



Revista Gerencia y Políticas de Salud

ISSN: 1657-7027

revistascientificasjaveriana@gmail.com

Pontificia Universidad Javeriana

Colombia

Henao-Kaffure, Liliana

El concepto de pandemia: debate e implicaciones a propósito de la pandemia de influenza de 2009

Revista Gerencia y Políticas de Salud, vol. 9, núm. 19, julio-diciembre, 2010, pp. 53-68

Pontificia Universidad Javeriana

Bogotá, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54519045005>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

El concepto de pandemia: debate e implicaciones a propósito de la pandemia de influenza de 2009*

The Concept of Pandemic: Debate and Implications on the Influenza Pandemic of 2009

O conceito de pandemia: debate e implicações sobre a pandemia de influenza de 2009

Fecha de recepción: 30-06-10 Fecha de aceptación: 30-08-10

Liliana Henao-Kaffure**

* Este ensayo fue elaborado, sustentado y aprobado como examen de calificación en el Doctorado Interfacultades en Salud Pública de la Universidad Nacional de Colombia en mayo de 2010. La financiación del doctorado se realiza con recursos de un crédito condonable otorgado por Colciencias según la convocatoria 494 de 2009.

** Odontóloga. Magíster en Salud Pública. Estudiante de Doctorado en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia. Correspondencia: Universidad Nacional de Colombia, Calle 44 N. 45-67, Unidad Camilo Torres, Módulo 2, Bloque C, Oficina 501, Bogotá-Colombia. Correo electrónico: nlhenaok@unal.edu.co

Resumen

El ensayo organiza y presenta el debate suscitado entre dos corrientes de pensamiento, a raíz de la pandemia de influenza de 2009. Las posiciones involucradas en el debate están representadas, de un lado, por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y, de otro, por las perspectivas críticas, principalmente la asumida por la corriente latinoamericana de medicina social. El debate se ha centrado en el concepto de pandemia, la causalidad que se le ha atribuido a las pandemias y la respuesta que en coherencia se ha propuesto y emitido. En el desarrollo del ensayo se presentan críticamente las dos posiciones y se exponen al final del texto algunas conclusiones que, por definición propia, pero también porque la inmersión en el debate así lo amerita, están inscritas en el marco de las perspectivas críticas.

Palabras clave autor: Pandemia, Influenza, OMS, medicina social.

Palabras clave descriptor: brotes de enfermedades, virus de la influenza A, Organización Mundial de la Salud, Medicina Social.

Abstract

This essay organizes and presents the debate rose between two theoretical trends related to the influenza pandemic of 2009. The positions involved in the debate are represented, on the one hand, by the World Health Organization (WHO) and, on the other hand, by critical perspectives mainly coming from Latin-American Social Medicine. The debate has been focused on the concept *pandemic*, its attributed causality and the responses proposed and emitted. This essay presents the two positions in a critical way and exposes some conclusions that - by own definition and because of the level of immersion in the debate requires it- are subscribed in the frame of the critical perspectives.

Key words author: Pandemics, Influenza, WHO, social medicine.

Key words plus: disease outbreaks, Influenza A Virus, World Health Organization, social medicine.

Resumo

Este ensaio organiza e apresenta o debate realizado entre duas correntes de pensamento, que foi ocasionado pela pandemia de influenza de 2009. As posições envolvidas no debate são representadas de um lado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e, de outro lado, pelas perspectivas críticas, principalmente aquela assumida pela corrente latino-americana da medicina social. O debate tem se concentrado no conceito de pandemia, a causalidade que tem sido atribuída às pandemias e a resposta que em consequência tem sido proposta e emitida. No desenvolvimento do ensaio apresentam-se criticamente as duas posições e no final do texto são expostas algumas conclusões que, por definição própria, mas porque a imersão no debate justifica, estão inscritas no entorno das perspectivas críticas.

Palavras chave autor: Pandemia, Influenza, OMS, medicina social.

Palavras chave descritor: surtos de doenças, vírus da influenza A, Organização Mundial da Saúde, Medicina Social.



Frente a las enfermedades que produce la miseria, frente a la tristeza y el infortunio social de los pueblos, los microbios, como causa de enfermedad, son unas pobres causas

Ramón Carrillo

Introducción

Etimológicamente el vocablo “pandemia” procede de la expresión griega *pandêmonosêma*, traducida como “enfermedad del pueblo entero”. A primera vista parece hacer referencia a elementos claros, unánimes y continuos en el tiempo que no merecen discusión. Sin embargo, al hacer una aproximación a los momentos históricos que han suscitado el uso de tal expresión, es posible percibir que se trata de una construcción social que se transforma en el tiempo y en la que participan, en permanente tensión, diferentes corrientes de pensamiento.¹

El propósito de este ensayo es presentar un debate que, en lo que va corrido del siglo XXI y a raíz de la pandemia de influenza de 2009, se ha originado en torno al concepto de pandemia, a la causalidad que se le atribuye a las pandemias y al tipo de respuesta que, en consecuencia, se emite frente a ellas. El debate citado se presenta entre la posición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), anclada a la teoría microbiana y a la epidemiología multicausal, con un fuerte énfasis en la relación agente-huésped, y posturas críticas como la de la corriente latinoamericana de medicina social, que centran el análisis en el carácter social de las enfermedades.

En la primera parte del ensayo, y sobre la base de los tres documentos emitidos por la OMS para la preparación de la respuesta

frente a las pandemias de influenza, se presenta la perspectiva de esta organización. En la segunda, se presenta la perspectiva de la medicina social latinoamericana, alimentada de expresiones críticas surgidas en diversos lugares del planeta y con las que comparte la preeminencia del carácter social de las enfermedades en su explicación. Finalmente, se arriesgan algunas conclusiones generales que se inscriben en las perspectivas críticas, tanto por definición personal como porque la comprensión del debate presentado así lo exige.

La perspectiva de la OMS

Desde la pandemia de 1889 se dice que la influenza es endémica en gran parte del mundo (2). Que sea endémica implica que ya hace parte de la población, que es propia de la zona, que se convive con ella. Esta influenza, llamada también estacional, presenta un comportamiento cíclico anual; su ocurrencia está relacionada con virus que recorren el mundo en períodos de un año, durante las temporadas invernales, y que son capaces de infectar a los humanos por haber sufrido cambios menores que les permiten, hasta cierto punto, burlar su sistema inmune (3-5).

Desde la perspectiva microbiana, la influenza pandémica, a diferencia de la endémica, no exhibe periodicidad alguna (6,7). Los virus relacionados con su aparición surgen por reasociación genética, por transferencia directa entre animales y humanos, o por reemergencia de reservorios insospechados (8,9), teniendo casi tantas posibilidades de ser como *n factorial*, donde *n* es el número de virus de influenza animal y humana existentes.

Esta manera de entender lo endémico y lo pandémico responde a una visión biológica

¹ Elementos fundamentales para el estudio de la historia de la enfermedad son expuestos detallada y claramente por Jon Arrizabalaga (1).

y cuantitativa que omite las condiciones económicas, políticas y sociales del mundo en un momento histórico determinado y, como veremos, guía la construcción del concepto de pandemia, la causalidad que se adjudica a las pandemias y la respuesta que frente a ellas se emite.

Durante su existencia la OMS ha elaborado tres documentos que tratan el problema de las pandemias de influenza en relación con la preparación de una respuesta. En cada uno de ellos se presenta implícito el concepto de pandemia y la causalidad que se ha adjudicado a estos eventos. Posteriormente se expone el tipo de respuesta que, en coherencia con los criterios del último documento, ha sido emitida.

1999. PLAN DE PREPARACIÓN PARA LA PANDEMIA DE INFLUENZA

A raíz del reporte de casos de infecciones en humanos por nuevos subtipos del virus de la influenza en Estados Unidos y Hong Kong (8), la OMS emitió en el año 1999 el *Plan de preparación para la pandemia de influenza* (10) y, con ello, aunque no explícitamente, se pronunció en torno al concepto de pandemia. Así, fue en la planificación de la respuesta que se definieron los criterios del concepto.

Para determinar la respuesta, la OMS definió seis fases de preparación. La fase 0, reconocida como período interpandémico, se define por no haber sido informado ningún nuevo tipo de virus, y se subdivide en tres niveles de preparación: en el primero una nueva cepa de virus de influenza ha sido confirmada en un caso humano, en el segundo la infección ha sido confirmada en dos o más casos, y en el tercero la transmisión humano a humano es un hecho. La definición de la fase 0 como el período en el que ningún nuevo tipo de virus ha sido informado, es negada al considerarse dentro de ella niveles de preparación

que implican de entrada la confirmación de una nueva cepa.

La fase 1 confirma el comienzo de una pandemia y establece los criterios del concepto: una pandemia de influenza ocurre cuando una nueva cepa del virus, capaz de infectar a los humanos, se transmite eficientemente, genera varios brotes en por lo menos un país y se propaga a otros países con patrones de enfermedad que indican que la morbilidad y la mortalidad pueden ser graves. El concepto, anclado a la teoría microbiana, se limita a determinar la presencia de un agente infeccioso y su capacidad de expansión a través de las fronteras nacionales.

La fase 2, *Epidemias regionales y multirregionales*, se caracteriza por la presencia de brotes y epidemias que ocurren en múltiples países y que, región por región, se propagan por todo el mundo. En la fase 3, *Fin de la primera onda pandémica*, la actividad de los brotes en los países inicialmente afectados se detiene o revierte, aunque ocurren brotes en nuevos territorios. En la fase 4, una onda secundaria de brotes ocurre en muchos países, entre tres y nueve meses después de la epidemia inicial. Las fases 1 a 4 son consideradas parte del período pandémico. Posteriormente, en la fase 5, se declara el fin de la pandemia y se regresa a la fase 0, tras dos o tres años de actividad.

2005. Alerta epidémica y respuesta

En el año 2005, considerando la existencia de una nueva cepa de virus de influenza con potencial pandémico (11,12) y la posibilidad de coexistencia de diversos episodios (13), la OMS redefine las fases de preparación para enfrentar un evento pandémico y ajusta, aparentemente, el concepto de pandemia.



En el documento *Alerta epidémica y respuesta. Plan Mundial de la OMS de preparación para una pandemia de influenza* (14), la OMS reconoce, primero, que la infección animal endémica por la cepa de virus de influenza AH5N1 se transmite reiteradamente a los humanos y causa enfermedades mortales (11,12); segundo, que las características biológicas evolutivas de los virus de influenza han sido mejor comprendidas; tercero, que se han desarrollado nuevas técnicas para la preparación de vacunas (15, 16) y se ha mejorado el diagnóstico de laboratorio (17); y cuarto, que se contó con una experiencia de coordinación mundial frente al Síndrome Respiratorio Agudo Grave (SARS, por su sigla en inglés) considerada exitosa (18, 19).

El reconocimiento de estas situaciones fortalece el marco teórico microbiano desde el cual el documento de 1999 fue elaborado. La redefinición de las fases de preparación continúa inmersa en la exploración biológica de la relación agente-huésped, ahora con avances técnicos que le permiten profundizar en el asunto.

En esta oportunidad la OMS define una nueva cepa de virus de influenza con potencial pandémico como aquel subtipo que no ha circulado en los seres humanos durante varias décadas y contra el cual la mayoría de la población humana carece de inmunidad. Establece, además, que la confirmación de los casos infectados se dé a partir de procedimientos de laboratorio, elemento que otorga una nueva e importante caracterización al concepto de pandemia dado que hasta aquí las características clínicas y epidemiológicas de la enfermedad habían jugado el papel fundamental.

Las nuevas fases están ahora comprendidas en cuatro períodos: en el interpandémico se contemplan las fases 1 y 2, en el de alerta pandémica las fases 3 a 5, en el pandémico

la fase 6, y en el pospandémico, se regresa al interpandémico.

En relación con el período interpandémico, en la fase 1 no se ha detectado ningún nuevo subtipo del virus de la influenza en seres humanos y en la fase 2 un subtipo de la influenza animal que circula plantea un riesgo para la salud humana.

Para el período de alerta pandémica, en la fase 3 existe infección humana con un nuevo subtipo del virus sin propagación persona a persona o con propagación por contacto cercano con personas o animales. En la fase 4 se encuentra infección en conglomerados pequeños con transmisión limitada y localizada, y en la fase 5 se encuentra infección en conglomerados grandes con transmisión localizada.

En el período pandémico o fase 6, la transmisión de persona a persona es mayor y continuada en la población general. El concepto de pandemia en el 2005 implica que ha habido infección humana con un nuevo subtipo de virus que se transmite entre animales y humanos y de persona a persona. El criterio de varios brotes en por lo menos un país y su propagación a otros países pierde peso al dársele mayor importancia a la transmisión sostenida, que es ahora confirmada por procedimientos de laboratorio y que pone a jugar la susceptibilidad y la letalidad humanas en la definición del concepto. Aunque temporalmente, las fronteras nacionales como criterio de expansión son superadas.

Los procedimientos de laboratorio se incluyen en el documento de 2005 para fortalecer el marco de la teoría microbiana, y los animales se mencionan por primera vez, por la posibilidad que tienen de ser el origen de los agentes infecciosos, y no por sus múltiples relaciones con los seres humanos.

En términos de la respuesta, las fases 2 a 6 dividen los países entre afectados y no afectados, incluyendo en los primeros los que sostienen extensos vínculos de viajes o comercio con países afectados; el grado de conexión internacional cobra importancia. La fase 6 agrega en la subdivisión a los países que cedieron a la infección y a los que se encuentran en segunda onda.

2009. Preparación y respuesta frente a una pandemia de influenza

Cuatro años más adelante, y agudizado el potencial pandémico de la cepa de virus de influenza AH5N1, la OMS emite el documento *Preparación y respuesta frente a una pandemia de influenza* (20) que modifica nuevamente la estructura de la respuesta frente a un evento pandémico, sin modificar el marco teórico microbiano en el que se instala, y más bien desarrollando su perspectiva cuantitativa con la inclusión de la modelación matemática para el cálculo de probabilidades.

El documento de 2009 explicita la aplicación mundial de las fases; agrupa, en términos de la acción, las fases 1 a 3, y 5 y 6, y transforma los períodos interpandémico, de alerta pandémica y pandémico considerados en 2005, en probabilidades calculadas de pandemia definidas como incierta, media, alta, cierta y en curso. El período pospandémico, por su parte, se subdivide considerando un período posterior al de máxima actividad, una posible nueva onda –como se hizo en 1999– y un período pospandémico en sí.

En la fase 1 no se ha notificado que un virus de influenza que circule entre los animales cause infección en los seres humanos. En la fase 2 un virus de influenza que circula entre animales domésticos o silvestres ha causado infección comprobada en seres humanos. En la fase 3 un virus reasociado

de influenza animal o humana ha causado infecciones esporádicas en humanos, pero no ha tenido transmisión persona a persona suficiente para sostener un brote. En las tres primeras fases la probabilidad calculada de pandemia es incierta.

En la fase 4 se ha comprobado transmisión de persona a persona de un virus reasociado de influenza animal o humana capaz de sostener brotes. La probabilidad calculada de pandemia está entre media y alta.

En las fases 5 y 6, y por lo tanto en el concepto de pandemia, emerge un elemento relacionado con la agrupación por regiones que de los países ha hecho la OMS. En la fase 5 el virus ha causado brotes sostenidos en dos o más países de una región de la OMS y la probabilidad calculada de pandemia está entre alta y cierta, mientras que en la fase 6 una pandemia está en curso dado que los brotes se han extendido a por lo menos un país de otra región de la OMS.

Así pues, cuando la pandemia de influenza AH1N1 es declarada el 11 de junio 2009 (21), se entiende por pandemia a la infección humana generada por un nuevo agente para el cual la mayor parte de las personas no tiene inmunidad. Este agente se transmite eficientemente de persona a persona y tiene tal capacidad de expansión que afecta habitantes de por lo menos dos regiones de la OMS. Las fronteras nacionales vuelven a determinar la capacidad de expansión del agente infeccioso.

La utilización de las regiones de la OMS en la conceptualización de las pandemias es ampliamente discutible; tiene que ver con la institucionalidad de la Organización pero no responde a la situación de salud de la población mundial ni a la dinámica de las pandemias. Esta agrupación, si bien tiene que ver con la institucionalidad de la Orga-



nización, no responde a los requerimientos en salud de la población mundial ni da cuenta de la dinámica de las pandemias, pues no se considera un criterio fuerte para definir lo que se considera pandémico y lo que no.

Algunos países del continente africano, como puede observarse en el mapa 1 (22), han sido ubicados en la región del Mediterráneo Oriental y no en la africana. El caso de Marruecos es tal vez el más significativo; está totalmente imbuido en el continente africano y de ser separado de él, en términos administrativos, podría considerarse más cercano a la región de Europa por su límite con el estrecho de Gibraltar. Considerar a Tunes, Libia, Egipto y Sudán, por un lado, y a Somalia y Djibouti, por el otro, como parte de la región del Mediterráneo, permitiría incluir también a Etiopía y Eritrea; estos dos países han quedado como una isla dentro de la región mediterránea, siendo parte de la africana.

En cuanto a las regiones de Asia Sudoriental y del Pacífico Occidental, no existe una limitación geopolítica clara. Incluso a la altura de Corea, se mezclan, al parecer de manera indistinta, países vecinos en las dos regiones.

Es claro que en esta organización regional priman conveniencias institucionales que no son adecuadas para definir lo pandémico. La afectación de dos regiones de la OMS no da cuenta, como pretende, de la capacidad de expansión del virus.

La OMS en síntesis

El cuadro 1 presenta el concepto de pandemia implícito en cada uno de los documentos de respuesta emitidos por la OMS, y el cuadro 2 sintetiza los períodos y las fases en los que dicha respuesta ha sido organizada.

MAPA 1.
REGIONES DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



Fuente: Oficinas regionales, Organización Mundial de la Salud, en: <http://www.who.int/about/regions/es/>

CUADRO 1.
CONCEPTO DE PANDEMIA IMPLÍCITO EN LOS DOCUMENTOS DE RESPUESTA EMITIDOS
POR LA OMS FRENTE A LAS PANDEMIAS DE INFLUENZA

Año y documento	Concepto de pandemia
1999. <i>Plan de preparación para la pandemia de influenza</i>	Infección humana con una nueva cepa que se transmite eficientemente entre personas en un país y se propaga a otros, con patrones de enfermedad que indican que la morbilidad y la mortalidad pueden ser graves.
2005. <i>Alerta epidémica y respuesta. Plan mundial de la OMS de preparación para una pandemia de influenza</i>	Infección humana, confirmada en laboratorio, con un nuevo subtipo de virus que se transmite entre animales y humanos y de persona a persona.
2009. <i>Preparación y respuesta frente a una pandemia de influenza</i>	Infección humana con un nuevo virus que se transmite eficientemente de persona a persona y que afecta a habitantes de por lo menos dos regiones de la OMS.

Fuente: elaboración propia

CUADRO 2.
PERÍODOS Y FASES DE LOS DOCUMENTOS DE RESPUESTA EMITIDOS
POR LA OMS FRENTE A LAS PANDEMIAS DE INFLUENZA

Año	Período / probabilidad	Fase	Subnivel	Período / probabilidad	Fase	Período / probabilidad	Fase
1999	Período interpan- démico	F0: ningún nuevo tipo de virus en ambiente	S1: nueva cepa en un caso humano S2: infección en dos o más casos humanos S3: transmisión humano a humano	Período pandémico	F1: Pandemia F2: epidemias por regiones F3: fin primera onda F4: onda pandémica secundaria	Período pospan- démico	F5: fin de pandemia
2005	Período interpan- démico	F1: ningún nuevo tipo de virus en humanos F2: subtipo de virus animal plantea riesgo		Período de alerta pandémica	F3: infección humana F4: transmisión persona a persona F5: infección en conglomerados grandes	Período pandémico	F6: Pandemia

(Continúa)



CUADRO 2.
PERÍODOS Y FASES DE LOS DOCUMENTOS DE RESPUESTA EMITIDOS
POR LA OMS FRENTE A LAS PANDEMIAS DE INFLUENZA

Año	Período / probabili- dad	Fase	Subnivel	Período / probabi- lidad	Fase	Período / probabi- lidad	Fase
2009	Proba- bilidad incierto de pandemia	F1: no hay infección en humanos		Proba- bilidad media / alta de pande- mia	F4: trans- misión persona a persona	Probabili- dad alta / cierto de Pandemia	F5: brotes sostenidos en una región de la OMS
		F2: virus animal causa infección en humanos					F6: Pandemia
		F3: virus reasociado causa infección en humanos					

Fuente: elaboración propia

En once años la OMS ha construido un concepto de pandemia en el marco de la teoría microbiana y la epidemiología multicausal, con un fuerte predominio en la relación agente-huésped. El concepto está atado a la existencia de un nuevo agente infeccioso, y la distribución de la enfermedad en la población se explica a partir de sus características biológicas. Se trata de una relación, prácticamente lineal, entre el agente –para el que no se tiene inmunidad– y la aparición de la enfermedad en las personas. A pesar de que el discurso general de la OMS se instala en la concepción multicausal de la epidemiología, la concreción de sus respuestas evidencia que apenas se logra una concepción monocausal agente-huésped en la que no interviene otro elemento alguno.

Cuando la perspectiva de la epidemiología multicausal considera que un algo social juega un papel en la ocurrencia de las enfermedades y, así mismo, de las pandemias, como se observa en la respuesta que propone el documento de 2009 (20), eso social se

concibe como un otro factor externo que ni es constitutivo ni es modificador de las relaciones biológicas y que se limita a elementos como la interacción entre las personas, el comportamiento humano y el papel de algunas instituciones.

Ahora bien, el hecho de que la OMS considere una entidad patológica como pandémica si afecta a habitantes de por lo menos dos de sus regiones, trae consigo, como vimos, una manera de organizar el mundo que privilegia la institucionalidad por encima de elementos culturales, económicos y geopolíticos de otro orden.

2009. La respuesta

Las medidas recomendadas por la OMS para enfrentar la pandemia han sido formuladas para cada una de las fases definidas en el documento de 2009 (20) y en cinco componentes: planificación y coordinación, seguimiento y evaluación, reducción de la

propagación, continuidad de la oferta de servicios, y comunicaciones.

La planificación y la coordinación buscan la intersectorialidad; el seguimiento y la evaluación apuntan a recopilar, interpretar y difundir información sobre el riesgo de pandemia, y a vigilar la actividad pandémica y sus características a partir de la vigilancia del agente infeccioso, su capacidad de causar enfermedades humanas y los modelos de propagación de la enfermedad en comunidades; la reducción de la propagación de la enfermedad propende por el aumento de la “distancia social” entre las personas, el uso de medicamentos antivirales, de otros medicamentos y de vacunas; la continuidad de la oferta de servicios planea mantener la actividad normal de los sistemas; y las comunicaciones pretenden intercambiar información pertinente (20).

La comprensión del concepto de pandemia y de su causalidad en el marco de la teoría microbiana y la epidemiología multicausal, con énfasis en la relación agente-huésped, ha orientado la manera en la que se ha respondido a la situación. Un agente fue identificado como responsable de una pandemia; esta perspectiva implica que las medidas propuestas pasen por el control del agente o por la mitigación de su impacto, sin profundizar en las razones de su origen ni en las condiciones económicas, políticas y sociales en las que éste emerge y actúa.

La medicina social latinoamericana y otras perspectivas críticas

Un movimiento enmarcado en lo que ha sido reconocido, en términos generales, como perspectivas críticas, ha venido gestándose alrededor del mundo y desde hace ya varias décadas. Muchas de sus orillas y latitudes han hecho valiosos aportes a la compren-

sión de los eventos relacionados con la vida humana. La corriente latinoamericana de medicina social,² en el marco de las perspectivas críticas, ha hecho aportes inestimables a la comprensión de las enfermedades y las pandemias. Por sus aportes y por identidad geográfica, este ensayo presenta la perspectiva de dicha corriente.

La corriente latinoamericana de medicina social considera que la dimensión biológica no determina en sí misma el desarrollo y el curso de las enfermedades. Si bien reconoce en dicha dimensión una escala de análisis adecuada para el seguimiento de la relación agente/huésped y de las consecuencias que dicha relación puede traer tanto para el agente como para el huésped, en cuanto individuos aislados, el hecho de analizar una pandemia requiere, dada su relación con el interdependiente orden global (24), una escala de análisis de tal amplitud que permita observar y analizar las relaciones que ocurren más allá de agentes y huéspedes.³

En esta lógica la medicina social considera que en la comprensión del carácter social de las enfermedades, carácter éste que subsume —no niega— la dimensión biológica subyacente, se encuentra una escala de análisis tan amplia que permite observar relaciones entre las dinámicas económica, política y social del mundo, y la aparición, el desarrollo y el curso de las pandemias. Estas relaciones son, sin duda, cualitativamente diferentes a las observadas con una escala de análisis propia para las relaciones agente-huésped.

2 La medicina social latinoamericana es una corriente de pensamiento teórica y metodológica que, en palabras de Franco y Nunes, aborda y analiza problemáticas relacionadas con la vida, la salud, la enfermedad y la muerte humanas en tanto entidades y realidades histórico sociales (23).

3 La relación de las enfermedades pandémicas con el interdependiente orden global ha sido ampliamente puesto en el debate a raíz de la pandemia del sida (25-27).



Sobre la base de diversos desarrollos teóricos y metodológicos, esta corriente busca observar y analizar relaciones que han sido llamadas de determinación social y que abordan la problemática más allá de la causalidad (28-30), concebida por lo general en el agente. La determinación social implica que son múltiples condicionantes y necesidades sociales los que configuran la forma de vivir, relacionarse, trabajar y enfermar de las personas en cada uno de los sectores de la sociedad (31). Esta manera de analizar la problemática supera la búsqueda de una causa, única o múltiple, como responsable de la enfermedad.

Desde esta perspectiva, consecuencias constitutivas del modo de producción capitalista han sido relacionadas con la actual fragilidad social frente a enfermedades emergentes y reemergentes que pueden llegar a ser epidémicas y pandémicas (32).

Los choques medioambientales originados en el turismo de ultramar, la destrucción de humedales y la revolución agropecuaria auspiciada por las transnacionales, son algunas de las problemáticas interrelacionadas que, consecuencia del capitalismo destructor en sí mismo, generan condiciones ambientales altamente nocivas para la salud de los seres vivos.

La urbanización del llamado Tercer Mundo y el incremento de barrios de miseria, por su parte, se relacionan con la manera en la que el modo de producción capitalista cambia el uso de la tierra y expulsa a las personas del campo a las calles de las grandes ciudades, en donde ni los procesos industriales las acogen.

Por otra parte, el colapso de la infraestructura de salud pública se relaciona con las reformas de corte neoliberal implementadas en los últimos treinta o cuarenta años⁴ (34-

38), y el papel de la industria farmacéutica ha sido altamente cuestionado por constituirse en un mecanismo de generación de riqueza, sin escrúpulos y para particulares (36,39-41), que promociona el consumo de lo que no se necesita o no provee consecuencias positivas (42).

Todas las problemáticas citadas, y por supuesto muchas más que no alcanzan a serlo, son consecuencias constitutivas del modo de producción capitalista que innegablemente afecta la vida (43) y la salud (44) de las personas. La lógica del capitalismo es la maximización de la ganancia económica y esto supera el interés por la vida humana, la animal y la del planeta. En su curso, este modo de producción ha transformado las relaciones entre las personas y entre éstas, los animales y el ambiente, con lo que promueve nuevas y propicias condiciones para la aparición, el desarrollo y el curso de las pandemias.

Particularmente respecto a la pandemia de influenza de 2009, se ha señalado que el modo de producción implementado en la cría transnacional de animales, impulsada por los tratados de libre comercio, y sólo factible en la actual fase de globalización capitalista (45), genera condiciones altamente peligrosas de confinamiento animal masivo entre especies y contaminación ambiental, en las que la recombinación de cepas de distintos virus y su posterior diseminación es perfectamente posible (46-48).

El interés de las transnacionales productoras de carne de cerdo y pollo está puesto en la máxima rentabilidad económica posible, y no en la alimentación de la población y el cuidado de los recursos (49). En la lógica de la rentabilidad económica, la producción

Klein desarrollo la postura de Milton Friedman en la Facultad de Economía de la Universidad de Chicago, a partir de la década de los cincuenta, y su búsqueda de un laboratorio de *laissez-faire* (33).

4 Para lo que puede considerarse el origen de lo que hoy conocemos como reformas neoliberales, Naomi

se instala en países con bajos estándares de protección legal, laboral, ambiental y fitosanitaria, somete a los animales a condiciones de hacinamiento, sufrimiento y estrés, y propicia, por lo tanto, la aparición de enfermedades y pandemias, situación que promueve la creación de condiciones indignas para los animales y, por lo tanto, propicias para la aparición de enfermedades y pandemias.

Se trata, como ha sido presentado por Breilh y Tillería (50), de un proceso de aceleración y despojo;⁵ aceleración entendida como el aumento en la velocidad del proceso de producción capitalista en la actual fase de globalización, principalmente en los procesos agroindustriales, y despojo entendido como la expropiación que en la aceleración se hace de la riqueza local, que es puesta a circular mundialmente y de la cual retornan al ámbito local apenas unas migajas.

Se ha indicado que el tipo de respuesta promovido por la OMS protege los intereses del complejo médico-industrial (39-41). El sistema público de salud entrega a la Organización las muestras recogidas en la población durante la pandemia; de allí pasan a manos del complejo médico-industrial, de manera gratuita, para investigación; y finalmente, son devueltas al sistema público a altísimos costos como productos de marcas registradas que omiten la participación del sistema público en la recolección de las muestras (52)

⁵ Despojar es una expresión que proviene del latín *despoliāre* y que significa privar a alguien de lo que goza y tiene por medio de la violencia. Es un concepto utilizado por Karl Marx para hacer referencia a un mecanismo histórico del capital por medio del cual los productores directos son expropiados a través del vandalismo más despiadado y bajo el impulso de las pasiones más infames, sucias y mezquinamente odiosas (51). El concepto es retomado por David Harvey en su tesis sobre la acumulación por desposesión como soporte material de lo que llama "el nuevo imperialismo". De estas fuentes beben Breilh y Tillería en su libro *Aceleración global y despojo en Ecuador* (50).

y la construcción colectiva del conocimiento a lo largo de los años.

Las corrientes críticas han señalado que el uso de medicamentos antivirales y de vacunas representa un alto beneficio económico para las empresas productoras y un escaso beneficio en términos de salud para la población. Mientras las empresas productoras incrementan sus ganancias de manera alarmante tras la declaración de cada nueva fase de respuesta, la efectividad de los medicamentos antivirales para la influenza pandémica no es clara –incluso para la OMS (53)– y las vacunas, limitadas, no garantizan que nuevas cepas no aparezcan. Si no se intervienen las condiciones en las cuales la recombinación genética es posible, nada garantiza que deje de ocurrir (52), y si ocurre y la población habita en barrios de miseria y en países con los sistemas de salud pública colapsados, o sin ellos, el impacto no será menor.

Ubicar relaciones de determinación social, y no solamente causalidades en la dimensión biológica, implica que se piensen respuestas que superen el ámbito de la relación agente-huésped y se atrevan a impactar elementos del orden global que determinan la vida de las personas en sociedad y que han sido considerados como naturales, sin realmente serlo.

Conclusión

La declaratoria de pandemia, sus antecedentes y sus consecuencias, han generado un debate en el que han participado diferentes actores y, por supuesto, diferentes corrientes de pensamiento. La envergadura del debate ha sido tal que la opinión pública ha tenido la posibilidad de vivir y participar de extensas y provocadoras discusiones relacionadas con diferentes aspectos de la pandemia: el carácter porcino del virus, el origen mexicano de la pandemia (54), el papel de los medios



de comunicación (55, 56), la posibilidad de que el virus haya sido creado por humanos (57), y la existencia misma del evento (56, 58), entre otros.

El debate organizado y presentado en este ensayo ocurre entre la OMS y perspectivas críticas como la expuesta por la corriente latinoamericana de medicina social. El centro del debate ha sido el concepto de pandemia, la causalidad que se le atribuye a las pandemias, y el tipo de respuesta que en consecuencia ha sido propuesta y emitida. Organizar y presentar este debate ha hecho evidente la necesidad de una comprensión más profunda de las enfermedades pandémicas y de su determinación.

Tanto la microbiología como la epidemiología han aportado al conocimiento de estas enfermedades; es indiscutible. Sin embargo, pretender asumir que estas disciplinas dan cuenta total de la aparición, el desarrollo y el curso de las enfermedades, implica pensar que las relaciones agente/huésped, tan destacadas por quienes se inscriben en la historia natural de la enfermedad, ocurren en un mundo biológico que existe en una dimensión espacio-temporal distinta a la del mundo social y sus condiciones económicas, políticas y sociales; implica pensar, en otras palabras, que la manera en la que se produce, se apropia y se consume en una sociedad no tiene efecto sobre los procesos de salud-enfermedad que tal sociedad enfrenta.

El análisis de las pandemias, dada la magnitud del problema que se analiza, exige de una escala de análisis que permita ver que, subsumida la dimensión biológica en la dimensión social, existen relaciones entre las condiciones económicas, políticas y sociales del mundo en un momento histórico determinado y la aparición, el desarrollo

y el curso de las pandemias, relaciones cualitativamente distintas a las observadas entre el agente y el huésped, con una escala de análisis propia para ello. Esta escala de análisis permite también observar que, si bien la dimensión biológica está subsumida en la dimensión social, existen relaciones de doble vía entre ellas.

La OMS ha presentado un plan de respuesta que por su extremo detalle ofrece una sensación de tranquilidad que, a la postre, resulta falsa. Una comprensión reduccionista del problema, obtenida por el uso de una escala de análisis inadecuada, viabiliza la elaboración de planes de respuesta también reduccionistas. En este sentido, la mirada biologicista debe ser prontamente superada. Asumir de una vez por todas el carácter social de las pandemias y usar entonces una escala de análisis adecuada, permitirá que respuestas estructurales y realmente transformadoras se piensen, se propongan y se implementen.

Al margen de las instituciones supranacionales y de los gobiernos, la articulación entre la academia y los movimientos sociales deberá aportar a la comprensión del carácter social de las enfermedades, haciendo cada vez más evidentes las serias limitaciones en la respuesta que se emite desde la estrecha comprensión biologicista y las innumerables posibilidades que una comprensión más amplia provee.

Comprender el debate del siglo XXI impulsa el deseo de indagar por lo ocurrido en el siglo XX. Establecer una comparación histórica entre las concepciones de los siglos XX y XXI servirá de pilar para comprender la historicidad de las pandemias y sus relaciones con ámbitos de la organización social que las determinan.

Referencias bibliográficas

1. Arrizabalaga J. Nuevas tendencias en la historia de la enfermedad: a propósito del constructivismo social. *Arbor*. 1992 Jun-Ag; 147, (558-559-560):147-65.
2. Echeverri Dávila B. La gripe española. La pandemia de 1918-1919. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas; 1993.
3. Organización Mundial de la Salud. Gripe [acceso: 22 de junio de 2010]. Consultado en: <http://www.who.int/topics/influenza/es/>
4. Organización Mundial de la Salud. Gripe estacional [acceso: 22 de junio de 2010]. Consultado en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs211/es/>
5. Organización Panamericana de la Salud. Red mundial de vigilancia de la gripe [acceso: 21 de junio de 2010]. Consultado en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/CD/flu-surv-net.pdf>
6. Organización Mundial de la Salud. ¿Qué es el virus gripal A (H1N1) 2009 pandémico. 2010. [acceso: 22 de junio de 2010]. Consultado en: http://www.who.int/csr/disease/swineflu/frequently_asked_questions/about_disease/es/
7. Organización Mundial de la Salud. Comparación de las defunciones por gripe pandémica y por gripe estacional. 2009 [acceso: 22 de junio de 2010]. Consultado en: http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/briefing_20091222/es/
8. Organización Panamericana de la Salud. Preparación para una potencial pandemia de influenza. Planificando el futuro [acceso: 22 de junio de 2010]. Consultado en: www.paho.org/spanish/ad/dpc/cd/paraguay-red-junio-2001-5-pandemia-flu.pdf
9. Smith G, Balh J, Vijaykrishna D, Zhang J, Poon L, Chen H, et al. Dating the Emergence of Pandemic Influenza Viruses. *PNAS*. 2009 Jul 14; 106 (28): 11709-1. [acceso: 22 de junio de 2010]. Consultado en: <http://www.pnas.org/content/106/28/11709.full.pdf+html>
10. Organización Mundial de la Salud. Plan de preparación para la pandemia de influenza. El rol de la Organización Mundial de la Salud y guías para la planificación nacional y regional. Ginebra: OMS; 1999 [acceso: 17 de junio de 2010]. Consultado en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1999/WHO_CDS_CSR_EDC_99.1_spa.pdf
11. Organización Mundial de la Salud. Gripe aviar A (H5N1) – Actualización N. 7. 2004 [acceso: 22 de junio de 2010]. Consultado en: http://www.who.int/csr/don/2004_01_24/es/
12. Organización Panamericana de la Salud. Influenza aviar. 2004 [acceso: 22 de junio de 2010]. Consultado en: http://www.paho.org/spanish/dd/ais/be_v25n1-influenza.htm
13. Organización Mundial de la Salud. La OMS declara una alerta mundial ante la aparición de casos de neumonía atípica. 2003 [acceso: 22 de junio de 2010]. Consultado en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr22/es/>
14. Organización Mundial de la Salud. Alerta epidémica y respuesta. Plan mundial de la OMS de preparación para una pandemia de influenza. Función y recomendaciones de la OMS para las medidas nacionales antes y durante las pandemias. Ginebra: OMS; 2005 [acceso: 17 de junio de 2010]. Consultado en: <http://www.paho.org/spanish/ad/dpc/cd/vir-flu-plan-mundial-oms.pdf>
15. Dellepiane N, Griffiths E, Milstien J. Nuevos retos para asegurar la calidad de las vacunas. Ginebra: Bulletin of the World Health Organization; 2000 [acceso: 22 de junio de 2010]. Consultado en: http://whqlibdoc.who.int/boletin/2000/RA_2000_3_43-50_spa.pdf
16. Organización Mundial de la Salud. Información suplementaria sobre seguridad de las vacunas. Ginebra: OMS; 2000 [acceso: 22 de junio de 2010]. Consultado en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_V&B_00.24_spa.pdf
17. Organización Mundial de la Salud. Pruebas de laboratorio recomendadas para detectar el virus de la gripe aviar A en muestras obtenidas de seres humanos. 2005 [acceso: 22 de junio de 2010]. Consultado en: http://www.who.int/csr/disease/avian_influenza/guidelines/labtests.pdf
18. Organización Mundial de la Salud. Enseñanzas de una nueva enfermedad. En: Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo – Forjemos el futuro. Ginebra: OMS; 2003 [acceso: 22 de junio de 2010]. Consultado en: http://www.who.int/whr/2003/en/whr03_es.pdf
19. World Health Organization. Resolution of the World Health Assembly – Severe Acute Respiratory Syndrome (SARS). 2003 [acceso: 22 de junio de 2010]. Consultado en: <http://www.who.int/csr/sars/en/ea56r29.pdf>
20. Organización Mundial de la Salud. Preparación y respuesta ante una pandemia de influenza. Documento de orientación de la OMS. Ginebra: OMS; 2009 [acceso: 17 de junio de 2010]. Consultado en: http://www.who.int/csr/swine_flu/Preparacion_Pand_ESP.pdf
21. Organización Mundial de la Salud. El nivel de alerta de pandemia de gripe se eleva de la fase 5 a la fase 6. Declaración de la Directora General de la OMS a la prensa. 2009 [acceso: 21 de junio de 2010]. Consultado en: http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_pandemic_phase6_20090611/es/index.html
22. Organización Mundial de la Salud. Oficinas regionales [acceso: 21 de junio de 2010]. Consultado en: <http://www.who.int/about/regions/es/>



23. Franco S, Nunes E, Breilh J, Laurell C. Debates en medicina social. Quito: Imprenta Non Plus Ultra; 1991.
24. Eslava J. La epidemia en tiempos de globalización. Revista Salud Pública. 2009 May-Jun; 13 (3): 321 [acceso: 22 de junio de 2010]. Consultado en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S012400642009000300001&script=sci_arttext
25. Piot P, Caraël M. La epidemia del SIDA y la globalización de los riesgos. Bilbao: Los libros de La Catarata; 2008.
26. Estrada J. Educación formal y VIH/SIDA. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2008.
27. Estrada J. Una cuestión poco conocida. Evaluación crítica del proyecto piloto de educación para la sexualidad y la construcción de ciudadanía – Hacia la formación de una política pública (2006-2008). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2009.
28. Cueto M. El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo xx. Lima: IEP Ediciones; 2000.
29. Breilh J. Epidemiología crítica. Ciencia emancipadora e interculturalidad. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2004.
30. Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Taller latinoamericano sobre determinantes sociales de la salud. México: Alames; 2008 [acceso: 20 de junio de 2010]. Consultado en: <http://www.alames.org/documentos/ponencias.pdf>
31. Benach J, Muntaner C. Aprender a mirar la salud. Cómo la desigualdad social daña nuestra salud. Barcelona: El Viejo Topo; 2005.
32. Davis M. El monstruo llama a nuestra puerta. La amenaza global de la gripe aviar. Barcelona: El Viejo Topo; 2005.
33. Klein N. El otro doctor Shock: Milton Friedman y la búsqueda de un laboratorio de *laissez-faire*. En: Klein N. La doctrina del shock. El auge del capitalismo del desarrollo. Barcelona: Paidós; 2007. p. 79-106.
34. Corredor C. El problema del desarrollo. En: La falacia neoliberal. Crítica y alternativas. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2003. p. 63-83.
35. Hernández M. Neoliberalismo en salud: desarrollos, supuestos y alternativas. En: La falacia neoliberal. Crítica y alternativas. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2003. p. 347-61.
36. Vega R. Los economistas neoliberales: nuevos criminales de guerra. El genocidio económico y social del capitalismo. Bogotá: Centro Bolivariano; 2005.
37. Borón A. Las ciencias sociales en la era neoliberal: entre la academia y el pensamiento crítico. 2006 [acceso: 21 de junio de 2010]. Consultado en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/panama/cela/tareas/tar122/03boron.pdf>
38. Harvey D. El nuevo imperialismo. Madrid: Ediciones Akal; 2007.
39. Vinculan expertos de la OMS con farmacéuticas. Semana.com [serie en Internet] 2010 [acceso: 17 de junio de 2010]. Consultado en: <http://www.semana.com/noticias-mundo/vinculan-expertos-oms-farmaceuticas/139869.aspx>
40. Cohen D, Carter P. WHO and the Pandemic Flu “Conspiracies”. BMJ. 2010; 340 [acceso: 17 de junio de 2010]. Consultado en: http://www.bmj.com/cgi/section_pdf/340/jun03_4/c2912.pdf
41. Klein N. Un estado corporativista. Quitar la puerta giratoria para poner en su lugar una entrada en arco. En: Klein N. La doctrina del shock. El auge del capitalismo del desarrollo. Barcelona: Paidós; 2007. p. 411-28.
42. Jara M. Traficantes de salud. Cómo nos venden medicamentos peligrosos y juegan con la enfermedad. Barcelona: Icaria; 2007.
43. El punto de vista marxista sobre la globalización. Bogotá: Los Editores; 2004.
44. Navarro V. Introducción. En: Navarro V, compilador. Salud e imperialismo. México: Siglo XXI Editores; 1983. p. 9-15.
45. Wallerstein I. La crisis estructural del capitalismo. Bogotá: Ediciones Desde Abajo; 2007.
46. Breilh J. Virus mexicanos. El Telégrafo, Ecuador; 2009 [acceso: 17 de junio de 2010]. Consultado en: <http://www.telegrafo.com.ec/opinion/columnista/archive/opinion/columnistas/2009/05/01/Virus-mexicanos-.aspx>
47. Mikesell S. Avian flu pandemic threatens world. Revolution. 2005; (23) [acceso: 17 de junio de 2010]. Consultado en: <http://revcom.us/a/023/avian-flu-pandemic-world.htm>
48. Swine Flu and the Pig System. Kabul: A World to Win News Service; 2009 [acceso: 17 de junio de 2010]. Consultado en: <http://www.sholajawid.org/english/whatsnew/swinflu190509.html>
49. Asociación Latinoamericana de Medicina Social. Reflexiones y consideraciones sobre la influenza AH1N1 en México. Medicina Social, México. 2009; 4 (2) [acceso: 17 de junio de 2010]. Consultado en: <http://journals.sfu.ca/socialmedicine/index.php/medicinasocial/article/viewArticle/323/>
50. Breilh J, Tillería Ylonka. Aceleración global y despojo en Ecuador. El retroceso del derecho a la salud en la era neoliberal. Quito: Ediciones Abya-Yala; 2009.
51. Marx C. La llamada acumulación originaria. En: Marx C. El Capital. 1867. p. 151. [acceso: 29 de



- junio de 2010]. Consultado en <http://www.marxists.org/espanol/m-e/1860s/eccx86s.htm>
52. Breilh J. La industria porcícola es el origen de la gripe AH1N1. Quito: Spondylus. Universidad Andina Simón Bolívar; 2009 [acceso: 17 de junio de 2010]. Consultado en: http://www.uasb.edu.ec/spondylus_conten_site.php?cd=2283&cd_boletin=24&sec=ENT
53. World Health Organization. Influenza AH1N1 Virus Resistance to Oseltamivir. Ginebra: WHO; 2008 [acceso: 17 de junio de 2010]. Consultado en: http://www.who.int/csr/disease/influenza/oseltamivir_summary/en/index.html
54. Chetumail.com. El virus de influenza porcina no es mexicano, aclaran. 2009. [acceso: 23 de junio de 2010]. Consultado en: <http://www.chetumail.com/?c=126&a=5519>
55. Stilman F. La gripe porcina y los medios de comunicación [acceso: 23 de junio de 2010]. Consultado en: <http://campus.almagro.ort.edu.ar/informatica/articulo/35263/la-gripe-porcina-y-los-medios-de-comunicacion>
56. Operación pandemia [acceso: 23 de junio de 2010]. Consultado en: <http://www.youtube.com/watch?v=gKwk8Kq8QXA>
57. Telúrica. Grupo Bilderberg siembra virus porcino – se denuncia el 30/03/09. [acceso: 23 de junio de 2010]. Consultado en: <http://www.telurica.com/videopost/grupo-bilderberg-siembra-virus-porcino-se-denuncia-el-300309>
58. Hampson A. The “Novel” Influenza A(H1N1) Enigma: Is it a Pandemic, How Should We Respond, What Should We Call it? Influenza and Other respiratory Viruses. 2009; 3(4): 119-20 [acceso: 22 de junio de 2010]. Consultado en: <http://www.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/122455802/PDFSTART>

