

H1N1: Riesgo, biopolíticas y crisis del Estado-nación

(H1N1: Risk, biopolitics and Crisis of Nation-State)

MONCUSÍ FERRE, Albert¹; RUIZ TORRES, Miquel Àngel²
Univ. de Valencia. Dpt. de Sociología i Antropología Social.
Edifici Departamental Occidental. Av. Tarongers, s/n.
46022 València
1 moncusi@uv.es; 2 miquel.ruiz@uv.es

Esta comunicación se basa en los resultados de un análisis de la prensa del Estado español acerca de la información sobre la reciente epidemia de Gripe A para reflexionar sobre algunas consecuencias del proceso de globalización y, más específicamente, sobre la percepción social del riesgo y su gestión, en la era de la globalización.

Palabras Clave: Riesgo. Epidemia. Globalización. Prensa digital. Foros. Estado. Ciencia. Política. Desigualdad.

Komunikazio hau Espainiako prentsak A gripearen epidemiaren inguruan emaniko informazioaren azterketan dago oinarrituta. Hortik abiatuta, globalizazio prozesuaren ondorio jakin batzuei buruzko hausnarketa egingo dugu, eta zehazkiago, gizarteak arriskuari buruz duen pertzepzioaz eta horren kudeaketaz.

Giltza-Hitzak: Arriskua. Epidemia. Globalizazioa. Prentsa digitala. Foroak. Estatua. Zientzia. Politika. Berdintasun eza.

Cette communication est fondée sur les résultats tirés d'une analyse de la presse de l'État espagnol au sujet de l'information sur la récente épidémie de Grippe A afin de réfléchir sur certaines conséquences du processus de mondialisation et, plus précisément, sur la perception sociale du risque et de sa gestion, en pleine période de mondialisation.

Mots Clés: Risque. Epidémie. Mondialisation. Presse numérique. Forums. État. Science. Politique. Inégalité.

1. INTRODUCCIÓN

El pasado mes de junio, la OMS decretó el estado de Pandemia a causa de una variante de gripe que se había extendido por diversos países. Los casos habían ido apareciendo en la prensa desde que, hacia el 24 de abril, se difundiera una alerta que situaba el inicio en México. Ciudadanos de todo el mundo han seguido los acontecimientos a través de unos *mass media* que han transmitido un persistente sentimiento de incertidumbre. Sus expectativas sobre el bienestar y protección que les pueden brindar Estados y organismos internacionales se han visto minadas por la amenaza.

El caso muestra algunas consecuencias culturales y políticas del proceso de globalización. Primero, ejemplifica la erosión a la que se ven sometidos los Estados como órganos de gestión y decisión, aunque también se hace patente que, a pesar de esas dificultades, los Estados-nación siguen vigentes como referente cultural y espacios de soberanía. En segundo lugar, los *media* han amplificado la noticia, alentando, entre otras cosas, visiones apocalípticas. Finalmente, en tercer lugar, la proliferación de disposiciones normativas de control y seguridad estatales e internacionales y el desarrollo de avances científicos no sólo no logran silenciar la amenaza, sino que contribuyen a concretarla. Esta comunicación, basada en los resultados de un análisis de prensa del Estado español y México¹ acerca de la información sobre la epidemia de Gripe A, se propone discutir esos tres aspectos sobre la percepción social del riesgo y de su gestión en la era de la globalización.

2. RIESGO: GESTIÓN Y PERCEPCIÓN EN LA ERA DE LA GLOBALIZACIÓN

En la sociedad de la segunda modernidad o modernidad avanzada la percepción del riesgo se intensifica, tanto como consecuencia de agentes que intervienen de manera casual como por aquellos que lo hacen intencionalmente. En el caso que nos ocupa se trata de una crisis de salud pública, de la percepción de la amenaza a la salud pública, o al menos una crisis de las instituciones encargadas de la vigilancia mundial (y estatal) en cuestiones sanitarias. Esta crisis ha sido aumentada, si cabe, por la probabilidad de que la intervención humana mediante la vacunación preventiva provoque una sobre-reacción como política pública de los Estados y de la OMS. Ello podría desembocar en medidas taxativas por parte de los Estados, tales como la vacunación obligatoria, así como también en un rechazo de la población a ser intervenida por las biopolíticas del Estado. Se trataría de una especie de resistencia civil, al modo como la que propuso en su día en España la monja benedictina Teresa Forcades, con un vídeo en la Red que, durante la alerta sanitaria, fue de los más vistos en Youtube².

Hay agentes, decíamos que intervienen de manera casual, pero casualidad no quiere decir inconsciencia ni inocencia. Se trataría, en este caso, de cómo el pro-

1. Concretamente, han sido consultados los diarios españoles "El Mundo", "El País" y "El Economista", y de México, "La Jornada", "Reforma" y "El Economista". La recolección se ha realizado a través de la base de datos Factiva y se ha centrado en los meses de abril y mayo, septiembre y octubre de 2009, para dar cuenta del momento en que saltó la alarma y de la situación más reciente.

2. Véase el vídeo en http://www.youtube.com/watch?v=PVr_ot4aJLk y vídeos sucesivos.

pio paradigma científico expande las opciones ante los peligros percibidos pero, al mismo tiempo, introduce nuevos riesgos, o al menos la percepción de mayores amenazas, que es en definitiva de lo que se trata el riesgo. Los otros agentes, los que intervienen de manera intencional, ya encajan de lleno dentro de las teorías de la conspiración y todo su entramado de consecuencia lógicas. Ciertos grupos de intereses, presumiblemente industrias farmacéuticas, querrían propagar una enfermedad para después vender su cura y enriquecerse, eso en el mejor de los casos; o en el peor, y como parte de una confabulación mundial de alcance insospechado, para reducir la excesiva población del planeta. En ambos casos de intervención, la casual como la intencional, o una combinación de ambas, todo parte de un riesgo conocido ya desde hace mucho (contagio por enfermedad) que es aliñado con los riesgos inherentes a una intervención humana altamente cualificada (Beck, 1996).

Una de las características más específicas de nuestra fase de modernidad avanzada es su reflexividad: una conciencia exacerbada de la propia sociedad sobre sí misma, o más exactamente, de los ciudadanos sobre sus instituciones y los procesos sociopolíticos que se desenvuelven más o menos defectuosamente. Se trata de una reflexividad que desata una crítica sobre la propia sociedad y, especialmente, de aquellos agentes responsables de “algo”. Una crítica que se convierte en cuestionamiento radical de sus dinámicas, sus intereses, sus habitantes, etc. Todo parte de la paulatina conciencia de las amenazas que la sociedad industrial suponía para la humanidad de la modernidad europea y de la posmodernidad globalizada. Unas amenazas que, paradójicamente, eran en su mayoría canceladas o al menos contrarrestadas por el propio desarrollo científico e industrial (medicamentos, mejores condiciones de vivienda, etc.). Semejante paradoja ha conformado un mundo, como ha sugerido Bauman (2005), constitutivamente ambivalente: coexisten el orden y el caos, el progreso y la amenaza de aniquilación.

Pero dentro de estas ambivalencias destaca uno de los más notorios fracasos propios de la Modernidad avanzada: a pesar de que las autoridades siguen adoptando medidas de control biopolítico (obligatoriedad de vacunación, control de fronteras, mascarillas...) el Estado no tiene éxito en su esfuerzo por controlarlo todo, especialmente si lo que trata de controlar es invisible a la observación directa (como los virus) o incomprensible para el lenguaje común (como factores o probabilidades de mortalidad de una pandemia). En este contexto, la red de expertos, respaldada por el mercado de consumo, “se convierte en el escenario donde los individuos deben encarar solos el problema de la ambivalencia” (Bauman, 2005: 38); en otras palabras, afrontar el riesgo se convierte en una cuestión hamletiana que sólo la propia conciencia individual puede acarrear; la pregunta clave aquí en términos sociológicos es quién decide si debe tenerse en cuenta un riesgo o no (Luhmann, 1996); es decir, si Hamlet y sus dilemas, si Hobbes y su Leviatán, o Bentham y su panóptico.

Los riesgos, como ya ha repetido en muchas ocasiones Ulrich Beck, no son catástrofes reales, sino amenazas de catástrofes, pero solo tienen existencia en la cabeza de las personas y en las instituciones que ponen a funcionar para evitarlos. Los riesgos, en este sentido, se concretan no por los daños (porque entonces ya son catástrofes) sino por controles que los objetivan y los dotan de realidad. En este contexto, los medios de comunicación de masas tienen un claro papel de amplificador

de la percepción del riesgo, al advertir, denunciar, poner en guardia y estresar a la población con amenazas que se multiplican por doquier.

Frente a una amenaza de pandemia por un virus, el Estado es muchas veces impotente: superado por una infección invisible, transmitida casi junto con los rumores que levanta, supera las fronteras con una facilidad pasmosa a través de objetos, personas, animales y el aire, casi como la facilidad que tiene la comunicación de saltarse los límites de la soberanía nacional. En este sentido, podríamos afirmar que el virus H1N1 (o cualquier otra infección) es un riesgo propio e inherente de la comunicación humana, ya que tiene la mala costumbre de, además de ser invisible a simple vista, escoger como vectores de transmisión los gestos cotidianos de comunicación entre personas (los besos, los abrazos, el darse la mano, actos que devienen riesgos en sí mismos, y son, como en el caso del México de las primeras semanas de la pandemia, “recomendados” absurdamente por el Estado no llevarse a cabo).

Aun así, los Estados siguen empeñados en responsabilizarse de los riesgos y en intentar minimizarlos, hasta el grado de llegar a crearse una jerarquía de responsabilidades en función de las capacidades, la riqueza y el poderío institucional de cada Estado. Estados con distinto poder tienen atribuida socialmente distinta responsabilidad, por lo que los países “ricos” se ven obligados a comprar vacunas y hacer donaciones a otros para prevenir el riesgo global de pandemia. Y esto es precisamente lo que se espera de ellos.

3. LA GRIPE A O LA HUMANIDAD A LAS PUERTAS DEL APOCALIPSIS

El Apocalipsis se ha convertido en algo trivial, tan familiar, que es como un contrafáctico de la vida cotidiana (GIDDENS, 1993: 161)

En la modernidad avanzada, multiplicidad de acontecimientos y circunstancias se difunden por todo el mundo a través de medios de comunicación que se hacen eco de ellos. El nivel de interconexión planetaria al que se llega es tal que las personas pueden sentir cercano un riesgo que se localice originalmente a miles de kilómetros. Los medios de comunicación de masas actúan como altavoces que amplifican el riesgo. Giddens (1993) destacó en su momento que catástrofes ecológicas, conflictos militares a gran escala, colapso de los mecanismos de crecimiento económico o crecimiento del poder totalitario son espadas de Damocles que parecen ceñirse sobre la humanidad. Cuando surgen asuntos relativos a alguno de estos capítulos, parece que nuestro futuro corre serio riesgo de teñirse de oscuro. El caso que nos ocupa, aparentemente no entra en ninguno de estos cuatro bloques, puesto que se trata de un asunto tan cotidiano como el catarro o la gripe. Sin embargo, el nivel de alarma patente en la prensa que hemos consultado sugiere que no se halla del todo lejos. La secuencia de acontecimientos, discursos y reacciones muestra al menos dos líneas argumentales distintas: la de la enfermedad real y la de un sistema institucional cuya salud es puesta en tela de juicio por una mirada reflexiva.

Las primeras noticias surgidas en México reportan un aumento inusitado de casos de gripe estacional en el país. El 18 de abril, por ejemplo, el diario “La Jornada” indicaba que las autoridades de salud habían advertido que la enfermedad se había

intensificado “en su curva epidémica”, prolongándose su tiempo de transmisión de invierno a primavera”. Esas mismas autoridades indicaban que algo parecido había sucedido en otros países como Estados Unidos y Canadá en los que el brote ya parecía remitir. En la misma noticia se mostraba que no estaba claro si era un virus A o B el causante de la enfermedad. Ese mismo día, el diario Reforma indicaba que se trataba de un subtipo del virus B. Cuatro días después (22 de abril), informaba de que eran 5 los muertos por “influenza” en el DF. El periódico presentaba datos seriadados que parecían indicar que podría haber una cifra récord de decesos, con un aumento de un 300% en relación al mismo período de 2008. Asimismo, indicaba que la Secretaría de Salud estaba agotando las vacunas de gripe y solicitaba más a laboratorios. Según el presidente de la Sociedad Mexicana de Salud Pública, el inusual volumen de defunciones podía deberse a que las vacunas existentes no cubrían el virus. La enfermedad real entraba en escena vestida de gripe cotidiana venida a más. Algo que no habría sido noticia en condiciones normales, lo era por el alcance de las cifras.

Los acontecimientos se suceden en la prensa, en los doce días que van del 18 al 30 de abril. El 23 de abril se produce un primer giro hacia la definición de un riesgo desconocido. El diario Reforma empieza a proyectar una sombra de sospecha sobre la posibilidad de que el asunto revista mayor seriedad de la aparente. Explica que en el Hospital Rubén Leñero se tomaron medidas como repartir mascarillas entre los visitantes, prohibir el acceso a embarazadas y cancelar las prácticas de estudiantes. Según el personal de enfermería y laboratorio del centro, había tres pacientes contagiados, dos en aislamiento y un varón de 27 años había fallecido unos días antes. No obstante, el diario indicaba que la Secretaría de Salud de la capital (SSA) negó todos los casos. En la misma edición, el periódico destacaba que en ese mismo día “aumentan muertes por la influenza”, una tercera parte de las cuales se produjo entre personas de 5 a 45 años, algo inusual. Al alcance de las cifras, se sumaba así la muerte de personas que en condiciones normales no deberían perecer y las dudas sobre la gestión pública de la crisis. En la misma edición, Reforma expresaba de este modo sus dudas sobre la gestión de la crisis:

Las cifras manejadas por los funcionarios de Salud varían de un día a otro, de un momento a otro, y ni ellos mismos tienen la certeza de cuánta gente está en cama por este mal, cuántos han muerto y cuántos más están en riesgo (Reforma, 23/4/09).

El aumento de la cifra de afectados parecía inabarcable, puesto que ni tan siquiera aquellos que debían disponer de datos y facilitarlos no lo hacían. En los días siguientes se van sucediendo noticias sobre decesos que se combinan con otras referentes a medidas de urgencia. Por ejemplo, en la edición del 24 de abril, “La Jornada” titulaba una noticia como “El virus, altamente contagioso” y, en el cuerpo de la misma, indicaba “Paran clases en DF y Edomex por la epidemia de influenza”. El carácter de epidemia, que empieza a aparecer en los medios mexicanos el 23 de abril, es oficializado por el Estado un día después. Reforma (24/4/09) indica que la SSA anuncia que se trata de la epidemia de un nuevo virus. Se destaca que el anuncio se produce “¡a las 11:00 de la noche!” A la enfermedad real –denominada en la prensa gripe porcina desde el día 25 de abril– parece añadirse una afección del sistema institucional, evidenciada por una actitud de sospecha para con el poder público muy extendida entre la población y los medios mexicanos.

El 25 de abril, Reforma publicaba unas manifestaciones del Secretario de Salud, José Ángel Córdova, explicando que el virus era muy contagioso, potencialmente mortal, que tenía propiedades pandémicas y que no existía vacuna alguna para prevenir su irrupción. El mismo periódico se ocupaba de añadir argumentos que ponían en duda la intervención institucional, cuando publicaba una noticia con el titular “Tardan dos semanas en declarar alerta” y en las que se hacía eco de unas declaraciones en las que el responsable de la SSA decía que

Es la colita de la epidemia que nos está afectando a nosotros (...). Sí, esto es una epidemia de influenza por un virus porcino. Punto. No es pandemia, es una epidemia que es por un virus nuevo y por eso es una epidemia (Reforma, 25/4/09).

Por si fuera poco, el periódico añadía que Córdova había anunciado en un mensaje televisado que se acondicionarían «unidades hospitalarias específicas» para atender a los pacientes con síntomas que pudieran presentar riesgo de contagio. Sin embargo, se explicaba que:

Aquí, en el Hospital General (...) «la unidad hospitalaria específica» reunía al tío fumador de Isabel, al esposo desahuciado de Karina, a la hija con daño cerebral de Dinora. Y a su nuevo compañero, un hombre que podría tener ese virus raro y -hasta ahora- desconocido que ha matado oficialmente a 20 personas y que puede contagiarse apenas con un estornudo, un beso o un apretón de manos (Reforma, 25/4/09).

La oposición política tomaba cartas en el asunto. En su edición del 26 de abril, la Jornada publicaba que una senadora del PRI acusaba al gobierno de que “esté sobredimensionando el problema real del brote de influenza para sacar ventajas en la próxima contienda electoral”. Con todo, no estaba claro si se estaba sobredimensionando el problema o todo lo contrario. Por ejemplo, véase este fragmento de un artículo de Reforma:

¿A quién le creemos? ¿Al secretario de Salud, que nos dice que la epidemia de influenza está bajo control y que se están aplicando medidas de simple precaución? ¿O a los inspectores que se presentaron este fin de semana en restaurantes con clientes adentro y los amenazaron con clausurarlos definitivamente si no cerraban en ese momento y hasta el 6 de mayo? ¿A las autoridades que nos dicen que hay una veintena de casos de muertes comprobadas de la epidemia de influenza y unas 80 en total que podrían estar relacionadas? ¿O a la funcionaria del ISSSTE que me decía el viernes que sólo en esta institución se registraron 194 decesos en las últimas dos semanas por «pneumonía» por lo que el número real de fallecimientos debe ser mucho mayor? (Reforma 27/4/09).

Las sospechas sobre malas prácticas en la gestión política de la epidemia todavía resultaron más evidentes cuando desde la prensa se empezó a preguntar cuál podía ser el origen de ésta. El 27 de abril, Reforma informaba que la empresa norteamericana de biovigilancia Veratect había advertido a la OMS de la existencia de un fuerte foco infeccioso en la población de La Gloria (en Perote, Veracruz), cuyo origen era, presumiblemente, una granja porcina. El 60% de la población había presentado “un cuadro extraordinario de gripe y neumonía” y “400 de sus 3 mil habitantes” habían sido atendidos por los servicios médicos. La OMS habría comunicado el caso a las autoridades mexicanas, sin que éstas hubieran tomado medida alguna. Edgar Enrique Hernández, un niño de cinco años de esa población, fue identificado como el primer afectado por el virus H1N1, aunque no se reconoció oficialmente (Reforma,

29/4/09). El gobierno de la Nación habría ocultado la información o la habría ignorado. Y no sólo eso, sino que cuando la daba tampoco siempre lo hacía de forma precisa. Por ejemplo, José Ángel Córdova, quien, según la Jornada:

No pudo explicar con claridad por qué el número de muertes confirmadas por este virus había disminuido de 20 a siete y, por momentos, reconoció ante la prensa nacional que no contaba con más información, tras buscar entre un cúmulo de papeles que llevaba consigo (La Jornada, 30/4/09).

El Diario El Mundo explicaba que el mismo responsable de salud:

Confirmó que muchas de las muertes de las últimas semanas fueron diagnosticadas «erróneamente como neumonías atípicas». El pánico se apoderó entonces de una ciudad que parece convivir periódicamente con la Apocalipsis (El Mundo, 26/4/09).

También desde España, otro periódico se hacía eco así de la desconfianza de los Mexicanos hacia su gobierno:

Por la sospecha de que ocultó información al principio de la crisis; la certeza de que sus primeras víctimas fueron tratadas tardíamente, dada la precariedad de su sistema sanitario; y por el espectacular efecto de la recomendación presidencial a los ciudadanos de recluirse durante cinco días en sus hogares (El País, 1/05/09).

En realidad, antes que decir si hubo pocas o demasiadas medidas, más bien podemos sugerir que esas mismas acciones de control (o, mejor dicho, su anuncio y crónica desde los medios) contribuían a concretar el riesgo. La enfermedad podía proceder de compartir alimentos u objetos o de apretones de manos, besos, efectuados en lugares concurridos o espacios compartidos o acaso de lavarse las manos mal, estornudar al aire o utilizar un pañuelo de tela. La vida cotidiana se veía truncada por los controles y la sospecha se ceñía sobre los contactos interpersonales. Dado que estos son fundamentales para la vida social, el DF se paralizó (El País, 26/4/09). El gobierno sacó a los militares a la calle para repartir mascarillas y montó dispositivos especiales en estaciones y aeropuertos, entre otros (Reforma, 25/4/09).

Algunas de las recomendaciones se extendieron a otros países y en algún caso se llegó a un nivel de control parecido. Por ejemplo, en Massachussets se aprobó la ley 2028 que entregaba al gobernador del Estado poderes especiales en caso de emergencia sanitaria. Entre ellos se encontraba el arresto forzoso sin orden judicial de las personas sospechosas de haber contraído el virus y la vacunación obligatoria so pena de cuarentena obligatoria. La misma ley protegía a policía, ejército y cuerpo médico contra posibles acciones legales de los ciudadanos e imponía multas a quien se negara a seguir órdenes. La ley quedó pendiente de ratificar por el Congreso que ya había decidido declarar el estado de emergencia sanitaria que, entre otras cosas, autoriza la legalización de medicamentos experimentales, impulsa la financiación de estudios en asociación con empresas farmacéuticas para acelerar la fabricación de vacunas y exime a esas mismas empresas de responsabilidad civil o penal en caso de que algunos medicamentos no hayan seguido los procedimientos de seguridad pertinentes (El País, 28/8/09).

Una enfermedad desconocida, combinada con una gestión pública desconcertante y la acumulación de vistosas medidas de control son un cóctel perfecto para

la multiplicación del riesgo y su consumación en forma de crisis³. A los pocos días de empezar a aparecer noticias, la percepción de riesgo por parte de la población era, a juzgar por la propia prensa, evidente. Se decía, por ejemplo, que la población empezaba a saturar hospitales, aún sin padecer síntomas graves. Una recepcionista del área de urgencias del Hospital General Regional número 1 sostenía que la gente estaba “sugestionada”, que el volumen de pacientes atendidos había aumentado sobre un 40% y que se trataba de personas que llegaban “por cualquier cosa, por un dolor de cabeza, hasta por irritación en la garganta». Por su parte los fabricantes de fármacos anunciaban que estaban “listos para proveer millones de dosis y trabajar en una vacuna” (Reforma, 27/4/09). Pese a que el gobierno anunciaba que la mayor parte de pacientes recibían el alta, la preocupación persistía. El rotativo *El Economista* (27/4/09) recordaba a sus lectores que todas las medidas tomadas hasta el momento quizá fueran insuficientes, ya que:

De acuerdo con informes médicos, el virus se refleja en síntomas después de varios días de incubación, lo que significa que puede haber muchos portadores asintomáticos transitando de un lugar a otro. Por ello, los gobiernos de la capital y del Estado de México pondrán particular atención en las medidas preventivas que deberán aplicarse en todo el transporte público. Si bien es cierto que la alerta decretada el jueves por la noche redujo las actividades masivas y con ello un porcentaje de la posibilidad del contagio, el inicio de la semana laboral agrava las expectativas de una contaminación mayor (*El Economista*, 27/4/09).

A todos estos elementos sugeridos por las noticias de la prensa mexicana, debemos añadir la entrada en escena de la OMS. Concretamente, el día 25 de abril, Reforma destacaba que dicho organismo convocaría a una reunión de su comité de emergencia sobre regulaciones internacionales de salud. Entre los asuntos a tratar podría encontrarse el cambio en el nivel de alerta pandémica. La directora general del ente, Margaret Chan:

Volaba de vuelta desde Washington a Ginebra para las discusiones de emergencia, que conectarán a autoridades de salud pública con expertos en varios lugares del mundo, en una reunión virtual (*Reforma*, 24/4/09).

El 26 de abril se producía la reunión cuyo resultado se relataba como sigue, en Reforma:

Tras examinar los datos disponibles acerca de la situación actual, los miembros del comité identificaron una serie de lagunas en los conocimientos actuales sobre las características clínicas, epidemiológicas y virológicas de los casos notificados y sobre las respuestas apropiadas», señaló la OMS en un comunicado. «No obstante, el comité acordó que la situación actual constituye una emergencia de salud pública de importancia internacional». La directora de la organización, Margaret Chan, recomendó a todos los países intensificar la vigilancia de brotes inusuales de síndromes gripales y neumonía grave (*Reforma*, 26/4/09).

El asunto trascendía, pues, las fronteras de un país cuya población ya por entonces estaba leyendo en los periódicos que se cerraban universidades, bibliotecas y recintos culturales (primero del DF, después de otras zonas), se suspendían eventos

3. Así lo han mostrado, por ejemplo, Contreras y Gracia (2005) para el caso de la crisis de las “vacas locas”.

culturales y deportivos y la gente empezaba a usar mascarillas por las calles, un producto que se decía se había agotado en muchas farmacias. El 29 de abril, la OMS la directora general del organismo, Margaret Chan, comunicó que la alerta global aumentaba de la fase 4 a la 5, en una escala cuyo máximo nivel es 6, como resultado de la confirmación de casos de contagio de persona a persona en Estados Unidos:

Pedimos a todos tomar la decisión con seriedad porque el virus tiene capacidad de expandirse en cualquier país del mundo», expresó en rueda de prensa en Ginebra. Insistió en que toda la humanidad está en peligro, aunque reconoció que los científicos aún no saben cómo evolucionará el virus, a qué países golpeará ni cómo se propagará. Pidió a todas las naciones activar sus sistemas antipandémicos y descartó el cierre de fronteras o restricciones al movimiento de personas, mercancías y servicios. Keiji Fukuda, subdirector general interino del Grupo de Seguridad Sanitaria de la OMS, indicó que la amenaza podría estar sólo en su etapa inicial y que, de propagarse, golpearía a las naciones más pobres. Chan reveló, además, que las reservas de la OMS de Tamiflu, uno de los fármacos eficaces en el combate de la cepa H1N1, sólo alcanzan 3.5 millones de dosis y pidió a los fabricantes acelerar su producción (Reforma, 30/4/09).

La cita apunta graves problemas en países en vías de desarrollo, carencia de medicamentos y la cautela en las medidas a tomar. Se esperaba que el virus “golpeará” a países y se propagara. El comunicado oficial de la OMS, fechado el 29 de abril, no dejaba lugar a dudas sobre lo preocupante del caso, a pesar de abrirse con un discurso optimista por los avances tecnológicos, científicos y las medidas adoptadas en distintos países. Vaya como muestra el siguiente fragmento:

Las enfermedades nuevas se conocen mal. Es notorio que los virus de la gripe mutan rápidamente y se comportan de forma impredecible. La OMS y las autoridades sanitarias de los países afectados no tendrán todas las respuestas inmediatamente, pero las obtendremos (...). Todos los países deberían activar de inmediato sus planes de preparación para una pandemia. Los países deberían mantenerse en alerta ante posibles brotes inusuales de síndromes gripales y de neumonías graves (...). El paso a una fase superior de la alerta es una señal a los gobiernos, los ministerios de salud y a otros ministerios, al sector farmacéutico y al mundo empresarial de que ahora se deberían adoptar determinadas medidas de forma cada vez más urgente, y a un ritmo acelerado. Me he puesto en contacto con países donantes, con el UNITAID, la alianza GAVI, el Banco Mundial y otras instancias para movilizar recursos. Me he puesto en contacto con empresas fabricantes de medicamentos antivirales para evaluar la capacidad y todas las opciones para aumentar la producción. También me he puesto en contacto con fabricantes de vacunas que pueden contribuir a la producción de una vacuna contra la pandemia (...). Es posible que las manifestaciones clínicas de la enfermedad abarquen desde las afecciones leves hasta los casos graves. Hemos de seguir vigilando la evolución de la situación (...). La gripe puede causar afecciones leves en los países ricos y enfermedades más graves, con una elevada mortalidad, en los países en desarrollo (...). Ante todo, es una oportunidad para la solidaridad mundial en la búsqueda de respuestas y soluciones que beneficien a todos los países, a la humanidad entera. Ciertamente, es la humanidad entera lo que está amenazado durante una pandemia. Como he dicho, ahora mismo no tenemos todas las respuestas, pero las obtendremos (http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_20090429/es/index.html).

Es especialmente destacable la frase “es la humanidad entera lo que está amenazado durante una pandemia”. El rotativo La Jornada transmitió muy gráficamente,

unos días después, el temor de que lo que parecía un problema únicamente de México acabara teniendo dimensiones globales:

Así como la crisis financiera global ha inspirado incontables comparaciones con la gran depresión de la década de 1930, el pánico por la influenza humana ha generado evocaciones de las grandes pandemias del pasado, como el brote de influenza española que según cálculos dio muerte a 50 millones de personas en 1918-19. ¿Podría ocurrir de nuevo algo así? Por desgracia, la mayoría de los expertos han advertido que otra pandemia global es inevitable (La Jornada, 5/5/09).

El día 11 de junio, la OMS declaraba el máximo nivel de alerta pandémica, nivel 6, con un comunicado con numerosos argumentos destacables: 1) Destacaba la cantidad de casos y su extensión, citando la notificación de 30000 casos en 74 países, muchos de los cuales eran los que disponían “de procedimientos adecuados de vigilancia y detección”; 2) Indicaba que “en varios países ya no se puede seguir el rastro de la propagación según cadenas bien definidas de transmisión de persona a persona”, lo que fundamentaba una propagación que se consideraba “inevitable”; 3) Justificaba el aumento de nivel de alerta por la consulta a expertos y en base al Reglamento Sanitario Internacional; 4) Mostraba optimismo por la prontitud en la detección de la pandemia, por el hecho de poder observarla “tan de cerca” y “en tiempo real” y porque “el mundo” podía “cosechar los beneficios de las inversiones que ha realizado durante los últimos cinco años preparándose para la pandemia⁴”; 5) Subrayaba que las medidas públicas generaban mayor “demanda de asesoramiento y garantías”, cuando “en realidad disponemos de pocos datos y la incertidumbre científica es considerable”; 6) Explicaba que se había obtenido “una primera instantánea” de la propagación del virus y de su potencial grado de morbilidad, aunque a renglón seguido recordaba que esa instantánea podía cambiar rápidamente. La razón era que “es el virus quien dicta las reglas, y este, como todos los virus de la gripe, puede cambiarlas en cualquier momento, sin ton ni son”; 7) Decía que se trata de un virus de gravedad variable según múltiples factores y en distintos países pero que se sabía que una parte de los afectados eran gente más joven que la que solía padecer el virus estacional y que no solía incluirse en sus grupos de riesgo 8) Relataba que la mayoría de “las infecciones graves y mortales” se habían dado entre personas que, en muchos casos “pero no todos”, ya sufrían alguna afección crónica; 9) Acababa aportando una última indicación que consideraba “lo más preocupante” y que consistía en el desconocimiento por cómo se comportaría un virus cuya detección e investigación se ha producido “en países relativamente ricos”, “en las condiciones que suelen imperar en el mundo en desarrollo” (elevada mortalidad materna, gran incidencia de enfermedades crónicas, mala atención en salud y prevalencia “de otros problemas médicos”); 10) Señalaba que el contagio era mucho más rápido que “en el siglo pasado” o “incluso en épocas en las que la mayoría de los viajes internacionales se hacían en barco o en tren” y que se podían producir varias oleadas pandémicas; 11) Recomendaba “limitar las pruebas e investigaciones de los pacientes, puesto que consumen muchos recursos y pueden agotar muy rápidamente las capacidades”; 12) Anunciaba que, después de “un estrecho diálogo con los fabricantes

4. Con motivo de la gripe aviar, la OMS había publicado en marzo de 2005 el “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 publicado”, que actualizó con motivo de la nueva pandemia.

de vacunas contra la gripe”, pronto estaría disponible una vacuna “antipandémica”; 13) Subrayaba “la susceptibilidad casi universal de la población humana a la infección”; y 14) Terminaba con un mensaje de ánimo: “todos estamos juntos en esto. Y todos juntos lo superaremos”.

El aumento de nivel supuso un paso más en la alarma de la población y el mensaje en el que se anunciaba contenía aspectos que parecían alentar la sensación de riesgo. La propagación se aseguraba, ante un virus altamente contagioso del que se decía que dictaba las reglas. Un ente que no parecía estar marcando una vía favorable, dada la información disponible; y no sólo eso, sino que afectaba a “países ricos”. Su comportamiento imprevisto y todas sus consecuencias (sobre todo para países “en desarrollo”⁵), podía ser observados de cerca y en tiempo real, pero parece que poco más se podía hacer, dado el desconocimiento del virus y la incertidumbre científica existente. A pesar de que pronto existiría una vacuna antipandémica, se explicitaba la limitación de los recursos sanitarios y científicos, que sin duda sería especialmente acuciante para algunos países.

La declaración de nivel 6 de pandemia, según las directrices de la OMS⁶, indica que el virus se transmite de persona a persona en brotes comunitarios dentro, al menos, de países de regiones distintas de la OMS. Esta fase significa que se acerca una “pandemia global”. Los Estados-nación pueden tratar de adoptar medidas preventivas, pero será imposible que logren controlar sus fronteras. Antes de la declaración del nivel 6, sin embargo, sí intentaron hacerlo. Algunos países, por ejemplo, suspendieron vuelos a y desde México. Fue el caso de Perú y Argentina (Reforma, 30/4/09), otros, como Ecuador, declararon el estado de excepción y otros países como Francia propusieron sin éxito que la UE anulara todos los vuelos que conectaban el Viejo Continente con México. En éste último caso sí se produjo una declaración de la comisaria de Sanidad recomendando evitar los viajes a México y Estados Unidos (El País, 1/05/09). Antes incluso de declarar el nivel 6 de alerta, la propia OMS publicó una declaración en la que no recomendaba que se impusieran restricciones a los viajes a causa del “brote de virus gripal A(H1N1)”. Los argumentos combinaban la llamada a la calma con la responsabilización de los propios viajeros ante posibles contagios que, de algún modo, se indicaba que eran posibles a pesar de la recomendación explícita:

Limitar los viajes e imponer restricciones a los viajes tendría un efecto muy pequeño en la detención de la propagación del virus, pero sería muy perturbador para la comunidad mundial. Las investigaciones científicas basadas en modelizaciones matemáticas indican que la restricción de los viajes tendría un efecto escaso o nulo en la propagación de la enfermedad. Los registros históricos de pandemias de gripe precedentes, así como la experiencia adquirida con el SRAS⁷, validan esa opinión. Los

5. El temor de la OMS se ha concretado meses más tarde, cuando ha hecho público que calcula que hasta 85 países no podrán acceder a las vacunas contra la nueva gripe, lo que ha obligado a solicitar un fondo con donaciones de países más ricos que disponen de fábricas (por ejemplo Francia, Estados Unidos y Reino Unido) (El País, 30/9/09).

6. En el “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 publicado” (OMS, 2005) se especifica en qué consiste cada nivel de alerta.

7. Síndrome Respiratorio Agudo Severo.

viajeros se pueden proteger a sí mismos y pueden proteger a los demás siguiendo una serie de recomendaciones sencillas relativas a los viajes, encaminadas a prevenir la propagación de la infección. Las personas enfermas deberían aplazar los viajes previstos, y los viajeros de regreso a su lugar de origen que enfermen deberían recibir la necesaria atención médica. Estas recomendaciones son medidas prudentes que pueden limitar la propagación de muchas enfermedades transmisibles, no sólo la de la gripe por A (H1N1).

(http://www.who.int/csr/disease/swineflu/guidance/public_health/travel_advice/es/index.html)

De hecho, cuando no se cancelaron vuelos se extendieron medidas como el uso de mascarillas, difusión de hojas informativas con recomendaciones, formularios en los que los pasajeros certificaban que no sufrían síntomas de gripe o mensajes por megafonía (El Economista [España], 27/94/09). El diario español El Mundo, por ejemplo, presentaba la siguiente descripción muy gráfica:

Según la agencia Servimedia, a las 15.30 horas, varios sanitarios accedieron al vuelo IB 6402 con guantes de látex y mascarillas y repartieron entre los pasajeros un cuestionario de tipo identificativo para que Sanidad pudiera contactar con ellos en los próximos días. Cuando los viajeros llegaron al control de pasaportes de la T4 de Barajas, se colocaron las mascarillas que las autoridades mexicanas les habían repartido antes de subir al avión. La policía española separó a los pasajeros de ese vuelo del resto de personas que estaba en la zona de control de pasaportes, lo que provocó algunos altercados, según la misma agencia (...). Desde el viernes, un equipo de médicos trabaja en el aeropuerto de Barajas reuniendo datos personales de los viajeros, y agentes de la Guardia Civil y de la Policía Nacional controlan los vuelos procedentes de México y de EEUU con guantes y mascarillas ante un hipotético contagio (El Mundo, 27/4/09).

Además de la propia España, Canadá, Nueva Zelanda o Colombia se hallaban entre los países que ya esos primeros días tomaron medidas ante posibles contagios a través de los viajes aéreos. Unas medidas que algunos rotativos parecían anunciar de cara a un futuro poco prometedor:

La guía política en casos de riesgo es sencilla, y debe respetarse casi a rajatabla. El primer criterio es que la OMS establezca nuevas alertas de gravedad o extensión de la gripe, en cuyo caso, y sólo en él, sería necesario tomar medidas más drásticas, como la limitación o la supresión de vuelos. Es necesario, además, que los casos posibles de gripe porcina, manifiestos en los síntomas, sean tratados de forma aislada, separados del resto de los pacientes. Y, por supuesto, el Gobierno tiene que mantener un contacto organizado con las comunidades autónomas. Una gestión ordenada de estos protocolos basta para garantizar la salud de los ciudadanos y evitar el riesgo de histeria (El País, 27/4/09).

Pese a las disposiciones de la OMS, se han seguido produciendo algunos controles. Por ejemplo, La Jornada, en su edición del 30 de septiembre de 2009, publicaba una noticia titulada "Encierran en Ucrania por temor a la gripe porcina a 190 pasajeros procedentes de NY". El temor se desató a causa de una pasajera a quien le dolía la cabeza y que no tenía fiebre. Todos estos casos evidencia que ya antes de que la OMS declarara que la pandemia se podría extender más allá de dos países de una misma región, se había extendido globalmente en poco tiempo como un riesgo percibido por ciudadanos y gobiernos que, una vez más, percibían que las fronteras se veían superadas.

Así, la internacionalización del riesgo vino de la mano de la intervención de la OMS pero también de la alerta desatada en varios países. El 25 de abril, Reforma se hacía eco de noticias sobre el tema aparecidas en Estados Unidos, España y Reino Unido. La BBC, por ejemplo, abrió su portal ese día con “alarma por virus en México”. El Mundo publicaba un artículo titulado “Ciudad de México paralizada por la gripe porcina”. En todos los casos se presentaba el surgimiento de la enfermedad como una emergencia sanitaria. En el caso de Estados Unidos, La Jornada (27/4/09) destacaba que se habían detectado 20 casos de “influenza porcina” en 5 estados y que el director de los centros de control de enfermedades descartó que se tratara de bioterrorismo. A principios de mayo, la epidemia hizo acto de presencia en Asia (El Mundo, 2/5/09). La inseguridad parecía extenderse por diversos países o, por lo menos, eso se podía desprender de algunas noticias. En muchos casos se citaba el contacto con personas procedentes de México, lo que apuntaba al país como origen de la epidemia. Algo que, como se verá, tuvo sus consecuencias económicas y en las medidas de control adoptadas por algunos países.

La internacionalización del caso tuvo dos capítulos aparte. El primero, la explosión de un contenedor con el virus en Suiza (La Jornada, 29/4/09). El segundo capítulo fue la sospecha del posible contagio de Barack Obama. El director del Museo Nacional de Antropología, en el DF –Felipe Solís- fallecía por una afección pulmonar días después de estrechar la mano a Barack Obama, en la visita que éste realizó a la institución. Finalmente la Casa Blanca negó que existiera riesgo para el presidente por contagio de Solís. The Independent contaba, en su edición del día siguiente, que los médicos de la Casa Blanca examinaron al mandatario sin encontrarle síntomas de gripe (Reforma y El País, 26/4/09).

En poco más de una semana, la prensa mexicana muestra un panorama de riesgo acusado por “gripe porcina” o “influenza” que se presenta con las siguientes creenciales: cifras de afectados elevadas pero cuyo monte total no está claro; víctimas entre grupos cuya muerte resulta completamente inesperada; medidas de urgencia en hospitales; intervención de expertos que no podían dar respuesta a todo; gestión pública de la crisis que presentaba alguna opacidad; recursos sanitarios limitados pero empresas privadas que tratan de paliar carencias, extensión de la epidemia por todo el mundo. Y todo fue relatado al detalle y casi en directo por los medios de comunicación.

Pero ahí no acaba el asunto. Al desastre sanitario y la gestión institucional por lo menos dudosa, se añadió la crisis económica. En un artículo de opinión, el escritor Eduardo R. Huchim criticaba la tardía y lenta reacción ante el caso de Veracruz, origen de la cepa, y la sobreacción en la gestión posterior, porque tuvo graves consecuencias en la economía e imagen del país, máxime teniendo en cuenta que finalmente las muertes no habían sido tantas (60):

Como lo ha difundido Enrique Gánem en El explicador (MVS, 102.5) y lo publicó Reforma (05/05/09), tan sólo en EU cada año fallecen 36 mil pacientes a causa de la influenza, y en Europa, mueren 40 mil, pero no se habla ahí de epidemia ni se suspenden actividades económicas (Reforma, 12/5/09).

Todo parecía indicar que, efectivamente, la economía mexicana se había visto perjudicada por la gripe A. Según Reforma (25/4/09), se estimaba que el turismo podría caer un 20% a consecuencia de la alarma y La Jornada (26/4/09) recordaba

las estimaciones realizadas en 2008 por el Banco Mundial, “en el sentido de que una pandemia de influenza significaría la pérdida de unos tres billones de dólares y redundaría en una caída cercana a 5 por ciento del producto interno bruto global”. Un sector especialmente afectado era el de ganadería porcina. Los malos resultados del sector tuvieron mucho que ver con que, a finales de abril, diversos países se plantearan abandonar el nombre “gripe porcina” por las consecuencias económicas que tenía su uso para los productores. Se adoptaron, según los países, nombres como “nueva gripe” (Inglaterra o España), A/H1N1 (Italia) o gripe mexicana (Rep. Checa), aunque en México este último resultaba controvertido, por razones evidentes (Reforma, 30/4/09). La OMS se apuntó al carro de quienes proponían abandonar adjetivar el mal como porcino y propuso el uso del término H1N1 (Reforma, 7/5/09). El día 7 de mayo, en un intento por despejar dudas sobre la posible relación del consumo de cerdo con el desarrollo de la nueva gripe, el organismo lanzaba un comunicado en el que aseguraba que no se tenía constancia de que los virus de la gripe se pudieran transmitir al ser humano por ingestión de carne de cerdo, especialmente si era cocinada. Sin embargo, el siguiente fragmento muestra cierta contradicción inherente al hecho de tener que tomar precauciones frente a un contagio que, ciertamente, no se ha demostrado ni en positivo ni en negativo:

La carne de cerdo y los productos porcinos, si se manejan de conformidad con las prácticas higiénicas adecuadas que recomiendan la OMS, la Comisión del Codex Alimentarius y el OIE, no constituirán un foco de infección. Las autoridades y los consumidores deberían asegurarse de que la carne procedente de cerdos enfermos o encontrados muertos no se procesa ni se destina al consumo humano bajo ninguna circunstancia (http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2009/h1n1_20090430/es/index.html)

Desde México y desde la OMS llegaban señales de que un desastre acechaba a la humanidad. Se presentaba el caso, eso sí, como un Apocalipsis cuya solución estaba todavía en manos de los propios humanos: la vacuna. Y ahí es donde estamos en este momento, iniciando la vacunación no sin que aparezca quien cuestione su pertinencia, mostrando, una vez más, hasta que punto vivimos en una fase de Modernidad reflexiva.

4. CONCLUSIONES

El caso que acabamos de presentar muestra la erosión de los órganos de gestión, decisión y control de los Estados, que acaban dando naturaleza de realidad objetiva a múltiples riesgos que les acechan de dos maneras. En primer lugar, sucede cuando los hechos y las reacciones del Estado son difundidos por los *mas media*. Estos se encargan de extender entre la población la alarma, no sólo por la naturaleza misma de los hechos, sino también porque la propia institución estatal queda en entredicho por la interpretación y el significado que les dan. En segundo lugar, las propias disposiciones normativas de control contribuyen a dar forma a la amenaza y a hacerla plausible.

El cúmulo de sucesos, acciones y omisiones, discursos y silencios que ofrece la prensa contribuye a una alarma que puede ser explicada por un caos o por agentes malintencionados. Dilucidar hasta qué punto la población llega a una u otra interpretación requiere de un análisis que incorpore no sólo a la prensa sino a sus lectores.

Por otra parte, el entorno virtual ofrece un espacio de creación y difusión de opinión e interacción inmediata, ubicua y actualizada ideal para explorar posturas reflexivas sobre casos como el del H1N1. Es la línea a seguir para comprender tanto este caso como los que puedan producirse en el futuro.

5. BIBLIOGRAFÍA

- BAUMAN, Zygmund. *Modernidad y Ambivalencia*, Barcelona, Anthropos, 2005.
- BECK, Ulrich. “Teoría de la sociedad del riesgo”, en Beriain, J. (comp), en *Consecuencias perversas de la modernidad*, Barcelona, Anthropos, 1996, pp. 201-222.
- . *La sociedad del riesgo*, Barcelona, Paidós, 1998.
- . *La sociedad del riesgo global*, Madrid, Siglo XXI, 2006.
- . *La sociedad del riesgo mundial. En busca de la seguridad perdida*, Barcelona, Paidós, 2008.
- CONTRERAS, Jesús; GRACIA, María Isabel. “La construcción social de las incertidumbres alimentarias”, en *Alimentación y Cultura. Perspectivas antropológicas*, Barcelona, Ariel, 2004.
- GIDDENS, Anthony. *Consecuencias de la modernidad*, Madrid, Alianza, 1993.
- LUHMANN, Niklas. “El concepto de riesgo”, en Beriain, J. (comp), en *Consecuencias perversas de la modernidad*, Barcelona, Anthropos, 1996, pp. 123-153.