

## LA NUEVA PANDEMIA

**Autores: Asociación Madrileña de Salud Pública - AMaSaP**  
**([www.amasap.es](http://www.amasap.es))**

### Origen de la pandemia

---

#### **a. Virus de la influenza, mutaciones.**

Desde el primer aislamiento del virus de la influenza de origen porcino H1N1 (S-OIV: Swine-Origin Influenza Virus) en abril de 2009, el virus se ha diseminado rápidamente, ocasionando un gran interés en todo el mundo. En torno al tema se han publicado cientos de artículos, revisiones e informes, y la pandemia resultante ha provocado elevada morbilidad en la población.

Interesa destacar de toda esa extensa literatura y con la perspectiva histórica, si la acción humana, por tanto susceptible de ser controlada para evitar futuras pandemias, ha sido determinante en su origen.

Hasta 1918 la gripe era bien conocida en humanos, pero no en el ganado porcino. Durante los años 30 se promueve la idea de la relación cercana entre los dos virus. La adaptación viral a nuevas especies es un proceso complejo, que requiere nuevos receptores celulares en superficie, cambios en el trofismo celular, inmunidad innata y mecanismos de transmisión. El virus de la influenza A (H1N1) supera esas barreras en 1918 para emerger simultáneamente desde un origen aviar, en humanos y cerdos. Desde entonces los virus de la influenza y sus descendientes y la inmunidad humana desarrollada en respuesta, llevan casi un siglo de relaciones. En ese período destacan: la desaparición del H1N1 en 1957, debido probablemente a la competición con la emergente pandemia del H2N2, y por otro lado la reemergencia en 1977 del H1N1 quizá por error de laboratorio.

Respecto al virus de la pandemia actual, hasta el momento no se ha podido identificar su origen, aunque el estudio filogenético aporta pistas que sugieren hipótesis. El nuevo virus es el resultado de la combinación de virus del cerdo de tres orígenes: de Norteamérica, de Europa y de Asia. Estos tres virus ya estaban presentes hace más de una década. El virus actual podría haberse generado de modo natural, pero también hay indicios, que apuntan a que algún tipo de actividad humana podría estar involucrada en la recombinación de los tres mencionados. Por un lado, el intercambio comercial de ganado porcino entre Eurasia y América del Norte parece haber facilitado la mezcla de varios virus influenza, llevando a la múltiple recombinación que ha generado el actual. Podría haberse dado un incumplimiento de los períodos de cuarentena implicando varios países.

#### **b. Papel de los laboratorios.**

Otra hipótesis acerca del origen del virus, como ocurría en 1977, es la de que se haya generado por un error de laboratorio. Conviene tener en cuenta que los virus de la influenza sobreviven bien en laboratorios de virología, y que con toda probabilidad hay muchos laboratorios en el mundo que comparten y cultivan una serie de virus de la influenza de diferentes fuentes y continentes, y así mismo usan y comparten líneas de cultivo celulares. Los virus se utilizan en investigación, test de diagnóstico y elaboración de vacunas.

Por lo tanto la posibilidad de que la actividad humana haya tenido algún papel en el origen de la pandemia no puede descartarse a la luz de la evidencia disponible. Deberíamos entender mejor qué condiciones la han provocado si queremos evitar la aparición de nuevos virus. No obstante, investigaciones recientes concluyen que se requiere un marco administrativo internacional unificado que coordine toda la vigilancia, la investigación y manejo del virus con fines comerciales y también un detallado registro de todos los aislamientos del virus para investigación y producción de la vacuna.

### **c. Ganadería intensiva.**

Muchas de las enfermedades emergentes en poblaciones humanas se asocian a un origen animal. Se ha investigado el origen en reservorios de animales salvajes, pero la mayor parte de los patógenos que recientemente preocupan por su influencia en la salud humana, se originan en o son transferidos a los humanos a partir de animales domesticados criados para el consumo humano. Así el contexto ecológico de las enfermedades infecciosas emergentes abarca dos ecosistemas superponibles: el hábitat natural de los animales salvajes y el hábitat originado y controlado por el hombre de los animales domésticos. Los sistemas intensivos de producción de comida animal predominan en los países desarrollados y se incrementan de forma importante en los países en desarrollo. Estos sistemas se caracterizan por un gran número de animales confinados, alto rendimiento y rápido volumen de negocios, y están diseñados más para el beneficio económico que para la sostenibilidad biológica. Aunque no se reconozca públicamente, la producción industrial de alimentos de origen animal genera un ambiente-ecosistema que puede facilitar la evolución de patógenos zoonóticos y su transmisión a la población humana. Aunque suele asumirse que la producción de alimentos animales confinados reduce los riesgos de enfermedades zoonóticas emergentes, también se ha evidenciado que los sistemas industriales pueden incrementar los riesgos para la salud animal y humana, a menos que se reconozcan los específicos desafíos en bioseguridad y contención biológica del modelo industrial. En orden a una mayor eficacia de las medidas para reducir el riesgo en la industria alimentaria animal, ésta se debería alinear con los intereses en salud pública y habría que dotar de incentivos económicos al sector privado para la implementación de medidas de bioseguridad.

El enfoque ecosistémico ha sido útil para entender la emergencia de enfermedades zoonóticas e identificar medidas de control. Sin embargo hasta la fecha se ha considerado escasamente la producción industrial de alimentos de origen animal como un ecosistema, con objeto de entender la emergencia de enfermedades infecciosas. La reciente preocupación por la influenza nos da la oportunidad de incluir este enfoque en un examen integrador de los aspectos biológicos, económicos y sociales, con implicaciones para la salud humana y animal. Desde esta perspectiva, el papel de colaboración entre industria, gobiernos y granjas es de creciente importancia en el establecimiento de regulaciones que guíen el desarrollo de la industria animal en la reducción del riesgo de enfermedades emergentes.

Otra importante lección derivada del enfoque ecosistémico, es la importancia de la sostenibilidad de los sistemas ambientales y la importancia de una perspectiva a largo plazo. Ya que la producción alimentaria es cada vez más internacional, los riesgos locales para la salud pública se convierten en globales. Considerar el riesgo de enfermedades infecciosas como un aspecto ligado a la tecnología de producción alimentaria, que puede comprometer su sostenibilidad, puede impulsar el desarrollo de mecanismos de producción que sean, a largo plazo, menos vulnerables al riesgo.

Por todo ello, el control del virus de la influenza en granjas de aves de corral y ganado porcino es crítico para reducir el potencial cruce y adaptación entre especies, minimizando el riesgo de una futura pandemia de origen animal. Dado que los cerdos son una especie

que sirve de huésped intermediario para el virus influenza, la vigilancia del virus en estos debería ser de alta prioridad. Así también es crucial la adopción de medidas de prevención y control de las zoonosis en los trabajadores de granjas de este tipo, siempre teniendo en cuenta los factores sociales y culturales que pueden poner en peligro la efectividad de las mismas. De hecho instancias internacionales, gubernamentales y organizaciones no gubernamentales, han reconocido la vulnerabilidad de los trabajadores a los virus de la influenza con potencial pandémico, e incluso la OMS los incluye como grupos diana para las medidas preventivas de vacunación.

## **Prioridad de este problema de salud frente a otros**

---

### **a. Los determinantes sociales de la salud siempre en un segundo plano**

La dinámica compleja entre la rápida evolución del virus y las modificaciones que provoca en la inmunidad humana han ocasionado una era pandémica que lleva ya 91 años, y con escasas evidencias de que finalice. Las buenas noticias son que cada pandemia muestra una menor severidad seguramente debido a las mejores condiciones sociales, médicas y de salud pública, y también refleja que el virus evoluciona hacia una óptima transmisibilidad frente a una menor patogenicidad.

Las estimaciones de las que disponemos de pandemias de gripe anteriores cifran el exceso de muerte en 20 - 50 millones para la gripe de 1918 "Gripe española", en 1-4 millones para la gripe de 1957 "Gripe Asiática" y en 1-4 millones para la gripe de 1968 "Gripe de Hong Kong". Evidentemente este exceso de mortalidad, la morbilidad ocasionada y el efecto de disrupción social que ocasionan, hace que las pandemias de gripe sean un importante problema de salud sobre los que la sociedad tiene que intervenir. Sin embargo, es cuestionable que una pandemia de gripe sea el mayor problema de salud al que se enfrenta la humanidad y que por tanto merezca inversiones de recursos muy superiores a la de otros problemas de salud que también son prevenibles o sobre los que también puede y debe intervenir.

Según la OMS, en el año 2004 murieron en el mundo 59 millones de personas. De las 10 causas más frecuentes de muerte<sup>1</sup> a nivel mundial, todas son prevenibles en un mayor o menor grado, especialmente cuando ocurren en países de baja renta y se estima que aproximadamente mueren al año 10 millones de niños por enfermedades que en la mayor parte de los casos también podrían evitarse. Porque la causa directa de muchas de estas muertes suelen ser enfermedades infecciosas producidas por virus y bacterias y enfermedades crónicas relacionadas con factores de riesgo bien identificados como el tabaco. Estas muertes, y las diferencias en esperanza de vida que las acompañan, tienen una clara relación con las desigualdades sociales y está bien estudiado que mueren más prematuramente aquellas personas que viven en países más pobres y aquellas que están peor colocadas en la escala social. La OMS publicó en 2008 un informe en el que se detallan estos determinantes y se pone de manifiesto que el desigual reparto de riqueza y

---

<sup>1</sup> Enfermedad coronaria 12,2%; accidentes cerebrovasculares 9,7%; infecciones respiratorias bajas 7,1%; enfermedad pulmonar obstructiva crónica 5,1%; enfermedades diarreicas 3,7%; VIH y sida 3,5%; tuberculosis 2,5%; cáncer de tráquea, bronquios y laringe 2,3%; accidentes de tráfico 2,2%.

poder determina la salud de las poblaciones en el mundo. Pero reparar las injusticias sociales no ocupa un papel relevante en la agenda de los poderosos y consecuentemente no supone una inversión suficiente en recursos. Todo ello a pesar de que estas injusticias son la causa de que, en determinados países, la esperanza de vida sea 40 años menor que la de otros o que, incluso en un mismo país, una persona pueda esperar vivir hasta los 80 años si nace en un barrio rico y solo hasta los 40 si lo hace en uno pobre.

Sin embargo, la visión biomédica de los problemas de salud tiene más adeptos. Es este paradigma, el que se centra en las enfermedades y en sus causas más inmediatas, el que lleva a identificar y vigilar microorganismos, a producir vacunas y proponer tratamientos antivirales, y es esta forma de entender la salud y la enfermedad la que domina en el mundo en el que vivimos. Es un paradigma necesario, pero claramente menos crítico con las injusticias y más integrado y coherente con la lógica de mercado imperante y por tanto fácilmente aceptado por los organismos y las instituciones públicas responsables de la toma de decisiones en materia de salud.

Está demostrado que incluso cuando existen vacunas y tratamientos, los más pobres tienen un peor acceso a las mismas y continúan enfermando y muriendo. Hay una serie de problemas de base que la existencia de vacunas y de tratamientos médicos no soluciona y el continente Africano es un claro ejemplo de ello. El paradigma biomédico, a pesar de su dominancia y aceptación, se queda corto a la hora de realizar el análisis en profundidad de los problemas de salud de la población y de proponer medidas que realmente tengan un impacto en su bienestar y felicidad.

Las posibles muertes ocasionadas por una pandemia de gripe han conseguido movilizar más a los medios de comunicación, a los organismos internacionales y a los gobiernos nacionales, que las muertes reales propiciadas por las injusticias de este mundo. El virus de la gripe ha movilizado más a los profesionales de la salud que el hambre, la pobreza o la guerra.

## **b. La capacidad de las industrias farmacéuticas y del mercado para marcar la agenda en salud**

Es innegable el poder y el importante papel que las empresas farmacéuticas tienen en la economía internacional. Desde hace ya mucho tiempo se viene criticando las relaciones que este sector de la economía mantiene con los profesionales de la salud, los gestores de los servicios sanitarios y con las propias administraciones públicas y se reclaman mecanismos de control transparentes que regulen dichas relaciones.

En el año 2005, en el Reino Unido, el “Comité de Salud” de la Casa de los Comunes emitió un riguroso informe titulado “La influencia de la industria farmacéutica”. En sus conclusiones se señala la preocupación acerca de la magnitud, la extensión y la intensidad de la influencia de la industria, no solo en los servicios clínicos sino también en los pacientes, las agencias reguladoras, los medios de comunicación, los funcionarios de las administraciones públicas y los políticos.

Lógicamente, esta pandemia de gripe no es ajena a las presiones de la industria farmacéutica. Desde la aparición de la epidemia en México, numerosos gobiernos han hecho acopio de importantes provisiones de antivirales y han reservado millones de dosis de vacunas para proteger a sus poblaciones. Las cifras manejadas para estimar el gasto generado para el erario público en distintos países son de millones de euros.

Existen datos que al menos deberían hacernos reflexionar sobre los intereses económicos y políticos en relación a esta pandemia de gripe A:

- La presencia, en las juntas de accionistas de algunas compañías farmacéuticas, de políticos que han tenido una importante responsabilidad en la toma de

decisiones de las administraciones públicas. Tal es el caso de Ronald Rumsfeld, Secretario de Defensa en el gobierno de Bush, en la compañía Gilead, que desarrolló el Oseltamivir (Tamiflu®).

- La influencia de la gestión previa de determinadas crisis de salud pública a la hora de adquirir importantes stocks de antivirales por parte de ciertos gobiernos. Ejemplo de ello son el manejo del desastre del huracán Katrina en Nueva Orleans para George Bush y el incremento de la mortalidad en ancianos en Francia en relación a la ola de calor para Jacques Chirac. Tras la gestión desafortunada de estas crisis, estos políticos se vieron obligados a demostrar que sus gobiernos tomaban medidas para proteger a la población.
- Existen antecedentes de campañas de marketing específicas para la gripe. En el año 1999 Roche puso en marcha su considerable maquinaria de marketing para promocionar Tamiflu® aprovechando la epidemia de gripe estacional en USA. Los mecanismos están engrasados para aprovechar cualquier tipo de crisis en favor de las ventas.
- El impresionante incremento en las ventas y los ingresos de aquellas compañías que producen y comercializan Oseltamivir respectivamente, Gilead y Roche.
- La adquisición de vacunas por parte de muchos gobiernos de países ricos está suponiendo un importante aumento de los ingresos de las compañías que las producen (Sanofi-Aventis, Glaxo-SmithKline, Novartis, Baxter, CSL, and AstraZeneca ).

No resulta sencillo analizar el papel de la industria farmacéutica en la gestión de la pandemia de gripe A, pero resulta innegable que existen elementos de juicio suficientes como para reclamar un mayor control social y una mayor transparencia de las relaciones entre este sector económico y los responsables de la toma de decisiones sanitarias.

## Intervenciones de salud pública en la pandemia

---

### a. Las fases de alarma de la OMS

La OMS, convencida de que la preparación y la planificación rigurosa frente a una epidemia de gripe disminuirían su impacto, venía trabajando en un plan de preparación desde hace varios años, publicado en el año 2005 un documento que establecía las líneas generales a seguir por los gobiernos para prepararse adecuadamente y que debían adaptarse a sus contextos nacionales. En abril el año 2009, poco después de los primeros casos de gripe A (H1N1), la OMS actualizó este documento; algunos de los cambios fundamentales fueron la adaptación al Reglamento Sanitario Internacional del año 2005 y la modificación de los criterios de cada una de las fases de pandemia.

Las distintas fases de la pandemia propuestas por la OMS están pensadas para organizar de una forma secuencial la respuesta a la misma, ya que no están relacionadas con su severidad, sino con el grado de transmisión entre humanos en las primeras fases y la extensión geográfica en la últimas, lo cual no fue bien entendido por los medios de comunicación y consecuentemente por la población general. Las decisiones iniciales, cuando en abril de 2009 la OMS declaró la fase 5 de la pandemia, se tomaron en un ambiente de considerable atención pública e incertidumbre científica, con datos respecto a los casos iniciales en México que indicaban una alta letalidad. El paso de una fase de la pandemia a otra pudo interpretarse en este contexto como el paso a una situación de mayor emergencia y severidad. Algunos países tomaron decisiones drásticas como el empleo de cuarentenas o la limitación de viajes no esenciales a las zonas afectadas. La gripe A saltó a las primeras páginas de los medios de comunicación que se hicieron eco de todas y cada una de las muertes ocasionadas por el virus de la gripe A.

Los nuevos criterios para definir las distintas fases condicionaron que, en un periodo muy breve de tiempo, la OMS se viera obligada a declarar la fase 6 de la pandemia, última fase que significa que la pandemia es ya una realidad. Como consecuencia, fue aún mayor la presencia de la gripe A(H1N1) en los medios de comunicación y la presión sobre políticos y responsables sanitarios de todo el mundo.

Son varias las voces que señalan lo poco oportunas que pueden ser las respuestas de salud pública mal calibradas y que hacen asunciones catastrofistas poniéndose en el peor escenario posible, pues pueden erosionar la confianza pública en las autoridades sanitarias y disminuir la repuesta que la ciudadanía debe dar en las situaciones realmente graves. Parece oportuno por tanto mejorar la planificación de la respuesta a este tipo de crisis de salud pública haciendo diferencias entre escenarios que tengan en cuenta la letalidad y la tasa de ataque esperada.

### b. Las estimaciones

Para la realización del documento *Pandemic Influenza Preparedness and Response*, la OMS tuvo que realizar una serie de asunciones en relación con los modos de transmisión, la transmisibilidad y los periodos de incubación del virus de la gripe que originaría la nueva pandemia. Para ello empleó la evidencia científica disponible en el momento de elaboración del documento referente a pandemias anteriores, a la gripe estacional y a la gripe aviar. Algunas de estas asunciones han sido claves a la hora de estimar la magnitud de la epidemia y por tanto de dimensionar la respuesta a la misma.



Asunciones basadas en pandemias con un muy alto impacto como la de 1918 y en la gripe aviar o en los primeros datos procedentes de México suponen respuestas desmesuradas con un efecto en los sistemas sanitarios o en la sociedad más negativos que los de la propia epidemia y deben ser corregidas cuanto antes a la luz de la nueva información de la que se vaya disponiendo.

**Número básico de reproducción Ro:** 1,5 a 2.0. Basado en estimaciones del Ro de pandemias previas y de la gripe estacional.

**Tasa de ataque:** del 25% al 45%. Basados en estudios y estimaciones de las pandemias de 1918, 1957 y 1968 así como del Ro.

**Letalidad:** variable, se espera un aumento de la mortalidad. Basado en estudios de las diferencias de mortalidad en pandemias previas.

Se hace evidente la necesidad de articular herramientas que modulen la planificación y la respuesta a la epidemia a la luz de la nueva información de la que se vaya disponiendo. Asunciones basadas en pandemias con un muy alto impacto como la de 1918 y en asunciones de letalidad basadas en la gripe aviar o en los primeros datos procedentes de México pueden suponer respuestas desmesuradas con un efecto en los sistemas sanitarios o en la sociedad más negativos que los de la propia epidemia.

No puede dejar de señalarse la incertidumbre científica inherente a todas estas asunciones y estimaciones y la importancia de evaluar la respuesta que actualmente se está dando a la pandemia para poder generar conocimiento científico que oriente futuras intervenciones y respuestas.

### **c. La vacunación.**

Una vacuna es sin duda un instrumento muy eficaz a la hora de prevenir enfermedades, pero no se debe aplicar sin antes realizar un cuidadoso análisis de riesgos y beneficios teniendo en cuenta, en particular, los criterios de eficacia y seguridad. En el caso de la vacunación contra la Gripe A, la población y algunos profesionales han cuestionado no solamente el hecho de que los estudios previos hayan sido suficientes, sino también la propia necesidad de vacunarse.

El virus de la gripe tiene como característica una alta labilidad genética y persiste además en animales vertebrados, lo cual obliga a repetir cada año la vacunación de las personas en riesgo con una vacuna adaptada a la cepa de virus circulante en ese momento. La fase 6 de la pandemia que declaró la Organización Mundial de la Salud (OMS) significa que la transmisión del virus es continuada y acentuada en la población general; además esta versión del virus de la gripe pandémica actual ha mostrado su alto grado de transmisibilidad, lo cual le ha convertido en un virus global en un tiempo record en la historia de las pandemias con lo cual se limita en gran medida la consecución de efectos importantes de inmunidad colectiva que podría producir una vacunación masiva a nivel regional. A este nivel, esta sólo puede pretender reducir algo el número total de casos de una gripe más leve que la gripe habitual, y sólo de ahora en adelante, ya que la vacuna ha llegado después del primer brote epidémico en la población, por lo menos en Madrid y en parte de España; finalmente, aunque todavía no se han publicado datos al respecto, este brote no parece haber tenido el temido efecto en el absentismo laboral que se vaticinaba, cuando uno de los dos objetivos prioritarios de la vacunación frente a la gripe pandémica (H1N1), en España, es proteger a los trabajadores de los servicios llamados

esenciales en la sociedad, siendo el otro proteger a las personas con mayor riesgo de complicaciones.

En relación con los efectos de la vacunación, es importante recalcar que la Agencia Europea de Medicamentos (EMA) ha realizado una recomendación positiva para el uso de tres vacunas contra el (H1N1) en base a un estudio riguroso de beneficios y riesgos. Curiosamente España ha incluido una cuarta vacuna que no está aprobada por la EMA, sino por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS) y la de otros 5 países europeos.

La prudencia con la que se redactan los informes referentes a las vacunas autorizadas pone en evidencia que subsisten buen número de dudas que las pruebas, dado el escaso tiempo que se tuvo para realizarlas, no permitieron disipar. Lo que sí se sabe es que la eficacia de las vacunas contra la gripe pandémica, al igual que las dirigidas contra la gripe estacional, no es del 100% y varía según la edad y la vacuna utilizada (por ejemplo, los niños y los mayores muestran una respuesta inferior a vacunas con virus inactivado como son las vacunas recomendadas por la EMA y la AEMPS); en particular, hay pocos datos sobre su eficacia en niños muy pequeños. Los expertos también relatan que se está a la espera de resultados de nuevos estudios clínicos que permitirán completar la ficha técnica de cada vacuna autorizada.

Asimismo existen dudas acerca de los efectos de dos sustancias utilizadas en las vacunas, sobre todo en cuanto a su impacto en el organismo a largo plazo. Se trata de los adyuvantes por un lado, una sustancia que aumenta la respuesta inmunitaria, permitiendo ahorrar la cantidad de antígeno de la vacuna<sup>2</sup> y fabricar más vacunas (además su efecto ha sido poco estudiado en niños), y de un agente de conservación, el tiomersal, por otro. Esta última sustancia, que se utiliza en los viales multidosis, fue retirada de la composición de vacunas en alguna ocasión. Como consecuencia de estas dudas se recomienda utilizar vacunas sin adyuvantes y sin tiomersal en niños, y sin adyuvantes en mujeres embarazadas. Tampoco se ha estudiado la eficacia y seguridad de la administración concomitante de dos vacunas contra la gripe a la vez en una misma temporada y se recomienda, por precaución, no inyectarlas simultáneamente en un mismo lugar, ni inyectar dos vacunas adyuvadas en una misma sesión.

Finalmente, no se puede hablar de la vacunación contra la gripe pandémica sin hacer referencia a la opinión pública. En pocas ocasiones se han registrado una reacción popular tan generalizada y tan extendida en relación con una campaña de vacunación donde el uso de Internet, con sus videos y sus blogs, ha sobrepasado el de los medios habituales de comunicación. Será muy interesante valorar su impacto en las coberturas vacunales y debe ser un serio motivo de reflexión para las autoridades sanitarias. El fenómeno es aún más llamativo si se tiene en cuenta que, en un principio, la alarma social creada por los comunicados de la Organización Mundial de la Salud y de los gobiernos así como por las noticias difundidas en los medios de comunicación provocó una preocupación en el público por la importancia de tener suficientes vacunas para toda la población o, por lo menos, para las personas de mayor riesgo, preocupación a la cual los gobiernos respondieron priorizando en exceso la prevención, asegurándose rápidamente la reserva de compra de vacunas en un mercado donde se sabía, además, que no habría vacunas suficientes para los países de menor poder adquisitivo.

Pero, con el tiempo, la enfermedad mostró que las peores previsiones no se realizaban y que su transcurso solía ser leve, los mensajes de las autoridades sanitarias fueron de tranquilidad, y, de la alarma social inicial, se pasó a una cierta indiferencia. El interés por tener vacunas cuanto antes que garantizaran una cobertura la más amplia posible de la población se transformó en un cuestionamiento del interés de las multinacionales farmacéuticas por la venta de sus productos y en una cierta desconfianza hacia los

---

<sup>2</sup> Dos de las vacunas utilizadas en España son adyuvadas y una no, reservada para embarazadas.



mensajes de las autoridades sanitarias, alentada por su falta de liderazgo y por su lentitud en responder al reto que se les planteaba. Actualmente, de hecho, los gobiernos están gestionando la venta de sus excedentes de vacunas a los países que no consiguieron comprarlas en su momento.

## **Población y comunicación**

---

Hoy día nadie duda de la importancia de una estrategia de comunicación en cualquier plan de manejo de situaciones de emergencia en Salud Pública. En todos los planes nacionales e internacionales concebidos para hacer frente a la pandemia de Gripe A (H1N1), tal estrategia ha ocupado un lugar preeminente y se han hecho esfuerzos importantes por transmitir a la población la información necesaria para la prevención y tratamiento de esta enfermedad, así como el correcto uso de los servicios sanitarios. Las autoridades responsables y los empleados públicos han tenido que trabajar duramente para ello y es de agradecer que así haya sido. Sin embargo, sorprende en España la aparente falta de interés por parte de las autoridades sanitarias en conocer lo que piensa la población, ya que más allá de la existencia de teléfonos de consulta y buzones de sugerencias, no se ha realizado ninguna encuesta poblacional por su parte; la única publicada ha sido realizada por un organismo privado. Ninguna estrategia de comunicación puede ser evaluada correctamente sin la realización de encuestas o el establecimiento de un canal ágil de retroalimentación, y es difícil pensar incluso que pueda tener el éxito deseado si no se dan estas condiciones.

A partir de la información obtenida en otros países, se detecta que una parte importante de la población no se identifica con la posición adoptada por las autoridades sanitarias y mantiene una opinión, al menos parcialmente, crítica o escéptica frente a éstas. Esta falta de sintonía se concreta en la opinión de personas que afirman que se ha creado una alarma excesiva e innecesaria, o que no piensan vacunarse.

También es posible intuir una postura crítica hacia las autoridades sanitarias, respaldada por un sector poblacional desconocido, pero tal vez no despreciable, en las numerosas opiniones de denuncia que circulan por Internet en relación con la gripe A (H1N1), que en el caso del video de Julián Alterini, "Operación pandemia", ha sido visto por casi 8 millones de personas.

Una opinión pública que no se halla en línea con la posición mantenida por las autoridades sanitarias, nacionales e internacionales, que en esta ocasión han actuado como un solo bloque, supone una pérdida de credibilidad para aquéllas y un grave inconveniente para la gestión correcta de cualquier alerta sanitaria. Como dice el autor de una publicación sobre el tema: "Cuando un día se proclama a los cuatro vientos una pandemia, y al día siguiente el brote es denominado nada más que gripe normal y bajo control, y luego se hace un llamamiento para conseguir un programa de vacunas de miles de millones de dólares, uno corre el riesgo de que el público se sienta sacudido y la credibilidad de los funcionarios públicos quede dañada".

Las razones de este desencuentro merecen ser estudiadas. Algunas de ellas, como las aducidas para no vacunarse, lo ha sido en encuestas específicas: temor a posibles efectos secundarios, escasa gravedad de la gripe y falta de confianza en las autoridades sanitarias sobre la seguridad de la vacuna. Pueden, a falta de evidencias adicionales, apuntarse además, como hipótesis, otras razones.

A la experiencia pasada de alarmas precedentes (vacas locas, SARS y gripe aviar) que no tuvieron el impacto temido, viene ahora a sumarse esta pandemia, cuyo impacto sobre la población está siendo también menor que el estimado. Habría que analizar a fondo, y

seguramente se hará en un futuro próximo, cuáles han sido las razones que han llevado a realizar unas estimaciones de impacto (¿necesariamente?) alarmistas. Pero en cualquier caso, como dice la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) en el documento de consenso emitido sobre la gripe, trabajar con los peores escenarios, que luego no se cumplen, provoca respuestas desproporcionadas que tienen consecuencias para la población y el propio sistema sanitario tal vez más graves que las de la propia gripe. Tales respuestas desproporcionadas suponen un coste económico mundial difícil de asumir, especialmente cuando se tiene en cuenta los recursos dedicados a otras pandemias como la tuberculosis y el paludismo, cuya mortalidad es incomparablemente mayor.

Pero quizás es razón de mayor peso que la anterior, para explicar una opinión pública desfavorable, la realización de una estrategia de comunicación deficiente por parte de las autoridades sanitarias internacionales, fundamentalmente la OMS.

La aparición del nuevo virus de la Gripe A (H1N1) provocó (y sigue alimentando) numerosas incertidumbres en la comunidad científica y en los responsables de los organismos sanitarios internacionales. Las incongruencias en torno a la propia definición de pandemia, que la OMS modificó al hilo de ésta actual, son un claro ejemplo de tales incertidumbres. Como lo es también la aparición de teorías conspirativas en torno al origen del virus; no en cuanto a su línea filogenética, que parece clara, sino a las causas que han favorecido su aparición, que no han sido suficientemente explicadas y se desconoce si se están investigando adecuadamente.

La incertidumbre mayor se refería al potencial impacto del virus sobre la población, es decir, su transmisibilidad, morbilidad y letalidad. Incertidumbre que llevó, como hemos dicho, a la asunción de escenarios catastrofistas, sin explicar a la población por qué y con qué grado de fiabilidad.

Es el manejo de tales incertidumbres, que la población parece no haber comprendido, porque no se le han transmitido correctamente, lo que quizás ha fomentado en mayor medida el escepticismo. Puede hablarse al respecto de falta de transparencia. Y en situaciones de alerta, la población desea la verdad. En tales condiciones, la existencia de fuertes intereses económicos en torno a la provisión de medidas de control, intereses que lógicamente actuarán ejerciendo el mayor grado de presión posible, deja el camino franco para especulaciones más o menos fundadas que minan la credibilidad de las autoridades sanitarias.

Habría que preguntarse en cualquier caso hasta qué punto en una sociedad globalizada, con una economía de mercado capitalista cuyos intereses, como ha puesto de relieve la reciente crisis mundial financiera, afectan al corazón mismo de dicha sociedad, es posible la total transparencia en las actuaciones ante emergencias sanitarias de gran magnitud que no aboquen en catástrofe mundial, o evidencien al menos, sin lugar a dudas, un serio y real peligro de que así ocurra.

En una sociedad global es indiscutible el papel protagonista, y en cierta medida amplificador, que siempre tienen los medios de comunicación en un suceso de interés mundial. Las personas que más “consumen” la información vertida por estos medios, especialmente la televisión, que parece haber sido el canal de información más utilizado por la población en este caso, pueden estar expuestas así a un mayor nivel de preocupación; y cualquier estrategia de comunicación debe tener esto en cuenta. Sin embargo, a la hora de valorar el papel de los medios de comunicación en esta pandemia, debe analizarse por separado la información emitida, y dosificada, por las autoridades sanitarias, que los medios simplemente recogen, del tratamiento más o menos alarmista que de tal información se haga.

De acuerdo con algunas publicaciones europeas, el tratamiento dado en general por los medios a esta crisis, al menos inicialmente, ha sido proporcionado. Y aunque algunos comportamientos de los medios, como el goteo de noticias con los primeros fallecimientos

en España, parecen obedecer en gran medida a intereses ajenos al puramente informativo, no parece muy acertado el término “epidemias mediáticas”, utilizado en algún caso para calificar este tipo de alertas que resultan finalmente no ser tan graves, por más que los medios de comunicación sean el vehículo de propagación de tales epidemias informativas, pues parecería con ello que son los medios los únicos responsables de la alerta creada y luego defraudada.

## La evaluación

---

Desde AMASAP queremos incidir en la importancia de evaluar las intervenciones llevadas a cabo desde los poderes públicos, no sólo por la necesaria rendición de cuentas de los usos del dinero público ante la sociedad, sino, también, para mejorar e iluminar acciones futuras.

En el caso que nos ocupa, consideramos que la necesidad de evaluar debe aparecer como un imponderable, dada la magnitud de la acción desarrollada a nivel mundial para la gestión de esta alerta epidémica, de tal alcance que ha supuesto la implicación de organismos internacionales y gobiernos de todos los países y la implementación de un gran volumen de medidas sanitarias y no sanitarias con un alto coste económico, así como una gran alarma generada en la población.

Tras revisar la documentación online de los principales organismos competentes (OMS, ECDC y Planes de acción frente a la gripe A (H1N1) publicados en las webs del Ministerio de Sanidad y Asuntos Sociales y de las Comunidades Autónomas españolas) vemos que, en general, la mayor parte de ellos contemplan la vigilancia y evaluación de la situación de la enfermedad, es decir, de los aspectos epidemiológicos, clínicos y de las medidas terapéuticas (manejo de antivirales y vacunas). Sin embargo, no hemos encontrado apenas referencias sobre la intención de evaluar la gestión de las actuaciones frente a la pandemia, sobre todo, en lo relativo a las intervenciones de salud pública, la aceptación por la población de las medidas para mitigar el impacto y la evaluación del impacto económico, tal y como recomienda la OMS.

Por ello, recomendamos que se otorgue un valor estratégico al seguimiento y evaluación de las acciones desarrolladas, incluyendo la evaluación como una fase más de la planificación con una estimación adecuada de sus necesidades de tiempo y recursos. Creemos que debe incidirse especialmente en los aspectos más propios de la salud pública, reflexionando sobre la adecuación de las medidas tomadas y de los procesos seguidos en la gestión de esta crisis, valorando su pertinencia y eficacia, la coordinación intra e interinstitucional, la estrategia de comunicación, la aceptación por parte de la población y el impacto económico y social.

Un ejemplo de este planteamiento sería la evaluación (someramente contemplada en el Plan de Preparación y Respuesta ante la pandemia de gripe A de la Comunidad de Madrid) de los aspectos de comunicación interna (coordinación institucional) y externa (información a la población). En este sentido, consideramos imprescindible evaluar, con una mirada amplia, todos los elementos que han rodeado a la campaña de vacunación cuya baja cobertura podría estar poniendo de manifiesto una corriente de desconfianza hacia las instituciones, debida quizás a posibles fallos en la comunicación a la población desde las instituciones.

Una rigurosa evaluación permitirá visibilizar el papel de las instituciones públicas y su necesario liderazgo en la gestión de crisis sanitarias como ésta, identificando, a su vez, los logros alcanzados así como aquellos otros elementos de la gestión que pueden comprometer su credibilidad y que habría que mejorar ante futuras crisis.

## Conclusiones

---

Aun cuando se conoce el pasado filogenético del nuevo virus de la gripe A (H1N1), se sabe apenas nada de los factores causales que han intervenido en su aparición, en especial de la posible influencia humana en la recombinación de cepas, sin que pueda descartarse la posibilidad de una manipulación de laboratorio o la influencia decisiva de las prácticas de explotación intensiva de la industria alimentaria. Las autoridades administrativas y científicas deben prestar más atención a esta vertiente del problema e investigar con mayor intensidad qué factores han podido estar presentes en la aparición del nuevo virus, para poder prevenir en alguna medida la aparición de nuevas cepas pandémicas.

En línea con lo anterior, es necesario hacer cada vez más presente en las políticas de salud los determinantes sociales de ésta, de manera que puedan priorizarse los problemas sanitarios mundiales que mayor carga de enfermedad producen, siendo susceptibles de prevención con gran rentabilidad de esfuerzos. La visión biomédica de los problemas de salud, predominante en la gestión de esta pandemia de gripe, es contraria a los intereses de la mayoría y favorece principalmente a la industria médica y farmacéutica.

Debe exigirse mayor transparencia y control social en las relaciones de la industria farmacéutica y las autoridades administrativas y científicas, especialmente en situaciones de crisis, cuando deben tomarse decisiones de gran impacto social en un entorno de incertidumbre científica.

Las vacunas disponibles han sido respaldadas por las autoridades sanitarias y parecen suficientemente seguras; sin embargo, la evidencia científica no ha podido despejar todas las dudas respecto a algunos aspectos acerca de las mismas, como su eficacia en niños pequeños y los efectos de los adyuvantes. Y un aspecto tan significativo como la baja cobertura vacunal que presuntamente se alcanzará en todo el mundo en los grupos diana, a pesar de la importante campaña realizada, no pueden quedar sin una explicación objetiva que permita identificar los fallos y mejorar en el futuro.

La opinión pública no se ha alineado con la posición mantenida por las autoridades sanitarias. Además del alarmismo infundado (como luego se ha visto) por parte de éstas, ha existido una estrategia de comunicación deficiente acerca de las incertidumbres lógicas que desde el principio rodearon la pandemia. Los medios de comunicación, si bien han podido contribuir en algún caso a sembrar tal alarmismo, no son los principales responsables del mismo, ni tampoco de la falta de consenso de la población con las posturas oficiales.

La incertidumbre que rodeó al comportamiento del virus en los primeros momentos tras su aparición y las estimaciones realizadas de acuerdo a modelos pasados y a los primeros casos aparecidos, provocaron una alerta sobredimensionada, cuyas consecuencias negativas deberían ser convenientemente evaluadas. Tal vez no se valoraron convenientemente las importantes repercusiones que conlleva la asunción de escenarios alarmistas que luego no se cumplen. Deberían haberse establecido mecanismos ágiles de evaluación continua para corregir lo antes posible tales escenarios de acuerdo con la sucesión de los acontecimientos, pero, como en la gestión de la crisis en general, se ha detectado una escasa preocupación por la evaluación de la misma y del impacto de las medidas adoptadas. Es necesario realizar un esfuerzo en este sentido, dada la magnitud del despliegue realizado.

## **Referencias**

1. Anónimo. Vaccine Weekly. Atlanta: Oct 14, 2009. pg. 95  
Disponble en <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=49&did=1873379801&SrchMode=3&sid=1&Fmt=3&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1257498969&clientId=46945&aid=1>
2. Anónimo. News\_Rx Health & Science. Atlanta: Oct 25, 2009. pg. 231  
Disponble en: <http://proquest.umi.com/pqdweb?index=0&did=1879917421&SrchMode=2&sid=3&Fmt=3&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1257498309&clientId=46945#indexing>
3. Asociación Española de Pediatría. Recomendaciones sobre el manejo de la gripe en Pediatría 2009-10. Documento de consenso de la Asociación Española de Pediatría  
Disponble en [http://www.aeped.es/gripe/recomendaciones\\_gripe.htm](http://www.aeped.es/gripe/recomendaciones_gripe.htm)
4. Caylá JA. *Epidemias mediáticas: una reflexión para la salud pública*. Gac Sanit.2009;23(5):362–364.  
Disponble en : [http://www.doyma.es/revistas/ctl\\_servlet?\\_f=7064&ip=194.224.111.165&articuloid=13141760&revistaid=138](http://www.doyma.es/revistas/ctl_servlet?_f=7064&ip=194.224.111.165&articuloid=13141760&revistaid=138)
5. Commission on Social Determinants of Health. Closing the Gap in a Generation. Health equity through action on the social determinants of health. World Health Organization. Geneva 2008.
6. “Conocimiento y actitudes de la población española en torno a la Gripe A”. Encuesta realizada por la Fundació Josep Laporte en colaboración con Reçerca Clínica y la Fundación Salud, Innovación y Sociedad, del grupo Novartis.  
Disponble en [http://www.medicosypacientes.com/pacientes/2009/10/09\\_10\\_02\\_gripe](http://www.medicosypacientes.com/pacientes/2009/10/09_10_02_gripe)
7. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Documentación técnica. Gripe A/H1N1  
Disponble en : [http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142571501166&language=es&pagename=PortalSalud%2FPPage%2FP TSA\\_pintarContenidoFinal&vest=1142548610562](http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142571501166&language=es&pagename=PortalSalud%2FPPage%2FP TSA_pintarContenidoFinal&vest=1142548610562)
8. Doshi P. How should we plan for pandemic? BMJ. 12 september 2009. Volume 339
9. Duncan B. *How the media reported the first days of the pandemic (H1N1) 2009: results of EU-wide media analysis* EUROSURVEI L LANCE Vol .14 · Issue 30 · 30 July 2009
10. Feng-Cai Zhu, MD, et al. A Novel Influenza A (H1N1) Vaccine in Various Age Groups. The England Journal of Medicine. October 21, 2009.
11. Fischhoff B. *Scientifically Sound Pandemic Risk Communication: Testimony Prepared for House Science Committee Briefing*. 2005; (14 Dic)  
Disponble en <http://www.apa.org/ppo/issues/testimonyfischhoff.pdf>
12. Gallaher WR. Towards a sane and rational approach to management of Influenza H1N1 2009. Virology Journal 2009, 6:51  
Disponble en <http://www.virologyj.com/content/6/1/51>

13. Gibbs AJ, Armstrong JS, Downie JC. From where did the 2009 'swine-origin' influenza A virus (H1N1) emerge? *Virology*. 2009 Nov 24;6:207.
14. Gray GC, McCarthy T, Capuano AW, Setterquist SF, Olsen CW, Alavanja MC. Swine workers and swine influenza virus infections. *Emerg Infect Dis*. 2007 Dec;13(12):1871-8
15. Greenberg M.E. et al. Response after One Dose of a Monovalent Influenza A(H1N1) 2009 Vaccine – Preliminary Report. *The England Journal of Medicine*. September 11, 2009.
16. Hayward A. *Influenza A (H1N1) pandemic: true or false alarm*. *J Epidemiol Community Health*. 2009;63;775-776
17. Hancock K et al. Cross-Reactive Antibody Responses to the 2009 Pandemic H1N1 Influenza Virus. *The England Journal of Medicine*. September 11, 2009.
18. How to win trust over flu. Mass-vaccination campaigns for the pandemic H1N1 virus must take public concerns into account. Editorial. *Nature*. Vol 461. 8 October 2009.
19. Jack A. Flu unexpected bonus. *BMJ*; 26 september 2009. Volume 339.
20. Leibler JH, Otte J, Roland-Host D, Pfeiffer DU, Magalhaes RS, Rushton J, et al. Industrial Food Animal Production and Global Risks: Exploring the Ecosystems and Economics of Avian Influenza. *EcoHealth* 6,58-70,2009.
21. Morens DM, Taubenberger JK, Fauci AS. The persistent legacy of the 1918 influenza virus. *N Engl J Med*. 2009 Jul 16;361(3):225-9. Epub 2009 Jun 29.
22. National Center for Immunization and Respiratory Diseases, CDC. Use of Influenza A(H1N1) 2009 Monovalent Vaccine. *MMWR*. August 21, 2009/58; 1-8.
23. Neuzil, Katherine M. Pandemic Influenza Vaccine Policy – Considering Early Evidence. *The England Journal of Medicine*. September 11, 2009.
24. Ofri D. The Emotional Epidemiology of H1N1 Influenza Vaccination. *The England Journal of Medicine*. November 25, 2009.
25. Oñorbe M. Internet 2.0 y gripe A. *E-Ras*. 9 de Diciembre de 2009.
26. Peiró S. Médicos e industria farmacéutica. Para estar así mejor casados. *Rev Calidad Asistencial*. 2009;24(2):47-50
27. Plotkin S A, Orenstein W A, Picazo J J. *Vacunas, primera edición española*. ACINDES. Madrid, 2007.
28. Pre-empting a pandemic—fact or fiction? *The Lancet*. Vol 373 May 9, 2009  
 Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(09\)60862-X/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(09)60862-X/fulltext)
29. Rubin GJ et al. *Public perceptions, anxiety, and behaviour change in relation to the swine flu outbreak: cross sectional telephone survey* *BMJ* 2009;339:b2651  
 Disponible en [http://www.bmj.com/cgi/content/abstract/339/jul02\\_3/b2651](http://www.bmj.com/cgi/content/abstract/339/jul02_3/b2651)
30. SESPAS. Documento de consenso sobre la gripe.  
 Disponible en <http://www.sespas.es/>
31. Smith GJ, Vijaykrishna D, Bahl J, Lycett SJ, Worobey M, Pybus OG, Ma SK, Cheung CL, Raghwani J, Bhatt S, Peiris JS, Guan Y, Rambaut A. Origins and evolutionary genomics of the 2009 swine-origin H1N1 influenza A epidemic. *Nature* 2009 Jun 25;459(7250):1122-5.



32. Steege AL, Baron S, Davis S, Torres-Kilgore J, Sweeney MH. Pandemic influenza and farmworkers: the effects of employment, social, and economic factors. *Am J Public Health*. 2009 Oct;99 Suppl 2:S308-15.
33. Thacker E, Janke B. Swine influenza virus: zoonotic potential and vaccination strategies for the control of avian and swine influenzas. *J Infect Dis*. 2008 Feb 15;197 Suppl 1:S19-24.
34. Vaccine safety: informing the misinformed. *Leading Edge. The Lancet Infectious Diseases*. Vol 9. December 2009-12-13.
35. Van den Bulck J, Custers K. Television exposure is related to fear of avian flu, an Ecological Study across 23 member states of the European Union. *Eur J Public Health*. 2009 Aug;19(4):370-4
36. WHO. Pandemic Influenza Preparedness and Response. April 2009.
37. WHO. Fact Sheet: top ten causes of death. Nov 2008
38. WHO. Global influenza preparedness plan: The role of WHO and recommendations for national measures before and during pandemics. 2005.
39. Zimmer SM, Burke DS. Historical perspective--Emergence of influenza A (H1N1) viruses. *N Engl J Med*. 2009 Jul 16;361(3):279-85. Epub 2009 Jun 29.