
CONSECUENCIAS

ECONÓMICAS de la

GRIPA AH1N1



La gripa AH1N1 es actualmente el virus que ha invadido el mundo. Lo normal es pensar el virus en términos de número de personas muertas, pero los costos hundidos de este hecho pueden ser mucho mayores. La productividad de un país se reduce debido al número de incapacitados y posibles portadores que deben permanecer en reposo unos días. En el caso colombiano nos preocupa saber cuáles son las consecuencias económicas de la gripa AH1N1 en nuestro entorno. Para ello entrevistamos al director del Instituto Nacional de Salud, el doctor Juan Gonzalo López.

Juan Gonzalo López es médico de la Universidad de Antioquia, especializado en seguridad social, candidato a Doctor en Economía y Gestión de la Salud. Ha sido gerente de una entidad promotora de salud, secretario de Salud de Antioquia, viceministro de Salud y Bienestar, director del Departamento de Medicina de la Universidad Javeriana,

y hoy se desempeña como director del Instituto Nacional de Salud.

Para empezar, nos gustaría que nos contara cuándo un virus es considerado pandemia.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) establece varias fases de un virus o de cualquier agente: cuando llega a la fase 6 es pandemia. Esto significa que ya se ha extendido por varias zonas definidas de la OMS, y que ya hay circulación en esos países.

¿Qué grupo socioeconómico ha sido el más afectado por el virus?

El INS (Instituto Nacional de Salud) no hace un seguimiento por estrato o por niveles de ingreso. En la primera etapa se afectaron aquellos grupos de un poquito más nivel de ingreso porque eran los que podían viajar a Estados Unidos, México y Argentina. En morbilidad ha sido afectado más este grupo, pero en

1. Entrevista realizada el 14 de agosto de 2009.

mortalidad los grupos de menores ingresos son los más perjudicados. Esto se debe a que la muerte no se produce por una sola causa, son múltiples las causas. Por ejemplo, una enfermedad de base, una mala nutrición, no muy buenas defensas, son otros los factores que determinan con mayor posibilidad la muerte de una persona.

¿Cómo ha sido la actuación del Ministerio frente a la situación en el Parque Tercer Milenio? ¿Estaban contagiados los habitantes?

Esa es una acción que se ejerce más desde la Alcaldía de Bogotá, se llegó a acuerdos y se pudo resolver. Pero, en primera instancia, la Secretaría de Salud, el ICBF, la Secretaría de Gobierno y todo el Distrito lograron manejar el tema al interior. No se puede hablar de un contagio generalizado, se presentaron algunos casos y se controlaron. Eso se previene con el uso del tapaboca, el Tamiflu y un determinado aislamiento, etc.

¿Qué medidas se están tomando para hacer frente al virus, y qué medidas se tomarán en caso de una mayor propagación?

En esta etapa, cuando ya hay circulación, el INS se dedica a dos cosas: 1) identificar la diseminación del virus en el país, y 2) a ver la letalidad: muertes, a quién afecta, por qué lo afectó. Con base en ello se toman medidas, como las siguientes:

Vigilancia y control: protocolo para vigilancia y control, seguimiento, identificación, permanente información para poder identificar esos casos. Se analiza qué tanto se está diseminando y qué letalidad tiene.

Se da la alerta, se elaboran guías para todos los prestadores de servicios de salud, y se entrenan.

Se le da información a la población sobre cómo prevenir la enfermedad y cómo protegerse, eso es lo que se ha venido haciendo reiteradamente con las propagandas, los comunicados, y las intervenciones.

El país se fortalece mucho más en cuanto a la reserva estratégica de medicamentos, y a la disponibilidad de vacunas.

Se le hace un seguimiento al virus como tal, se toman muestras de algunos casos para ver la diseminación.

Solo se promueven estas acciones, pues no es posible ir más allá en esta etapa. Si aparece un nuevo rebrote entonces se debe identificar y alertar a todo el sistema, prestadores, entes territoriales, la población. Las acciones que se están implementando aquí son las que se han hecho en todo el mundo.

¿Cuánta medicina se tiene y cuánta se ha repartido hasta el momento?

El país adquirió 1.250.000 tratamientos, y se han distribuido a los entes territoriales más o menos una quinta parte. El país cuenta con aproximadamente 900 tratamientos a nivel central, pero ya se ha distribuido a todas las entidades territoriales. En la medida en que se van consumiendo en los entes territoriales se le van distribuyendo a cada uno de acuerdo con su capacidad. Este es un medicamento que está controlado fuertemente por el Ministerio de la Protección Social. El Oseltamivir es un antiviral que es para tratamiento, la prevención sería la vacuna que aún no ha salido.

¿Cuánto se ha gastado? ¿De dónde se han obtenido los recursos?

El Fondo de Solidaridad y Garantía destinó más o menos unos 30.000 millones de pesos adicionales. Desde el año 2005 se ha hecho una serie de Conpes para laboratorios. En ese momento era para la gripe aviar, y gracias a esto el país se pudo fortalecer en laboratorio, y en recurso humano, entre otros.

Los costos no están establecidos, pues en una pandemia primero se actúa y luego se calcula. Los costos son muy altos; adicionales a los 30.000 millones de pesos que destinó el Fondo de Solidaridad y Garantía se deben tener en cuenta otros costos, como el recurso humano, los sistemas de información, la cantidad de documentos, la cantidad de reuniones, etc. También hay que tener en cuenta el impacto en el PIB. Ya pasó en algunos países y la disminución en el PIB es un costo muy grande. En Colombia eso no se ha presentado, esperamos que no haya disminución en el PIB por esta causa.

Aparte de las farmacéuticas, ¿qué otros sectores se han visto involucrados con el tema?

Todo lo que tiene que ver con salud, la producción de tapabocas, la producción de materiales de bioseguridad, jabones, reactivos, equipos, formación de recursos humanos, comunicaciones.

¿Se podría pensar que hay otras enfermedades que afectan en mayor proporción a la población?

Para no ir tan lejos, las enfermedades infecciosas, tuberculosis o dengue, pueden

afectar más. Pero la diferencia es muy grande porque este es un virus nuevo, las otras enfermedades ya se conocen y ya pasaron. Es un problema de tiempo, hay que esperar qué pasa en el invierno del sur y en el invierno del norte. Esto no se puede acelerar, luego es necesario esperar, es un virus nuevo y como no se sabe su comportamiento ni su letalidad, entonces hay que hacerle seguimiento.

El otro escenario es: “entonces no hagamos nada”, pero no sabremos a futuro qué fue lo que pasó. Otras enfermedades matan más, pero este virus no se conoce y puede matar más. Toda la vigilancia identificada es direccionada a observar su comportamiento.

¿Cuál es el origen del virus AH1N1? ¿Es creado por el humano o es evolución de la naturaleza misma?

Fue una serie de mutaciones, tiene componentes de las aves, de porcino y humano. Los virus tienen esas características. Eso no fue creado en laboratorio, nadie lo ha respaldado. El mutó simplemente, y eso hace parte de su evolución.

¿Es cierto que se existen personas portadoras del virus?

No hay reservorios ni nada. Esta es una enfermedad aguda, es decir, usted la tiene y se resuelve. En esta enfermedad hasta 2 días antes de iniciar los síntomas usted puede infectar a otros, en 10 días usted puede infectar a los demás. En algunos casos la respuesta está desarrollada y produce muerte.

Es como otra gripe, están en la casa, se cuidan unos días, se pasa y ya, pueden seguir la vida normal.

¿En promedio cuánta gente muere en el mundo a causa de una gripe convencional?

En el mundo entero la gripe estacional, la influenza, mata entre 250.000 y 500.000 personas al año, la gripe normal. Por ser un virus nuevo no podemos hacer la comparación con la influenza AH1N1. Si se define luego como un virus estacional, entonces ya se pueden hacer estadísticas.

¿Cuál es el tiempo de incapacidad que tienen las personas diagnosticadas con gripe AH1N1?

Normalmente son 3 días de incapacidad. El médico es el que define cuál es la incapacidad de cada uno. El sistema no puede resolver el tema diciendo que todo el mundo se quede en la casa, dado que no hay ninguna justificación para hacerlo. Los países que han tomado esas medidas no están muy seguros de haber tomado una buena decisión, dado que ello afecta la productividad del país.

El 90% de las gripes se resuelven con medidas básicas sencillas: hidratarse, comer bien, descansar, y si hay un nivel un poco superior, quedarse unos días en la casa; pero eso solo lo resuelve el médico.

¿Qué incidencia tienen las decisiones del Ministerio de la Protección Social sobre las políticas públicas de salud?

Yo creería que sí hay buenas incidencias. Se tienen un comité y un subcomité. Normalmente la gente cree que uno solo (el INS) es el que toma la decisión.

Pero hay gran cantidad de actores: el Ministerio de la Protección Social, el Instituto Nacional de Salud (INS), el Instituto Nacional de Vigilancia de Medicamentos

y Alimentos (INVIMA), la comunidad científica, infectólogos, epidemiólogos, comunicadores, decisores. Es todo un grupo que analiza la situación y de ahí sale la decisión definitiva. Es un grupo grande, interdisciplinario. En eso el INS ha hecho un papel proactivo, de trabajo constante, generando información, haciendo seguimiento y proponiendo. El INS, por competencia, está encargado fundamentalmente de ser el laboratorio de referencia y de contribuir para que se tomen las decisiones adecuadas, y aquí hacemos la vigilancia en conjunto con todas las entidades territoriales. Quienes hacen la primera vigilancia epidemiológica son las entidades territoriales, es decir, distritos, municipios, departamentos, y nosotros somos como el referente, observamos que nos estén enviando todo, y aquí en el laboratorio se hacen las confirmaciones. Es importante tener en cuenta que el resultado del laboratorio no es para tomar las decisiones en torno a vigilancia. Las decisiones se toman de una vez; es muy costoso esperar el resultado para tomar las decisiones, dado que las consecuencias pueden ser peores en la espera.

Finalmente, ¿cuáles son los actores internacionales?

La Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud también son un punto de referencia. Adicionalmente, hay otra serie de organismos, como la Unión de Naciones Suramericanas (UNASUR), la Comunidad Andina de Naciones a través del Organismo Andino de Salud, donde también se trabaja con experiencia de otros países. Siempre hemos trabajado en coordinación con ellos, especialmente con la Organización Panamericana de la Salud.