

Editorial

Epidemias mediáticas: una reflexión para la salud pública

Media epidemics: considerations for public health

Joan A. Caylà

Servicio de Epidemiología, Agència de Salut Pública de Barcelona, Barcelona, España

Epidemias mediáticas

En los últimos años, gracias a las innovaciones y al gran desarrollo tecnológico de los medios y formas de comunicación, estamos asistiendo al surgimiento de las epidemias mediáticas. La propia Organización Mundial de la Salud (OMS), con la finalidad de alcanzar un buen control, sobre todo en los países en vías de desarrollo, comunica rápidamente los eventos que pueden suponer una crisis de salud pública, promueve medidas de control y actualiza los datos epidemiológicos con una frecuencia de hasta cada 12 horas en el caso del síndrome respiratorio agudo severo (SARS).

Entre estas epidemias podemos identificar determinadas enfermedades emergentes, como la variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jacob que siguió a la encefalopatía espongiforme bovina, el SARS, la gripe aviar y la gripe por virus A(H1N1). Todas las citadas son zoonosis, la mayoría se transmiten por vía respiratoria y afectan o pueden afectar a países desarrollados (lo cual descarta que, desafortunadamente, enfermedades como la malaria, el dengue, etc., puedan ser mediáticas y por tanto más prioritarias). También se caracterizan por tener un gran impacto psicológico, económico y en los medios de comunicación, mientras que en el ámbito sanitario no suelen cumplirse muchas previsiones¹.

El impacto en los medios de comunicación se genera a partir de noticias alarmistas, encaminadas en ocasiones a ganar audiencia o relevancia. Así, por ejemplo, una prestigiosa revista presagiaba que con la gripe aviar se producirían millones de muertes, haciendo comparaciones con la pandemia de gripe de 1918. De hecho, se basaban en una simple regla de tres: extrapolaban a la población mundial actual la mortalidad registrada en 1918 (50–100 millones de muertos), estimando que hoy en día tendríamos entre 180 y 360 millones de muertes². Los autores no tenían en cuenta, entre otros factores, que la situación sociosanitaria de nuestros días no tiene nada que ver con la de hace 90 años. También entonces muchos afectados murieron por complicaciones bacterianas al no poder beneficiarse de los antibióticos. Determinados reportajes fotográficos y de televisión también generan alarma social y se produce un “contagio” de algunos políticos que pueden reaccionar en exceso para controlar un problema, en ocasiones sobredimensionado.

En política, la actual pandemia ya ha sido motivo de confrontación en las elecciones en México y Argentina, y seguramente seguirá siéndolo en muchos otros países. También algunos políticos han acaparado los medios de comunicación en muchos lugares.

Correo electrónico: jcayla@aspb.cat

Impacto de las epidemias mediáticas

El impacto psicológico es extraordinario debido a la gran profusión de noticias sobre el tema. A finales del pasado agosto, se repetía hasta la saciedad en los titulares de los medios el fallecimiento del paciente número 18, 19, etc. En consecuencia, parte de la población lo percibe como un problema muy serio. Recordemos que el miedo y la histeria también son transmisibles. Ciudadanos chinos durante el SARS, y mejicanos más recientemente con la nueva gripe, han sido marginados por su procedencia. Posibles casos de estas enfermedades *online* han generado alarma social incluso en algún centro sanitario. Conviene, pues, evitar la alarma social. De lo contrario, seguiremos atendiendo supuestos pacientes que exigirán todo tipo de medidas desorbitadas y haremos un consumo innecesario de recursos.

El impacto sanitario es seguramente el menor de todos los comentados. El número de casos de la variante de la enfermedad de Creutzfeldt-Jacob en Reino Unido (51 entre 1995 y 1999) fue muy inferior al previsto según los casos de encefalopatía espongiforme bovina (más de 35.000 sólo en 1993)³. En el SARS, entre noviembre de 2002 y julio de 2003 la OMS registró 8.842 casos, de los cuales 812 fallecieron (una letalidad muy inferior a la que sugerían algunos datos iniciales). Con la gripe aviar, desde hace ya varios años se presagiaba una gran pandemia con millones de muertos. El coordinador de la OMS para esta enfermedad pronosticó que la pandemia podría causar hasta 150 millones de muertos en todo el mundo, aunque estas cifras fueron rebajadas a «entre 2 y 7,4 millones de muertes»⁴, pero la realidad es que entre 2003 y agosto de 2009 la OMS ha registrado a escala mundial “solamente” 438 casos, con 262 muertes. En relación a la gripe A(H1N1), hasta el 23 de agosto de 2009 la OMS había detectado más de 209.000 casos y más de 2185 muertes, la mayoría en América⁵. Puede haber un subregistro, pero estas cifras son muy inferiores a las de la gripe estacional.

El impacto económico es extraordinario en los países más afectados; incluso en Canadá, el producto interior bruto (PIB) se resintió cuando sufrieron el SARS. Recientemente, el control de la pandemia en México se basó en cerrar restaurantes y hoteles durante semanas, el turismo cayó en picado y como resultado el país ha disminuido drásticamente sus ingresos económicos y el PIB. En los países en vías de desarrollo se ha observado que con las crisis económicas aumenta la mortalidad infantil⁶. ¿Superará la mortalidad infantil derivada de esta situación económica la que pueda generar la nueva gripe en los niños?

Por otra parte, la gran preocupación por las epidemias mediáticas ha favorecido que los países desarrollados hayan comprado grandes cantidades de oseltamivir, tanto para la gripe aviar (en la cual no se gastó) como para la nueva gripe (en la cual

probablemente no se gastará si no cambian las actuales indicaciones: «únicamente se recomienda la administración de tratamiento con antivirales en los casos que requieran hospitalización o en las personas que presenten un riesgo más elevado de sufrir complicaciones por la gripe»⁷). España ya disponía de más de 10 millones de tratamientos adquiridos para la gripe aviar y recientemente se han comprado 3 millones más, cuyo coste oscilará entre 40 y 50 millones de euros. También está prevista la compra de 37 millones de dosis de vacunas, que costarán 266 millones de euros⁸, y se va a ampliar la compra de vacunas a fin de cubrir al 60% de la población.

Entre los científicos la pandemia ha despertado un interés enorme, pues en los primeros meses de esta nueva gripe PubMed ya recoge más de 600 publicaciones. Los grandes congresos médicos también se resienten, y en *Lancet* se llegó a cuestionar la celebración del congreso de la American Thoracic Society en San Diego en mayo de 2009⁹; quizás por esto la propaganda de un congreso mundial que se celebrará en Buenos Aires se ha apresurado a señalar que «ya no hay casos de gripe» (www.worldallergy2009.com).

Implicaciones de la nueva gripe A(H1N1) para el sistema sanitario: ¿estamos preparados?

El enfoque innovador de la OMS con estas epidemias que acaban siendo mediáticas favorece enormemente su control. El 25 de abril de 2009, la OMS anunció que la epidemia ocasionada por el nuevo virus A(H1N1) de origen porcino constituía una emergencia de salud pública de importancia internacional. El nivel de alerta pandémica pasó a fase 4 el 27 de abril, tras detectarse la transmisión entre personas; a fase 5 dos días después, después de producirse transmisiones en dos países distintos de una misma región de la OMS; y a fase 6 el 11 de junio, al constar transmisiones en diversos países del mundo.

Con estas estrategias, la OMS consigue que incluso países con poca experiencia en estos temas y con pocos recursos organicen la prevención y el control de tales enfermedades. Todos los países han podido aprovechar las experiencias previas con el SARS y con la gripe aviar. En España, todas las comunidades autónomas y muchos centros sanitarios disponen de protocolos específicos, las medidas preventivas han llegado a la población general, se dispone de tratamientos antivirales para gran parte de la población y se dispondrá de vacunas suficientes. Por lo tanto, se puede afirmar que afrontamos la actual pandemia con una preparación nunca vista hasta la actualidad, y que probablemente la morbilidad y la mortalidad que ocasionará este invierno en España será equiparable a la que se está observando en el invierno australiano, donde el impacto ha sido inferior al previsto e incluso inferior al observado con la gripe estacional de los últimos años¹. Los datos recientes de países como Argentina (incidencia acumulada de 2,59/100 habitantes, 8.584 ingresados y 465 fallecidos hasta el 28 de agosto), donde ya está finalizando el invierno, con un sistema sanitario menos organizado que el nuestro, con menor accesibilidad a los servicios de salud y a los antivirales, y sin disponer de vacunas, también sugieren, como mínimo, que lo que pueda pasar en España no será tan malo como algunos auguraban.

No debemos olvidar que la gripe estacional ocasionó en España un promedio anual de 1.386 muertes atribuibles a ella entre 1982 y 1999, con un máximo en 1998–1999 de 3.185 muertes¹⁰, y aún de 543 en el año 2005 según los datos del Instituto Nacional de Estadística. La gran diferencia con la gripe actual es que ahora las muertes ocurren en personas más jóvenes. También se constata una saturación de las unidades de cuidados intensivos (UCI). Otra característica detectada es que las mujeres embarazadas tendrían

mayor riesgo de presentar complicaciones, por lo que en ellas se recomienda el tratamiento temprano con antivirales en caso de gripe¹¹.

El desafío organizativo viene determinado por el período crítico de esta pandemia, las 4 a 6 semanas en que se acumula la mayor parte de los casos, con la consecuente sobrecarga de los servicios de urgencias y de las UCI. Este período, en España, podría darse a partir de octubre, con el inicio de los meses más fríos, por lo que nos queda la asignatura pendiente de explicar los protocolos definitivos (que se han ido actualizando constantemente) a los centros sanitarios durante los meses de septiembre y octubre. Otro desafío lo constituye la aplicación de la nueva vacuna, que está prevista para «finales de octubre y principios de noviembre» en dos dosis, y además debe coordinarse con la aplicación previa de la vacuna para la gripe estacional. A día de hoy (inicios de septiembre), la vacuna está pendiente de aprobación por la Agencia Europea del Medicamento.

Reflexión final

La gran novedad que suponen estas epidemias mediáticas *online* invitan a una reflexión desde la salud pública. Evidentemente, que sean epidemias “online” permite que podamos conocer hasta si se ha registrado un nuevo caso de una enfermedad de este tipo en un lejano país, y se favorece enormemente el control. No obstante, aspectos como la prevención de la alarma social, la eficiencia de los planes de actuación, el enfoque global y multidisciplinario, que sean prioridad política pero sin olvidar otros problemas de salud, deberían ser estudiados en profundidad.

¿Cómo evitar la alarma social? La OMS, los políticos y los medios de comunicación deberían reflexionar sobre cómo contribuir a evitarla, o al menos a reducirla al máximo. Es básico contrarrestar noticias alarmistas, a veces sujetas a intereses económicos, con informaciones objetivas y situando los datos epidemiológicos en su justo contexto. La alarma puede favorecer una priorización excesiva de la prevención y el control de la gripe nueva, y dedicar, por ejemplo, los servicios de salud pública a esta gripe olvidando otros problemas de salud pública.

Son epidemias nuevas y deben afrontarse a escala mundial para evitar que se conviertan en enfermedades endémicas. El SARS es un buen ejemplo de una epidemia mediática controlada. Conviene recordar que son zoonosis, por lo que se precisa de una gran coordinación con veterinaria de salud pública, y siempre es necesario, en todas las crisis de salud pública, aplicar un enfoque multidisciplinario.

En cuanto al acceso universal a los tratamientos, es una cuestión por resolver. Es obvio que los países en vías de desarrollo no harán grandes desembolsos en antivirales ni en la nueva vacuna, lo que supondrá un enorme desafío para la cooperación internacional si se demuestra una elevada efectividad para controlar la pandemia. Finalmente, no debemos olvidar el control de otras enfermedades transmisibles, más o menos olvidadas (el sida, la malaria, la tuberculosis, etc.), que siguen teniendo una mortalidad inaceptable, superior a los cinco millones de muertes anuales, muy por encima de la que pueda ocasionar el virus A(H1N1) en este año 2009.

Bibliografía

1. Sweet M. Pandemic lessons from Australia. *BMJ*. 2009;339:424–6.
2. Appenzeller T. Tras las huellas de la gripe aviar. *National Geographic*. 2005;70–95.
3. Nelson KE. Emerging and new infectious diseases. En: Nelson KE, Williams CM, Graham NMH, editores. *Infectious Disease Epidemiology. Theory and Practice*. Gaithersburg, Maryland: Aspen Publishers, Inc.; 2001. p. 301–56.
4. Agencias. La OMS insiste en que la gripe aviar se puede convertir en una pandemia. *El País*, 1-10-2005. Disponible en: <http://www.elpais.com/articulo/>

- sociedad/OMS/insiste/gripe/aviar/puede/convertir/pandemia/elpepusoc/20051001elpepusoc_14/Tes/
5. Pandemic (H1N1) 2009-update 63. Disponible en: http://www.who.int/csr/don/2009_08_28/en/index.html.
 6. Romero DE, Szwarcwald CL. Economic crisis and infant mortality in Latin America since the 1980s. *Cad Saude Pub.* 2000;16:799–14.
 7. Subcomité de vacunas y antivirales. Plan Nacional de Preparación y Respuesta ante una pandemia de gripe. Aprobado por la CSP el 06-08-09. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social, 28-07-09.
 8. Jiménez anuncia la compra de 3 millones de antivirales contra la nueva gripe. *El País*, 10-07-09. Disponible en: http://www.elpais.com/articulo/sociedad/Jimenez/anuncia/compra/millones/antivirales/nueva/gripe/elpepusoc/20090710elpepusoc_5/Tes.
 9. Nemery B, Piette D, Decramer M. Influenza A (H1N1) and holding an international respiratory congress. *The Lancet* (Publicación electrónica) 12 de mayo de 2009. Disponible en: <http://download.thelancet.com/flatcontentasets/H1N1-flu/epidemiology/epidemiology-53.pdf>.
 10. De Mateo S. La importancia de la vigilancia en el control y la prevención de la gripe. *Vacunas.* 2002;3:9–13.
 11. Jamieson DJ, Honein MA, Rasmussen SA, et al. H1N1 2009 influenza virus infection during pregnancy in the USA. *Lancet.* 2009;374:451–8.