

De la influenza pandémica a la COVID-19: un siglo después, ¿se repite la historia?

From pandemic influenza to COVID-19: a century later, history repeating itself?

Ana Rivera-Chavarría¹

¹Médica salubrista, investigadora, Unidad Salud y Nutrición, Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA), Ministerio de Salud, Costa Rica.

Correspondencia: arivera@inciensa.sa.cr

Recibido: 03/09/2020; aceptado para publicación: 18/10/2020.

Resumen

Actualmente, el mundo se enfrenta a la pandemia de la COVID-19. Su magnitud es comparable a la pandemia por influenza de 1918. En la pandemia de 1918, condiciones de tipo socioeconómicas, demográficas y culturales fueron señaladas como variables que propiciaron la instauración y difusión de la infección. Para comprender la crisis actual, los investigadores de salud pública han extraído de la historia los determinantes sociales de la salud en busca de conocimientos. Al no contar con medidas farmacológicas para la prevención u otro tratamiento, se han propuesto diferentes estrategias para el control de la COVID-19, las cuales implican acciones a nivel regional, gubernamental, de comunidad e individual. El objetivo del artículo es identificar similitudes entre la última gran pandemia y la COVID 19 con respecto a las condiciones socioeconómicas, demográficas y culturales.

Palabras clave: 2019-nCoV, determinantes sociales de la salud

Abstract

The world is facing the coronavirus COVID-19 pandemic. Its magnitude is comparable to the 1918 influenza pandemic. In the 1918 pandemic, socioeconomic, demographic and cultural conditions were identified as variables that led to the establishment and spread of the infection. To understand the current crisis, public health researchers have mined history social determinants for insights. Due to the lack pharmacological measures for prevention or other treatment, different strategies to control COVID-19 have been proposed, which involve actions at the regional, government, community and individual levels. The aim of this article is to identify similarities between the last great pandemic and COVID 19 related to socioeconomic, demographic and cultural conditions.

Keywords: 2019-nCoV, social determinants of health

Introducción

Actualmente, el mundo se enfrenta a la COVID-19, enfermedad causada por un beta coronavirus (SARS-CoV-2) cuya aparición fue reportada el 31 de diciembre del 2019 (1). El 11 de marzo de 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) declaró a la COVID-19 pandemia; para esa fecha, ya se había diseminado rápidamente en todo el mundo (2). Su magnitud es comparable a la pandemia por influenza de 1918, que fue considerada de gran virulencia y letalidad por causar aproximadamente 50 millones de muertes en todo el mundo (3). Sin embargo, su transmisión ha sido más rápida y su magnitud aún no se ha esclarecido completamente, pues se encuentra en fases incipientes de su desarrollo.

En las últimas décadas, los «determinantes sociales de la salud» han recibido una atención considerable como concepto fundamental en el campo de la población y la salud pública (4). La OMS define los determinantes sociales de la salud como «las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen», incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana (5). En la pandemia de 1918, condiciones de tipo socioeconómicas, demográficas y culturales fueron señaladas como variables que propiciaron la instauración y difusión de la infección(6). En el siglo XXI, no se habían registrado pandemias de tal magnitud; no obstante, hubo grandes epidemias como la ocasionada por el síndrome respiratorio agudo severo (SARS) también originado en China en 2002, el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) en 2012, y la pandemia por el virus de influenza A(H1N1) en 2009 (7).

Al no contar con medidas farmacológicas para la prevención u otro tratamiento, se han propuesto diferentes estrategias para el control de la COVID-19, las cuales implican acciones a nivel regional, gubernamental, de comunidad e individual. Entre estas acciones se destacan la contención, la mitigación, el aislamiento físico y la cuarentena entre otras.

Para comprender la crisis actual, los investigadores de salud pública han explorado la historia en busca de conocimientos (8). La mayoría se ha centrado en la pandemia de influenza de 1918, mas solo unos pocos artículos hacen referencia sobre los determinantes sociales de la salud. Aunque este artículo no pretende ofrecer predicciones, este tipo de análisis puede proporcionar marcos orientadores y modular nuestro enfoque ante la crisis actual, que ha sido llamada «sin precedentes», lo que refleja una falta de contexto histórico. El objetivo del artículo es identificar mediante una revisión bibliográfica similitudes entre la última gran pandemia y la pandemia de la COVID-19 con respecto a condiciones socioeconómicas, demográficas y culturales.

Condiciones socioeconómicas

Tanto la influenza pandémica como la COVID-19 pueden afectar a todos los niveles sin excepción. No obstante, ambos virus afectaron a los niveles socioeconómicos más bajos de forma más desproporcionada (9, 10). El riesgo de enfermedad grave y muerte aumenta en las personas con estado nutricional y de salud general deficiente. También se observa un gradiente socioeconómico para el tabaquismo y obesidad que pueden agravar la enfermedad (11). Aunado a ello, los comportamientos de búsqueda de salud se relacionan con la alfabetización en salud (12) y el acceso a la atención médica, lo que podría retrasar la búsqueda de la misma provocando una enfermedad más grave o la muerte.

La mayoría de las muertes ocurrieron en lugares donde existe hacinamiento: asilos de ancianos, cuarterías y cárceles. IW Brewer, un médico del ejército de EEUU, en Camp Humphreys, Virginia, durante la Primera Guerra Mundial, investigó varios factores sospechosos de aumentar el riesgo de la influenza pandémica grave entre los que destacaba el hacinamiento. El hacinamiento mostró aumentar el riesgo de influenza en diez veces y el riesgo de influenza complicada con neumonía en cinco veces (13). Los

hallazgos de Brewer sugieren que las condiciones provocadas por el hombre aumentaron la gravedad de la influenza pandémica.

Un estudio en curso de la epidemia de la COVID-19 en Nueva York, Estados Unidos, reveló diferencias significativas en las tasas de hospitalización y muerte entre los distritos de la ciudad, con las tasas más altas en Queens y el Bronx (14) (distritos muy populosos).

Condiciones demográficas

Se esparcieron por el mundo gracias al movimiento de gente -ahora turistas-; en 1918 soldados que iban y salían de la Primera Guerra Mundial. La influenza pandémica navegó con tropas estadounidenses a través del Atlántico y cuando la Primera Guerra Mundial explotó a fines de agosto y setiembre en Europa y Estados Unidos, los oficiales médicos se encontraron en la primera línea de una epidemia peor de lo que ninguno de ellos había visto o imaginado (15).

En el contexto del coronavirus, un estudio realizado en Wuhan utilizando datos de COVID-19 asociados con registros de teléfonos inteligentes concluyó que la movilidad de las personas fue el factor principal en la propagación del SARS-CoV-2, tanto en esa ciudad como en otras provincias, antes de la implementación del cordón sanitario (16).

Condiciones culturales

Pacientes y personal de salud se vieron estigmatizados. Las personas diagnosticadas con influenza durante la pandemia de 1918 estuvieron sujetas a discriminación, pánico e incluso abandono (17).

En el contexto del coronavirus, los temores a la COVID-19 han provocado ataques a pacientes y a los trabajadores de la salud (18, 19). Para abordar el estigma social derivado de la COVID-19, la OMS habla de crear un entorno en el que sea posible un debate abierto entre las personas y los trabajadores de la salud (18). Una educación sanitaria

adecuada dirigida al público parece ser el método más eficaz para prevenir el acoso social tanto de los trabajadores sanitarios como de los supervivientes de la COVID-19.

Las mascarillas se convirtieron en elementos de defensa y división, también llevaron a protestas y conflictos. Las mascarillas se han utilizado tradicionalmente durante siglos, específicamente para la pandemia de influenza de 1918 y, más recientemente, la epidemia de SARS en 2003 (20). Sin embargo, en muchas economías occidentales, quienes usan máscaras son percibidos como poco confiables, incluso causando pánico en ciertas situaciones (21). Algunas autoridades sanitarias han desaconsejado el uso de mascarillas en la comunidad con el argumento de que las mascarillas no brindan una protección efectiva contra la infección por coronavirus (22).

Una reciente revisión sistemática de 172 estudios (44 estudios comparativos; n = 25 697 pacientes) sobre COVID-19, SARS y MERS proporciona la mejor evidencia disponible de que las políticas actuales de uso de mascarillas protegen a las personas (tanto los trabajadores de la salud como el público en general) contra la infección por coronavirus, y que la protección ocular podría conferir un beneficio adicional (23).

Las cuarentenas se instalaron, pero de forma muy heterogénea, algunos lo hicieron muy tarde y otros las levantaron rápido mientras el virus aún circulaba para causar aún más daño a la población. A pesar de que la evidencia es limitada, una revisión sistemática publicada recientemente por el grupo Cochrane (24) encontró que todos los estudios analizados con respecto al tema concluyeron que la cuarentena es importante para reducir el número de personas infectadas y el número de muertes; que la cuarentena fue más efectiva y costó menos cuando se inició antes. El estudio muestra cómo la combinación de la cuarentena con otras medidas de prevención y control tuvo un efecto mayor que la cuarentena sola.

Conclusión

El nivel socioeconómico, el hacinamiento, el movimiento de la gente, el estigma o prejuicios culturales son condiciones que fueron descritas en la pandemia de 1918 y en la COVID-19. A pesar de las similitudes, existen las diferencias en tecnología y ciencia 100 años después y estas son abismales. No cabe duda que la pandemia por la COVID-19 se contendrá con normas básicas de higiene, evitando el contagio y a través de la ciencia que cada vez está más cerca de posibles soluciones. No obstante, no puede obviarse el contexto histórico de salud pública que ha permitido a la humanidad contener las pandemias.

Fuentes de apoyo

Esta investigación fue posible gracias al apoyo del Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Salud y Nutrición (Inciensa), La Unión, Cartago, Costa Rica.

Conflictos de interés

La autora no tiene ningún conflicto de interés.

Referencias

1. Spiteri G, Fielding J, Diercke M, Campese C, Enouf V, Gaymard A et al. First cases of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in the WHO European Region, 24 January to 21 February 2020. *Euro surveillance : bulletin Europeen sur les maladies transmissibles = European communicable disease bulletin*. 2020; 25(9):2000178.
2. Cucinotta D, Vanelli M. WHO Declares COVID-19 a Pandemic. *Acta Biomed*. 2020; 91(1):157-60.
3. Taubenberger JK, Morens DM. 1918 Influenza: the mother of all pandemics. *Emerging infectious diseases*. 2006; 12(1):15-22.
4. Islam MM. Social Determinants of Health and Related Inequalities: Confusion and Implications. *Frontiers in public health*. 2019;7:11.
5. Sheiham A. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. A report of the WHO Commission on Social Determinants of Health (CSDH) 2008. *Community Dent Health*. 2009; 26(1):2-3.
6. Bambra C, Riordan R, Ford J, Matthews F. The COVID-19 pandemic and health inequalities. *Journal of epidemiology and community health*. 2020; jech-2020-214401.

7. Petersen E, Koopmans M, Go U, Hamer DH, Petrosillo N, Castelli F et al. Comparing SARS-CoV-2 with SARS-CoV and influenza pandemics. *The Lancet Infectious Diseases*. 2020; 20: 238-244.
8. He D, Zhao S, Li Y, Cao P, Gao D, Lou Y et al. Comparing COVID-19 and the 1918–19 influenza pandemics in the United Kingdom. *International Journal of Infectious Diseases*. 2020; 98:67-70.
9. Chowell G, Viboud C. Pandemic influenza and socioeconomic disparities: Lessons from 1918 Chicago. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*. 2016; 113(48):13557-9.
10. Burström B, Tao W. Social determinants of health and inequalities in COVID-19. *European Journal of Public Health*. 2020; 30(4):617-8.
11. Stewart ST, Cutler DM, Rosen AB. Forecasting the effects of obesity and smoking on U.S. life expectancy. *The New England journal of medicine*. 2009; 361(23):2252-60.
12. Bourne PA, Morris C, Charles CA, Eldemire-Shearer D, Kerr-Campbell MD, Crawford TV. Health literacy and health seeking behavior among older men in a middle-income nation. *Patient related outcome measures*. 2010; 1:39-49.
13. Aligne CA. Overcrowding and Mortality During the Influenza Pandemic of 1918. *American Journal of Public Health*. 2016; 106(4):642-4.
14. Emeruwa UN, Ona S, Shaman JL, Turitz A, Wright JD, Gyamfi-Bannerman C et al. Associations Between Built Environment, Neighborhood Socioeconomic Status, and SARS-CoV-2 Infection Among Pregnant Women in New York City. *JAMA*. 2020; 324(4):390-2.
15. Byerly CR. The U.S. military and the influenza pandemic of 1918-1919. *Public health reports* (Washington, DC : 1974). 2010; 125 Suppl 3(Suppl 3):82-91.
16. Chinazzi M, Davis J, Ajelli M, Gioannini C, Litvinova M, Merler S et al. The effect of travel restrictions on the spread of the 2019 novel coronavirus (COVID-19) outbreak. *Science*. 2020; 368:eaba9757.
17. Earnshaw VA, Quinn DM. Influenza Stigma during the 2009 H1N1 Pandemic. *Journal of applied social psychology*. 2013; 43(Suppl 1):E109-E14.
18. Bagcchi S. Stigma during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Infectious diseases*. 2020; 20(7):782.
19. Singh R, Subedi M. COVID-19 and stigma: Social discrimination towards frontline healthcare providers and COVID-19 recovered patients in Nepal. *Asian journal of psychiatry*. 2020; 53:102222-.
20. Brienen NCJ, Timen A, Wallinga J, van Steenbergen JE, Teunis PFM. The effect of mask use on the spread of influenza during a pandemic. *Risk analysis : an official publication of the Society for Risk Analysis*. 2010; 30(8):1210-8.
21. Wang J, Pan L, Tang S, Ji JS, Shi X. Mask use during COVID-19: A risk adjusted strategy. *Environmental pollution* (Barking, Essex : 1987). 2020; 266(Pt 1):115099.
22. Feng S, Shen C, Xia N, Song W, Fan M, Cowling BJ. Rational use of face masks in the COVID-19 pandemic. *The Lancet Respiratory medicine*. 2020; 8(5):434-6.
23. Chu DK, Akl EA, Duda S, Solo K, Yaacoub S, Schünemann HJ et al. Physical distancing, face masks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*. 2020; 395(10242):1973-87.
24. Nussbaumer-Streit B, Mayr V, Dobrescu AI, Chapman A, Persad E, Klerings I et al. Quarantine alone or in combination with other public health measures to

control COVID-19: a rapid review. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020; 4(4):Cd013574.