estudios sobre la Inseguridad (véase gráfica 3¹⁰ y cuadros 5, 6 y 7).¹¹

¹⁰ Instituto Ciudadano de Estudios sobre la Inseguridad, *Encuesta Nacional sobre Inseguridad*, ENSI-7, resultados primeras partes, México, 2010. Durante 2009, A nivel nacional la tasa de delitos de 2009 es menor a la de 2008, de manera significativa con 90% de confianza, p. 28.

¹¹ Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal, Informe Estadístico Delictivo en el Distrito Federal en el mes de febrero, abril y mayo 2009. Clasificación de acuerdo con el Catálogo único de delitos implementado por la Dirección General de Política y Estadística Criminal.

GRÁFICA 3



CUADRO 5

	Febrero 2009	
	Total	Promedio diario
<i>Averiguaciones previas</i>		
1. Iniciadas	15,601	557.2
1.1 Fuero común	14,499	517.8
1.1.1a Con violencia	5,417	193.5
1.1.1b Sin violencia	9,062	324.4
1.1 2a Alto impacto social	4,764	170.1
1.1 2b Bajo impacto social	9,735	347.7
1.2 Incompetencia y hechos delictivos	1,102	39.4

CUADRO 6

<i>Averiguaciones previas</i>	Abril 2009	
	<i>Total</i>	<i>Promedio diario</i>
1. Iniciadas	15,148	504.9
1.1 Fuero común	14,011	467.0
1.1.1a Con violencia	5,334	177.8
1.1.1b Sin violencia	8,677	289.2
1.1 2a Alto impacto social	4,727	157.6
1.1 2b Bajo impacto social	9,284	309.5
1.2 Incompetencia y hechos delictivos	1,137	37.9

CUADRO 7

<i>Averiguaciones previas</i>	Mayo 2009	
	<i>Total</i>	<i>Promedio diario</i>
1. Iniciadas	16,381	528.4
1.1 Fuero común	15,218	490.9
1.1.1a Con violencia	5,714	184.3
1.1.1b Sin violencia	9,504	306.6
1.1 2a Alto impacto social	5,225	168.5
1.1 2b Bajo impacto social	9,993	322.4
1.2 Incompetencia y hechos delictivos	1,163	37.5

Las víctimas del delito son la principal fuente de información; por ello es que las procuradurías, como parte de los modelos de atención a víctimas, deben procurar tener una empatía y un trato digno a quienes denuncian para fomentar esta cultura en

la población como una forma de mantener los registros oficiales más confiables.¹²

Así, frente a las diversas estrategias de política criminológica para controlar a la delincuencia, que había mostrado ser ineficaz y deficiente frente a los resultados obtenidos durante el periodo de la influenza A(H1N1) en el Distrito Federal, pudo notarse un índice delictivo distinto en un modelo de control social informal, como los medios de comunicación, la radio, la prensa, el internet y la televisión. La mayor parte de la población siguió las indicaciones del gobierno, como eran: el uso del cubrebocas, el lavado constante de manos y antebrazo, no saludar de mano ni besar, estornudar en el antebrazo, no acudir a sitios concurridos, y sobre todo, en la medida de lo posible, no salir de casa.

Lo importante de estos hechos es que se llevaron a cabo sin la necesidad de alguna punibilidad. Desde el punto de vista sociológico, las sanciones eran de carácter administrativo (suspensión licencias, clausuras) y desaprobación social. Los que sí recibirían una multa en caso de no acatar las normas de seguridad eran los choferes de microbús o los taxistas.

2. *La teoría del control de David Garland y su relación con la emergencia sanitaria ocasionada por la influenza A(H1N1)*

Como parte de la contención durante la etapa de la epidemia se definieron una serie de mecanismos de control social formal e informales (clausura de establecimientos, multas, etcétera), viéndose a este como un medio de control del virus. El fenómeno de la influenza es un ejemplo de cómo el sentimiento de inseguridad¹³ a lo desconocido, la participación ciudadana, los medios en conjunto con las decisiones del gobierno, pueden generar resultados favorables en la solución de una problemática social.

¹² Lima Malvido, María de la Luz, *Modelo de atención a víctimas en México*, México, Porrúa, 2004.

¹³ Kessler, Gabriel, *op. cit.*

Las medidas adoptadas por las autoridades ante la contingencia empatan con el Estado de facto que toma decisiones en materia de castigo (cierre de establecimientos mercantiles, implantación de una serie de medidas sanitarias de carácter profiláctico, apertura de los servicios de salud a la población en general).

La amplia difusión a través de los medios de comunicación y la participación ciudadana convirtieron el cúmulo de información en un fenómeno mediático.

La mayor parte de la ciudadanía acató casi sin objeción las medidas tomadas por la autoridad, y la sociedad hizo suyas las recomendaciones del Estado; convirtieron a la influenza en el enemigo a vencer.

La influenza se convirtió en un fenómeno cotidiano (que mantiene algunas acciones vigentes); la “normalización” de la influenza es paralela a la “normalización” del delito señalada por Garland.

Esto es aplicable a la influenza, independientemente del número de casos. La percepción es que la influenza puede ser un fenómeno permanente, y por ello se deben conservar hábitos de medicina preventiva, vigilancia epidemiológica y de higiene en forma permanente (prevención).

Una visión de la política criminológica al manejo que se le dio a la crisis de la influenza en México destaca los siguientes elementos:

- a) Organizaciones híbridas. Las autoridades y organizaciones privadas de salud, que tomaron las medidas pertinentes y contundentes para contrarrestar los efectos de la emergencia a pesar de los altos niveles de alarma social que predominaban en ese momento.
- b) Divulgación y materialización. Los medios de comunicación, mediante la difusión de las medidas tomadas por las autoridades, sin criticarlas.
- c) La sociedad en general, que no solo acató las medidas tomadas por las autoridades, sino que le dio credibilidad al Estado.

IV. CONCLUSIONES INICIALES

Puntos clave de la crisis sanitaria desde la perspectiva de la teoría del control:

1. La influenza modificó o definió los rasgos de la sociedad mexicana frente al fenómeno sanitario que se enfrentaba en ese momento como un problema de seguridad mundial y nacional.
2. De acuerdo con Garland, el castigo (control social informal) representó no solamente un medio de control, sino una forma de acatamiento de reglas.
3. Al ser el castigo uno de los medios sociales más expresivos y de mayor impacto en la forma de percibir el mundo por parte de la sociedad, en el contexto de la influenza, este implicó la regulación de todos los individuos durante la crisis sanitaria (prevención de contagio).
4. Se definió lo que era normal y aceptable a nivel sanitario y social (lavado de manos, uso de cubrebocas, aislamiento social).
5. Se excluyeron conductas desviadas (realización de eventos masivos) y aquellas que dejaron de ser socialmente aceptadas (malas prácticas de higiene).
6. Permitió pensar en un modelo de prevención del delito eficiente y eficaz, basado en un control social informal.

Hoy día, a tres años de haberse presentado esta emergencia sanitaria, la experiencia vivida, pese a diversas lecturas y especulaciones sobre si realmente existió en la lectura de la criminología considerada como ciencia auxiliar en materia penal, en nuestro contexto de primera etapa de investigación de la emergencia sanitaria implica una opción viable a la prevención del delito en México.

V. BIBLIOGRAFÍA

- ABREGÚ, Martín y COURTIS, Christian, *La aplicación de los tratados sobre derechos humanos en los tribunales locales*, Buenos Aires, Centro de Estudios Legales y Sociales, 2004.
- ACOSTA ROMERO, Miguel, *Compendio de derecho administrativo. Parte general*, 4a. ed., México, Porrúa, 2003.
- ADLER, Freda *et al.*, *Criminology and the criminal justice*, 6a. ed., Nueva York, McGraw-Hill, 2006.
- ALVERO PÉREZ CARRILLO, Agustín, *Ciudades seguras II. Análisis y evaluación de leyes en materia de prevención delictiva*, México, Fondo de Cultura Económica, 2002.
- ARIAS, Carlos F. y LÓPEZ, Susana, “Anatomía del virus de la influenza A/H1N1-2009”, *Ciencia*, México, julio-septiembre de 2009.
- ATIENZA, Manuel y FERRAJOLI, Luigi, *Jurisdicción y argumentación en el Estado constitucional de derecho*, México, UNAM, 2005.
- ÁVILA-AGÜERO, María Luisa, “Influenza A(H1N1): un riesgo global”, *Acta Médica Costarricense*, vol. 51, núm. 3, San José, julio-septiembre de 2009.
- BAEZ, Ana, *Dilemas de las superpoblaciones*, Buenos Aires, Longseller, 2003.
- BALESTENA, Eduardo, *La fábrica penal*, Buenos Aires, B de F, 2006.
- BARATTA, Alessandro, *Criminología y sistema penal*, Buenos Aires, B de F, 2004.
- BARROS LEAL, César Oliveira, *Violencia, política criminal y seguridad pública*, México, Inacipe, 2003.
- BEGNÉ GUERRA, Cristina, *Jueces y democracia en México*, México, Porrúa-UNAM, 2007.
- BERISTÁIN IPIÑA, Antonio, *De Dios legislador en derecho penal, la criminología, la victimología*, México, Porrúa, 2005.
- BREGEL, Salvador, *Bioética y derecho*, Buenos Aires, Rubinzal Culzoni, 2003.
- BRENA SESMA, Ingrid, *El derecho y la salud*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2004.

- CANO VALLE, Fernando, *Bioética*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2005.
- CASTAÑO DE RESTREPO, María Patricia, *Responsabilidad civil y patrimonial del Estado, derivada de la administración y prestación de los servicios de salud*, Bogotá, Temis, 2003.
- CELY GALINDO, Gilberto, *Bioética, humanismo científico emergente*, Bogotá, Pontificia Universidad Javeriana-Instituto de Bioética, 2008.
- CONKLIN, John E., *Criminology*, ninth edition, Pearson, 2007.
- DAVID, Pedro, *Criminología y sociedad*, México, Inacipe, 2005.
- DIETRICH VON, Engelhardt *et al.*, *Bioética y humanidades médicas*, Buenos Aires, Biblos, 2004.
- ESTÉBANEZ, Pilar, *Exclusión social y salud*, Barcelona, Icaria Antrazyt, 2002.
- FERNÁNDEZ RUIZ, Jorge (coord.), *Servicios públicos de salud y temas conexos*, México, Porrúa-UNAM, Facultad de Derecho 2006.
- GARCÍA FERNANDEZ, Dora y MALPICA HERNÁNDEZ, Lorena, *Estudios de derecho y bioética*, México, t. I, Porrúa-Universidad Anáhuac, 2006.
- GARCÍA GONZAÉZ, Dora Elvira y TRASLOSHEROS, Jorge E., *Ética, persona y sociedad una ética para la vida*, México, Porrúa-Tecnológico de Monterrey, 2007.
- GARLAN, David, *La cultura del control*, Barcelona, Gedisa, 2005.
- HERRERO, César, *Fenomenología criminal y criminología comparada*, México, Porrúa; España, Dykinson, 2011.
- INSTITUTO CIUDADANO DE ESTUDIOS SOBRE LA INSEGURIDAD, A. C., “El costo de la inseguridad en México”, *Cuadernos del ICESI 5*, Encuestas Nacionales sobre la Inseguridad, México, noviembre de 2009.
- , “Mortalidad por homicidios en México”, *Cuadernos del ICESI 6*, Encuestas Nacionales Sobre la Inseguridad, México, enero de 2010.
- , Encuesta Nacional sobre Inseguridad, ENSI-7, resultados primeras partes, México, 2010.
- KESSLER, Gabriel, *El sentimiento de inseguridad*, Buenos Aires, Siglo XXI, 2009.

- LIMA MALVIDO, María de la Luz, *Modelo de atención a víctimas en México*, México, Porrúa, 2004.
- MAGUIRE, Mike *et al.*, *Manual de criminología*, México, Oxford, 2000.
- MOCTEZUMA BARRAGÁN, Gonzalo, *Derechos de los servicios de salud*, México, UNAM, Instituto de Investigaciones Jurídicas, 2002.
- PAEZ VARELA, Alejandro, *Influenza: de la negligencia a la manipulación*, México, Grijalbo Mandori, 2009.
- PROCURADURÍA GENERAL DE JUSTICIA DEL DISTRITO FEDERAL, *Informe Estadístico Delictivo en el Distrito Federal en el mes de febrero, abril y mayo 2009*.
- RODRÍGUEZ MANZANERA, Luis, *Criminología*, 25a. ed., México, Porrúa, 2011.
- RODRÍGUEZ ORTEGA, Graciela, *La psicología de la salud en América Latina*, México, Porrúa-UNAM, Facultad de Psicología, 1998.
- SILVA, Arturo, *Criminología y conducta antisocial*, México, Paz, 2003.
- VIRGOLINI, Julio, E. S., *La razón ausente. Ensayo sobre criminología y crítica política*, Buenos Aires, Editores del Puerto, 2005.
- VITO, Gennaro *et al.*, *Criminology, theory, research, and policy*, 2a. ed., 2007.
- ZAFFARONI, Eugenio Raúl, *La palabra de los muertos. Conferencias de criminología cautelar*, Buenos Aires, Ediar, 2011.
- ZEPEDA LECUONA, Guillermo, *Crimen sin castigo*, México, Fondo de Cultura Económica, 2004.

1. Internet

- <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/communicable-diseases/influenza/activities/pandemic-influenza/pandemic-h1n1-2009>.
- <http://www.who.int/csr/disease/swineflu/es/index.html>.
- <http://www.exonline.com.mx/XStatic/excelsior/template/notatexto.aspx?id=588854&height=550&width=850>.

2. *Legislación*

Reglamento Sanitario Internacional

WORLD HEALTH ORGANIZATION, *WHO Guidelines for Pharmacological Management of Pandemic Influenza A(H1N1) 2009 and other Influenza Viruses*, Revised February 2010, Part I Recommendations.

———, *WHO Guidelines for Pharmacological Management of Pandemic Influenza A(H1N1) 2009 and other Influenza Viruses Revised February 2010*, Part II Review of evidence.

DEFINIENDO UN ESCENARIO DE TOMA DE DECISIONES: EL CASO DE LA INFLUENZA HUMANA A(H1N1)

Giovanni Miguel ALGARRA GARZÓN

INTRODUCCIÓN

La pregunta central de este texto es: ¿qué significa “decidir”, como directiva del sistema de salud mexicano en el contexto de la nueva influenza humana A(H1N1)? Nuestra respuesta es que toda definición de un curso de acción parte de comprender el contexto de la crisis de una manera multifocal para tener un panorama lo menos ingenuo posible de lo que está ocurriendo y de los posibles escenarios que surgirían a partir de las decisiones tomadas. Es decir, tener diferentes ángulos de aproximación que permitan contrastar las estrategias propuestas y alcanzar a evaluar los “hechos” que se pueden desencadenar por las decisiones tomadas; esto, con el fin de responder también a las nuevas situaciones de una manera adecuada.

Este documento está dividido en dos partes. Se inicia con una descripción del episodio de la nueva influenza, en donde se pone sobre la mesa la gran dificultad de entenderlo sin tomar alguna postura (negativa o positiva) acerca del papel de los participantes. Ambas opciones explicativas se presentan en su forma radical, para luego tratar de encontrar una postura, digamos, “negociada”.

En este primer apartado se concluye con un llamado a entender que las controversias que se suscitan por el desacuerdo con las explicaciones disponibles son un aspecto central en la creación

del panorama general sobre el evento. En la segunda parte se plantean cinco núcleos que es importante tener en cuenta para dimensionar la complejidad de la toma de decisiones en un episodio como el que se estudia aquí a raíz de las controversias presentadas en la primera parte.

I

En el episodio de la influenza humana A(H1N1) 2009 han aparecido en escena, como diseñadores y estrategas de las acciones públicas destinadas a controlar la situación, tanto grupos de políticos como de científicos. Ambos se presentaron al público en general como un equipo mancomunado que desarrolló de manera cooperativa estrategias que llevaron a un feliz término el *impasse*. Esta visión de unión de fuerzas ha tenido por parte de los participantes en el episodio dos interpretaciones. Por un lado, la positiva, muestra que la acción política y la asesoría científica están en la actualidad totalmente entrelazadas cuando se tratan temas de salud pública, entre otros, y de esta asociación depende que se creen estrategias adecuadas y eficaces para solucionar muchos problemas que aquejan a la humanidad. Así, la ciencia y la política son entendidas como dos esferas que comparten los mismos fines sociales y una clara voluntad para desarrollar estrategias exitosas que dan bienestar. De este modo, podemos hacer una lectura de la historia desde la manifestación del virus en seres humanos hasta la vacunación mundial como una suerte de pasos que por lo menos a grandes rasgos son parte de un plan diseñado para una contingencia de cierto tipo, que han mostrado la virtuosa unión entre organismos de investigación virológica, organizaciones multilaterales, centros privados de alarma biológica, centros de atención médica, universidades, empresas farmacéuticas, medios de comunicación y gobernantes de los diferentes Estados del planeta.¹ En esa narrativa, la ciencia se presenta como un

¹ El modo en que se articula esta narrativa para cada país, gracias a la relevancia que pudieran tener estos hechos, es diferente y en algunos casos tal

agente que aparece en medio de coyunturas que son puntos de intercepción de sus líneas de investigación y nos da respuestas del modo en que debemos salir de una crisis.

Una de las características que se destacan en esta primera interpretación es que, a pesar de las fuertes repercusiones políticas, el virus mismo (su etiología, su etiopatogenia, su cuadro clínico, su diagnóstico, etcétera) y sus efectos están enmarcados en la medicina, la virología y la epidemiología, y por tanto es tarea de la comunidad científica competente en estos campos tomar la iniciativa para llegar a un desenlace positivo. Así que los actores suscritos a esta visión esperan de la ciencia la mayoría de respuestas sobre el modo de resolver el problema. Esta mirada sobre el papel social de la ciencia traspasa lo meramente investigativo (la labor del científico en el laboratorio y la academia) y llega a las políticas públicas, en este caso, sanitarias. Su favorable labor va más allá de sus fronteras universitarias y de centros de investigación para colarse en la asesoría técnica de los entes gubernamentales de salud pública y de los centros de vigilancia y atención epidemiológica. Su labor sería evaluada no solo por sus pares, sino por la *opinión pública*, las ONG y los mismos gobiernos.

Según esta elucidación positiva, resultan indiscutibles los argumentos del científico en materia de estrategias de salud pública, y su credibilidad alcanza a las mayorías. Esta imagen de la ciencia nos conduce a la relevancia indiscutible del dictamen de los peritos especializados, los Centers for Disease Control and Prevention (CDC), United Nations (UN) por medio de la World Health Organization (WHO), las secretarías de salud y los centros de epidemiología y salud pública, como justificación para las estrategias políticas que se implementen, sobre cualquier otro tipo de valoración, aunque no sea científica. Igualmente, se justifican en esta línea los controles por razones de *salud pública*, lo que se ha dado en llamar “intervenciones de bioseguridad” [*cfr.* Lakoff & Collier, ed. (2008)].

vez no existió, porque apenas si los afectó la nueva influenza, o no tenía ningún papel para agilizar otros procesos políticos o sanitarios.

Por ejemplo, el gobierno mexicano optó por permitir que funcionarios estatales previamente acreditados entraran en propiedades privadas por razones sanitarias.²

En suma, desde esta aproximación, las medidas amparadas por instituciones de control sanitario deben ser acatadas tanto por los órganos del gobierno como por la sociedad civil. Así que según esta visión positiva, un excelente y confiable compañero del aparato del Estado en medio de una crisis sanitaria son las comunidades científicas, pues el Estado y la ciencia han hecho el mismo pacto social: proteger el bienestar de los seres humanos de manera eficaz y pertinente.

Por otro lado, la segunda, la interpretación negativa del episodio de la nueva influenza, muestra a esta unión de científicos y políticos como un “biopoder”, o en el peor de los casos como un “complot” en el que se intenta tener el control de la población por medio de estrategias de salud pública que son disuasorias y persuasivas. La agenda central de una biopolítica, en este sentido, es controlar a la población, sin hacer énfasis en el individuo. Los aspectos que abarca llegan más lejos que los que pueden ser del alcance de las instituciones estatales, porque sobrepasa lo meramente normativo de los órdenes de justicia, y llega al control de los cuerpos y las conductas; se moldea el comportamiento para satisfacer el fin de controlar la pandemia. También, puede contribuir a la estructuración de un modo de *gubernamentalidad* estatal basada en el manejo de los medios de control sanitario para violentar derechos y generar medidas de manejo poblacional y de seguridad nacional sin incurrir en la ilegalidad. Además, es muy factible que exista una segunda agenda, que puede tener el objeto de satisfacer fines políticos que resulten inmorales, como por ejemplo, que ciertos grupos tengan mayor riqueza e influencia.³

² No hay noticias de que hubiera ocurrido algún caso. Se supone que la disposición legal persuadió a los que aún no deseaban optar por el tratamiento a dirigirse por su propia voluntad a los centros de salud.

³ Para una visión completa de una interpretación negativa del papel de las instituciones de salud pública véase Foucault, Michel, *Cours au Collège de France*

Otra variante de esta postura negativa muestra que aunque exista una “buena voluntad” con respecto a las medidas de salud pública en la ejecución de las estrategias, se violan los derechos individuales y de las comunidades al imponer medidas que pueden reñir radicalmente con las idiosincrasias personales o culturales. En este caso, aparece el tema de la vacunación masiva, el uso de artículos, como guantes y tapabocas, de manera casi obligatoria; la moderación de las opiniones que contradicen los comunicados oficiales sobre la causa de la emergencia, el manejo económico y la eficacia del gobierno, las medidas de confidencialidad que debían aceptar muchos implicados en el manejo y control de la situación, etcétera.

Un hecho que fue destacado por algunos de los participantes para apoyar esta idea de la manipulación de la población para hacer que un reducido grupo tenga grandes ganancias a través de este *impasse* lo constituye la siguiente anécdota sobre las farmacéuticas y la crisis económica. Consultando la Internet, podemos encontrar diferentes firmas de corredores de bolsa que presentan asesoría financiera para sacar el mayor provecho de las inversiones en la bolsa de valores. Tras llamar para pedir consejo se encuentra que la recomendación del momento (octubre/2009) es comprar acciones de las empresas farmacéuticas. Según el analista, que llama a casa a diario, invertir en estas empresas es supremamente redituable, y su argumento radica en que aquellos que al ver la aparición del virus invirtieron en las farmacéuticas resultaron con el doble de la inversión cuando se financió la creación de una vacuna mundial. A este respecto, la Secretaría de Salud de México informó que

“Un nuevo virus, es una nueva oportunidad de negocio para las farmacéuticas y no podría haber llegado en un mejor momento que en medio de una crisis”, dijo Marc Van Ranst, presidente del Comisariado Interministerial contra la influenza de Bruselas. En-

(1997 y ss.), 13 vols., publicados por Gallimard-Seuil, *Il faut défendre la société; Sécurité, territoire, population; Naissance de la biopolitique.*

tre las ganadoras por el brote de la nueva cepa están la compañía suiza Roche y la británica Glaxo, empresas fabricantes de los antivirales que han demostrado ser efectivos contra la gripe A-H1N1, Tamiflu y Relenza, respectivamente.⁴

Así que el asesor financiero asegura que si se hace una inversión antes de que salga la vacuna mundial, se tendrá aún la posibilidad de sacar un provecho del 15% de tu capital inicial.⁵

Como lo indica Van Ranst, este crecimiento económico de las farmacéuticas y otras empresas que participan en el “negocio” de la nueva influenza, como las empresas que hacen cubrebocas, gel para las manos, desinfectantes, etcétera, llega muy bien en un periodo de contracción económica mundial —obviamente, sin consecuencias económicas mundiales, el bienestar será solo para un pequeño grupo de atentos inversionistas—. Siguiendo una interpretación negativa de este fenómeno, lo que está ocurriendo es que se está aprovechando el hecho de que son pocas las farmacéuticas que tienen la autorización gubernamental de crear el Tamiflu para su venta en los países interesados, y no son muchas las que tienen la capacidad de generar una cantidad tal de vacunas que cubra los supuestos requerimientos mundiales, para enriquecer a todos aquellos que deseen oportunamente tener una ocasión clara y confiable de contrarrestar la inestabilidad de las inversiones en otros sectores que ha llevado a muchos a la quiebra.

Podemos entender esta versión de los hechos como la parte pesimista de la relación entre ciencia y sociedad. Aquí encontramos, por un lado, la tesis acerca del Estado, que tiene intereses gubernamentales de control, que son propios del desarrollo de los órdenes institucionales contemporáneos. La aparición del A(H1N1)

⁴ Véase la página de la Secretaría de Salud: <http://www.salud.df.gob.mx/influenza/index.php/articulos/noticias/637-impulsa-influenza-a-farmacauticas>.

⁵ En Internet se encuentra información para los accionistas o quienes deseen invertir en las farmacéuticas que se encuentran relacionadas con la producción del Tamiflu o la vacuna mundial en *SWINE FLU FINANCIAL REPORT*: http://www.swineflucompany.com/sf/index.php?gclid=CL_OmoKTz50CFRESawod9HZFrg

no es más que la apertura de una nueva justificación para acceder a un control mayor que el que se tenía antes. Así, las farmacéuticas son vistas como representantes de un orden perverso mundial entre empresas multinacionales ávidas de riqueza y gobiernos corruptos y controladores. Es posible interpretar esto como que los gobernantes prestan atención a este brote de nueva influenza para aprovechar la oportunidad de crear mecanismos de manejo de la conducta de la gente y con ello generar una relación entre los ciudadanos y el Estado más coordinada y organizada para sus fines gubernamentales. Según esta opinión, el gobierno y las farmacéuticas cooperan mutuamente para que cada una alcance sus metas interesadas.

Esta alternativa en la controversia sobre lo ocurrido conlleva una carga apreciativa negativa, porque asume que el control sirve para manipular y cooptar al individuo, y con ello hacerlo un “obrero ciego” que asegura los deplorables y envidiosos intereses de grupos de poder. Con el componente aún más siniestro de que, a diferencia de las medidas del gobierno que son criticadas por los sindicatos, por los partidos políticos u organizaciones de la sociedad civil, en este caso la ciencia es vista como impermeable a la crítica. No es que se crea en esta postura negativa que la ciencia lo sea, solo que el empeño de los medios por mostrarla como incontrovertible la ha hecho un “hueso duro de roer” por parte de aquellos que consideran injustas o inconvenientes las medidas de los científicos.

Si añadimos a esta perspectiva negativa la actual crisis económica mundial, se llega a interpretar las gigantes cantidades de dinero dadas por los diferentes gobiernos del mundo a las farmacéuticas y el llamado a hacer una vacuna que se distribuirá a todas las personas, como una estrategia para crear una fuente de oportunidades financieras para aquellos que han perdido su capital en la contracción de la economía, aprovechando la ingenuidad y la manipulación de la gente. Además, en este marco, las empresas farmacéuticas son vistas como corporaciones que buscan de las más diversas maneras el modo de enriquecerse y aumentar su

influencia económica y política en el mundo. Siguiendo la interpretación negativa, podemos llegar a considerar que la WHO fue manipulada y presionada por los gobiernos, las farmacéuticas y los inversores, para crear un clima de miedo, de riesgo y de inestabilidad más fuerte de lo que en realidad debería ser.⁶

De la tesis del complot sacamos que de la unión de la ciencia y la política “sale un engendro del mal”; es una relación de comunidades que tiene ante sí un horizonte de intereses comunes: poder, riqueza e influencia mundial.

Esta lectura negativa de los hechos nos lleva a pensar las comunidades científicas como, a lo sumo, atrapadas en un entramado de intereses globales y locales de carácter político y económico que las usan para justificar sus agendas. Es decir, la investigación científica acerca de la naturaleza del virus de la influenza A(H1N1) 2009 no necesariamente está viciada. Los resultados de la ciencia podemos llamarlos “ciertos” o “verdaderos” o “más fiables”. Pero el modo en que salen a la luz pública por medio de los dirigentes de las instituciones científicas o los gobernantes, así como las “agendas ocultas” de esos actores, lleva a que se interpreten de una manera amañada esos datos, y no sean necesariamente neutrales.

Un ejemplo más que se revela en la visión negativa es la capacidad mutagénica del virus, pues esta capacidad es muy alta y, sin embargo, eso es lo que menos ha sido señalado cuando se trata el tema de la vacuna mundial al público en general (finales 2009). También podría señalarse que el virus tiene una baja letalidad y que la inversión sería innecesaria.

Si se discutieran tales temas, podría ponerse en entredicho el enorme esfuerzo financiero, de producción, de distribución y el llamado de la población que se realizó, ya que debía desaparecer la percepción pública de que la vacuna era una solución definitiva o una medida urgente a tomar. Además, el hecho de que las farmacéuticas hayan pedido que se suavicen las normas sobre las pruebas

⁶ http://www.elpais.com/articulo/sociedad/Debate/sordos/nueva/gripe/elpepusoc/20100126elpepusoc_11/Tes.

en humanos y los efectos colaterales o secundarios de la vacuna por la necesidad de su salida rápida a los *grupos de riesgo* y esto no haya sido enfatizado en los comunicados, puede ser considerado como un sesgo informativo que lleva a una apreciación errónea de la vacuna y a que tenga lugar un posible accidente farmacéutico, como el ocurrido en 1976 en Nueva Jersey con la vacuna contra la influenza, que causó un número de muertes superior al número de personas infectadas con el virus (una cepa del A(H1N1)) [ver Ortiz (2009), p. 39]. En este punto podemos destacar las reacciones alérgicas que se presentaron en Canadá por la aplicación de la vacuna y las mutaciones del virus en Noruega, Gales, Brasil y México. Igual que en el caso de 1976, en Inglaterra⁷ y en México⁸ se presentaron pacientes que tenían síndrome de Guillain Barré aparentemente inducidos por la vacuna.

Otra crítica desde el enfoque negativo señala que la cantidad de personas infectadas o fallecidas a causa de esta influenza es menor que la de otras enfermedades, como la malaria, la tuberculosis o la influenza estacional, a las cuales se les presta menor atención. Sin embargo, el hecho que se expuso para justificar la desmedida atención fue que en la población infectada se encuentran grupos considerados los menos vulnerables —jóvenes y adultos—. Es decir, se tomaron en cuenta los modelos epidemiológicos que dan énfasis al grupo infectado, antes que a la cantidad de enfermos y muertes, para crear un marcador del riesgo epidemiológico del virus. Obviamente, esta razón es muy fuerte, dados los modelos epidemiológicos actuales y que el A(H1N1) genera una “tormenta de citoquina”, que es una reacción *hiperinmune* del organismo potencialmente fatal —si consideramos que los jóvenes tienen un sistema inmune más poderoso—, su “tormenta” será más seria [Ortiz (2009), p. 203].

⁷ <http://notemaslaverdad.wordpress.com/2009/11/01/vacuna-h1n1-el-gobierno-britanico-aviso-a-neurologos-de-un-aumento-del-sindrome-de-guillain-barre-gbs/> (1o. de noviembre de 2009).

⁸ <http://www.elsiglodetorreon.com.mx/noticia/498578.confirman-sindrome-por-vacuna-contra-a-h1n1.html> (5 de febrero de 2010).

Resulta interesante mostrar que otros investigadores consideraron desmedido el protagonismo del virus de la nueva influenza y el consecuente aumento de la sensación de miedo de la población, argumentando a través del apoyo de otras consideraciones y parámetros epidemiológicos. Es decir, en el marco de las controversias sobre los modelos epidemiológicos en el seno de la comunidad científica hay disputas importantes sobre las decisiones que se toman, ya que existen criterios diferentes y consideraciones distintas (como veremos en la siguiente cita).

Lo anterior nos lleva a un análisis de ambos grupos, tanto de científicos como de políticos, donde podemos destacar una alternativa distinta de interpretación de los hechos ocurridos tras la aparición de la nueva influenza, ni radicalmente positiva ni negativa, ya que se descubre la falta de uniformidad de ambas “comunidades” en las decisiones y acciones. Así que, a diferencia de las anteriores perspectivas, existe la posibilidad de entender a los dos grupos manteniendo constantemente agrias controversias sobre las medidas a tomar en un determinado momento. Esta visión presupone la autonomía de ambos bandos, así como la diferencia en sus agendas. En este sentido, se debilitan las dos tesis anteriores, porque se haría borrosa la distinción entre sectores con intereses de “biopoder” con respecto a otros altruistas. Además, se debilitaría la creencia de que las comunidades científicas están unificadas en la valoración de las estrategias que se toman en un momento dado para contrarrestar el “poder” del virus. Dos ejemplos podrían iluminar este asunto:

Según el científico colombiano,⁹ la Organización Mundial de la Salud puso “a todos histéricos y absolutamente temerosos”.

Tras una conferencia en la que reveló los avances de su vacuna contra la malaria, Patarroyo reconoció a los periodistas que no comprende por qué hay tanta preocupación en torno al virus.

⁹ Manuel Elkin Patarroyo, reconocido investigador colombiano de la vacuna contra la malaria.

“Una persona muere de malaria cada diez segundos, ese es el problema para mí”, afirmó el investigador en Bogotá, quien dijo dedicar su tiempo a solucionar “problemas reales”.

El científico consideró que es “preocupante” lo que está sucediendo en todo el mundo porque: “Nos están alertando y asustando innecesariamente, y esto es un problema muy difícil de resolver”, añadió.

Patarroyo recordó que otras enfermedades epidémicas como el mal de las “vacas locas” o la “gripa aviar” reportaron sólo cuatro casos por año y 28 infectados, respectivamente.¹⁰

Este comunicado de Patarroyo habla de “problemas reales” vs. “posibles problemas”. Parece que su opinión es que las medidas precautorias pueden ser excesivas e inapropiadas en comparación con las magras medidas de problemas que ya han mostrado su capacidad letal como lo es la malaria.

Ahora bien, tanto la tesis de la asociación positiva de la ciencia y la política como la del complot o biopoder no toman en cuenta importantes aspectos del desarrollo del episodio de la nueva influenza, como de la estructura de las comunidades tanto de científicos como de políticos. Por un lado, se ha presupuesto una disposición del saber científico unificada. Esto ha llevado a que se piense que los resultados y estrategias que provienen de la ciencia sean incuestionables, y para cada caso se dé una respuesta aceptada por toda la comunidad académica. Por otro lado, se ha sobredimensionado lo que es un “argumento científico contundente” para seguir un curso de acción por parte de los gobernantes, organismos multilaterales, organizaciones nacionales de salud, ministerios y secretarías de salud, hospitales, policía y población en general. El segundo ejemplo muestra que existen serias dudas sobre la interpretación de las alarmas en la población en general (políticos también) con respecto a lo que

¹⁰ Véase el diario colombiano de circulación nacional *El Tiempo*: http://www.eltiempo.com/vidadehoy/salud/nuevagripa/como-exagerada-considero-manuel-elkin-patarroyo-alerta-de-la-oms-sobre-la-nueva-gripa_5192027-1.

deberían reflejar, encontrando como responsable de esta desinformación a la WHO.

La alarma que ha generado en diversos rincones del planeta el aumento de las alertas por epidemia de la organización Mundial de la salud (WHO), ha detonado un debate entre la comunidad científica sobre la efectividad del sistema, ya que las seis fases que lo componen no reflejan el grado de amenaza que supone un nuevo virus para el mundo.

“...una vez que pase todo esto, lo primero que debería hacer la WHO es modificar su sistema de alerta”, dijo Marc van Ranst, presidente del comisariado interministerial contra la influenza de Bruselas. “el sistema de la WHO ha generado confusión y muchas personas tienen la idea equivocada de asociarlo a un sistema sísmico, y no es así, no por elevar las fases significa que el virus es más peligroso, el virus es el mismo, lo que cambia es sólo el espacio geográfico”, añadió.¹¹

Otra controversia que surge en el plano científico es sobre el origen del virus. Un conjunto de investigadores de renombre cuyos miembros trabajaron en la creación del Tamiflu y tienen experiencia comprobada en la evolución de los virus mostraron que no podía afirmarse que la aparición del A(H1N1) fuera independiente de cualquier actividad humana. Así, su postura no se compromete con la idea estilo complot de que fue un producto intencional para generar una situación difícil para la humanidad, o, como otras personas han pensado, para experimentar de manera siniestra en una región pobre el desarrollo de una epidemia. Aunque no se descartan estas aciagas y perversas posibilidades, el documento con el cual hacen explícitos sus argumentos sobre la participación de la manipulación genética contemporánea como causa de la naturaleza genética del actual virus no intenta responsabilizar a alguien o denunciar una práctica delictiva. Más bien, su reflexión lleva a la propuesta de un control mayor de las investigaciones virológicas en las que se llevan a cabo expe-

¹¹ Véase http://www.elimparcial.com/EdicionDigital/Ediciones/20090510/PDFS/General_25.pdf.

rimentos que por mala voluntad o descuido pueden tener consecuencias nefastas y catastróficas. El objetivo de tal documento es poner sobre la mesa al virus como un producto de la experimentación genética, aún sin argumentos para saber si fue fruto de un accidente o de la mala saña de alguien [Gibbs *et al.* (2009)]. Muchos científicos han tratado de desmentir esta propuesta. Sin embargo, la polémica sigue abierta.

Otro punto que ha cobrado interés y se relaciona con el que señalaba Marc van Ranst, y que presentamos arriba, es la supuesta relación cooperativa entre la WHO y algunas farmacéuticas, que fue denunciada por la Comisión de Salud de la Asamblea Parlamentaria del Consejo de Europa a través de su director, Wolfgang Wodarg.¹² Esta imputación tiene soporte en el cambio de los parámetros existentes sobre alarma pandémica. Se ha dicho que tal cambio le resultó conveniente a las empresas farmacéuticas porque desencadenó una respuesta gubernamental más intensa y rápida de los gobiernos del mundo que si se hubiera manejado la situación bajo los estándares anteriores. En la modificación se priorizó la expansión geográfica sobre la capacidad letal de la enfermedad. La respuesta de la WHO fue prometer la generación de un equipo de expertos evaluador externo que daría un diagnóstico de las decisiones y acciones que tuvo durante la pandemia.

En este sentido, el episodio está plagado de incertidumbres y controversias, que deben ser puestas sobre la mesa para generar un panorama de la diversidad de versiones sobre lo ocurrido. De aquí resulta una profusa inestabilidad de la “realidad” tanto de la *naturaleza* como de la *sociedad*, dada la incertidumbre, la desconfianza y la crítica a las medidas y versiones oficiales de científicos y funcionarios públicos. Todo esto como resultado de los intentos de los actores de desenmarañar la información contradictoria que les llega para tratar de reconstruir un *panorama* y generar con ello un “contexto social” con actores, causas y efectos.

¹² Página oficial de Wolfgang Wodarg (enero 12/09): <http://www.wodarg.de/english/2948146.html>

II

Después de mostrar que el episodio de la nueva influenza ha sido descrito y explicado de maneras disímiles a raíz de diferentes enfoques y con diversos énfasis, y de que esto debe ser tomado en cuenta en el panorama de la toma de decisiones, podemos pasar a agrupar los conjuntos que nos permiten estructurar cursos de acción. Se proponen cinco conjuntos, a saber:

1. *Poder distribuido*

Una de las estrategias más caras de la formación en la toma de decisiones para líderes del sector salud es que se les capacita para decidir en la punta una pirámide de mando. Sin duda, esta formación para el “liderazgo” no toma en cuenta que las decisiones en el sector salud están altamente distribuidas en un conjunto amplio de mandos que son definidos a raíz de diferentes estructuraciones de un gran sistema. Es decir, el secretario de Salud es apenas una pieza en la gran arquitectura del sistema de salud mexicano (SS). Por tanto, sus decisiones deben ser mediadas por un conjunto enorme de agencias que surgen en diferentes tramos del SS. La evaluación de los diferentes repertorios de respuesta que se dan cuando se detona una epidemia son importantes para que las decisiones no sean meras injerencias irresponsables. No hay que desechar los diferentes tramos de la decisión en el SS y el papel que juegan para definir y perfilar decisiones de “mando superior”, como la del secretario de Salud. Por tanto, la visión de una pirámide es errada en tanto que da la idea de una jerarquía de las decisiones que realmente no existe. En otras palabras, los líderes del SS están constreñidos a la información, a los consejos y a los parámetros que emanan el SS.

2. *Sistema*

Entender la complejidad del SS lleva a otro aspecto importante de la decisión: el de comprender las limitaciones, las fallas, las virtudes y las paradojas que se anidan en su estructura.

Sabemos que el SS es un gran artefacto que, entre otras cosas, responde a las epidemias vigilando, definiendo los grados de riesgo a través de un estudio del patrón y de las causas, estructurando una respuesta y haciendo seguimientos y reestructurándose para dar una mejor respuesta a epidemias futuras. Esto no sería posible sin una intrincada trama de entidades que funcionen como órganos con funciones diferenciadas y que definen expectativas, directivas y protocolos. Por ejemplo, el Conave (Comité Nacional de Vigilancia Epidemiológica) y el CEVE (Comité Estatal para la Vigilancia Epidemiológica) se crean para estructurar el Sinave (Sistema Nacional de Vigilancia Epidemiológica). Esto con el fin de definir un sistema que detecte a tiempo los riesgos a la salud pública y dé una respuesta eficiente. Para tal fin, la complejidad del sistema empieza a crecer a medida que se van concretando las diferentes funciones e interrelaciones. Así, aparece el Sistema Único de Información para la Vigilancia Epidemiológica (SUIVE), el cual sistematiza la información de morbilidad y mortalidad con participación de todo el sector. Este a su vez se conforma del Sistema de Notificación Semanal de Casos Nuevos (SUAVE); la Red Hospitalaria para la Vigilancia Epidemiológica (RHOVE); el Sistema Epidemiológico y Estadístico de las Defunciones (SEED) y los sistemas especiales de vigilancia epidemiológica. Y así sucesivamente cada entidad del SS se hace múltiple e embrollada. Desconocer exactamente el funcionamiento del SS hace que las decisiones que se tomen no consideren recomendaciones o datos imprescindibles. Pero no solo eso. Entender el SS permite encontrar puntos sensibles de ser evaluados y corregidos para crear el marco del episodio idóneo para la toma de decisiones.

3. *Análisis de riesgo y vulnerabilidad*

Este núcleo trata de posibles interpretaciones del episodio sin un previo análisis de la naturaleza específica del caso a tratar. Por ejemplo, análisis basados en riesgo que toman en cuenta meramente los datos estadísticos llevan a políticas que se enfocan en tratar el episodio nuevo como fue tratado en otros lugares otro similar. Es decir, respondiendo con la idea de que “este tipo de hecho crítico” es del “mismo tipo de un hecho pasado”. El problema con este enfoque es que llega a perder de vista los elementos contextuales propios del nuevo caso. Por otro lado, enfocarse en reducir el riesgo puede significar que se invierta en aspectos meramente concernientes con la “causa obvia” sin tener en cuenta otros elementos que dan el terreno propicio para crear el contexto de crisis. Por tal razón, es importante tener en cuenta el análisis basado en vulnerabilidad, que se caracteriza por estructurar el hecho a analizar de una manera en donde intervienen cuestiones no solo atinentes con el virus (como en el caso de la epidemia del A(H1N1), sino con la cultura y las dimensiones sociales del contexto presente. Por ejemplo, una de las causas de que murieran personas de la franja de los menos vulnerables se debía, en parte, a la tendencia de no buscar ayuda médica gracias a la confianza que existe en una pronta recuperación de una “gripe”, como era interpretada antes de haber enfocado la información del SS a esta franja con esas creencias. Así, elementos culturales y las dinámicas sociales pueden llevar al traste los modelos basados en riesgo.

4. *Choque de intereses*

Cuando se plantea el tema de las decisiones en el marco de una crisis del sector salud a raíz de algún tipo de fenómeno como el del A(H1N1) se supone que todo el equipo que participa está trabajando para el mismo fin. No obstante, esto no es necesariamente cierto. De hecho, un episodio como ese lleva a que se creen suspicacias para tener ganancias políticas o económicas. Para ello es

importante mantener algunas reservas sobre estas presuposiciones y mejor mantener abierta la posibilidad de que se esté en medio de un terreno de juego, como el que define la teoría de juegos, en donde los participantes no “muestran sus verdaderas cartas”. Tener en cuenta esto permite adelantar estrategias de decisión conforme a los análisis de diferencia de intereses entre los participantes.

5. Frame Problem

Por último, la cantidad de información de los núcleos que he planteado nos pone en el problema de saber qué es pertinente para la toma de decisiones en un contexto de crisis. Aunque “todo cuenta”, no puede ser que se actúe tomando una cantidad tan grande de datos. Esto puede ser calificado como *Frame Problem*; es decir, el problema de definir qué información nos permite delimitar el marco adecuado para la toma de decisiones, aquello que debemos tener en cuenta. Sin duda este problema es enorme, y olvidarlo nos puede llevar a la total inercia por quedarnos analizando y agrupando datos o a la irresponsabilidad de optar por unos datos descuidando otros. Es aquí donde la memoria institucional y una buena distribución de la decisión lleva a estructurar marcos aceptables que, por su puesto, no garantizan que sean los “más adecuados”, pero que son “los más plausibles, pertinentes, razonables”. Esto a través de prestar atención a los fines perseguidos y las capacidades de los miembros directivos de entender y aprovechar la ingente cantidad de datos y de controversias.

BIBLIOGRAFÍA

- ALGARRA, Giovanni Miguel, *Ciencia y política en el contexto de la nueva influenza A/H1N1*, Editorial Académica Española, 2011.
- LAKOFF, Andrew y COLLIER, Stephen, *Biosecurity Interventions: global health and security in practice*, Columbia University Press.
- ORTIZ, Quesada, *Código A(H1N1): Diario de una pandemia*, Taurus, 2009.

LA LIBERTAD DE EXPRESIÓN Y EL DERECHO DE ACCESO A LA INFORMACIÓN ANTE UNA EMERGENCIA SANITARIA

Mireya CASTAÑEDA *

SUMARIO: I. *Introducción.* II. *Derecho a la información y libertad de expresión.* III. *Emergencias sanitarias y comunicación.* IV. *Restricción y suspensión de derechos por una emergencia sanitaria.* V. *Información y comunicación epidemiológica.* VI. *Consideraciones finales.*

I. INTRODUCCIÓN

El presente escrito es el resultado de un estudio que tuvo por objeto analizar dos derechos fundamentales: la libertad expresión y el derecho de acceso a la información, ante una emergencia sanitaria; sin embargo, como suele ocurrir en los trabajos de investigación, se presentaron interrogantes y temas que condujeron y modificaron el camino, más aún al verse enriquecido por los comentarios de los miembros del Núcleo en Salud y Derecho.¹

* Estudios de maestría en derecho por la Facultad de Derecho de la Universidad Nacional Autónoma de México. Profesora en la misma universidad. Asesora en el Centro Nacional de Derechos Humanos de la Comisión Nacional de los Derechos Humanos.

¹ La investigación se presentó en dos ocasiones, el 26 de mayo y el 21 de septiembre, ambas en 2011; la primera en sesión interna Núcleo en Salud y Derecho, y la segunda en la semana de las líneas de investigación del Instituto de Investigaciones Jurídicas de la Universidad Nacional Autónoma de México.

Se brinda un panorama general de la protección nacional e internacional de la libertad de expresión y del derecho de acceso a la información, centrándose en el marco jurídico aplicable, como son las disposiciones relativas a la comunicación oficial por radio y televisión en el contexto de una emergencia. Asimismo, se analizó la posibilidad de una restricción o suspensión de derechos ante una contingencia de carácter sanitario.

Sobre el tema que nos ocupa existen pocos estudios, lo que nos llevó al derecho comparado sobre la regulación de información epidemiológica en algunas provincias españolas y a las recomendaciones que ha dado la Organización Mundial de la Salud sobre la comunicación en brotes epidémicos.

Con este trabajo se trata de exponer la problemática e invitar al desarrollo de nuevas reflexiones y acciones que contribuyan para una adecuada información ante una emergencia sanitaria.

II. DERECHO A LA INFORMACIÓN Y LIBERTAD DE EXPRESIÓN

En el presente apartado el lector podrá encontrar algunos antecedentes extranjeros y nacionales de la protección de la libertad de expresión. Asimismo, la protección internacional, tanto universal como regional, con referencia a los instrumentos relativos y algunas decisiones de la Corte Interamericana de Derechos Humanos. Para aquellas personas interesadas en profundizar en el estudio de estos derechos en el sistema interamericano, lo pueden realizar en un material en el que se recoge gran parte de la jurisprudencia interamericana elaborado por Karlos Castilla.²

En este apartado se abordará, también, la protección nacional, con un especial énfasis en las disposiciones que tienen una mayor cercanía con el problema que se estudia; es decir, la libertad de expresión y el derecho de acceso a la información ante una emergencia sanitaria.

² Castilla, Karlos, *Libertad de expresión y derecho de acceso a la información en el sistema interamericano de derechos humanos*, México, CNDH, 2011.

Se trata de un brindar un panorama completo, aunque modesto, con el ánimo de focalizar el estudio a las emergencias sanitarias.

1. *Antecedentes*

La libertad de expresión fue reconocida por la Declaración de Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789. Su artículo 11 dispuso:

La libre comunicación de pensamientos y de opiniones es uno de los derechos más preciosos del hombre; en consecuencia, todo ciudadano puede hablar, escribir e imprimir libremente, a trueque de responder del abuso de esta libertad en los casos determinados por la ley.

Un triunfo, sin duda, del movimiento de la Ilustración.

En la primera enmienda a la Constitución de Estados Unidos de América, promulgada el 15 de diciembre de 1791, fue consagrada la libertad de expresión.³ Con posterioridad, los ordenamientos constitucionales del siglo XIX en Europa y América continuaron con la protección de los derechos fundamentales, entre ellos la libertad de expresión.

En México, la Constitución 1857 tiene una gran importancia para los derechos humanos, porque fue la primera en la historia

³ In the United States, the Bill of Rights is the term for the first ten amendments to the United States Constitution. These amendments explicitly limit the Federal government's powers, protecting the rights of the people by preventing Congress from abridging freedom of speech, freedom of the press, freedom of assembly, freedom of religious worship, and the right to bear arms, preventing unreasonable search and seizure, cruel and unusual punishment, and self-incrimination, and guaranteeing due process of law and a speedy public trial with an impartial jury. In addition, the Bill of Rights states that "the enumeration in the Constitution, of certain rights, shall not be construed to deny or disparage others retained by the people", and reserves all powers not specifically granted to the Federal government to the citizenry or States. These amendments came into effect on December 15, 1791, when ratified by three-fourths of the States. Consultable en www.archives.gov/exhibits/charters/constitution.html (septiembre de 2011).

del país en titular su primer capítulo “De los derechos del hombre”. En su artículo 6o. indicó: “La manifestación de las ideas no será objeto de ninguna inquisición judicial o administrativa, sino en el caso de que ataque la moral, los derechos de tercero, provoque algún delito, o perturbe el orden público”.⁴ Su artículo 7o., señaló:

Es inviolable la libertad de escribir y publicar escritos sobre cualquiera materia. Ninguna ley ni autoridad puede establecer la previa censura, ni exigir fianza a los autores o impresores, ni coartar la libertad de imprenta, que no tiene más límites que el respeto a la vida privada, a la moral y a la paz pública...⁵

La Constitución de 1917 recogió en los mismos numerales el contenido de la Constitución anterior.⁶

2. *Protección internacional*

Después de la Segunda Guerra Mundial, en 1948, surgió el derecho internacional de los derechos humanos, con la Declaración Universal de Derechos Humanos. En la versión en inglés de este instrumento se empleó el término *human rights*, término neutro y plural, gracias a la propuesta de Eleanor Roosevelt. En español fue hasta 1952 cuando se utilizó el término “derechos humanos”.⁷ La declaración, si bien no es un tratado internacio-

⁴ Zarco, Francisco, *Crónica del Congreso Extraordinario Constituyente [1856-1857]*, estudio preliminar, texto y notas de Catalina Sierra Casasús, México, El Colegio de México, 1957, p. 87.

⁵ *Ibidem*, p. 97.

⁶ Texto original de la Constitución de 1917, consultable en <http://www.juridicas.unam.mx/infjur/leg/consthist/pdf/1917.pdf> (septiembre de 2011).

⁷ Asamblea General, *Resolución 548 (VI), Adopción en español del término “derechos humanos” en vez del término “derechos del hombre”*, 6o. Período de Sesiones, 1951. También en Salado Osuna, Ana, *Textos básicos de Naciones Unidas relativos a derechos humanos y Estudio preliminar*, Sevilla, Universidad de Sevilla, 2004, p. 35.

nal, fue el punto de partida de los trabajos subsecuentes en la protección de derechos humanos, e incluso algunos autores consideran que ciertos derechos, como la prohibición de la tortura y de la discriminación, se han convertido en costumbre internacional; otros incluso indican que todo el texto.⁸

El artículo 19 de la Declaración Universal indica:

Todo individuo tiene derecho a la libertad de opinión y de expresión; este derecho incluye el no ser molestado a causa de sus opiniones, el de investigar y recibir informaciones y opiniones, y el de difundirlas, sin limitación de fronteras, por cualquier medio de expresión.

Con posterioridad a la Declaración Universal surgieron una serie de tratados internacionales de derechos humanos, en particular los pactos internacionales de Derechos Civiles y Políticos y de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos fue adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966, en Nueva York. México se adhirió a él y lo ratificó en 1981.⁹ En su artículo 19 indica:

1. Nadie podrá ser molestado a causa de sus opiniones.

2. Toda persona tiene derecho a la libertad de expresión; este derecho comprende la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole, sin consideración de fronteras, ya sea oralmente, por escrito o en forma impresa o artística, o por cualquier otro procedimiento de su elección.

En los términos antes enunciados se han protegido la libertad de expresión y el derecho de acceso a la información, ya que se contempla la libertad de buscar, recibir y difundir información,

⁸ Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *El sistema de tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas*, Folleto informativo, núm. 30, Ginebra, Naciones Unidas, 2007, p. 5.

⁹ Fuente: <http://www.sre.gob.mx/tratados/index.php> (octubre 2011).

opinión e ideas por cualquier medio.¹⁰ Pero ambos derechos no son derechos absolutos, sino que pueden ser sujetos de restricciones, como indica el mismo artículo en el párrafo 3:

...puede estar sujeto a ciertas restricciones, que deberán, sin embargo, estar expresamente fijadas por la ley y ser necesarias para: a) Asegurar el respeto a los derechos o a la reputación de los demás; b) La protección de la seguridad nacional, el orden público o la salud o la moral públicas.

En los términos enunciados, ambos derechos podrían ser restringidos por cuestiones necesarias para la salud pública.

El Comité de Derechos Humanos, órgano creado por virtud del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos para vigilar su cumplimiento, ha emitido dos comentarios generales sobre el artículo 19 del Pacto, el 10 y el 34, este último que sustituye al primero, en su párrafo 2 indica:

La libertad de opinión y libertad de expresión son condiciones indispensables para el desarrollo de las personas. Son esenciales en toda sociedad. Ellas constituyen una piedra fundamental para toda libertad y sociedad democrática. Las dos libertades son relativamente cercanas, con la libertad de expresión se proporciona el vehículo para cambiar y desarrollar opiniones.¹¹

En paralelo a la protección universal de derechos humanos a cargo de las Naciones Unidas, se desarrolló la protección regional con el ánimo de tener una mayor cercanía con las tradiciones jurídicas, políticas, económicas y culturales de los países que los

¹⁰ López-Ayllón, Sergio, “El derecho a la información como derecho fundamental”, en Carpizo, Jorge y Carbonell, Miguel, *Derecho a la información y derechos humanos*, México, UNAM, 2000.

¹¹ Traducción libre de la autora: “2. Freedom of opinion and freedom of expression are indispensable conditions for the full development of the person. They are essential for any society. They constitute the foundation stone for every free and democratic society. The two freedoms are closely related, with freedom of expression providing the vehicle for the exchange and development of opinions”.

integran. El primero fue el sistema europeo, con el Convenio Europeo de Derechos Humanos, que entró en vigor en 1953. Posteriormente surgieron los sistemas interamericano y africano. Cada sistema ha tenido su propio desarrollo. El instrumento base del sistema interamericano de derechos humanos, al que pertenece México, es la Convención Americana sobre Derechos Humanos, firmada en San José de Costa Rica en 1969, también conocida como “Pacto de San José”. México la ratificó en 1981. El sistema interamericano cuenta con el procedimiento establecido en la misma Convención Americana, a cargo de la Comisión y la Corte interamericanas de Derechos Humanos.

El primer párrafo del artículo 13 de la Convención Americana define a la libertad de pensamiento y de expresión prácticamente en los mismos términos que el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, mencionado líneas arriba;¹² sin embargo, en su segundo párrafo este instrumento precisa que “no puede estar sujeto a previa censura sino a responsabilidades ulteriores”.¹³ En materia de censura previa un caso interesante que ha resuelto la Corte Interamericana de Derechos Humanos es “La Última Tentación de Cristo” (Olmedo Bustos y otros) *vs.* Chile,¹⁴ motivado por la prohibición de la película “La Última Tentación de Cristo”¹⁵ y la permisón de la censura en su propio

¹² Texto del PIDCP: “1. Toda persona tiene derecho a la libertad de pensamiento y de expresión. Este derecho comprende la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole, sin consideración de fronteras, ya sea oralmente, por escrito o en forma impresa o artística, o por cualquier otro procedimiento de su elección”.

¹³ Texto del PIDCP: “2. El ejercicio del derecho previsto en el inciso precedente no puede estar sujeto a previa censura sino a responsabilidades ulteriores, las que deben estar expresamente fijadas por la ley y ser necesarias para asegurar: a) el respeto a los derechos o a la reputación de los demás, o b) la protección de la seguridad nacional, el orden público o la salud o la moral públicas”.

¹⁴ Corte IDH, caso “La Última Tentación de Cristo” (Olmedo Bustos y otros) *vs.* Chile, fondo, reparaciones y costas, sentencia del 5 de febrero de 2001, serie C, núm. 73.

¹⁵ Es una película basada en la novela de Nikos Kazantzakis. La película versa sobre la vida de Jesús. Plantea que: “Justo antes de morir, recibe el llama-

ordenamiento constitucional.¹⁶ El Pacto de San José, en los siguientes párrafos de su artículo 13 establece:

3. No se puede restringir el derecho de expresión por vías o medios indirectos, tales como el abuso de controles oficiales o particulares de papel para periódicos, de frecuencias radioeléctricas, o de enseres y aparatos usados en la difusión de información o por cualesquiera otros medios encaminados a impedir la comunicación y la circulación de ideas y opiniones.

4. Los espectáculos públicos pueden ser sometidos por la ley a censura previa con el exclusivo objeto de regular el acceso a ellos para la protección moral de la infancia y la adolescencia, sin perjuicio de lo establecido en el inciso 2.

5. Estará prohibida por la ley toda propaganda en favor de la guerra y toda apología del odio nacional, racial o religioso que constituyan incitaciones a la violencia o cualquier otra acción ilegal similar contra cualquier persona o grupo de personas, por ningún motivo, inclusive los de raza, color, religión, idioma u origen nacional.

Con lo anterior, se observa que los derechos a la información y la libertad de expresión están protegidos por los tratados a nivel universal y a nivel regional.

La Corte Interamericana de Derechos Humanos, en diversos fallos, ha abordado la vulneración de la libertad de expresión y del derecho de acceso a la información. Otro caso al que en esta ocasión me permito hacer referencia es el caso *Palamara Iribarne*

do de un ángel que le ofrece la más grande tentación de todas: Borrar todo su pasado y llevar la vida de un hombre normal". <http://www.universalpictures.com.mx/site/producto.php?id=81> (octubre 2011).

¹⁶ La Constitución chilena, en su numeral 19, preveía un sistema de censura. La Corte, por unanimidad, declaró que el Estado vulneró el derecho a la libertad de pensamiento y de expresión consagrado en el artículo 13 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos. El 8 de agosto de 2001 se publicó la reforma constitucional que reemplazó el párrafo final del número 12 del artículo 19, por el siguiente: "La ley regulará un sistema de calificación para la exhibición de la producción cinematográfica".

vs. *Chile*,¹⁷ que en su párrafo 79 reiteró que los derechos analizados no son absolutos, y que “el artículo 13.2 de la Convención prevé la posibilidad de establecer restricciones a la libertad de pensamiento y de expresión a través de la aplicación de responsabilidades ulteriores por el ejercicio abusivo de este derecho”. Las causales deben estar “expresa, taxativa y previamente fijadas por la ley, ser necesarias... y no deben de modo alguno limitar, más allá de lo estrictamente necesario, el alcance pleno de la libertad de expresión y convertirse en un mecanismo directo o indirecto de censura previa”. En su párrafo 85 indicó: “la restricción debe ser proporcional al interés que la justifica y ajustarse estrechamente al logro de ese legítimo objetivo, interfiriendo en la menor medida posible en el efectivo ejercicio del derecho a la libertad de pensamiento y de expresión”.

El caso antes referido aborda un tema que me parece de gran importancia, como es el de los límites a los derechos humanos, en este caso en circunstancias normales, por decirlo de alguna forma, pero siguiendo ciertos principios, como son: el de legalidad, el de necesidad y el de proporcionalidad.

3. *Protección nacional*

En México, como se indicó líneas arriba, la Constitución de 1917, en su artículo 6o. protegió la libertad de expresión en los siguientes términos: “La manifestación de las ideas no será objeto de ninguna inquisición judicial o administrativa, sino en el caso de que ataque la moral, los derechos de tercero, provoque algún delito, o perturbe el orden público”.¹⁸ En 1977 se le incorporó la siguiente frase:¹⁹ “el derecho a la información será garantizado

¹⁷ Corte IDH, *caso Palamara Iribarne vs. Chile*, sentencia del 22 de noviembre de 2005 (fondo, reparaciones y costas).

¹⁸ Consultable en <http://www.juridicas.unam.mx/infjur/leg/consthist/pdf/1917.pdf> (octubre de 2011)

¹⁹ Reforma publicada en el *Diario Oficial de la Federación* el 6 de diciembre de 1977.

por el Estado”. Pero fue treinta años más tarde cuando con las reformas publicadas en el *Diario Oficial de la Federación* el 20 de julio de 2007 se adicionaron siete fracciones con los principios y bases del derecho al acceso a la información pública.

Se presentó un cambio fundamental con la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental (LFTAIPG), la cual, en su artículo 1o., indica:

La presente Ley es de orden público. Tiene como finalidad proveer lo necesario para garantizar el acceso de toda persona a la información en posesión de los Poderes de la Unión, los órganos constitucionales autónomos o con autonomía legal, y cualquier otra entidad federal.

Con esta ley se materializó el derecho de acceso a la información pública.

Un tema que me parece de gran importancia y que he desarrollado en otras ocasiones es la recepción nacional de los tratados internacionales en materia de derechos humanos. Si bien tanto el artículo 133 como el artículo primero de nuestra Constitución lo realizan de manera general, la Ley Federal de Transparencia, en el segundo párrafo de su numeral 6, lo hace en los siguientes términos:

El derecho de acceso a la información pública se interpretará conforme a la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; la Declaración Universal de los Derechos Humanos; el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; la Convención Americana sobre Derechos Humanos; la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer, y demás instrumentos internacionales suscritos y ratificados por el Estado Mexicano y la interpretación que de los mismos hayan realizado los órganos internacionales especializados.

Aunque el principio *pro persona* que establece el artículo 1o. constitucional, con la reforma publicada el 10 de junio de 2011

en el *Diario Oficial de la Federación* brinda una interpretación más amplia, clara y precisa que el numeral citado, este último contempla dos aspectos que aún no se prevén a nivel constitucional: 1) incorpora a la Declaración Universal de Derechos Humanos, que no es un tratado vinculante, para la interpretación, y 2) también incorpora la interpretación que de los tratados hayan realizado los órganos internacionales especializados, en donde podemos ubicar a los comités creados en virtud de tratados²⁰ y a la Corte Interamericana de Derechos Humanos.

Por otro lado, sobre el artículo 13 de la Ley Federal de Transparencia, relativo a la información reservada, me parece importante destacar las siguientes fracciones: “Como información reservada podrá clasificarse aquella cuya difusión pueda: I. Comprometer la seguridad nacional, la seguridad pública o la defensa nacional; [...]. IV. Poner en riesgo la vida, la seguridad o la salud de cualquier persona”. La información clasificada como reservada podrá permanecer con tal carácter por un periodo de hasta doce años, pero podrá ser desclasificada cuando se extingan las causas que dieron origen a su clasificación.²¹ En este orden de ideas, ante una situación de emergencia sanitaria, el derecho a la información puede verse sujeto a ciertos límites, como puede ser que por las características de la información, esta sea clasificada como reservada; lo anterior, aunado a, como se verá páginas más adelante, que se pueda presentar una restricción o suspensión de derechos, entre ellos a la información.

No obstante, la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso *Myrna Mack Chang vs. Guatemala*,²² en su párrafo 180, indicó: “en caso de violaciones de derechos humanos, las auto-

²⁰ Por ejemplo el Comité de Derechos Humanos y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. Véase <http://www.ohchr.org/SP/HRBodies/Pages/HumanRightsBodies.aspx> (octubre de 2011).

²¹ Artículo 15 de la LFTAIPG.

²² Corte IDH, caso *Myrna Mack Chang vs. Guatemala*, sentencia del 25 de noviembre de 2003 (fondo, reparaciones y costas).

ridades estatales no se pueden amparar en mecanismos como el secreto de Estado o la confidencialidad de la información, o en razones de interés público o seguridad nacional, para dejar de aportar la información requerida por las autoridades judiciales o administrativas encargadas de la investigación o proceso pendientes”.

Por su parte, la Primera Sala de la Suprema Corte de Justicia de la Nación en una tesis jurisprudencial emitida en 2009, respecto a la libertad de expresión, indicó:

Una opinión pública bien informada es un instrumento imprescindible para conocer y juzgar las ideas y acciones de los dirigentes políticos; el control ciudadano sobre las personas que ocupan o han ocupado en el pasado cargos públicos... fomenta la transparencia de las actividades estatales y promueve la responsabilidad de todos los involucrados en la gestión de los asuntos públicos, lo cual justifica que exista un margen especialmente amplio de protección para la difusión de información y opiniones en el debate político o sobre asuntos de interés público.²³

En efecto, la libertad de expresión y el derecho de acceso a la información se han ido desarrollando tanto en el ámbito nacional como en el internacional. Su importancia en un Estado democrático es indiscutible. Como ha indicado la Corte Interamericana de Derechos Humanos y retomado la Suprema Corte de Justicia de la Nación:

[S]e trata de libertades que tienen tanto una dimensión individual como una dimensión social, y exigen no sólo que los individuos no vean impedida la posibilidad de manifestarse libremente, sino también que se respete su derecho como miembros de un colecti-

²³ Primera Sala, *Semanario Judicial de la Federación* y su *Gaceta*, XXX, diciembre de 2009, p. 287. Tesis: 1a. CCXVII/2009, rubro: “Libertad de expresión y derecho a la información. Su protección es especialmente intensa en materia política y asuntos de interés público”.

vo a recibir información y a conocer la expresión del pensamiento ajeno.²⁴

Sin embargo, estos derechos, como se ha dicho, no son absolutos, sino que pueden verse limitados en condiciones normales o restringidas o suspendidas en una situación de emergencia, como se observará en los próximos apartados.

III. EMERGENCIAS SANITARIAS Y COMUNICACIÓN

Comenzaré por realizar una breve introducción a las emergencias sanitarias, para contextualizar a los medios de comunicación ante tal panorama. La Organización Mundial de la Salud define a una emergencia de salud pública como un “evento fuera de lo común o imprevisto que exige una intervención o respuesta inmediata y tiene repercusiones graves para la salud pública”.²⁵ Lo anterior, puede ser causado por el surgimiento de enfermedades infecciosas de rápida propagación, lo que se conoce como brote epidémico. La intervención rápida en una emergencia sanitaria se encamina a que no se propague una epidemia y evitar que se convierta en una pandemia. En este contexto, la comunicación y la información juegan un papel crucial.

La Organización Mundial de la Salud ha determinado diversas fases de una emergencia sanitaria, según se puede apreciar en el siguiente cuadro.²⁶

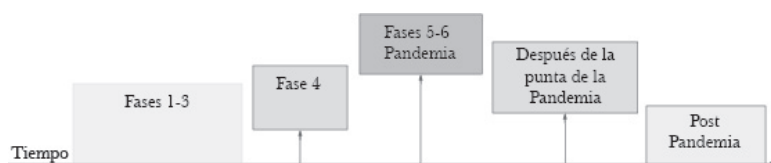
²⁴ Primera Sala, *Semanario Judicial de la Federación y su Gaceta*, XXX, diciembre de 2009, p. 287. Tesis: 1a. CCXV/2009, rubro: “Libertad de expresión y derecho a la información. Su importancia en una democracia constitucional”.

²⁵ Organización Mundial de la Salud, *Guía de la Organización Mundial de la Salud para planificar la comunicación en caso de brotes epidémicos*, Ginebra, OMS, 2008, p. 33.

²⁶ Organisation Mondiale de la Santé, *Préparation et action en cas de grippe pandémique: document d'orientation de l'OMS*, Gineve, OMS, 2009, en http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242547689_fre.pdf (octubre 2011).

Fase 1	Bajo riesgo de casos humanos. ²⁷
Fase 2	Mayor riesgo de casos humanos. ²⁸
Fase 3	Ninguna o muy limitada transmisión humano a humano. ²⁹
Fase 4	Creciente evidencia de transmisión humano a humano. ³⁰
Fase 5	Evidencia de significativa transmisión humano a humano. ³¹
Fase 6	Transmisión eficiente y sostenida humano a humano. ³²

Asimismo, me permito reproducir un cuadro, con traducción propia de la OMS:³³



Un Estado ante una emergencia sanitaria debe tomar distintas medidas según el nivel del problema, pero en todo momento

²⁷ Traducción libre de la autora. *Ibidem*, p. 13. “Aucun cas d’infection chez l’homme due à un virus circulant chez les animaux n’a été signalé”.

²⁸ Traducción libre de la autora. *Idem*. “On sait qu’un virus grippal animal circulant chez des animaux domestiques ou sauvages a provoqué des infections chez l’homme et il est de ce fait considéré comme constituant une menace potentielle de pandémie”.

²⁹ Traducción libre de la autora. *Idem*. “Un virus grippal réassorti animal ou animal-humain a été à l’origine de cas sporadiques ou de petits groupes de cas de maladie dans la population, mais n’a pas entraîné de transmission interhumaine suffisamment efficace pour maintenir les flambées à l’échelon communautaire”.

³⁰ Traducción libre de la autora. *Idem*. “La transmission interhumaine d’un virus grippal réassorti animal ou animal humain capable de provoquer des flambées à l’échelon communautaire a été vérifiée”.

³¹ Traducción libre de la autora. *Idem*. Le virus identifié a provoqué des flambées soutenues à l’échelon communautaire dans au moins deux pays d’une même Région OMS.

³² Traducción libre de la autora. *Idem*. Outre les critères définis pour la phase 5, le même virus a provoqué des flambées soutenues

³³ *Ibidem*, p. 14.

la información y los medios de comunicación juegan un papel fundamental, especialmente para frenar la epidemia y evitar a toda costa que se convierta en una pandemia.

Acudir a un procedimiento de acceso a la información pública ante una emergencia sanitaria, me parece, no sería el mecanismo más viable y recurrido, como estudió, dentro de esta misma línea de investigación, la maestra Teresa Ambrosio,³⁴ en la considerable disminución en la presentación de denuncias penales durante la emergencia sanitaria por la epidemia de influenza A(H1N1). Lo anterior, motivado por las medidas de prevención y también por el clima de miedo y riesgo.

En estos términos, los medios de comunicación masiva desempeñan un papel prioritario para informar a la población, por lo que en este apartado se abordarán las disposiciones relacionadas de la Ley Federal de Radio y Televisión. El artículo 60 indica:

Los concesionarios de estaciones radiodifusoras comerciales y los permissionarios de estaciones culturales y de experimentación, están obligados a transmitir gratuitamente y de preferencia:

I. Los *boletines* de cualquier autoridad que se relacionen con la seguridad o defensa del territorio nacional, la conservación del orden público, o con medidas encaminadas a prever o remediar cualquier *calamidad pública*.³⁵

Asimismo, en su artículo 62 indica: “Todas las estaciones de radio y televisión en el país, estarán obligadas a encadenarse cuando se trate de transmitir *informaciones de trascendencia* para la nación, a juicio de la Secretaría de Gobernación”. En el caso de una emergencia sanitaria, en México, los medios de comunicación están obligados tanto a transmitir boletines como a encadenarse para transmitir los comunicados oficiales.

³⁴ Ambrosio, Teresa, *Análisis criminológico de las emergencias sanitarias*, en esta misma obra.

³⁵ Énfasis añadido por la autora.

Como se pudo apreciar en México, con el caso de influenza A(H1N1), ante una situación de emergencia, no solo se transmite información oficial, sino de todo tipo, como pueden ser comentarios y opiniones de los comunicadores, de expertos, pero también de no expertos; lo anterior, en pleno apego a la libertad de expresión. No obstante, la Ley Federal de Radio y Televisión, en su artículo 64, indica: “No se podrán transmitir: I. Noticias, mensajes o propaganda de cualquier clase, que sean contrarios a la seguridad del Estado o el orden público”.

Además de lo anterior, una nueva forma de comunicación son las redes sociales, que han tenido un gran éxito. Una noticia que se transmita por estos medios puede correr el riesgo de que sea resentida por exceso de subjetividad, por la falta de experiencia de los usuarios y por el ambiente mismo de la situación, lo que en una emergencia sanitaria, hay que tener presente, como también, que la libertad de expresión, al ser un derecho fundamental, merece la máxima protección y, en su caso, que la restricción que se realice a ella se apegue a lo dispuesto en la Constitución y en los principios de legalidad, de necesidad y de proporcionalidad. Un caso interesante es la reforma al artículo 373 del Código Penal de Veracruz,³⁶ relativo a la perturbación del orden público, que generó la promoción de la acción de inconstitucionalidad 29/2011 por la Comisión Nacional de los Derechos Humanos ante la Suprema Corte de Justicia de la Nación el 17 de octubre de 2011.³⁷ Me parece que vale la pena reflexionar sobre este tema, pero ello sobrepasa el objeto de estudio en esta ocasión.

³⁶ Publicada en la *Gaceta Oficial del Estado de Veracruz* el 20 de septiembre de 2011. Texto reformado: “Artículo 373. Perturbación del Orden Público. A quien, por cualquier medio, afirme falsamente la existencia de aparatos explosivos u otros; de ataques con armas de fuego; o de sustancias químicas, biológicas o tóxicas que puedan causar daño a la salud, ocasionando la perturbación del orden público, se le impondrá prisión de uno a cuatro años y multa de quinientos a mil días de salario, atendiendo a la alarma o perturbación del orden efectivamente producida”.

³⁷ Consultable en <http://www.cndh.org.mx/node/545> (octubre 2011).

IV. RESTRICCIÓN Y SUSPENSIÓN DE DERECHOS POR UNA EMERGENCIA SANITARIA

Como se ha indicado, dependiendo la fase de la emergencia, los Estados pueden tomar diversas medidas; una de ellas puede ser la restricción o suspensión de derechos, entre ellos el derecho a la información y la libertad de expresión; lo anterior está contemplado tanto a nivel constitucional, en México, como en los tratados internacionales de derechos humanos a los que se ha hecho mención en líneas arriba, en los términos que se exponen a continuación.

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, en su artículo 4o., indica que los Estados parte podrán adoptar disposiciones que suspendan las obligaciones contraídas en él, en situaciones excepcionales que pongan en peligro la vida de la nación y cuya existencia haya sido proclamada oficialmente, en la medida estrictamente limitada a las exigencias de la situación, siempre que tales disposiciones no sean incompatibles con las demás obligaciones que les impone el derecho internacional y no entrañen discriminación alguna fundada únicamente en motivos de raza, color, sexo, idioma, religión u origen social.

El mismo artículo establece lo que se conoce como núcleo duro de derechos; es decir, algunos derechos en los que el Pacto no autoriza suspensión alguna, como son el derecho a la vida; la prohibición de la tortura, de esclavitud, de cárcel por obligación contractual; de retroactividad de la ley penal; el derecho a la personalidad jurídica y la libertad de pensamiento y religión.³⁸

Por su parte, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, en su artículo 27, también prevé la suspensión de garantías en caso de guerra, de peligro público o de otra emergencia que amenace la independencia o la seguridad del Estado parte. Esta adopción de disposiciones, en la medida y por el tiempo estrictamente limitados a las exigencias de la situación y siempre

³⁸ La disposición precedente no autoriza suspensión alguna de los artículos 6o., 7o., 8o. (párrafos 1 y 2), 11, 15, 16 y 18.

que no sean incompatibles con las demás obligaciones que les impone el derecho internacional y no entrañen discriminación alguna fundada en motivos de raza, color, sexo, idioma, religión u origen social. En su párrafo segundo también contempla un núcleo duro de derechos, en el que exenta de suspensión a los siguientes derechos: al reconocimiento de la personalidad jurídica; al derecho a la vida; a la integridad personal; la prohibición de la esclavitud y la servidumbre; el principio de legalidad y de retroactividad; la libertad de conciencia y de religión; la protección a la familia; el derecho al nombre; los derechos del niño; el derecho a la nacionalidad, los derechos políticos, ni de las garantías judiciales indispensables para la protección de tales derechos.³⁹

La Corte Interamericana de Derechos Humanos, en el caso *Caso Zambrano Vélez y otros vs. Ecuador*,⁴⁰ abordó el tema de suspensión de derechos. En su párrafo 46 citó lo que ha manifestado la Corte Europea de Derechos Humanos para que se justifique que un estado de excepción es necesario: “a) que exista una situación excepcional de crisis o emergencia; b) que ésta afecte a toda la población, y c) que constituya una amenaza a la vida organizada de la sociedad”. Asimismo, en su párrafo 47 indicó:

Es obligación del Estado determinar las razones y motivos que lleven a las autoridades internas a declarar un estado de emergencia y corresponde a éstas ejercer el adecuado y efectivo control de esa situación y que la suspensión declarada se encuentre, conforme a la Convención, “en la medida y por el tiempo estrictamente limitados a las exigencias de la situación”.

En México, el artículo 29 de la Constitución de 1917, desde su texto original contempla la suspensión de garantías. Su antecedente directo se encuentra en el mismo numeral de la Constitución de 1857, con solo algunas modificaciones de redacción. Pero con las reformas constitucionales en materia de derechos

³⁹ Artículos 3o., 4o., 5o., 6o., 9o., 12, 17, 18, 19, 20, y 23.

⁴⁰ Corte IDH, *Caso Zambrano Vélez y otros vs. Ecuador*, sentencia del 4 de julio de 2007 (fondo, reparaciones y costas).

humanos publicadas el 10 de junio de 2011 en el *Diario Oficial de la Federación*, se realizaron algunas modificaciones. No me referiré al procedimiento para llevar a cabo una suspensión, porque no es el objeto del presente escrito, pero sí a los motivos. El texto constitucional señala que

En los casos de invasión, perturbación grave de la paz pública, o de cualquier otro que ponga a la sociedad en *grave peligro* o conflicto, [se] podrá *restringir o suspender* en todo el país o en lugar determinado el ejercicio de los derechos y las garantías que fuesen obstáculo para hacer frente, rápida y fácilmente a la situación.

Uno de los cambios que incorporó la reforma fue el poder “restringir” derechos, aunque no se establece la diferencia, lo cual seguramente llevará a posteriores interpretaciones.

El artículo 29 constitucional dispone que la restricción o suspensión deberá ser por un tiempo limitado, por medio de prevenciones generales y sin que se contraiga a determinada persona. También establece un núcleo duro de derechos, aún mayor que la establecida en tratados, que no podrán restringirse o suspenderse, los cuales son:

...los derechos a la no discriminación, al reconocimiento de la personalidad jurídica, a la vida, a la integridad personal, a la protección a la familia, al nombre, a la nacionalidad; los derechos de la niñez; los derechos políticos; las libertades de pensamiento, conciencia y de profesar creencia religiosa alguna; el principio de legalidad y retroactividad; la prohibición de la pena de muerte; la prohibición de la esclavitud y la servidumbre; la prohibición de la desaparición forzada y la tortura; ni las garantías judiciales indispensables para la protección de tales derechos.

De lo anterior se desprende que no están contemplados el derecho a la información ni la libertad de expresión dentro de los derechos no susceptibles a suspensión o como en la doctrina se le conoce, dentro del núcleo duro de derechos. Asimismo, dispone el numeral en comento, que:

La restricción o suspensión del ejercicio de los derechos y garantías debe estar fundada y motivada en los términos establecidos por esta Constitución y ser proporcional al peligro a que se hace frente, observando en todo momento los principios de legalidad, racionalidad, proclamación, publicidad y no discriminación.

La suspensión de derechos ha sido considerada por la doctrina como una garantía de los mismos, porque ante una situación real de emergencia se trata de que continúen protegidos aquellos considerados como no susceptibles de suspensión.

En México, fue publicado en el *Diario Oficial de la Federación* el 25 de abril de 2009 el decreto expedido por el titular del Ejecutivo Federal “por el que se ordenan diversas acciones en materia de salubridad general, para prevenir, controlar y combatir la existencia y transmisión de virus de influenza estacional epidémica”. En el presente escrito no se analizará ni la totalidad del documento ni su naturaleza jurídica, porque ese tema es objeto de estudio de otro de los trabajos de la línea de investigación sobre emergencias sanitarias.⁴¹ No obstante, me limito a citar lo que a nuestro tema interesa de aquel decreto:

ARTÍCULO SEGUNDO. La Secretaría de Salud, con el propósito de combatir la epidemia y cuando lo estime pertinente, implementará de manera inmediata en las regiones afectadas de todo el territorio nacional, las acciones ejecutivas siguientes:

[...].

XI. La utilización libre y prioritaria de los servicios telefónicos, telegráficos y de correos, así como las transmisiones de radio y televisión, estableciendo las directrices informativas necesarias a fin de transmitir clara y oportunamente las medidas que se adopten para afrontar la contingencia;

Con lo anterior, podemos observar que ante una situación real de emergencia sanitaria pueden verse suspendidos o restrin-

⁴¹ Silvero, Jorge, *Aspectos constitucionales de las emergencias sanitarias*, en esta misma obra.

gidos los derechos a la información y la libertad de expresión, ponderando la seguridad y la salud de la nación. Como se ha indicado, la restricción o suspensión de derechos en una emergencia sanitaria se tiene que realizar en seguimiento a las disposiciones constitucionales y a los principios de legalidad, necesidad y proporcionalidad. No obstante, la información en una emergencia sanitaria juega un papel crucial, como derecho y como herramienta indispensable para evitar que una epidemia se convierta en pandemia.

V. INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

En el presente apartado se abordarán dos temas; el primero, dedicado a un breve estudio comparado sobre la información epidemiológica; el segundo, a las normas de comunicación de brotes epidémicos emitidas por la Organización Mundial de la Salud. Lo anterior, como resultado de la búsqueda de medidas y acciones que se pueden tomar con relación a la información y comunicación en una emergencia sanitaria.

1. *Información epidemiológica*

En algunos países, como España, a nivel local, se han establecido ciertos artículos en la legislación de salud con el ánimo de establecer algunos criterios respecto a la información epidemiológica. Un ejemplo lo podemos ubicar en la Ley 3/2009, de los Derechos y Deberes de los Usuarios del Sistema Sanitario de la Región de Murcia, que en su artículo 34, titulado “Derecho a la información epidemiológica”, establece lo siguiente:

1. La Administración Sanitaria debe ofrecer a los ciudadanos información sobre situaciones y factores de riesgo que puedan perjudicar la *salud colectiva* o individual, en especial sobre la *información epidemiológica* de problemas genéricos de salud o que tengan una especial incidencia o gravedad en relación con la salud pública...

En el segundo párrafo establece las características de esa información: “2. Esta información, científica y veraz, deberá difundirse en términos comprensibles y adecuados para el conjunto de la población o para el sector o colectivo destinatario...”⁴²

Otro ejemplo lo encontramos en la Ley 1/2003, de la Generalitat, de Derechos e Información al Paciente de la Comunidad Valenciana, la cual, en su artículo 5o., indica sobre el derecho a la información epidemiológica: “1. Los ciudadanos tienen derecho a recibir información suficiente y adecuada sobre las situaciones y causas de riesgo que existan para su salud, incluidos los problemas de salud de la comunidad que implican un riesgo para su salud individual”. Agrega: “2. Los ciudadanos tienen también derecho a recibir información epidemiológica sobre los problemas más comunes de salud...”⁴³

En México la Ley General de Salud solo contempla en su título sexto “Información para la salud”, pero no se especifica sobre información en situaciones de emergencia. Su artículo 104 indica:

La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, y de conformidad con la ley de información estadística y geográfica y con los criterios de carácter general que emita la Secretaría de programación y presupuesto, captarán, producirán y procesarán la información necesaria para el proceso de planeación, programación, presupuestación y control del sistema nacional de salud, así como sobre el estado y evolución de la salud pública.

Asimismo, establece los aspectos sobre los que se referirá fundamentalmente la información:

- I. Estadísticas de natalidad, mortalidad, morbilidad e invalidez;
- II. Factores demográficos, económicos, sociales y ambientales

⁴² Consultable en http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/mu-l3-2009.t4.html#a34 (octubre 2011).

⁴³ Consultable en http://noticias.juridicas.com/base_datos/CCAA/va-l1-2003.t3.html#a5 (octubre 2011).

vinculados a la salud, y III. Recursos físicos, humanos y financieros disponibles para la protección de la salud de la población, y su utilización.

2. *Normas de Comunicación de Brotes Epidémicos*

La Organización Mundial de la Salud es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas.⁴⁴ Ha emitido las Normas de Comunicación de Brotes Epidémicos,⁴⁵ en donde ha indicado cinco elementos que se deben seguir:

1. *Confianza*, porque sin ella la población no dará una buena recepción a la información sanitaria que den las autoridades.⁴⁶
2. *Anuncios tempranos*, porque es importante alertar a las personas afectadas y minimizar la amenaza. La OMS indica que, “aun cuando contengan información incompleta, evitan los rumores y la información errónea”.⁴⁷
3. *Transparencia*, en la información oportuna y completa del riesgo.⁴⁸
4. *Escuchar al público*. Es fundamental comprender la percepción de la población de los riesgos, las opiniones e inquietudes. “Si no se conoce la manera en que el público entiende y percibe un riesgo determinado, ni sus creencias ni prácticas, cabe la posibilidad de que no se tomen las decisiones pertinentes ni se hagan los cambios de comportamiento necesarios para proteger la salud”.⁴⁹

⁴⁴ Página oficial: <http://www.who.int/es/> (mayo 2011).

⁴⁵ Organización Mundial de la Salud, *Guía de la Organización Mundial de la Salud para planificar la comunicación en caso de brotes epidémicos*, Ginebra, OMS, 2008.

⁴⁶ *Ibidem*, p. 7.

⁴⁷ *Idem*.

⁴⁸ *Idem*.

⁴⁹ *Idem*.

5. *Planificación*, a mi parecer, uno de los más importantes. En las reflexiones del Núcleo en Salud y Derecho se destacaron dos momentos: 1) De “normalidad” cuando se puede planificar, y 2) De “emergencia” cuando se tienen que tomar las medidas necesarias. En ese sentido, la planificación tiene verificativo en el momento de normalidad. La OMS ha indicado las siguientes medidas:

Primera. Evaluación, que implica la capacidad existente en materia de comunicación e investigar datos demográficos, grados de alfabetización, lenguas habladas, así como antecedentes socioeconómicos y culturales.⁵⁰ Lo anterior es de gran importancia, más aún en un país tan plural como lo es México, y poder brindar la información adecuada de acuerdo con las necesidades de la población. Sobre el particular, se puede consultar el estudio de Luz María Valdés,⁵¹ como parte de la línea de investigación de *emergencias sanitarias*.

Segunda. Coordinación de la comunicación. Esta medida implica un trabajo conjunto con los medios de comunicación. Sobre el particular me parece fundamental la capacitación de los comunicadores.

Tercera. Transparencia, que implica establecer una política o directrices a escala nacional sobre los anuncios públicos y la difusión continua de información en caso de que se verifique un riesgo de enfermedad infecciosa o se sospeche su existencia.⁵²

Cuarta. Escuchar al público en las situaciones de brote epidémico, porque es fundamental comprender la percepción de los riesgos, las opiniones e inquietudes de la población.⁵³ Sobre este punto son interesantes los estudios que ha realizado Miguel G.

⁵⁰ *Ibidem*, p. 9.

⁵¹ Valdés, Luz María, *La demografía como instrumento de análisis*, en esta misma obra.

⁵² Organización Mundial de la Salud, *Guía de la Organización Mundial...*, *cit.*, nota 45, p. 9.

⁵³ *Idem*.

Algarra,⁵⁴ quien plantea que las lecturas negativas de los hechos que la población puede hacer deben tomarse en consideración al momento de informar.

Quinta. Evaluación de la comunicación, establecer los mecanismos de la misma durante la emergencia.⁵⁵

Sexta. Elaboración de un plan de comunicación en situaciones de emergencia, considerando las medidas anteriores, establecer un plan por escrito.⁵⁶ Este aspecto me parece de vital importancia dentro de la coordinación con los comunicadores, que, como he indicado, en ellos recae una gran responsabilidad sobre la comunicación en emergencias sanitarias.

Séptima. Capacitación, que incluye simulacros y ejercicios que pongan a prueba el plan de comunicación en situaciones de emergencia.⁵⁷

Las anteriores normas, elaboradas por la Organización Mundial de la Salud, me parecen muy acertadas y de gran utilidad; sin embargo, la recepción nacional, en particular en México, considero que no se ha desarrollado lo suficiente. Un ejemplo claro y cercano de ello se dio con el caso de la influenza A(H1N1). Por lo anterior, me parece que se debe impulsar su aplicación.

VI. CONSIDERACIONES FINALES

El presente estudio, en principio, tuvo por objeto estudiar dos derechos humanos: la libertad de expresión y el derecho de acceso a la información ante una emergencia sanitaria. Para ello se comenzó con un estudio modesto, pero general, de estos dere-

⁵⁴ Algarra Garzón, Giovanni Miguel, *Ciencia y política en el contexto de la nueva influenza A(H1N1)*, México, UNAM, Posgrado en Filosofía de la Ciencia, tesis de maestría, 2010, consultable en parte en http://www.biopolitica.cl/docs/publi_bio/Algarra_ciencia.pdf (octubre 2011).

⁵⁵ Organización Mundial de la Salud, *Guía de la Organización Mundial...*, cit., nota 45, p. 9.

⁵⁶ *Idem.*

⁵⁷ *Idem.*

chos tanto a nivel nacional como internacional. Se hizo especial énfasis en la normativa que tendría aplicación en el caso de una emergencia sanitaria. Pero del análisis anterior se observó que ambos derechos no son absolutos, y que pueden verse limitados, por cuestión de salud pública, o restringidos o suspendidos en una situación de emergencia, en este caso sanitaria.

No obstante, es innegable que ante una emergencia sanitaria la población tiene una necesidad real de ser informada, incluso una medida fundamental, tanto para controlar una epidemia como para mantener el orden en una sociedad es la información oportuna, veraz y pertinente del riesgo. Ello nos condujo al derecho comparado, en donde se observó que países como España, después de haber enfrentado emergencias sanitarias, ha introducido en su legislación disposiciones sobre el derecho a recibir información epidemiológica; sin embargo, ello no es más que un solo paso; es necesario establecer una serie de políticas públicas para atender la problemática.

En este contexto, se acudió a las Normas de Comunicación de Brotes Epidémicos de la Organización Mundial de la Salud, en donde se indica la necesidad de contar con la confianza de la población, dar anuncios tempranos, con transparencia en la información, con una recepción de la percepción de la población sobre el problema; todo ello para realizar una adecuada planificación. Este último punto, en mi criterio, es el más importante en un momento de “normalidad”, en donde la coordinación con los medios de comunicación me parece fundamental, porque son los comunicadores, junto con las autoridades respectivas, sobre los que recae una gran responsabilidad ante un momento de “emergencia sanitaria”. Por ello, deben contar con personal debidamente capacitado.

Los brotes epidémicos son inevitables y a menudo impredecibles. El entorno en una emergencia sanitaria es único. La incertidumbre, la confusión y la sensación de urgencia pueden rodear la situación, en ocasiones magnificándola o distorsionándola. Por ello, como se ha indicado, es necesario realizar un plan de comunicación en brotes epidémicos, en seguimiento a las normas

elaboradas por la Organización Mundial de la Salud, con una corresponsabilidad de los comunicadores y de la propia sociedad civil, porque la adecuada información también es un elemento indispensable para la propia prevención de la propagación de una epidemia.

LA DEMOGRAFÍA COMO INSTRUMENTO DE ANÁLISIS

Luz María VALDÉS

SUMARIO: I. *Presentación*. II. *Cronologías de las epidemias en México*. III. *Desarrollo de instituciones*. IV. *Presencia del sector privado*. V. *Tercera Ley General de Población*. VI. *Transición epidemiológica*. VII. *Población indígena*. VIII. *Resumen de los principales puntos señalados*. IX. *Reflexiones y sugerencias*. X. *Política de comunicación*. XI. *Bibliografía*.

Agradezco en primer término a la doctora Ingrid Brena la invitación a participar en el Núcleo de Estudios de Salud y Derecho, en la Línea de Investigación de Emergencia Sanitaria. Como demógrafa, presentaré, principalmente a través de datos y gráficas, las posibilidades que ofrece esta disciplina para el conocimiento de tendencias y análisis de las enfermedades.

I. PRESENTACIÓN

La demografía estudia a la población humana. Es una disciplina que recurre a las ciencias sociales y a las ciencias exactas. Sus fuentes de información son los censos de población y las encuestas especializadas. Con esta cualidad abre la puerta a la investigación en todas las áreas demográficas, sociales, económicas y ambientales.

A partir de sus componentes, que son la natalidad, la mortalidad y la migración, la población crece o decrece; asimismo,

la demografía se preocupa por las características que permiten diferenciar a una persona de otra. En primer lugar, aquellas de orden demográfico, como son la edad, el sexo, el lugar de nacimiento, el estado civil. A estas se añaden las características sociales: educación, religión y lengua; las económicas, el empleo, rama de actividad, ocupación y el nivel de ingreso, y finalmente las características sobre salud, bienestar y vivienda.

En virtud de que el tema que nos convoca es la emergencia sanitaria, el trabajo centra su atención en la historia de este flagelo, su propagación tanto en el territorio nacional como en otros países, y los contagios de múltiples enfermedades provenientes de otros continentes. Finalmente, nos referimos a las tendencias de la mortalidad en México y las causas socioeconómicas causantes de ella.

De la misma forma, se hace mención a la creación de instituciones tanto públicas como privadas que han sido creadas en el curso de casi una centuria, para atender a las demandas de una población creciente.

Para concluir, presentamos recomendaciones y una reflexión de orden general.

1. CRONOLOGÍA DE EPIDEMIAS EN MÉXICO

Con el fin de presentar un panorama general que nos conduzca a las particularidades, que son de interés de este núcleo de estudios, me permitiré mostrar la cronología de enfermedades epidémicas que ha sufrido el país.

Las epidemias¹ a partir de 1450 fueron devastadoras

- En 1450-1456 se registró una epidemia de influenza o gripa que afectó significativamente a la población del centro de México, particularmente a la de Texcoco, cuyos cronistas

¹ Flores, Héctor Fabricio, “Cronología de epidemias devastadoras en México”, *El Universal*, 5 de abril de 2010.

definieron al mal como “catarro pestilencial”. La gravedad de esta enfermedad se agudizó por las malas cosechas que hubo en esos años, algo que desembocó en hambruna para la población.

- En 1520 aparece la primera epidemia de viruela.²
- En 1528, tras la victoria de los conquistadores españoles en el México antiguo, se suscitó una epidemia caracterizada por la aparición de tos y granos ardientes, según redacta el antropólogo e historiador Miguel León-Portilla en su libro *Visión de los vencidos*.³
- En 1540 apareció la epidemia de tifoidea. Se desató en el territorio central de México. A decir de sus escritos, uno de los afectados fue el fraile y cronista Bernardino de Sahagún, quien relata que en aquel tiempo la enfermedad fue afrontada por la población indígena al aplicar medicamentos e invocar al dios Tezcatlipoca.
- En 1545 se detecta una epidemia de sarampión, que fue también traída a México por los conquistadores españoles. Controlada inicialmente por los frailes franciscanos, esta epidemia causó sus peores estragos en 1545.
- En 1576-1577. Aparece una epidemia que no adquirió nombre, y que era una combinación de viruela y tifoidea, y acabó con dos millones de indios.⁴ En los manuscritos de los frailes españoles se menciona que estas enfermedades acabaron casi con la población inicial de los indígenas.
- En los siguientes años 1590, 1609 y 1659, se registraron epidemias de sarampión y viruela, causando alta mortalidad. En 1592-1593, 1618, 1628-1631 y 1663 se facilitó el ingreso

² Pérez Martínez, Herón, El Colegio de Michoacán, Zamora Michoacán “Epidemias de viruela en la Nueva España y México, S. XVIII y XIX, 2008”. *Relaciones Primavera*, año/ vol. XXIX, 114.

³ León-Portilla, Miguel, *La visión de los vencidos*, México, UNAM, 1959.

⁴ Mandujano Sánchez, Angélica et al., *Historia de las epidemias en el México antiguo. Algunos aspectos biológicos y sociales, Epidemias en la época prehispánica*, al consultar el pasado de la medicina.

de varias epidemias como resultado de plagas de langosta que causaron escasez de alimentos y alarma natural entre la población. Las mangas de langosta de 1618 cubrieron los campos y los caminos.⁵

- En 1648-1650, una epidemia de peste, principalmente en la península de Yucatán.⁶
- En 1695 surge una epidemia de tabardillo o “fiebre pestilencial”, como se conocía entonces al tifo exantemático, enfermedad relacionada con los piojos del cuerpo. Entre sus víctimas destaca sor Juana Inés de la Cruz
- En 1736-1739 la gran peste de *matlazáhuatl*, que tuvo sus principios en 1736 en los alrededores de la ciudad de México, estuvo presente hasta 1739.
- El *matlazáhuatl* fue una enfermedad preferencial de las clases bajas o mal alimentadas; es decir, indígenas y castas. Se presentaba en dos formas y siempre se acompañada de crisis agrícolas. Era una combinación de fiebre tifoidea y tifo.⁷

Las epidemias y las hambrunas formaban ciclos casi interminables.

Las enfermedades epidémicas más notorias durante la Colonia fueron el *matlazáhuatl*, la viruela, el sarampión y el hambre, todas ellas designadas por los indígenas *cocoliztli* o peste. La viruela o *hueyzahtl* y el sarampión o *tepitonzáhuatl* o *mathaltotonqui* fueron enfermedades epidémicas, que provocaron alta mortalidad, sobre todo en grupos de 0-5 años de edad y sin diferencia de clase social. De presentarse esta enfermedad en grupos de edad mayores de quince años producían abortos y mortinatos cuando afectaban a mujeres embarazadas.⁸

⁵ Quezada, Sergio, *Epidemias, plagas y hambres en Yucatán, México (1520-1700)*, Unidad de Ciencias Sociales, Centro de Investigaciones Regionales “Dr. Hideyo Noguchi”, Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida, Yucatán, México.

⁶ *Idem.*

⁷ Mandujano Sánchez, Angélica *et al.*, *op. cit.*, ¿Qué deseamos saber?

⁸ *Idem.*

- En 1737-1738 murieron miles de indígenas, castas y españoles a causa de una enfermedad semejante al tifo y la peste, transmitida por picaduras de piojos y pulgas, agua estancada, hacinamiento y pobreza. Hubo poca atención de los virreyes. Según las ideas de Hipócrates, el aire puro era necesario para combatir las enfermedades, creían que venía de la corrupción del aire. Por ello se pedía que sacaran la basura de la ciudad.⁹
- En 1728-1798 aparece de nuevo una epidemia de la viruela.¹⁰
- En los siguientes años 1762, 1780, 1798, 1815, 1830, 1840 se registran cifras millonarias de muertos en México por las enfermedades pestilentes.¹¹
- En 1813, en la región de Cuautitlán, en lo que hoy es el Estado de México, una epidemia de tifoidea causó 3 mil 114 muertes en un periodo de siete meses.
- En 1833 el cólera atacó los estados de Tamaulipas, Campeche, Yucatán, San Luis Potosí y Guanajuato, dejando un saldo de mil 200 muertos en 24 horas. Más tarde afectó también las ciudades de Guadalajara y Monterrey. Su daño total se estima en 324 mil decesos en todo el país.

Debe señalarse que en 1841 se creó el Consejo de Salubridad, que durante el porfiriato combatió exitosamente varias epidemias que venían del exterior, como el cólera, la fiebre amarilla y la peste bubónica.

- En 1882 el cólera asoló Chiapas. Para frenar esta enfermedad se hicieron algunos progresos, sobre todo en la lucha antirrábica y la vigilia de la leche.

Se promulgó el Código Sanitario 1891 y se reformó en 1902 para prohibir la adulteración de los alimentos necesarios, y la

⁹ Molina del Villar, América, “Epidemias en la Nueva España: el matlazahuatl (1737-1738)”, *Diccionario temático CIESAS*.

¹⁰ Pérez Martínez, Herón, *op. cit.*

¹¹ *Idem.*

venta de la leche en vía pública eran medidas para incorporar la higiene alimenticia.

- En 1902 el puerto de Mazatlán, Sinaloa, albergó una letal epidemia de peste bubónica, caracterizada por la hinchazón de los ganglios, fiebre y dolor de cabeza.¹²

A esta larga lista habrá que incluir las epidemias contagiosas de principios de siglo XX, que fueron igualmente devastadoras.

- En 1905 se registró una epidemia transcontinental de fiebre amarilla y viruela. A ello se añadió la epidemia de tifo y tuberculosis en los mismos años, enfermedades que afectaron a tres puertos: Veracruz en México, La Habana en Cuba, Nueva Orleáns en Estados Unidos. Estas epidemias transcontinentales fueron causadas por la falta de higiene y salubridad, lo que facilitó los contagios entre los tres países, en ciudades cuyas poblaciones se dedicaban principalmente al comercio.¹³

Señala González Navarro¹⁴ que de 1895 a 1910 el porfiriato legó al México contemporáneo seis enfermedades epidémicas de cuarentena: cólera, peste bubónica, fiebre amarilla, viruela, tifo y fiebre recurrente. La política sanitaria de la época se distinguió por su lucha contra las epidemias llegadas del exterior. Las medidas para erradicarlas se concentraron en la desinfección, la “desratización” y vacunas, para conjurar el peligro. En algunas regiones hubo oposición de los nativos de las regiones, quienes no

¹² Molina Ramírez, Tania, “El catarro pestilencial, primera gran epidemia en México”, *La Jornada*, 25 de abril de 2009.

¹³ Ranzon León, José, “El panorama epidemiológico en el golfo de México, los puertos de La Habana, Veracruz, y Nueva Orleáns, en la segunda mitad del siglo XIX”, *Papeles de Población*, México, Universidad Autónoma del Estado de México, núm. 16, abril-junio, 1998.

¹⁴ González Navarro, Moisés, *Población y sociedad en México*, vol. I, México, UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, 1974.

se sometían a los tratamientos adecuados ello; fue una traba para lograr mejores impactos.

- En 1911 se informó que habían ocurrido doce casos de fiebre amarilla.
- En 1918 apareció la influenza española, presuntamente transmitida a la población mexicana por un ciudadano de Nueva York (Estados Unidos). La influenza española dejó en los siguientes años en nuestro país alrededor de 500 mil muertos en una época en que la población total era de aproximadamente 14 millones de personas. Sin embargo, Manuel Valdez Aguilar asegura que se originó en un campamento del ejército estadounidense en Funstone, Kansas, el 4 de marzo. En junio, México recibió el contagio de su vecino del norte. Entre los países que se vieron más castigados por este flagelo que alcanzó tasas de mortalidad entre 22% y 35% están Madagascar, Sudáfrica, Nueva Zelanda, Guatemala y México.¹⁵
- En 1940 se identificó en México la malaria o paludismo, que dejó alrededor de 24 mil muertes cada año, hasta avanzado el siglo XX. En 2002 se declaró erradicada esta enfermedad.
- En 1948-1955 se registraron mil 100 casos de poliomielitis. La vacunación en las décadas siguientes terminó por erradicar este padecimiento del territorio nacional. A partir de 1986 continuó su descenso progresivamente.
- En 1990 solo se registraron siete casos, y cinco años más tarde la Organización Panamericana de la Salud entregó a México el certificado que avala que la polio se había erradicado del territorio nacional.
- En 1950 a 1970 el sarampión causó gran mortalidad. En 1960, a través de una campaña de vacunación masiva, se logró frenar su expansión.

¹⁵ Molina Ramírez, Tania, *op. cit.*

- En 1973 se inició formalmente el Programa Nacional de Inmunizaciones en México. Se aplicaron 3.6 millones de dosis de esta vacuna.¹⁶
- A pesar de este esfuerzo, en 1989 y 1990 surgió de nuevo brote de sarampión, registrándose 20,381 casos; en 1990 se elevó a 68,782. En este año se convirtió en la quinta causa de mortalidad infantil.
- En 1980 se detectó una epidemia de dengue. Esta enfermedad se introdujo a México entre 1978 a 1980. Fue una epidemia transnacional, posiblemente originado en la Polinesia francesa, pasando después al Caribe. Se propagó a Centroamérica, y finalmente a México. La mayoría de los casos se registraron en 1982 y 1984 en Colombia, El Salvador, México y Puerto Rico.¹⁷

El dengue es causado por el virus del dengue, y transmitido por mosquitos del género *Aedes*, especialmente *Aedes aegypti* (véase figura 1).

La prevención es sencilla: hay que evitar las picaduras de mosquitos y promover la fumigación.

- En 1991 se crea el Programa de Vacunación Universal. Gracias a ello se lograron resultados importantes para el control de las enfermedades prevenibles por vacunación. En este mismo año, 1991, irónicamente, se registró en México una epidemia de cólera, que fue causa del 10% de las defunciones, sumó 40,996 de un total de 422 803 muertes el año. En la página siguiente se presenta el mapa de la ruta del cólera de 1991 (véase figura 2).

¹⁶ Herbas Rocha, Ilse María y Villanueva Domínguez, Joel, “Vacunación y panorama epidemiológico del sarampión 1989, 2009”, *Revista de Epidemiología*, México, 2010.

¹⁷ *Boletín Epidemiológico*, México, Organización Mexicana de la Salud, vol. X, núm. 1, 1989.

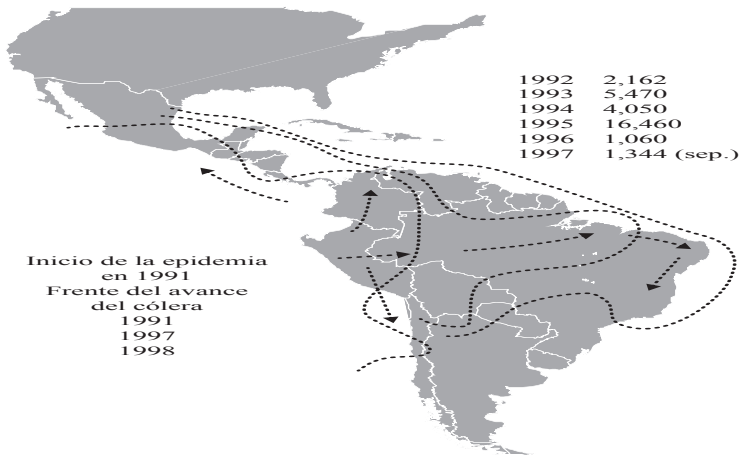
FIGURA 1



FUENTE: Ranzon León, José, “El panorama epidemiológico en el golfo de México. Los puertos de La Habana, Veracruz, y Nueva Orleáns, en la segunda mitad del siglo XIX”.

FIGURA 2

TRAYECTORIA DE LA EPIDEMIA DEL CÓLERA



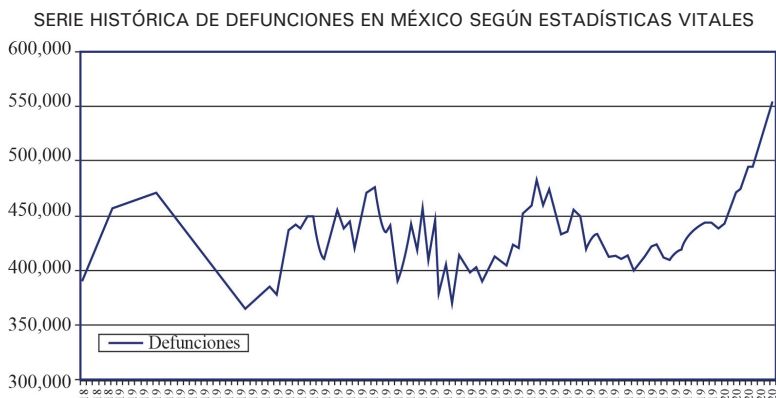
El fenómeno del “El Niño”, tal como el que se presentó a partir de 1990, y que se extendió hasta 1995, pudo haber facilitado la dispersión del cólera debido tanto al calentamiento de las aguas oceánicas como al desquiciamiento de las condiciones sanitarias, como consecuencia de precipitaciones más abundantes y mayor temperatura ambiental en ciertas regiones de América Latina.

- En 2003 hubo dos brotes de sarampión, importado de Asia. Los sectores de riesgo fueron el Distrito Federal y el Estado de México. Al año siguiente, a fines de marzo, surgió otro brote en el Distrito Federal, Hidalgo y el Estado de México.
- En 2009 el país fue alertado por una posible epidemia de influenza porcina, que se le denominó A(H1N1). Los casos posteriores la avalan como tal debido a su incidencia en un porcentaje significativo de la población.

La siguiente gráfica presenta la ruta que han seguido las defunciones de 1895 a 2009. Los picos reflejan las epidemias que han azotado al país u otros eventos, como el movimiento revolucionario, que causó una gran mortalidad, dejando secuelas que se reflejan en los datos estadísticos.

GRÁFICA 1

DEFUNCIONES OCURRIDAS DESDE 1895 Y 2009

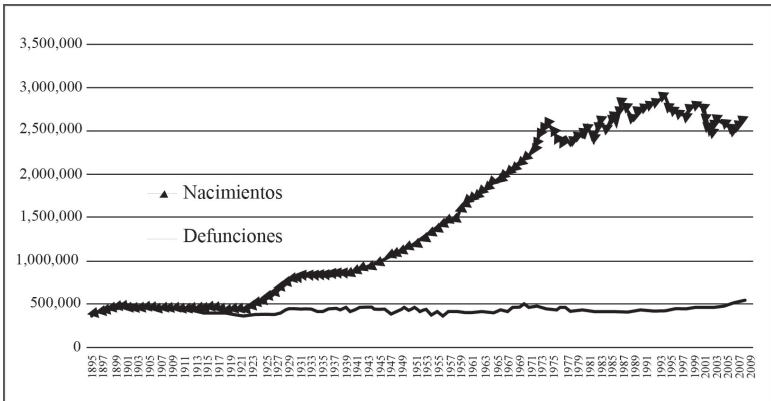


El primer pico que se observa se debe a una epidemia de fiebre amarilla y viruela, que se registró en 1905. A esta se añaden las epidemias de tifo y tuberculosis en los mismos años, que afectaron a tres puertos (Veracruz, La Habana y Nueva Orleáns) que contaban con falta de higiene y salubridad. Estas epidemias transcontinentales fueron causadas por el comercio entre los tres puertos.

A partir de 2001 se registra un aumento en las estadísticas de mortalidad, tendencia que ha mostrado un incremento permanente en el siglo XXI, destacándose la violencia y los suicidios como causa principal recientemente.

La gráfica 2 muestra información de 1895 a 2009 de la natalidad y la mortalidad. La línea ascendente representa los nacimientos, y otra, prácticamente horizontal, que representa las defunciones.

GRÁFICA 2
NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES DE 1895 A 2009, INEGI



FUENTE: INEGI, Estadísticas vitales.

En los últimos años del siglo XIX y primeros años del siglo XX las defunciones y los nacimientos corrían prácticamente pa-

ralelos. Es decir, se contaba con una mortalidad y una natalidad altas. A este periodo se le llama la primera etapa de la transición demográfica.

A partir de 1921 los nacimientos comienzan a mostrar un incremento, debido principalmente a la disminución de la mortalidad infantil, traducándose en un crecimiento de la población gracias a mediadas de higiene y servicios hospitalarios. Con la disminución de la mortalidad, se inicia la segunda etapa de la transición demográfica, una mortalidad descendente y una fecundidad alta.

La tercera etapa de la transición demográfica se logró al iniciar la disminución de la fecundidad, en el decenio 1970-1980.

III. DESARROLLO DE INSTITUCIONES

La creación de hospitales, clínicas, atención médica, promoción de la higiene y alimentación sana fueron determinantes para que la tasa de mortalidad descendiera a partir de los años treinta. La mortalidad en 1895 fue de 393,000 defunciones, y en 2009 se elevó a 552,000, mientras que los nacimientos fluctuaron entre 385,000 y 2,900,000 en el mismo periodo, de ahí que México haya logrado alcanzar un alto ritmo de crecimiento de la población.

Los programas de atención a la salud, reflejados en la creación de hospitales y mejoramiento de los existentes, como el Hospital de la Mujer, que data del siglo XVI, cuya orientación original era la atención a las mujeres prostitutas, hasta convertirse en los años cuarenta en un hospital que procura la salud en general, y especialmente en la salud materno-infantil.

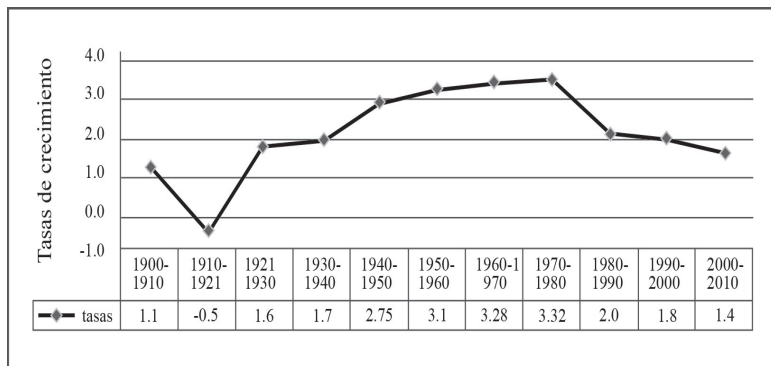
A principios del siglo se funda el Hospital General, en 1905; el Hospital de los Niños, actual Hospital Infantil de México, nace ese mismo año como un pabellón del Hospital General; en 1936 se crea el Sanatorio para Enfermos Tuberculosos de Huipulco (actualmente es el Instituto Nacional de Enfermedades)

des Respiratorias); para atender ese mismo mal se creó en 1940 el Hospital Manuel GEA González, lo que señala que la tuberculosis fue una epidemia a la que se le dio enorme atención. En 1944 se fundó el Instituto Nacional Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”, y el Instituto Nacional de Cardiología “Ignacio Chávez”. En 1950 se crea el Instituto Nacional de Cancerología, el Instituto Nacional de Reumatología, y en 1964, el Instituto Nacional de Neurología, “Dr. Manuel Velazco Suárez”. En 1972 nace el Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente”. El Instituto de Perinatología nació formalmente en 1977, cuyos orígenes se remontan a 1921, cuando el presidente Álvaro Obregón fundó la Casa del Periodista, destinada a atender la salud materno-infantil, siendo esta la primera clínica destinada a este tema.

Tras una larga evolución de nomenclaturas, la salud materno-infantil ha sido prioritaria, y se crearon instituciones como el DIF, el IMAN. A esta lista deben añadirse las dependencias del sector salud, como son el Instituto Mexicano del Seguro Social (1943); en 1960 se crea el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, y actualmente del Seguro Popular. Todas estas instituciones médicas son testigos del desarrollo de la medicina y sus especialidades, cuya eficacia se refleja en la disminución de la mortalidad. Resultado de ello fue alcanzar una alta tasa de crecimiento de la población, que llegó a 3.5% en 1965. De haberse mantenido ese ritmo, se duplicaría la población cada 21 años.

La gráfica 3 presenta la tasa de crecimiento del país en el curso de 110 años. El desarrollo de la medicina refleja su impacto en la tasa, así como la aplicación de la política de planificación familiar a partir del decenio 1970-1980, que redujo la tasa de 3.3.2% a 1.4%.

GRÁFICA 3
 CRECIMIENTO DE POBLACIÓN (110 AÑOS)
 Tasa de crecimiento intercenal 1900-2010



El objeto de esta gráfica es presentar el ritmo de crecimiento de la población, haciéndose notorios dos momentos demográficamente importantes: en el periodo 1910-1921, un decrecimiento resultado del movimiento revolucionario, de enfermedades, epidemias y de la emigración de mexicanos, y en el decenio 1970-1980 se logró la mayor tasa de crecimiento: 3.32%.

IV. PRESENCIA DEL SECTOR PRIVADO

Diferentes organizaciones no gubernamentales, en particular la Fundación de Estudios de Población (1965), tuvieron como objetivo disminuir el ritmo de crecimiento de la población que vivía en pobreza y que tuviera acceso a servicios de planeación familiar. Los fundadores de la fundación eran hombres y mujeres preocupados por la desigualdad socioeconómica que privaba en país. Los unía la convicción sobre la necesidad de promover la planificación familiar como un derecho humano ligado a la

justicia y a la libertad.¹⁸ Entre ellos destacaron Gerardo Cornejo, Víctor Urquidi, Guadalupe Rivera Marín, Adrián Lajous y Efigenia Martínez.

Ellos fueron los pioneros en este tema, e iniciaron trabajos en múltiples comunidades asoladas por la pobreza para frenar el ritmo de crecimiento de la población y promover proyectos de microdesarrollo. Esta fundación continúa aportando resultados, al estar presente en todas las entidades federativas con el nombre de Mexfam Fundación Mexicana para la Planeación Familiar.

V. TERCERA LEY GENERAL DE POBLACIÓN

En 1971 se creó un grupo de trabajo en la Secretaría de Gobernación tendiente a presentar una tercera Ley General de Población, promulgada en 1973. Esta proponía que se contemplara a la dinámica de la población como parte fundamental en el Programa Nacional de Desarrollo. Para dar respuesta al crecimiento demográfico, esta legislación promueve la planeación familiar. Era fundamental disminuir la tasa de natalidad y de crecimiento, dos acciones que se llevaron a cabo a la vez. Por un lado, se desplegó una intensa campaña de planificación familiar, a través de los medios de comunicación, y así mismo los centros de salud, hospitales públicos y privados ofrecían servicios y diversos métodos de control natal. Con ello se inicia la tercera etapa de la transición demográfica: el camino de una mortalidad baja y una natalidad igualmente decreciente. Con estas medidas se logró disminuir la tasa de crecimiento de la población hasta 1.4% en el siglo XXI, rango similar al crecimiento de 1900, 1.1% en este caso debido a una mortalidad y natalidad bajas, mientras que en 1900 ambos indicadores eran altos.

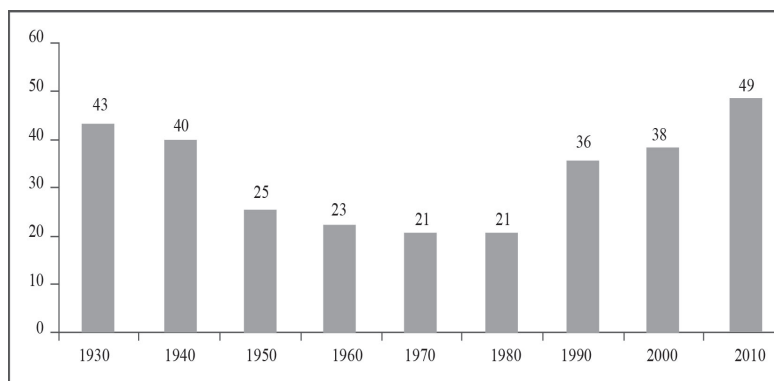
En 1900, la tasa de mortalidad era de 34.4 defunciones por cada mil, y una tasa de natalidad de 47.3 nacimientos por cada

¹⁸ Federación Mexicana de Planeación Familiar, FEPAC.

mil habitantes. Actualmente la tasa de crecimiento es de 1.4%, con una mortalidad de 4.4 defunciones por cada mil habitantes y una tasa de natalidad 18.8¹⁹ nacimientos.

Dependiendo de los distintos ritmos de crecimiento, la población tiene un tiempo para duplicarse. De haber seguido creciendo la población a la tasa de 1970, se hubiera duplicado cada 21 años. Esta tendencia cambió con la política de planificación familiar, y actualmente la población de México se duplicará cada 49 años de mantener ese ritmo (véase grafica 4).

GRÁFICA 4
TIEMPOS DE DUPLICACIÓN DE LA POBLACIÓN
DE 1930 A 2010



El siguiente cuadro presenta la natalidad y la mortalidad entre 1900 y 2010.

Destaca que la tasa de crecimiento ha pasado de 1.1% a 1.4% entre 1900 y 2010, habiendo transitado por los niveles más altos, dando como resultado tasas mayores a 3% (véase cuadro 1).

¹⁹ Conapo, *La situación demográfica de México*, México, Secretaría de Gobernación, 2009.

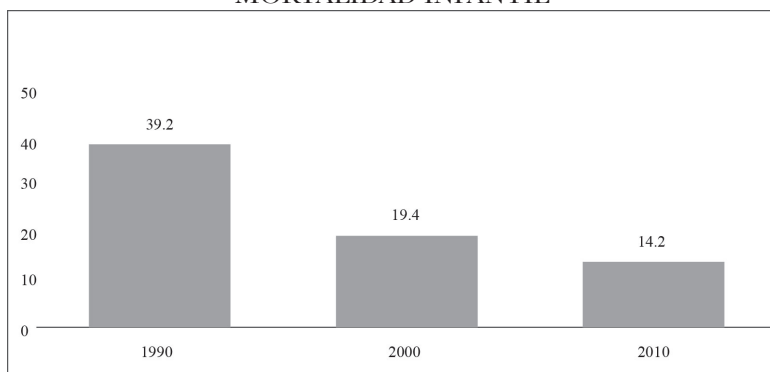
CUADRO I
INDICADORES DE CRECIMIENTO

<i>Años</i>	<i>Tasa bruta de natalidad</i>	<i>Tasa bruta de mortalidad</i>	<i>Tasa de crecimiento</i>
1900	47.3	34.4	1.1
1950	45.1	15.1	3.1
1970	44.3	9.8	3.4
1990	28	5	2.3
2000	19	4	1.5
2010	18.8	4	1.4

FUENTE: Alba, Francisco, *La población de México: evolución y dilemas*, México, El Colegio de México, 1977.

Este indicador ha disminuido permanentemente como respuesta a la atención a la salud materno-infantil. De la mortalidad infantil depende la esperanza de vida, que indica el promedio de número de años que tiene una persona al nacer (véase gráfica 5).

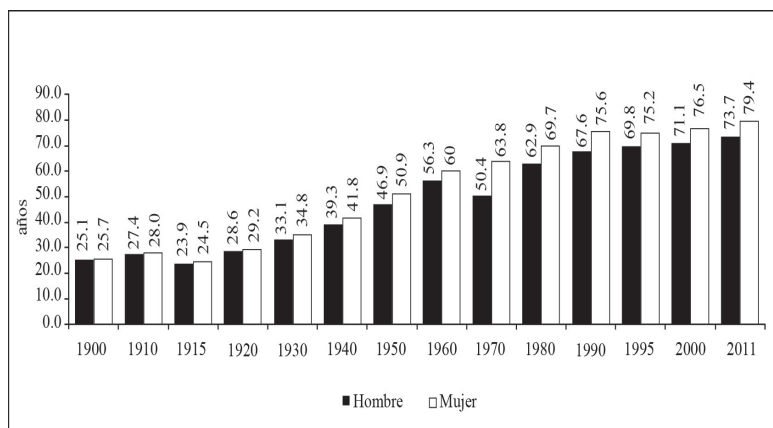
GRÁFICA 5
MORTALIDAD INFANTIL



La esperanza de vida al nacimiento ha aumentado en 110 años de 27 años a 75.3 años. Sin embargo, al ser un promedio oculta los extremos de este indicador. En municipios de alta marginación la esperanza de vida es de cerca de sesenta años, mientras que en aquellos que cuentan con mayor abundancia y desarrollo es de cerca de ochenta años.

La moralidad infantil de varones es siempre mayor a la de las mujeres; por ello la esperanza de vida de mujeres es superior a la de los varones.

GRÁFICA 6
ESPERANZA DE VIDA AL NACIMIENTO
1900-2000



VI. TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Si bien las epidemias y las enfermedades pueden estar presentes en toda la población, los grupos que gozan de menor acceso a la salud, a la educación, que cuentan con un empleo de baja remuneración o ningún remuneración, que habitan en localidades sin condiciones sanitarias adecuadas, están expuestos a

correr más riesgos de perder la salud. En la década de los setenta se logró un control importante de las enfermedades infecciosas y parasitarias, siendo esta una de las causas de mayor sobrevivencia de la población infantil, así como de la población en general. La disminución de muertes causadas por las enfermedades infecciosas y parasitarias disminuyó de 42.6 defunciones por causa de muerte en 1930 a 23.1 en 1970. Este es el inicio de lo que se llama transición epidemiológica

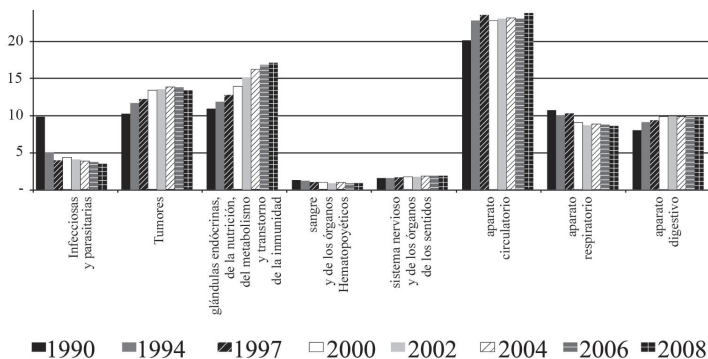
La transición epidemiológica constituye un proceso de cambio dinámico a largo plazo en la frecuencia, magnitud y distribución de la morbilidad y mortalidad de la población. Presenta cuatro aspectos a destacar:

1. Desplazamiento en la prevalencia de las enfermedades transmisibles por las no trasmisibles.
2. Desplazamiento en la morbilidad y mortalidad de los grupos jóvenes a los grupos de edad avanzada.
3. Desplazamiento de la mortalidad como fuerza predominante por la morbilidad, sus secuelas e invalideces.
4. Polarización epidemiológica. La polarización epidemiológica sucede cuando en distintas zonas de un país o en distintos barrios de una misma ciudad encontramos diferencias en la morbilidad y mortalidad de la población.

La siguiente gráfica deja ver la transición epidemiológica a través del tiempo por tipo de enfermedad (véase gráfica 7).

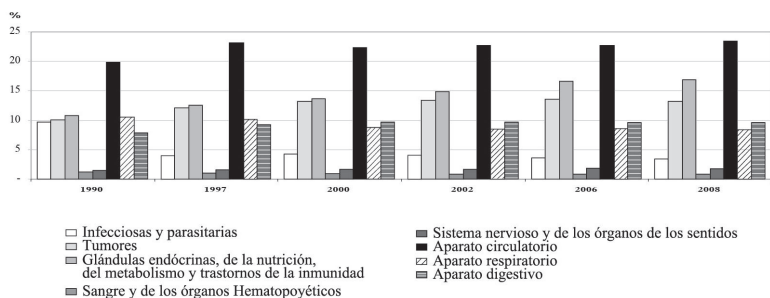
GRÁFICA 7

TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA POR CAUSAS
 ENFERMEDADES SELECCIONADAS. TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA
 1990-2008



GRÁFICA 8

TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA POR AÑO Y CAUSAS
 ENFERMEDADES. TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA 1990-2008



La gráfica 8 presenta las enfermedades de la transición epidemiológica agrupadas por años de ocurrencia, que a la vez deja ver el surgimiento de una epidemia, como fue el caso del cólera y del sarampión, que en 1990 registró un número importante de enfermos.

Cabe destacar que al invertir la gráfica anterior y presentarla en el tiempo deja ver la evolución de cada grupo de enfermedades. Por ejemplo, las enfermedades infecciosas y parasitarias han disminuido considerablemente, mientras que enfermedades del aparato circulatorio han mantenido presencia.

A continuación se señalan cuatro indicadores de bienestar necesarios para contar con una buena salud.

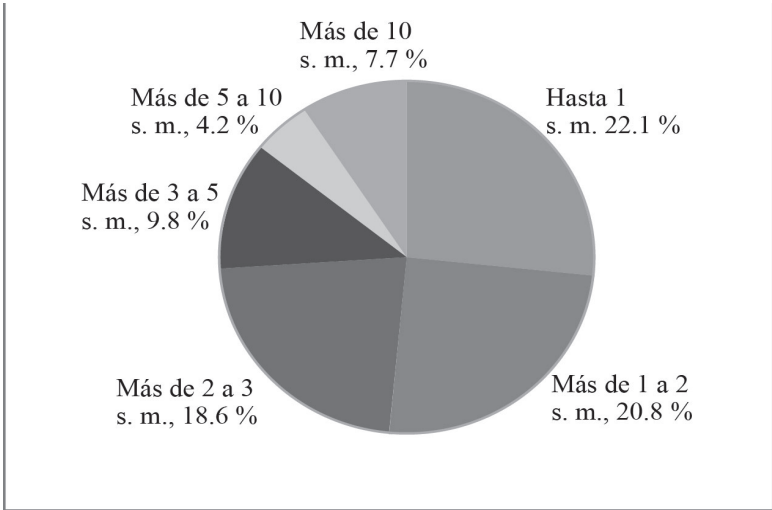
1. *Derechohabiencia*

La mortalidad general es el indicador de la evolución de la salud, y uno de los principales actores en la disminución de la mortalidad es contar con acceso a los servicios de salud. El Censo de Población 2010 indica que 35.7% de la población no goza de derechohabiencia, que representa cerca de 40 millones de mexicanos. De los derechohabientes, el 48.6% pertenecen al IMSS, el 8.6% al ISSSTE, el 1.2% al ISSSTE estatal el 15.4% a Pemex y Marina. El Seguro Popular atiende a 36% de los derechohabientes; el sector privado el 3.5%, y otros el 2%.

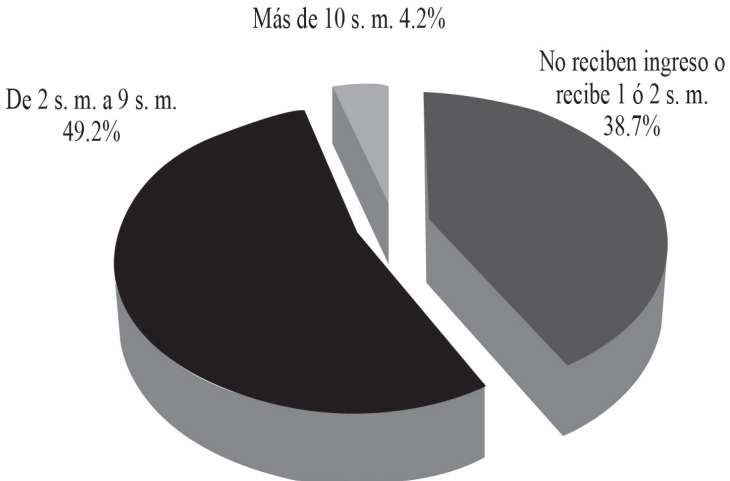
2. *Distribución del ingreso*

La distribución del ingreso según el salario mínimo devengado es una muestra de la desigualdad en que vive la población. El 38.7% no recibe remuneración o recibe un o dos salarios mínimos. El 49.2%, entre dos y nueve salarios mínimos, y el 4.2% recibe más de diez salarios mínimos (véase gráficas 9 y 10).

GRÁFICA 9
SALARIO MÍNIMO, CENSO 2010



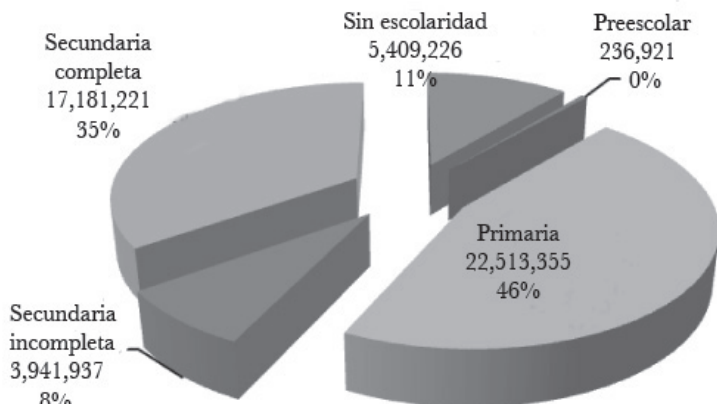
GRÁFICA 10
SALARIO MÍNIMO 2010



3. Educación

El Censo de 2010 informa que cerca de cinco millones y medio de personas mayores de quince años son analfabetas. Este es un rezago que debe atenderse de inmediato, al estar marginados de la información pronta para prevenir enfermedades. Según la asistencia escolar, si bien los grupos de edad entre seis y catorce años superan el 91%, estos porcentajes ocultan que casi un millón de niños de seis a catorce años no asiste a la escuela. Otro rezago importante de atender es el 60% de los mayores de quince años que no asisten a un centro escolar (véase gráfica 11).

GRÁFICA 11
EDUCACIÓN BÁSICA 2010 DE LA POBLACIÓN
DE 15 Y MÁS AÑOS

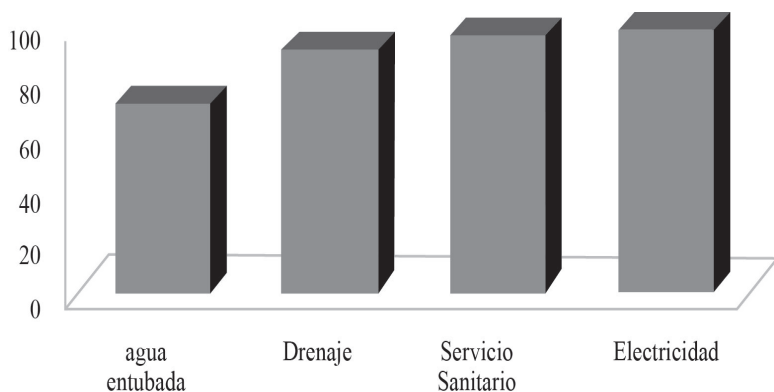


4. Condiciones de la vivienda

Según el Censo de 2010, 30%, que representan casi nueve millones de viviendas, no cuentan con agua entubada, facilitando toda clase de infecciones y enfermedades; 10% no cuenta con

drenaje; 5% no cuenta con servicios sanitarios. Señala que 97.8% de viviendas cuentan con electricidad; sin embargo, 858,228 no tienen este servicio (véase gráfica 12).

GRÁFICA 12
DISPONIBILIDAD DE SERVICIOS, INEGI 2010



FUENTE: INEGI.

VII. POBLACIÓN INDÍGENA

Está compuesta por cerca de quince millones, que hablan lenguas indígenas o se sienten pertenecer a un grupo indígena.

El cuadro siguiente presenta indicadores de fecundidad y mortalidad de la población hablante de lenguas indígenas y su comparación con el resto del país (véase cuadro 2).

Se refiere a la TGF, que es la tasa global de fecundidad, que representa el número de hijos tenidos por una mujer. El promedio para el país es de 2.86 hijos por mujer. Los hablantes de lenguas indígenas presentan cifras que van de 8.2 hijos hasta 5.29 hijos por mujer .

Para este segmento de la población se hace una recomendación específica.

Con el fin de atender las necesidades de salud, higiene, educación y prevención de enfermedades transmisibles de este segmento de la población mexicana, se requiere del establecimiento de una relación formal entre el Sistema Nacional de Salud, la CDI y la Dirección de Educación Indígena, que aloja cerca de 1.500,000 de estudiantes de primaria y beneficia a cerca de 50,000 padres de familia, principalmente de niños menores de cuatro años. Actualmente la educación indígena se imparte en 44 lenguas indígenas. Este segmento de la población es altamente vulnerable a las enfermedades epidémicas; por ello, habrá que darles atención específica en cada lengua. La información conducente debe ser proporcionada a los maestros bilingües y a los padres de familia.

CUADRO 2

	<i>TGF</i>	<i>Promedio de hijos nac/vivo</i>	<i>% de muertes de hijos nac/vivo</i>	<i>TBN</i>	<i>TBM</i>	<i>r natural</i>	<i>r</i>
República mexicana	2,86	2,59	10,66	28,71	4,49	2,4	1,34
Náhuatl	4,09	3,18	17,16	35,05	18,98	1,61	2,15
Maya	3,82	3,60	12,36	21,48	11,95	0,95	1,94
Mixteco	3,96	3,12	15,01	28,26	15,46	1,28	2,12
Tzotzil	5,29	3,06	15,04	45,48	3,99	4,15	2,81
Tzeltal	4,29	3,11	15,02	32,57	12,60	2,00	0,81
Otomí	4,94	3,29	23,08	30,57	8,32	2,23	1,90
Totonaca	4,23	3,07	17,08	33,83	19,20	1,45	2,09
Chol	4,34	3,05	12,79	38,83	2,91	3,60	2,41
Huasteco	4,50	3,13	17,65	34,41	10,14	2,43	2,81

A la población indígena que vive en zonas rurales y que se riga por las tradiciones basadas en usos y costumbres deberán dirigirse mensajes a través de los medios de comunicación y de sus medios de comunicación, como es la radio indígena.

De la misma forma en que fue presentada por varios de los investigadores la necesidad de impulsar programas de comunica-

ción y educación a través de los medios y las escuelas, debe ser considerada la especificidad étnica para hacer llegar estos mismos mensajes a la población indígena.

VIII. RESUMEN DE LOS PRINCIPALES PUNTOS SEÑALADOS

Requerimientos para combatir las epidemias causantes de emergencias sanitarias

- Se requiere de una difusión nacional que explique en lengua indígena.
 - Las causas y consecuencias de la epidemia, los riesgos de adquirir la enfermedad y propagarla; finalmente, seguir las instrucciones de higiene y sanidad.

IX. REFLEXIONES Y SUGERENCIAS

- La participación conjunta de dependencias del gobierno y organismos descentralizados mediante acuerdos y convenios que obliguen a los firmantes a atender conjuntamente la emergencia sanitaria para dar respuesta pronta.
 - Podrían participar en este proyecto la Secretaría de Gobernación, la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), el Seguro Popular, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), la Secretaría de Educación, la Secretaría de Desarrollo Social, la Secretaría de Agricultura, CDI, el ejército mexicano y la marina.
- Los acuerdos o convenios de esta fórmula, difícil llevar a cabo, deben blindarse legalmente a fin de evitar que la tarea se vea entorpecida por cuestiones ideológicas, intereses

partidarios o desviaciones de funcionarios que pretenden escalar en la administración en beneficio propio.

- Proveer a la población de acceso a la atención médica y hospitalaria y a las medicinas.

X. POLÍTICA DE COMUNICACIÓN

1. Informar a la población acerca de la aparición de una epidemia, de las medidas sanitarias preventivas y de los servicios hospitalarios y médicos utilizando los medios de comunicación del Estado, lo que permite a la vez educar a la población.
2. Realizar campañas de higiene y salubridad, con base en un diagnóstico sobre el acceso de la población al servicio de agua entubada, luz, drenaje, excusados, principalmente.
3. Manejo higiénico y cuidadoso de los alimentos y atención e higiene en el manejo de los animales domésticos.
4. Vencer la resistencia humana a la vacunación a través de programas de educación en la salud.
5. Prever la enfermedad, anticipando la vacunación y haciéndola intensiva y permanente. En 1928 se vacunó casa por casa, en las fábricas, en las escuelas y en las calles mismas, así como en los medios rurales y suburbanos.
6. Ampliación a las instalaciones hospitalarias

El resultado de esta situación de emergencia se refleje en los censos de población y otras estadísticas.

La correlación que hay entre la disminución de la mortalidad y la ampliación del servicio hospitalario es indudable.

XI. BIBLIOGRAFÍA

ALBA, Francisco, *La población de México: evolución y dilemas*, México, El Colegio de México, 1977.

- CONAPO, *La situación demográfica de México, 2009*, México, Secretaría de Gobernación, 2009.
- Federación Mexicana de Planeación Familiar, FEPAC.
- FLORES, Héctor Francisco, “De 10mx. Cronología de epidemias devastadoras en México”, *El Universal*, abril de 2010.
- GONZÁLEZ NAVARRO, Moisés, *Población y sociedad en México*, vol. I, México, UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, 1974.
- HERBAS ROCHA, Ilse María y VILLANUEVA DOMÍNGUEZ, Joel, “Vacunación y panorama epidemiológico del sarampión 1989, 2009”, *Revista de Enfermedades Infecciosas en Pediatría*, México, Secretaría de Salud, vol. XXIII, núm. 90, 2010.
- INEGI, *Estadísticas sociodemográficas*.
- LEÓN-PORTILLA, Miguel, *La visión de los vencidos*, México, UNAM, 1959.
- MANDUJANO, María Angélica, “Historia de las epidemias en el México antiguo. Algunos aspectos biológicos y sociales. Epidemias en la época prehispánica. Al consultar el pasado de la medicina”, *Revista Casa el Tiempo*, UAM Xochimilco, 2003.
- MOLINA RAMÍREZ, Tania, “El catarro pestilencial, primera gran epidemia en México”, *La Jornada*, sección Ciencias, 25 de abril de 2009.
- MOLINA DEL VILLAR, América, “Epidemias en la Nueva España el matlazahuatl (1737-1738)”, *Diccionario temático CIESAS*, México, 2005.
- ORGANIZACIÓN MEXICANA DE LA SALUD, *Boletín Epidemiológico*, México, vol. X, núm.1, 1989.
- PÉREZ MARTÍNEZ, Herón, “Epidemias de viruela en la Nueva España y México, siglos XVIII y XIX”, *El Colegio de Michoacán, Zamora Michoacán, Relaciones Primavera*, año/ vol. XXIX, México, 2008.
- QUEZADA, Sergio, *Epidemias, plagas y hambres en Yucatán, México (1520-1700)*, México, Unidad de Ciencias Sociales, Centro de Investigaciones Regionales “Dr. Hideyo Noguchi”, Universidad Autónoma de Yucatán, 1995.

RANZÓN LEÓN, José, “El panorama epidemiológico en el golfo de México. Los puertos de La Habana, Veracruz, y Nueva Orleans, en la segunda mitad del siglo XIX”, *Papeles y Población*, México, Universidad Autónoma del Estado de México, abril-junio, núm. 16, 1998.

LAS POLÍTICAS PÚBLICAS FRENTE A LAS EMERGENCIAS SANITARIAS A PARTIR DE LA EXPERIENCIA MEXICANA FRENTE A LA PANDEMIA DE LA INFLUENZA A(H1N1)

Arturo CHIMAL ARECHAVALA *

SUMARIO: I. *Planteamiento/exposición.* II. *Construyendo el concepto de políticas públicas, entre la democracia y la gobernanza.* III. *Las políticas públicas en el sector salud en México. Cuestionamientos y recomendaciones para un escenario de emergencia sanitaria.* IV. *La experiencia de México frente a la influenza A(H1N1).* V. *Conclusiones y recomendaciones.* VI. *Bibliografía.*

I. PLANTEAMIENTO/EXPOSICIÓN

El presente trabajo delimita qué son y cómo tienen que concebirse las políticas públicas frente a las emergencias sanitarias, haciendo evidente que la forma en cómo se conciben las políticas públicas se encuentran determinadas tanto por la forma de Estado y de gobierno, y consecuentemente determinadas en la administración pública.

Una vez que son delimitadas teórica y conceptualmente las políticas públicas, estas son llevadas al terreno del sector salud en México, concretando sus particularidades en el sector, y con ello determinar sus vínculos o condicionantes ante las emergencias sanitarias.

* Secretaría de Salud, Dirección General de Planeación y Desarrollo en Salud DGPLADES, Programa Caravanas de la Salud. Jefe del Departamento Zona Sur del Programa Caravanas de la Salud.

Se muestra si las políticas públicas ante emergencias sanitarias responden a las necesidades y/o demandas públicas de la sociedad, para posteriormente conocer si son operacionales.

Para este análisis se estudia la experiencia de México frente a la pandemia de la influenza AH1N1. De esta manera, se encuentran y tienden puentes entre las emergencias sanitarias y su impacto en las políticas públicas. Aunque el tema no es nuevo y ya ha tenido anterior tratamiento, también es cierto que al respecto ha existido poca precisión en el manejo de los conceptos, y sobre todo de las obligaciones primigenias del Estado para con sus gobernados.

Cualquiera que sea la óptica desde la cual se aborden las referencias conceptuales, lo cierto es que el Estado, y por ende, los gobiernos, tienen obligaciones públicas irrenunciables, que se acentúan ante escenarios como los que imponen las emergencias sanitarias, en donde en muchas ocasiones estas pueden convertirse en cuestiones de seguridad nacional.

Es precisamente a partir de esta nueva forma de “hacer gobierno” como se inscribe el papel central del “nuevo espacio público”, donde la comunicación entre el gobierno, los ciudadanos y la industria (mercado) es condición necesaria para la toma de decisiones en la ejecución de políticas públicas frente a escenarios de emergencias sanitarias.

Entonces, el tema de la salud pública es un tema fundamental, no solo porque, como se menciona, es una obligación irrenunciable del Estado, sino porque el tema de la salud ya no es solo asunto de médicos y expertos en la materia, sino que es un problema público y de alta prioridad para los gobiernos-sociedad y mercado.

II. CONSTRUYENDO EL CONCEPTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS, ENTRE LA DEMOCRACIA Y LA GOBERNANZA

Como inicio del antecedente del concepto de políticas públicas tenemos la propuesta de Harold Lasswell, denominada “Policy Sciences”, que se origina en el mundo entreguerras, por un

lado la creciente incertidumbre de relaciones internacionales entre los Estados, después de la Segunda Guerra Mundial, así como la distensión de la guerra fría, ambos fenómenos bélicos enmarcaban la principal preocupación en los problemas de “seguridad nacional” de los Estados.

De lo expuesto surgió la preocupación constante de cómo asignar más eficientemente los recursos de los Estados, cómo encontrar las soluciones más adecuadas para cada problema específico. La propuesta de Lasswell surge en su sentido más amplio como un esfuerzo por “el conocimiento del proceso de la política y en el proceso de la política”.¹

Otra coyuntura importante que surgió del nacimiento de la propuesta de Lasswell es el hecho de que la intensa especialización científica creó un ambiente de distanciamiento entre las disciplinas; por un lado, por la constante especialización, y por otro, la desvinculación académica en la solución de problemas públicos, tal y como lo describe Luis F. Aguilar: “las fuerzas centrífugas la desvinculación e indiferencia entre las ciencias ocurría precisamente en el momento en que la política requería mayor conocimiento para poder abordar con responsabilidad y eficacia problemas de superior complejidad”.²

Es así como se entiende el surgimiento de “Policy Sciences”: por un lado, la desvinculación e indiferencia entre las ciencias, y por otro, un agitado y conflictivo ambiente internacional, implicando un aspecto más de fondo: ¿cómo darle viabilidad a las funciones esenciales del Estado ante un escenario de incertidumbre constante? Incertidumbre constante en escenarios de emergencia sanitaria.

Lasswell busca articular sistemáticamente a las ciencias. Su propuesta es ante todo interdisciplinaria, y este esfuerzo de vinculación se debe articular a su vez con las decisiones de los gobiernos, sobre problemas reales y concretos; esto es, la ciencia y su

¹ Aguilar Villanueva, Luis F., *El estudio de las políticas públicas*, Estudio introductorio, México, 2007, p. 39.

² *Idem.*

interdisciplinaria al servicio de la solución de los problemas públicos.

Lo que articuló Lasswell fue darle “método a la política”, y más restringido a las decisiones de gobierno, descrito en sus propias palabras, “la unidad de la vida intelectual y la armonía entre la ciencia y la política”,³ apuntando en ello a un asentamiento de la política racional, o bien en palabras de Luis F. Aguilar, “una política ilustrada, un gobierno dirigido y circunscrito por la razón y más específicamente por la ciencia”.⁴

Para Lasswell, su programa de investigación es el conocimiento del proceso de la política y en el proceso de la política, poniendo particular énfasis en el método, en palabras de Lasswell: “Cómo superar las tendencias de la vida moderna la división y el aislamiento y de cómo crear una integración completa de los objetivos y métodos de la acción pública y privada”.⁵ Todo ello girando siempre en torno al proceso de decisión de los problemas públicos.

Otro de los pioneros de las políticas públicas es Yehezkel Dror, para quien “en esencia las ciencias de políticas están dirigidas a la reconstrucción explícita de la elaboración de políticas, mediante la elaboración consciente de meta políticas”.⁶ Yehezkel parte del estudio de Harold Lasswell, y como se hace evidente, ahonda en el método.

De igual forma, resulta importante revisar la opinión de Douglas Torgerson, quien muestra “tres caras del análisis de políticas”, y es precisamente la denominada “tercera cara” la que llama nuestra atención, derivada del hecho de que en ella distinga entre expertos y ciudadanos.

Como ya advertíamos anteriormente, todo parece ser responsabilidad de los “expertos”, y según Lasswell no se incluye, o por lo menos no con el énfasis que se debiera, el papel de los

³ Lasswell, Harold, *El estudio de las políticas públicas*, La orientación hacia las políticas, p. 78, México, 2007.

⁴ Aguilar Villanueva, Luis F., *op. cit.*, p. 40.

⁵ Lasswell, Harold y Yehezkel Dror, *op. cit.*, p. 78.

⁶ *Idem.*

ciudadanos, lo que lo lleva a alejarse del contexto social en su propuesta de la ciencia política. Por ello la importancia de la propuesta de Douglas Torgerson, para ir tomando elementos que permitan modelar una definición.

Douglas, en su presentación de la tercera cara del análisis de políticas, apunta hacia una nueva política revigorizando las viejas concepciones, como el elemento principal y necesario para la discusión abierta y racional de los asuntos públicos, rescatando incluso la antigua concepción de la política griega, como elemento racional de discusión sobre los asuntos públicos.

Torgerson es importante, porque con este planteamiento se ajusta a la realidad y propone reconfigurar a través del rescate de la antigua visión de la política la refundación de las instituciones políticas existentes. El pensamiento de Torgerson nace de la interrogante “¿es posible conciliar las exigencias del conocimiento y la política y si la investigación racional tiene cabida en el mundo real de las políticas públicas?”.

Esta reflexión conduce a repensar a los ciudadanos no como simples objetos de estudio de los expertos, sino como parte activa del proceso, y sobre todo revalorar la política, como la herramienta de discusión y arreglo de los intereses públicos.

Otra aportación importante la encontramos en Lindblom, quien señala que “Una política no es algo que acontece y se hace de una vez por todas, es algo que se rehace sin cesar. Elaborar las políticas es un proceso de aproximaciones sucesivas hacia algunos objetivos deseados que también cambian a la luz de nuevas consideraciones”.⁷

Esta aportación de Lindblom denota características importantes de lo que no solo debe ser la política, sino en un sentido más amplio las políticas públicas, como elementos flexibles y sensibles a los nuevos cambios tanto académicos como sociales.

La mayor aportación se centra en el pensamiento de Giandomenico Majone, cuya definición radica en el hecho de que identifica que

⁷ Aguilar Villanueva, Luis F., *op. cit.*, p. 49.

...existe un descuido casi total de las habilidades tradicionalmente consideradas esenciales por los buenos consejeros de gobiernos, tales como la habilidad para argumentar, comunicar y evaluar evidencias, aunque el análisis de políticas han ganado reconocimiento público como disciplina académica y como profesión sus aspectos artesanales son desconocidos aun o malentendidos.⁸

De igual forma, otro autor es Juan Francisco Zamudio Tadeo, para quien

...las políticas públicas son procesos de acuerdo, reconocidas como un conjunto de herramientas de la administración pública, basada en la participación de los ciudadanos para acrecentar y dar legitimidad al ejercicio gubernamental con un gran reto en la actualidad ubicar en el tiempo y en el espacio para consolidar una relación respetuosa entre la representación ciudadana y el protagonismo de las demandas sociales.⁹

En Juan Francisco Zamudio se encuentra una aportación importante a partir de considerar a las políticas públicas desde la interacción gobierno-ciudadanos, pero desde la esfera legislativa.

Por último, y para concluir esta revisión de autores, es importante considerar a tres referentes cercanos a la realidad política en México:

Enrique Cabrero Mendoza, es importante retomar su visión desde el ámbito de lo local, para lo cual hace una aproximación que delimita el amplísimo espectro de la participación ciudadana en la hechura de las políticas públicas, introduciendo en este acotamiento, por una lado, la intencionalidad de la participación ciudadana, y por otro los mecanismos de operación de ella, haciendo una evolución del caso mexicano en el ámbito de lo local, específicamente en la municipalidad.

⁸ Majone, Giandomenico, *Le hechura de las políticas públicas*, segunda antología, Los usos del análisis de política, p. 354.

⁹ Zamudio Tadeo, Juan Francisco, "Ciudadanía, democracia y políticas públicas", *Políticas públicas y la construcción de agendas legislativas*, México, UNAM, 2006.

Advierte Cabrero: “algunos mecanismos de participación ciudadana que vemos aparecer son palancas para la democratización de la hechura de las políticas públicas, pero otro en ocasiones son capturados por un pequeño grupo de ciudadanos que confiscan el poder de decisión”.¹⁰

La elaboración de Cabrero en cuanto a la participación ciudadana gira en torno a lo que él denomina una “una gestión de proximidad”, evidentemente entre gobiernos y ciudadanos, en donde advierte: “Se trata de un mosaico de experiencias muy diversas, por ello es importante siempre mantener una capacidad de análisis riguroso sobre las experiencias en cuestión para valorar si su contribución es una verdadera gestión de proximidad”.¹¹

Asimismo, tenemos a Ricardo Uvalle, cuya aportación radica en relacionar el quehacer del gobierno mediante políticas públicas en un sistema democrático, derivado de que el quehacer moderno de las políticas públicas se enlaza con los valores e instituciones de la democracia.

Uvalle no se queda en el limitado espectro de democracia electoral, sino que la lleva al espectro de que el gobierno por políticas públicas es un sistema democrático que deriva en gobiernos de consensos, y más aún en gobiernos de políticas por consensos. “Las políticas públicas se acreditan como un medio importante en el quehacer institucional de la vida colectiva moderna porque se enlazan con los valores e instituciones de la democracia”.¹²

Para Uvalle

Las políticas públicas indican el modo de gobernar a la comunidad y son herramientas clave en el ámbito de la democracia procedimental, entendida como un sistema que procesa demandas y formula soluciones colectivas a partir de la acción de los grupos

¹⁰ Cabrero Mendoza, Enrique, *Ciudadanía, democracia y políticas públicas. El horizonte de la participación ciudadana*, México, UNAM, 2006, p. 273.

¹¹ *Idem*.

¹² *Ibidem*, p. 327.

de interés que alimentan el pluralismo político, ideológico y económico de la sociedad.¹³

Como último referente tenemos a Juan Carlos León:

En las sociedades democráticas plurales, la diferencia se entiende como riqueza social, en donde el ciudadano entiende y se conduce con respeto a la ley, es en este contexto en que las políticas públicas constituyen una alternativa de corresponsabilidad incluyente entre gobierno y sociedad, limitando la unilateralidad al socializar la toma de decisiones.¹⁴

Gobernar por políticas públicas requiere cada vez más de contar con información confiable, disponer de conocimientos especializados, realizar cálculos precisos de costos y previsión prospectiva de consecuencias, para un proceso de toma de decisiones que se adoptan casi siempre en condiciones de riesgo y bajo escasez.¹⁵

Es así que las políticas públicas tienen como principal objeto de estudio y análisis los procesos de toma de decisiones de los gobiernos, y todos los fenómenos multivariados que afectan e inciden directa e indirectamente en los procesos de decisión, implementación y evolución de las políticas, esto desde una perspectiva restringida.

En un sentido más amplio, las políticas públicas no solo tienen un campo instrumental derivado del hecho de afinar los métodos de investigación que permitan una correcta asignación de recursos a la solución de determinados problemas o demandas sociales, sino más aún, las políticas públicas son en sí mismas una forma de gobernar, donde existe un pleno reconocimiento de la diversidad de ideologías, creencias, aspiraciones individuales y colectivas.

¹³ *Idem.*

¹⁴ León, Juan Carlos, *Políticas públicas, gobierno por políticas públicas: la construcción prospectiva del futuro*, presentación power point, 2007.

¹⁵ *Idem.*

Esto es, las políticas públicas se entrelazan en buena medida con formas democráticas de gobierno, al garantizar una línea constante de acción y corresponsabilidad entre el gobierno, los ciudadanos y el mercado. Esta es la característica que permite diferenciarlas de las políticas gubernamentales.

Las políticas públicas tienen como referente primordial la capacidad del ciudadano en la toma de decisiones del gobierno, y más aún el ciudadano como eje elaborador de sus propias políticas públicas, de ahí que el gobierno tiene que garantizar, entre otras cosas, la socialización de la información, que es la llave de acceso de los ciudadanos al terreno de la discusión de alternativas ante los problemas públicos, acceso a la información que se hace imprescindible para la sociedad ante un escenario de emergencia sanitaria.

Es así que la política pública rearticula de forma flexible los límites de lo público y lo privado (redimensionamiento del Estado), otorga al gobierno una “nueva gobernanza” (a través de formas democráticas de articular consensos a partir de los disensos y la pluralidad social), y reajusta los límites de acción de la administración pública a través de instrumentos que permiten asignar y reasignar recursos limitados.

III. LAS POLÍTICAS PÚBLICAS EN EL SECTOR SALUD EN MÉXICO. CUESTIONAMIENTOS Y RECOMENDACIONES PARA UN ESCENARIO DE EMERGENCIA SANITARIA

A todo lo anterior consideramos que para el caso del sistema de salud en México en términos generales se debe trabajar sobre los siguientes aspectos, para transitar por completo a un gobierno que se sustente en políticas públicas para cumplir con su quehacer público:

1. Aprovechar los espacios públicos locales, organización comunitaria.
2. La construcción constante de ciudadanía, acceso a la toma de decisiones.

3. Revaloración de lo político y lo público, incentivos hacia la sociedad para participar en temas de salud.
4. Reconcepción del plan nacional de desarrollo, incorporar la participación social de forma más activa y constante en su formulación, evaluación y seguimiento.
5. Explorar la alternativa de los poderes legislativos (federales y locales) como elementos importantes para la hechura de políticas públicas en salud incorporando al debate a todos los actores involucrados, desde la asignación de recursos económicos hasta la atención de los asuntos de salud pública prioritarios.
6. Mejorar los canales de comunicación e información en salud para que los ciudadanos tengan elementos de análisis y discusión de las realidades a las que se enfrentan ante escenarios de emergencias sanitarias.
7. Dejar la visión de Laswell, en considerar que la salud pública es responsabilidad exclusiva de “expertos y especialistas” y la intolerancia ante expresiones sociales no “médicas”.
8. Acciones institucionales transversales que incorporen a todos los actores sociales involucrados, sociedad e industria (mercado), e incluso a los diferentes ámbitos de gobierno y sus respectivas entidades y dependencias.
9. Generar esquemas de distribución de costos, beneficios y riesgos que resultan antes, durante y después de una emergencia sanitaria.
10. Garantizar el respeto a los derechos humanos, en particular la protección de grupos vulnerables.
11. Establecer esquemas de reparación de los daños de las poblaciones que han enfrentado emergencias sanitarias, bajo un sistema de corresponsabilidad pública, en donde exista el principio de solidaridad tanto del gobierno como de la industria frente a la sociedad civil.

A lo anterior cabe hacer el importante señalamiento de diferenciar entre políticas públicas y políticas gubernamentales.

El problema es que con la popularización del término de políticas públicas, este comenzó a ser utilizado de forma irresponsable para señalar que las políticas públicas son políticas gubernamentales. De hecho, hoy en día continúa este error en quienes continúan hablando de forma indistinta entre políticas públicas y políticas gubernamentales.

Lo anterior, aunado a nuestra añeja percepción de lo público, heredada por el monopolio por parte del gobierno en todos los ámbitos de la vida pública; es decir, tenemos que reaprender que lo público no es ámbito exclusivo del gobierno.

Tal y como señala Luis Aguilar, “hubo usos irreflexivos e instrumentos oportunistas, del concepto de política pública y algunos empezaron a emplear el término como una forma elegante y de moda para designar a toda la política gubernamental, fuera realmente esta pública o no”.¹⁶

La política pública eslabona con una nueva forma de gobernanza a través de consensos y acuerdos privilegiando la acción horizontal del gobierno con los ciudadanos, incorporando en el debate los dilemas éticos a los que se enfrenta una sociedad en el caso específico de emergencias sanitarias, en concreto en la relación salud pública-sociedad y mercado.

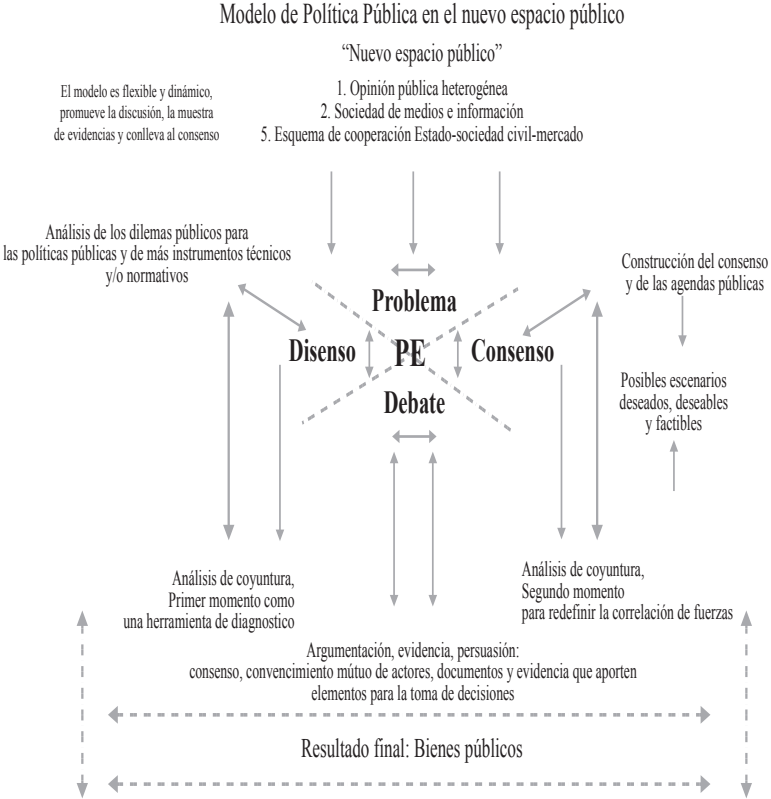
Es decir, desde la perspectiva de la política pública no significa que el gobierno acerque a los ciudadanos sus agendas, sino que estas sean producto del consenso incluyente que priorice sus actividades, concluyendo ¿qué tipo de racionalidad debe utilizarse para atender los conflictos que resultan de atender una emergencia sanitaria? Es así que se apuntan las siguientes consideraciones al respecto:

Si consideramos todas las variables que influyen a partir de las cuales los actores conservan su capacidad de libre elección, sobre todo en un sistema democrático, encontramos razones de peso que obligan a que se estudien con más detalle los procesos de debate, persuasión y argumentación, y el reto en problemas de

¹⁶ Aguilar, Luis F., *Las políticas públicas: su aporte, la aparición de la disciplina en México*.

salud pública, como lo son las emergencias sanitarias, en donde es imprescindible tender puentes entre la evidencia científica disponible, los recursos siempre limitados y las demandas sociales.

De las consideraciones expuestas se presenta el siguiente esquema con elementos conceptuales que invariablemente se tienen que considerar en la articulación de políticas públicas que atiendan emergencias sanitarias. Lo anterior, sin introducir aún la dimensión social de la bioética y su imprescindible presencia transversal en la articulación de acciones públicas que permitan afrontar de manera concertada en pleno respeto a los derechos humanos las emergencias sanitarias.



A lo anterior tenemos que hacer énfasis en los siguientes aspectos para enfrentar de manera responsable y desde una política pública consensuada emergencias sanitarias:

1. Gobernar por políticas públicas implica una alta participación de la ciudadanía.
2. La ciudadanía para participar activamente en el nuevo espacio público necesita buenos niveles de información.
3. Se tienen espacios públicos privilegiados totalmente desaprovechados por las autoridades, donde la sociedad tiene buenos niveles de información y actividad, como lo son los espacios locales-municipales.
4. Redistribuir lo público entre los ciudadanos.
5. Incorporar las esferas legislativas como otra veta importante de apuntalamiento para generar políticas públicas de salud ante emergencias sanitarias, tanto en la asignación de recursos como en la construcción de agendas de los asuntos prioritarios de salud.
6. Generar esquemas de distribución de costos, beneficios y riesgos que resultan antes, durante y después de una emergencia sanitaria.
7. Incorporar criterios de equidad y justicia distributiva en cuanto a asegurar a la población a la atención integral ante una emergencia sanitaria.
8. Generar esquemas que garanticen el respeto a los derechos humanos, en particular a la protección de grupos vulnerables.
9. Determinar claramente en la legislación el papel de la investigación en salud en poblaciones que enfrentan contingencias sanitarias.
10. Establecer esquemas de reparación de los daños de las poblaciones que han enfrentado emergencias sanitarias, bajo un sistema de corresponsabilidad pública, en donde exista el principio de solidaridad tanto del gobierno como de la industria frente a la sociedad civil.

A lo anterior el gobierno está exigido a reconocer primero los espacios públicos que la misma ciudadanía ha creado para participar en la solución de los problemas públicos, y segundo, el gobierno debe promover constantemente puentes de acción y comunicación con la sociedad.

Es importante mencionar que la nueva forma de gobernar es un ámbito de corresponsabilidad entre gobierno-sociedad-mercado.

Si bien el sector salud ha generado capacidades institucionales para atender los problemas de salud pública, también es cierto que en cuanto a la atención de emergencias sanitarias aún existen limitaciones importantes e insuficientes ante la creciente demanda de los servicios especializados, o bien no satisfacen los requerimientos que las emergencias sanitarias demandan mediante acciones no solo concertadas entre las instituciones, sino también incorporando en la toma de decisiones a la población.

Tal y como se establece en el artículo 4o. de la Constitución federal, toda persona tiene derecho a la protección de la salud, que incluye asegurar la prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana, por lo que el Estado es responsable de llevar a cabo las acciones necesarias para mejorar y ampliar los servicios de salud a la población.

Por su parte, el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012, plantea como uno de sus objetivos estratégicos en materia de protección de la salud el brindar servicios de salud eficientes, con calidad, calidez y seguridad para el paciente, pero no existe ningún apartado que aborde con la atención y coordinación que se requiere para la atención de emergencias sanitarias.

Mientras que el Programa Sectorial de Salud 2007-2012, que plantea como uno de sus objetivos rectores mejorar las condiciones de salud de la población y prestar servicios de salud con calidad y seguridad, también permanece ausente la atención de emergencias sanitarias.

La configuración sociodemográfica y epidemiológica de la población implica una mayor demanda de servicios de salud, que pueden implicar terapias y medicamentos más costosos, y se pue-

den asociar a periodos de hospitalización más prolongados durante emergencias sanitarias.

Por todo lo anterior, es imprescindible que las emergencias sanitarias, desde la perspectiva del Estado, no puedan estar alejadas de la investigación en salud, de los procesos sociales ni mucho de la participación social. Por lo que surgen las siguientes interrogantes:

¿Cómo establecer límites de responsabilidad frente a emergencias sanitarias entre los sectores público, social y privado?

¿Cómo distribuir los bienes públicos, los riesgos y costos que se presentan y generan a partir de la construcción de políticas públicas frente a emergencias sanitarias?

¿Cómo abrir espacios de participación ciudadana que permitan debatir de forma informada aspectos considerados exclusivos de “expertos”, ante emergencias sanitarias?

¿Cómo hacer que los ciudadanos participen en el destino de los recursos orientados a la atención de emergencias sanitarias?

IV. LA EXPERIENCIA DE MÉXICO FRENTE A LA INFLUENZA A(H1N1)

Uno de los aspectos positivos de reconocer de la experiencia mexicana frente a la pandemia de la influenza fue el hecho de que México fue el primer país en anunciar la presencia del nuevo virus. En abril de 2009 la Secretaría de Salud declaró la alerta sanitaria, y para cuando recibió los resultados de Canadá, informó a la OMS que se encontraba ante la presencia de un nuevo virus de influenza, tomando como ejes fundamentales la contención del nuevo virus para salvaguardar la salud de la población, así como en la medida de lo posible dar continuidad a la dinámica socioeconómica de país.

A lo anterior cabe hacer referencia de los dos principales instrumentos internacionales a disposición de los Estados para emprender acciones. Tal es el caso del reglamento sanitario internacional y las consideraciones éticas para dar una respuesta de salud pública a la gripe pandémica de la OMS, a la luz de los

cuales es imprescindible reflexionar sobre lo que adoleció la respuesta institucional ante la influenza A(H1N1).

En cuanto a las consideraciones éticas en el desarrollo de una respuesta de salud pública a la gripe pandémica de la Organización Mundial de la Salud, se hacen las siguientes consideraciones:

Consideraciones éticas generales

- Equilibrar derechos, intereses y valores: no existió un debate público al respecto de equilibrar derechos, intereses y valores de la población, el mercado y el gobierno. Lo que existió fue una respuesta unilateral por parte de las autoridades en salud, posiblemente por el hecho de ser un acontecimiento sin experiencia previa que le permitiera a las autoridades actuar de una manera distinta a como se dieron las acciones.
- La base de datos científicos para medidas de salud pública: la evidencia científica fue limitada al inicio de la presencia del nuevo virus por no contar con la infraestructura en salud e investigación para determinar con exactitud los alcances y características del nuevo virus.
- Transparencia, participación pública y movilización social: existió transparencia en la información por parte del Estado mexicano frente a la comunidad internacional y transparencia al interior del país en cuanto a la evolución del nuevo virus, alcances y consecuencias en caso de no existir las medidas de contención implementadas, pero al final no existió un ejercicio de rendición de cuentas frente a la sociedad; por ejemplo, en cuanto a los efectos adversos de la vacuna, el destino y la aplicación total de los recursos empleados durante y después de la pandemia. La participación pública se presentó en la medida en que se adoptaron de manera general las medidas de prevención y contención, sin llegar a decir que existió una movilización social.
- Información, educación y comunicación: la información se limitó al tratamiento que los medios de comunicación le

dieron a la pandemia, mientras que la educación se limitó al autocuidado en las medidas preventivas y de contención del nuevo virus.

- Limitaciones de recursos: no existió un debate público en cuanto a la priorización de los recursos empleados, sobre todo en la adquisición de las vacunas.
- Establecimiento de prioridades y acceso equitativo a medidas terapéuticas y profilácticas: el sistema de salud evidenció que si las medidas de contención no se hubieran adoptado de manera oportuna era altamente probable que las unidades de terapia intensiva fueran insuficientes para la atención de la población contagiada con el nuevo virus, sin contar con la fragmentación del sistema de referencia, que ha sido un pendiente del sistema de salud en general.
- Aislamiento, cuarentena, control de fronteras y medidas de alejamiento social: al respecto, cabe señalar las violaciones a los derechos humanos que existieron para con el Estado mexicano y su población en tránsito en territorio extranjero.
- El papel y las obligaciones del personal sanitario durante un brote de gripe pandémica: se tiene que reconocer que unas de las principales preocupaciones del sistema de salud fue asegurar su funcionamiento a través de vacunar en primera instancia al personal de salud.
- Desarrollo de una respuesta multilateral a un brote de gripe pandémica: la respuesta multilateral, tal y como lo establece el reglamento sanitario internacional, se limitó al aseguramiento de las fronteras, presentándose serias violaciones a los derechos humanos. Cabe hacer mención que el reglamento sanitario internacional tiene varias deficiencias para mantener en plena vigencia los derechos humanos.

V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

No se contó con procesos que incluyan la participación de los actores involucrados que rescaten la experiencia pública que jue-

ga un papel fundamental para afrontar emergencias sanitarias, sin un sistema de distribución de cargas y beneficios; es decir, de corresponsabilidad pública.

A continuación se presenta el siguiente cuadro de cómo se presentaron los hechos y lo que resulta deseable alcanzar:

<i>Escenario deseable</i>	<i>Experiencia de los hechos</i>
Corresponsabilidad pública	Proceso centralizado en la Secretaría de Salud
Disponibilidad de evidencia científica	Evidencia escasa, dependiente de los laboratorios en Canadá y Estados Unidos
Concurrencia de políticas	Escasa o nula concurrencia de políticas y programas sin participación de municipios, servicios de salud estatales, servicios de protección civil, etcétera, incluso falta de involucramiento de las mismas dependencias federales
Planes de acción con objetivos claros y públicos	Sin logística pública de distribución de vacunas
Comunicación efectiva	Estrategia sin difusión
Recursos disponibles	Sistema de referencia y contrarreferencia de nivel 2 al 3, fracturada; infraestructura de cuidados intensivos limitada; procesos de adquisiciones cuestionados (vacunas y ventiladores)

No existe vinculación entre las políticas públicas y la participación social y privada para enfrentar emergencias sanitarias, y aún no se tiene un ejercicio que rescate la experiencia adquirida para enfrentar nuevas emergencias sanitarias

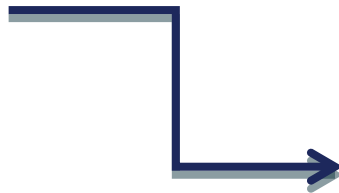
Considerando la definición de emergencia sanitaria elaborada por el Núcleo de Investigación de Salud y Derecho en su línea de emergencias sanitaria, que se define de la siguiente forma: “situación anormal que acontece de manera imprevista que puede causar daño a la sociedad y propiciar un riesgo excesivo para la seguridad e integridad de la población en general o afecte e impida la vida normal de una comunidad, región o país”.

En esta definición se mueven los objetivos centrales de una política pública que pretende enfrentar de manera exitosa una emergencia sanitaria.

Tal y como se muestra en el siguiente esquema, que señala que uno de los objetivos fundamentales de las políticas públicas es precisamente contar con información disponible y confiable para la toma de decisiones, y consecuentemente disminuir los niveles de incertidumbre que permitan una eficiente y concertada respuesta ante situaciones de emergencia.

TODO EL ESQUEMA GIRA EN TORNO DE TRES ELEMENTOS IMPRESCINDIBLES

- Evidencia e información disponibles
- Reducción de los niveles de incertidumbre
- Acciones concertadas que disminuyan riesgos a la población



ELEMENTOS AUSENTES O DE DIFÍCIL CONTROL Y ACCESO EN UNA EMERGENCIA SANITARIA

Para lo cual se requiere de acciones que resultan imperantes e impostergables al no existir mecanismos de participación social, así como de la misma industria farmacéutica para el control y evaluación de las acciones para enfrentar emergencias sanitarias.

Además de las recomendaciones y observaciones como áreas de mejora, se enlistan las siguientes:

1. Fortalecimiento de la cultura bioética frente a las emergencias sanitarias.
2. Fortalecer la cultura de la corresponsabilidad pública.

3. Crear un sistema de incentivos para la participación social y privada ante emergencias sanitarias.
4. Democratizar la priorización de la asignación de recursos ante emergencias sanitarias.
5. Reforzar acciones de educación en salud que favorezcan el autocuidado y la prevención, desde el ámbito comunitario.
6. Incrementar la legitimidad de las autoridades encargadas de llevar el liderazgo frente a emergencias sanitarias a través de ejercicios de comunicación y acciones concertadas de forma previa a las emergencias sanitarias tanto con los sectores social y privado.
7. Ampliar los alcances de la rendición de cuentas antes, durante y después de una emergencia sanitaria por parte de las autoridades.
8. Actuar de manera oportuna con base en la evidencia científica disponible.
9. Tender puentes de acuerdo y entendimiento entre la evidencia científica disponible, la participación social y los recursos disponibles.
10. Sensibilidad ante las expresiones sociales no médicas y especializadas.
11. Consolidar liderazgos éticamente fundados en las autoridades y la sociedad, que permitan de forma concertada actuar de manera responsable frente a emergencias sanitarias.
12. Desarrollar consideraciones para las poblaciones en condiciones de vulnerabilidad, considerando que en sí misma una población es vulnerable ante escenarios de emergencias sanitarias.
13. Reforzar la infraestructura en atención a la salud, así como para la investigación que amplíe la evidencia científica disponibles para el debate y la toma de decisiones.
14. Crear mecanismos transparentes para resolver conflictos de interés.
15. Generar mecanismos que permitan acuerdos mínimos entre la evidencia científica disponible, los recursos siempre limitados y las demandas sociales.

Como se ha demostrado, es urgente la reorientación de las acciones para enfrentar emergencias sanitarias, debido a que no existen elementos de participación y responsabilidad pública tanto de los sectores público, social y privado.

Por lo anterior, son los ciudadanos quienes tienen una responsabilidad de vital importancia para enfrentar emergencias sanitarias. Son ellos los que deben determinar el marco jurídico dentro del cual deberán trabajar, comenzando por delimitar el alcance del derecho a la libertad de decidir sobre los asuntos de salud pública, y son ellos también quienes deben determinar de manera informada los destinos de los recursos públicos.

Para que sus elecciones sean prudentes deben adquirir una información en salud básica, que les permita adquirir las capacidades de reflexión en cuanto que pueden contribuir a la mejora de las vidas de las personas y las comunidades; reforzar la voluntad e incentivos de participar en el diseño de las políticas. Con estas competencias básicas estarán en condiciones de participar en el diseño de las políticas que mantengan un elevado grado de exigencia ética para enfrentar emergencias sanitarias.

VI. BIBLIOGRAFÍA

- AGUILAR VILLANUEVA, Luis F., *El estudio de las políticas públicas*, Estudio introductorio, México, 2007.
- , “Las políticas públicas: su aporte, la aparición de la disciplina en México”, documento por publicarse en el 2007.
- Constitución Políticas de los Estados Unidos Mexicanos *Consideraciones éticas en el desarrollo de una respuesta de salud pública a la gripe pandémica*, Organización Mundial de la Salud, 2009.
- LASSWELL, Harold, *El estudio de las políticas públicas*, La orientación hacia las políticas, México, 2007.
- LEÓN Y RAMÍREZ, Juan Carlos y MORA VELÁZQUEZ, Salvador, *Ciudadanía, democracia y políticas públicas*, México, UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, 2006.

- MAJONE, Giandomenico, *La hechura de las políticas públicas*, segunda antología, Los usos del análisis de política.
- Manual para la preparación de instituciones ante una pandemia de influenza*, México, Secretaría de Salud.
- Reglamento Sanitario Internacional, OMS, 2005.
- RUIZ CHÁVEZ, Manuel *et al.*, “La experiencia mexicana frente a la pandemia de la influenza A(H1N1). Reflexiones en torno a las recomendaciones y reglamentaciones internacionales”, *Proceedings of the 2nd Meeting of the European Commission’s International Dialogue on Bioethics, The role of Ethics in International Research*, 2010.
- ZAMUDIO TADEO, Juan Francisco, *Ciudadanía, democracia y políticas públicas. Políticas públicas y la construcción de agendas legislativas*, México, UNAM, 2006.

EMERGENCIAS SANITARIAS POR ZOONOSIS ASPECTOS INTERSECTORIALES

Juan GARZA RAMOS*

Se entiende por emergencias las situaciones provocadas por desastres; pueden ser naturales (huracanes, tormentas, tornados, inundaciones, deslizamiento y desgaje de cerros, fuegos forestales, calor o frío extremos, terremotos, tsunamis y epidemias). Los desastres generados por los humanos pueden ser no intencionales por problemas tecnológicos o intencionales, como violencia en masa o terrorismo. Pueden ser mixtos en el caso de incendios forestales provocados.

Para el caso que nos ocupa, se trata de desastres de origen sanitario que difícilmente se presentan solamente en humanos. El abordaje que se revisará en esta publicación corresponde a los casos en los que el problema está ubicado en la interfaz salud humana-salud animal-ambiente, lo que necesariamente involucra al menos a tres secretarías de Estado: la Secretaría de Salud (SSA), la Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y Alimentación (Sagarpa) y la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (Semarnat). Se trata de un tema en que se requiere del trabajo conjunto, armónico, intersectorial, diferente a los problemas comunes de salud, cuya atención es fundamentalmente disciplinaria (por médicos, enfermeras), y en contadas ocasiones se logra integrar a participantes de otras profesiones.

* Departamento de Microbiología e Inmunología Facultad de Medicina Veterinaria y Zootecnia UNAM jgarza@unam.mx

Los temas que se encuentran en la interfaz entre salud humana-salud animal-ambiente incluyen a las zoonosis, a las enfermedades reemergentes, enfermedades transmitidas por alimentos, y por residuos tóxicos. Estas enfermedades afectan a animales productivos, de recreación, de deporte, de compañía, para investigación biomédica; son frecuentes dentro de cada una de las especies. Lo mismo ocurre en la fauna silvestre.

Los agentes causales de las enfermedades de riesgo sanitario pueden ser bacterias, virus, hongos, priones, parásitos, que comúnmente afectan a una sola especie. Sin embargo, cuando los agentes infecciosos son capaces de afectar a más de una especie, se diseminan más fácilmente, y además pueden afectar a los primates superiores; es decir, a los humanos, que han incrementado su contacto con las poblaciones animales, que para producir los alimentos los bienes que exige el crecimiento demográfico se alojan en explotaciones ganaderas con gran número de animales que conviven de manera estrecha entre sí y con los cuidadores que representan a una población de trabajadores con elevado riesgo profesional de ser contagiados si se trata de una zoonosis; es decir, de enfermedades transmisibles entre los animales y el hombre.

Los modelos de producción masiva de alimentos de origen animal favorecen la aparición de epidemias cuando las explotaciones ganaderas no están tecnificadas, cuando no aplican las buenas prácticas de producción. Estas incluyen la atención apropiada con las técnicas sustentadas científicamente en los temas de genética, reproducción, alimentos, nutrición, instalaciones, manejo, control de movilización, sanidad, vacunaciones, procesamiento, administración, mercadotecnia y economía. Cuando los habitantes de las zonas ganaderas viven en pobreza, con rezago educativo, empleo informal, sin servicios adecuados, como agua potable, drenaje, electricidad, vivienda, empleo, se dice que carecen de los determinantes sociales de la salud. Las buenas prácticas de producción ganadera y los determinantes sociales de la salud son los elementos clave para alcanzar bienestar en las poblaciones animales y en la población humana.

La carencia de condiciones apropiadas para la convivencia de los animales y las personas se agrava con los problemas ambientales, como sequía, inundaciones, con el calentamiento global, con los climas extremos, con los fenómenos meteorológicos, como ciclones, huracanes, tornados y demás fenómenos naturales, que pueden ser cíclicos y de largo plazo, como el caso del fenómeno del Niño.

Lo anteriormente explicado constituye el caldo de cultivo para la presentación de problemas sanitarios que pueden convertirse en epidemias y pandemias. La globalización, con los medios de comunicación, las migraciones, los viajes, el comercio internacional de animales, de alimentos y de bienes diversos, favorece la diseminación de enfermedades transmisibles entre los animales y entre los animales y las personas.

Cuando los problemas sanitarios alcanzan niveles amplios, por la capacidad de enfermar, por la virulencia de los microorganismos, por su nivel elevado de transmisibilidad, por la diseminación rápida y masiva, pueden provocarse desastres con repercusiones sanitarias, productivas, económicas, e incluso pueden afectar la estabilidad de poblados, municipios, estados, naciones o a todo el planeta, que es cuando se refiere el fenómeno como pandemia.

Estos desastres dan origen a las emergencias sanitarias, de las que hay variados ejemplos en el mundo y en nuestro país.

En México podemos recordar la epidemia de fiebre aftosa, que aquejó al ganado bovino, ovino, caprino y cerdos de nuestro país de 1946 a 1952, con grave deterioro de la producción de alimentos, del comercio nacional e internacional, por el cierre de fronteras a la exportación de animales y sus productos.

Las encefalitis equina venezolana (EEV) fue una epidemia zoonótica que se presentó en México y que afectó desde la parte sur del estado de Texas en los Estados Unidos de América hasta la región del istmo. El virus de EEV afecta principalmente a equinos, y es transmitido por mosquitos a otros equinos y a personas. En la década de 1970 las herramientas utilizadas para el combate

de la epidemia incluyeron el control de los mosquitos vectores y la vacunación a los equinos con vacuna elaborada en las antiguas instalaciones que sirvieron para el combate contra la fiebre aftosa, ubicadas en el Instituto Nacional de Investigaciones Pecuarías de la Secretaría de Agricultura y Ganadería en Palo Alto, Distrito Federal. El ejército mexicano participó en el combate a esta epidemia de EEV.

La epidemia de fiebre aftosa y la de EEV propició que se formaran recursos humanos calificados, y que se desarrollara infraestructura consistente en laboratorios de investigación, brigadas de campo, una red de laboratorios de diagnóstico en todo el territorio nacional y un organismo descentralizado para la producción, el control de calidad y la distribución de vacunas, reactivos de diagnóstico e insumos para controlar las epidemias en los animales: la Productora Nacional de Biológicos Veterinarios (Pronabive).

Entre otras enfermedades zoonóticas que se han logrado erradicar de México está el gusano barrenador del ganado (GBG), cuyo control y erradicación se logró a través del uso pacífico de la energía atómica mediante la irradiación a larvas de la mosca, para que las cópulas resulten infértiles, ya que los insectos de esta especie copulan una sola vez en su vida. La distribución por vía aérea de millones de insectos liberados en las zonas del territorio nacional con reporte epidemiológico permitió erradicar del norte al sur a todo el territorio nacional mediante los insectos estériles de una planta productora de moscas estériles ubicada en los márgenes del río Grijalva en Chiapa de Corzo, Chiapas. En virtud del carácter transfronterizo de estas enfermedades, México y los Estados Unidos de América han conformado organismos binacionales para prevenir, combatir y erradicar a la fiebre aftosa y a otras enfermedades exóticas y al GBG. El éxito de este programa fue tal que se continuó la liberación de las moscas estériles hasta el istmo del Darién en Panamá. Esta mosca originaria del continente americano solamente persiste en Sudamérica y en algunas islas del Caribe, como Cuba, Haití y República Dominicana.

La experiencia mexicana en el control y erradicación de la GBG fue requerida por la FAO y la Comisión Internacional de Energía Atómica a raíz de un brote de GBG en el norte de África, particularmente Libia, cuyo ganado fue infestado por un embarque de ganado proveniente de Sudamérica. Moscas estériles producidas en la planta mexicana de Chiapas fueron dispersadas por vía aérea en una amplia zona del norte de África hasta lograr su erradicación. Conviene destacar que el personal contratado por la FAO fue mayoritariamente mexicano, que logró demostrar su experiencia y capacidad para liberar a ese continente de una plaga que les era exótica.

Hay otros ejemplos de enfermedades de los animales, de los humanos, algunas de ellas zoonosis que han sido controladas y erradicadas de nuestro país. En todos los casos el éxito se ha logrado mediante la colaboración de las instituciones responsables, particularmente la SSA, la Sagarpa, en algunos la Semarnat, que atiende a la fauna silvestre, y la Sedena, que a través del plan DN-III, que se aplica ante desastres, ha coparticipado en la ejecución de los programas.

El problema que ha surgido después del combate exitoso ante varias epidemias en México ha sido que una vez resuelto el brote epidémico los grupos de trabajo interinstitucional se han desmembrado, lo que ha motivado reclamos y recomendaciones por parte de instituciones académicas, de asociaciones de especialistas, de academias y de organismo internacionales. Se ha discutido largamente que se conforme un organismo o grupo de trabajo permanente que esté siempre preparado realizando acciones de formación de recursos humanos, preparación de pruebas y reactivos de diagnóstico, estableciendo estrategias de movilización de animales y productos, programas de bioseguridad, y planes de acción con las estrategias manuales y actividades a realizar por cada una de las instancias gubernamentales de los tres niveles, académicas, organizaciones de productores, comerciantes, organismos no gubernamentales y la sociedad en su conjunto. Durante la década de los ochenta y noventa del siglo pasado se rea-

lizaron simulacros para constatar la capacidad de respuesta ante eventuales problemas.

Lamentablemente, la rutina y las cargas de trabajo provocan olvido en algunas de las autoridades sanitarias de nuestro país, y ante nuevas amenazas epidémicas es necesario reaccionar aun sin la preparación deseable. Las epidemias de influenza aviar que afectaron a la población avícola a fin del siglo pasado fueron un aviso para la grave epidemia ocurrida en 2009 con la influenza A(H1N1) de origen porcino, que afectó de manera sobresaliente a humanos en Estados Unidos y México, y que después se convirtió en una pandemia, que afectó a personas de los cinco continentes. El virus de influenza A(H1N1) fue reportado en cerdos en Canadá, pavos en Chile, cerdos en Argentina, en Australia, Estados Unidos de América y varios países de Europa. México reportó a la Organización Mundial de Salud Animal (OIE) el aislamiento del virus en cerdos, reporte hecho en diciembre de 2009, en tanto que los animales afectados se habían detectado a finales de abril del mismo año. El retraso en el reporte de México fue motivado por la falta de capacidad diagnóstica, y la comunidad internacional se quejó por la falta de transparencia de nuestro país al no cumplir con el reporte oportuno, como lo establece el reglamento sanitario internacional.

La importancia de las enfermedades que producen desastres sanitarios en la interfaz entre salud humana-salud animal-ambiente radica en que el 70% de los patógenos humanos tienen sus orígenes en animales. Los animales son útiles al ser humano por los alimentos que producen, por el transporte y el arado, por actividades sociales, recreativas, como animales de compañía, por pieles y otros subproductos, por el comercio, los empleos en las industrias relacionadas, por el abono y por su contribución en la riqueza y en el bienestar.

Hay una crisis porque la población urbana, que era del 20% al inicio del siglo XX, es ahora superior al 80%, y la creación de zonas urbanas y megalópolis exige de una infraestructura de producción de alimentos cada día más eficiente y competitiva.

Los países que no logran producir sus alimentos pueden obtenerlos del mercado internacional a precios accesibles, lo que favorece que el comercio internacional se constituya en un riesgo por la transmisión de agentes infecciosos y represente una amenaza para la presentación de enfermedades en zonas en donde no son endémicas.

La movilidad, el cambio climático, los desastres naturales, los conflictos políticos y las migraciones, amplían los riesgos, y hay un impacto multidimensional de las enfermedades. Nuevos patógenos han surgido, y existen ahora mayores conocimientos sobre las enfermedades zoonóticas, que pueden ser enfermedades descuidadas, enfermedades emergentes, enfermedades transmitidas por alimentos o residuos. México se encuentra en una situación privilegiada, ya que muchas de las enfermedades que impiden el libre comercio internacional no existen en nuestro país. Al estar libres de fiebre aftosa, encefalopatía esponjiforme transmisible, fiebre porcina clásica y otras importantes enfermedades, las oportunidades de México para participar en los mercados mundiales son amplias, pero se requiere continuar preparando a los equipos sanitarios, pasar de las respuestas institucionales a las intersectoriales, pensar en sistemas, lograr una eficiente cooperación interinstitucional, intersectorial, multidisciplinaria y transdisciplinaria, para alcanzar un costo-beneficio integrado. La atención conjunta de la complejidad que representan las emergencias producidas por desastres epidemiológicos en forma de zoonosis requiere superar los enfoques explicativos lineales y unidisciplinarios para alcanzar el programa denominado de “Una Salud”.

Las nuevas tecnologías de comunicación, de vigilancia epidemiológica, favorecen la vigilancia transfronteriza, y constituyen nuevos retos para lograr una efectiva cooperación intersectorial para salud animal, para la salud humana y para el ambiente.

La legislación mexicana está constituida para este tema por la Ley General de Salud, la Ley General de Salud Animal, la Ley General de Vida Silvestre, normas y disposiciones administrati-

vas. Sin embargo, las emergencias epidemiológicas son variadas, complejas, y la legislación solamente establece que se debe informar con las otras instancias, colaborar entre ellas, avisarles, verbos que están muy lejos de establecer medidas efectivas que pasen de los sistemas de información a la colaboración, a la coordinación y a la integración de esfuerzos. Resulta indispensable que se integren comisiones intersecretariales permanentes, con programas de trabajo transversales, que aseguren que ante un eventual foco rojo de una nueva enfermedad se actúe de manera rápida, efectiva, contundente, ya que lo que no se logra en los primeros días es muy difícilmente revertirlo si se permite una propagación mayor.

Estos programas nacionales que deben estar preparados deben incluir no solamente la intervención del gobierno federal, sino también la de los gobiernos estatales, municipales, productores, industriales, comercializadores, transportistas, profesionales, instituciones académicas de enseñanza e investigación, medios de comunicación y la sociedad en su conjunto. Las campañas permanentes deben incluir programas de promoción de la salud para que los consumidores tengan estilos de vida saludables y hábitos de consumo que les permitan mantenerse sanos, productivos, con bienestar.

La salubridad local, responsabilidad de los municipios, no se ha desarrollado debidamente en México como consecuencia del centralismo en el que el gobierno federal intenta abarcar todo. Hay recomendaciones de los organismos internacionales para constituir programas de salud pública veterinaria en cada uno de los municipios de las naciones. La OMS/OPS, la FAO y el OIE han propuesto que se constituyan programas a partir de centros municipales de control de zoonosis, con las experiencias exitosas del Centro Municipal de Control de Zoonosis de São Paulo en Brasil, convertido en centro de capacitación para profesionales de otros países de Latinoamérica.

Argentina, Brasil, Chile, Cuba y Uruguay han seguido la recomendación, y en cada uno de sus municipios hay un centro

de control de zoonosis en el que se desarrollan acciones de salud pública veterinaria, que incluyen actividades sanitarias de promoción, vigilancia, control, y en su caso sanciones sobre control de fauna nociva, promoción de la salud, vacunación, saneamiento básico, basura, bioseguridad, inocuidad de alimentos, rastros, frigoríficos, industrias de alimentos, entre otros. A partir de 2011 hay un curso en línea disponible por internet para la formación de los directivos de los centros municipales. La administración del curso corresponde al centro de Panaftosa de la OPS, y tiene reconocimiento académico. Es indudable que estos centros contribuyen al bienestar social, y que han favorecido mejores niveles de salud humana, animal y ambiental en las comunidades.

Una estrategia apropiada es que la respuesta ante las emergencias sanitarias no solamente esté bajo la responsabilidad del sector salud. La salud es la suma de un bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad, como bien establece la definición aprobada por la OMS. La salud debe mantenerse mediante la construcción de redes de colaboración de carácter intersectorial, en donde las secretarías de Educación, de Agricultura, de Desarrollo Social, de Economía, entre otras, tienen una participación indispensable. Por lo anterior, se está abandonando el término de “políticas de salud”, y ahora se emplea el de “salud en todas las políticas”, lo que constituye un importante giro en la concepción sobre los esquemas tradicionales de salud que se sustentaban en la curación; es decir, eran reactivos, y ahora se sustentan en la prevención, ya que son proactivos.

Para mitigar los desastres, se ha discutido que independientemente del origen ambiental, epidemiológico o la globalización, la mejor manera de contener los riesgos es disminuir la vulnerabilidad de las poblaciones mediante una mejor preparación institucional y a lo largo de las cadenas productivas y comerciales, con énfasis en las acciones de investigación, innovación, comunicación y promoción de la salud, para lograr estilos de vida saludables y protegidos.

Con el entendimiento de que la salud pública de desastres se enriquece cuando se integra con el programa de salud en la or-

ganización en el comportamiento social ante los desastres, se ha podido avanzar en forma proactiva, para que las comunidades estén preparadas, y ante la indeseable emergencia de un desastre sepan cómo actuar, cómo coparticipar, y tengan sus roles claramente determinados, y la actitud de equipo ante las crisis que hace la diferencia entre el caos y el orden.

De forma predictiva, siempre va a haber nuevas emergencias sanitarias. Una región proclive es el sudeste asiático, porque se presentan en ese entorno los factores de riesgo comunes a las epidemias de influenza en aves, cerdos y humanos, que conviven estrechamente y por la facilidad de estos virus de afectar a varias especies y por su capacidad de sufrir mutaciones y cambiar continuamente. Para evitar que los virus de influenza muten, es necesario que no infecten a los animales y a las personas. Si no se reproducen, no hay mutaciones, y las probabilidades de que surjan virus patógenos se evita. Otras epidemias emergentes son las provocadas por los coronavirus. La epidemia de SARS que afectó a China y Canadá en 2002 y 2003 es una demostración de que las personas infectadas pueden trasladar los virus nuevos a otros países y a otras regiones del mundo, ya que actualmente es posible trasladarse por avión a cualquier capital de otro país del mundo en 24 horas o menos, ya que los periodos de incubación de las infecciones virales pueden durar varios días.

La emergencia de las zoonosis se ha asociado a la intensificación de la producción agrícola y pecuaria y al cambio climático, por lo que se requiere una revisión sistémica conducida por grupos multidisciplinarios que analicen cualitativamente la evidencia científica disponible para que los riesgos sean mitigados mediante acciones de control epidemiológico entre los animales productivos, entre los animales de compañía, entre la fauna silvestre y entre los humanos.

La investigación disponible establece que nuestras respuestas a la complejidad, interrelaciones de las causas de los desastres sanitarios, son insuficientes para detectar las dimensiones biológicas, económicas y sociales de las emergencias. Necesitamos au-

mentar nuestra habilidad para predecir, prevenir y responder a las emergencias sanitarias, que continuarán afectando a nuestras comunidades.

BIBLIOGRAFÍA

- ACHA, P. N. y SZYFRES, B., *Zoonosis y enfermedades transmisibles comunes al hombre y a los animales*, 2a. ed., Publicación Científica 503, OPS/OMS, 2003.
- ALKIRE, S. y SANTOS, M. E., *Acute Multidimensional Poverty: A New Index for Developing Countries*, Oxford Poverty & Human Development Initiative (OPHI), Working paper núm. 38, University of Oxford, July 2010.
- BÁRCENA, A., “Spreading the Wealth”, *Finance and Development*, 2011 march.
- CHOMEL, B., “Wildlife Zoonoses”, *Emerging Infectious Diseases*, 2007, 13(1), en <http://www.cdc.gov/EID/13/1/06-0480.htm>.
- CHOMEL, B. B. y SUN B., “Zoonoses in the bedroom”, *Emerg Infect Dis*, 2011, 17: 2, en, <http://www.cdc.gov/EID/content/17/2/167.htm>.
- COSIVI, O. *et al.*, “Epidemiology of *Mycobacterium bovis* infection in animals and humans, with particular reference to Africa”, *Rev. Sci. Tech*, 1995:14.
- COCKER, R. *et al.*, “Towards a conceptual framework to support one-health research for policy on emerging zoonoses”, *The Lancet* 11, 2011.
- EDDI, Carlos (coord.), *La salud pública veterinaria en situaciones de desastres naturales y provocados*. Estudio FAO de producción y sanidad animal, núm, 170 (Roma), 2010, en <http://www.fao.org/ag/againfo/resources/es/publications.html>.
- ENRIA, D. A. M. y LEVIS, S. C., “Zoonosis virales emergentes: las infecciones por *Hanta virus*”, *Rev sci tech Off int Epiz*, 23(2), 2004.
- FAO-OIE-WHO Collaboration. Sharing responsibilities and coordinating global activities to address health risks at the animal-human-ecosystems interfaces. A Tripartite Concept Note. 2010.

http://www.oie.int/fileadmin/Home/eng/Current_Scientific_Issues/docs/pdf/FINAL_CONCEPT_NOTE_Hanoi.pdf.

FLORES CASTRO, Ricardo, “La situación actual de las zoonosis más frecuentes en México”, *Gaceta Médica de México*, 146, 2010.

FRENK, J., “Overcoming gaps to advance global health equity: a symposium on new directions for research”, *Health Research Policy and Systems*, 9:11, 2011, en <http://www.health-policy-systems.com/content/9/1/11>.

GARZA RAMOS, J., “Bioética, desarrollo sustentable y salud”, *Summa Bioética*, núm. extraord., México, 2002.

———, “Bioética en la educación veterinaria”, en MORENO CHAN, Ricardo (editor), *Ciencia Veterinaria*, vol. 10, México, UNAM, 2007.

———, “Situación actual de las zoonosis más frecuentes en México”, en FUENTE, Juan Ramón de la y KURI MORALES, Pablo (editores), *Temas de salud global con impacto local*, México, Intersistemas editores-UNAM, 2011.

———, “Comités de macrobioética y políticas públicas”, *Summa bioética I*, México, núm. especial, 59-62, 2003.

——— y ARVIZU, L., *Hacia una salud: propuesta en el marco de la administración pública federal de México*, Imagen Editorial México, Yire, 2011.

KACHANI, M., *Management of the dog population for the control of zoonotic diseases*, marzo de 2011, en <http://www.fao.org/ag/againfo/themes/animal-welfare/aw-docum/search/detail/en/item/55079/icode/>.

MONESTIER, M., *Las moscas. El peor enemigo del hombre*, México, Fondo de Cultura Económica, 2004.

NATIONAL ASSOCIATION OF STATE PUBLIC HEALTH VETERINARIANS, “Compendium of Veterinary Standard Precautions for Zoonotic Disease Prevention in Veterinary Personnel”, *JAVMA*, 237 (12), 2010.

NACIONES UNIDAS, UN Millennium Development Goals (MDG), 2011, en <http://www.un.org/millenniumgoals/>.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD ANIMAL (OIE), Código Sanitario para los Animales Terrestres, París, 2006, en <http://www.oie.int/>.

- REDDY, K. S., “Equity must accompany economic growth for good health”, *PLoS Medicine* 8 (3), 2011.
- SAVIGNY, D. y ADAM, T. (eds.), *Aplicación del pensamiento sistémico al fortalecimiento de los sistemas de salud*, OMS, Alianza para la Investigación en Políticas y Sistema de Salud, 2009.
- SHAW, A. P. M., “The Economics of Zoonoses and their Control”, *The Economics of Animal Health & Production*, Jonathan Rustow, CABI, Wallingford, Oxfordshire, 2009.
- SCHNEIDER, M. C. *et al.*, “Elimination of Neglected Diseases in Latin America and the Caribbean: A Mapping of Selected Diseases”, *PLoS Negl Trop Dis*, 5 (2), 2011.
- STEELE, J. H., “Veterinary public health: past success, new opportunities”, *Prev. Vet. Med*, 2008, sep 15: 86 (3-4).
- VENKATAPURAM, S. *et al.*, “The right to sutures: social epidemiology, human rights, and social justice”, *Health and Human Rights in Practice*, 2010, 12 (2).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION, *The control of neglected zoonotic diseases. A route to poverty alleviation*, WHO/SDE/FOS/2006.1, Geneve, 2006.
- ZINSSTAG, J. *et al.*, “Potential of cooperation between human and animal health to strengthen health systems”, *The Lancet*, 366, 2005.