
La pandemia de gripe de 1918-1919

El enemigo temido cien años después

María Isabel Porras Gallo

Hace ahora cien años se produjo la crisis epidémica más importante del siglo XX, hasta la aparición del sida, calificada recientemente como la madre genética de todas las pandemias de gripe (Taubenberger, Morens, 2006). Esta grave crisis sanitaria, responsable de un número de muertes estimado actualmente entre 50 y 100 millones, ha pasado a la historia como la «gripe española». Sin embargo, este calificativo, acuñado por la prensa europea, no refleja el verdadero origen de dicha pandemia sino que fue fruto de las circunstancias que la rodearon. Su coincidencia con el final de la Primera Guerra Mundial y la censura militar existente en los países que participaban en dicha contienda, facilitaron que fuera silenciada cuando apareció en ellos, dos meses antes del inicio de la epidemia en Madrid, coincidiendo con las fiestas de San Isidro del 15 de mayo. América, China y Rusia han sido barajadas como posibles orígenes de la pandemia, pero se acepta actualmente que comenzó el 4 de marzo de 1918 en Funston, Kansas, en un campa-

mento del ejército estadounidense (Crosby, 1976 y 1989). Debido al movimiento continuo de tropas se produjo su rápida difusión desde el Medio Oeste hacia la costa Este. Con el envío de soldados en apoyo de los aliados se extendió rápidamente a Europa, en donde aparecieron los primeros casos de gripe el 1 de abril entre las fuerzas americanas acuarteladas en las ciudades francesas de Brest y Burdeos. A partir de ahí se difundió a los diferentes países a una velocidad muy superior a la de las grandes pandemias de cólera del siglo XIX, favorecido por el corto período de incubación de la gripe y su transmisión respiratoria. Siguiendo las principales rutas de transporte humano y de mercancías, rápidamente alcanzó una extensión superior a la lograda por la Peste Negra, siendo pocos los lugares que no resultaron afectados como la Isla de Santa Helena.

La terrible experiencia de la gripe de 1918-1919, que curso en tres brotes —el primero, en la primavera de 1918; el segundo, en el otoño de ese mismo año, y el tercero, en los primeros meses de 1919— tuvo importantes consecuencias demográficas, científicas, económicas y políticas y provocó un gran impacto a nivel social produciendo un cambio de percepción del riesgo frente a esta enfermedad, que ha condicionado la respuesta de la sociedad a las posteriores pandemias de gripe del siglo XX, ocurridas en 1957-1958 y en 1968-1969, pero también a la primera del siglo XXI, como hemos tenido oportunidad de comprobar con motivo de la pandemia de 2009-2010.

A lo largo de las próximas páginas nos acercaremos a lo ocurrido hace más de un siglo. Situando los hechos en el contexto en el que se desarrolló esta pandemia, mostraremos las principales reacciones contemporáneas y finalizaremos dando cuenta de sus efectos e impacto a largo plazo. Todo ello nos ayudará a comprender mejor las reacciones ante una hipotética nueva pandemia de gripe o de otra grave enfermedad infecciosa, sobre la que, apelando a nuestras emociones, nos siguen alertando algunos cientí-

ficos y figuras de gran impacto social ajenas a las ciencias sanitarias como el influyente Bill Gates, que le ha propuesto a Donald Trump que EEUU encabece un programa para estar preparado ante dicha hipotética situación (Loria, 2018).

Principales consecuencias de la pandemia de gripe de 1918-1919

Aunque el desarrollo y la gravedad de los tres brotes epidémicos tuvieron importantes diferencias en los distintos puntos geográficos afectados, se atribuye mayor gravedad al segundo y se coincide en que una de las notas características de esta pandemia fue su elevada tasa de morbilidad y mortalidad. La falta de registro generalizado del número de casos de gripe ha provocado que la cuantificación de su impacto demográfico se haya realizado en términos de mortalidad. En un primer momento se consideró que esta crisis sanitaria había causado unos 20 millones de muertos, pero los estudios posteriores, que ampliaron el análisis a otros ámbitos geográficos, han puesto de relieve que el impacto demográfico fue muy superior, hablándose de un total de fallecidos de entre 50 y 100 millones (Patterson, Pyle, 1991) y ello a pesar de que aún son escasos los datos referentes a Europa del Este, China, Oriente Medio y Sudeste asiático. El número de víctimas por la gripe en el año que transcurrió entre los tres brotes epidémicos fue superior al provocado por la Primera Guerra Mundial en los cuatro años que duró. Según Beatriz Echeverri (1993), España contribuyó con alrededor de 270.000 vidas a esa cifra, siendo una cantidad superior a las víctimas por la epidemia de cólera de 1853-1855 y no tan lejos de las 344.154 muertes provocadas directamente por nuestra Guerra Civil en tres años. Y una ciudad como Madrid, con 3.500 muertes (Porrás Gallo, 1997).

A diferencia de lo que suele ser habitual, la mayor morbimortalidad de esta pandemia correspondió a la población adulta-joven

entre 20 y 45 años, en vez de a los mayores de 65 años. Otro grupo de edad muy afectado fueron los menores de un año. Esta afectación preferente de la denominada población activa implicó no sólo un gran impacto económico en un momento complicado, dada su coincidencia con el término de la Primera Guerra Mundial, sino también una grave conmoción social que dejó su impronta entre las personas contemporáneas que sobrevivieron y que se ha transmitido a las generaciones posteriores.

Otra nota característica de la gripe de 1918-1919 fue la mayor gravedad que tuvo para las embarazadas y las púerperas, diezmando la población femenina joven que se dejó sentir en los años posteriores a la pandemia y fue especialmente visible en las localidades pequeñas. Consecuencia de lo anterior fue la disminución de la natalidad que se sumó a la mayor vulnerabilidad de los nacidos durante los años de la pandemia, y al aumento del número de huérfanos, que supusieron un problema para el que hubo que buscar una solución. En lo que no existe unanimidad es en la distribución de la mortalidad por sexos. Algunos autores han señalado una mayor mortalidad global masculina y un predominio femenino en ciertos grupos de edades.

La pandemia y las medidas tomadas tuvieron también un fuerte impacto económico sobre la agricultura, la ganadería, la industria y la minería, el sector terciario, el comercio interior y exterior, los transportes de viajeros, mercancías y animales o la evolución de la bolsa, pero también sobre el abastecimiento y el precio de distintas mercancías y, especialmente, de los productos de primera necesidad y de los medicamentos. Esta situación resultó aún más complicada por la coincidencia de la Primera Guerra Mundial y sus efectos y, en nuestro país, por la grave crisis socio-económica que se vivía. Además de los costes directos relacionados con la puesta en marcha de las distintas medidas de profilaxis pública y los relativos a la asistencia sanitaria y social de los

epidemiados y familiares, hubo importantes costes indirectos asociados a las pérdidas de productividad por las bajas laborales y las defunciones de la población activa, que en esta pandemia fueron superiores (Porrás Gallo, 1996 y 1997). Para atender a los costes directos, en un país como España, fue preciso establecer créditos especiales a nivel nacional, pero también a nivel municipal y provincial. Junto a la intervención de las instituciones públicas, hubo también una importante colaboración por parte de numerosas entidades filantrópicas de carácter local, provincial, nacional e internacional. La Cruz Roja fue una de las entidades que colaboró no sólo en nuestro país, sino en otros muchos, iniciando una nueva tendencia en sus actuaciones ante el impacto de la pandemia de gripe de 1918-1919 y el final de la Primera Guerra Mundial. Este cambio supuso su implicación en la lucha contra los problemas de salud pública, que mantuvo de manera generalizada a partir de ese momento.

Otra de las consecuencias, habitual en las epidemias, fue la estimulación de la investigación científica tendente a identificar y aislar, sin éxito, el germen específico de esta enfermedad y poniendo a punto sueros y vacunas que pudieran ser eficaces. A pesar de los resultados negativos en el aislamiento del germen de la gripe, que desde 1933 sabemos que es un virus del grupo de los ortomixovirus, y de que los sueros y vacunas que prepararon servían únicamente contra las complicaciones pulmonares bacterianas de la gripe, la experiencia de esta pandemia otorgó mayor relevancia a los laboratorios y a la fabricación de sueros y vacunas, proliferando este tipo de instituciones científicas fuera y dentro de nuestro país, en donde se crearon nuevos laboratorios privados de estas características, que desarrollaron un destacado papel tras la Guerra Civil.

Además, la persistencia del gran impacto de esta pandemia décadas después impulsó el establecimiento de un Programa Mun-

dial Contra la Gripe por la OMS en 1947, inmediatamente después de la creación de esta agencia internacional. Dicho programa se articuló en torno a la creación del World Influenza Center (WIC) en Londres, dirigido por Christopher H. Andrewes, uno de los responsables del aislamiento del primer virus de la gripe, y al establecimiento a su alrededor de una red mundial de laboratorios regionales para identificar y aislar los nuevos virus de gripe que aparecieran en el mundo, y para ofrecer datos epidemiológicos sobre esta enfermedad a la OMS. Nuestro país contó con un laboratorio de dichas características a partir de 1951, año de nuestra entrada en la OMS (Porras Gallo y Ramírez Ortega, 2017). Con ello se buscaba mejorar el conocimiento y el control de dicha enfermedad, y poder evitar una catástrofe similar a la de 1918-1919.

Algunas explicaciones sobre la magnitud de esta crisis sanitaria

Desde el mismo momento de su desarrollo y hasta nuestros días se ha relacionado el gran impacto demográfico de esta pandemia con múltiples factores, sin que haya sido posible establecer un único y claro responsable, ni siquiera tras la identificación completa del virus a través de los restos de tejidos humanos de algunas víctimas de la gripe de 1918-1919, conservados en formol, parafina o entre los hielos árticos (Taubenberger, Morens, 2006; Holmes, 2004). Es cierto que los médicos responsabilizaron a las infecciones bacterianas de la excesiva mortalidad por la provocación de neumonías, pero la pandemia de gripe de 1957-1958 puso de relieve que también el virus de la gripe era capaz de provocar neumonías y la muerte y, por otro lado, que el hecho de contar con antibióticos no impedía siempre las neumonías por las resistencias de las bacterias a los antibióticos (Porras Gallo, 2011).

Ahora bien, si algunos médicos del momento culparon a la falta de recursos terapéuticos (no había ni antivirales, ni antibióticos) y profilácticos específicos (faltó una vacuna eficaz contra la gripe) y a la ineficacia de los medios habitualmente utilizados contra las epidemias, otros consideraron también las malas condiciones higiénico-sanitarias, los factores sociales (viviendas insalubres, hacinamiento, dificultad de acceso a las subsistencias, o a los medicamentos), una infraestructura asistencial insuficiente coyuntural (recordemos, por ejemplo, el desplazamiento de sanitarios para combatir en la Primera Guerra Mundial o atender a los combatientes) y estructural. Esta última fue característica de nuestro país, que tenía un importante retraso sanitario en recursos asistenciales y en poseer un marco legal apropiado para luchar modernamente contra las enfermedades infecciosas, pero no fue de nuestra exclusividad. De hecho, en los Estados Unidos, la gripe no era enfermedad de declaración obligatoria. Junto a todo ello se señaló también al retraso e insuficiencia de las medidas adoptadas por las autoridades políticas.

La información con la que contamos hasta ahora obliga a seguir pensando que la gravedad de la pandemia de 1918-1919, que colocó en una situación crítica tanto a los médicos como a los políticos de la época, y causó un gran impacto en la población que la padeció y un temor constante a otra experiencia similar, se debió a la concurrencia de varios factores (científico-sanitarios, económicos, sociales, políticos...), y que las mejoras logradas en varios de ellos, apoyadas sobre los programas anuales de inmunización contra dicha enfermedad, están permitiendo un menor impacto de las pandemias de gripe, aunque anualmente sea responsable de algunas muertes y de importantes pérdidas por las bajas laborales que provoca en cada epidemia.

¿Una Medicina que no cumplió sus expectativas?

El resultado final de la mal denominada «gripe española» no concuerda con las expectativas que tenía la Medicina de la época cuando estalló la epidemia. Apoyados en la nueva Bacteriología, los médicos esperaban que esta crisis sanitaria fuera una buena oportunidad para mostrar el valor que poseía esa nueva Medicina para luchar contra ella. En su opinión, las enfermedades infecciosas eran «evitables» por cuanto consideraban viable disponer de «medios seguros de prevenirlas»: los sueros y las vacunas específicas contra cada una de ellas a partir del momento en que se aislara su germen causante. Sin embargo, la pandemia de 1918-1919 puso de relieve que llevar a la práctica esa idea no era tan fácil.

De hecho, si la observación del cuadro clínico permitió a los médicos considerar a la *influenza* como la enfermedad responsable de la epidemia, sin embargo, no pudieron demostrarlo mediante el aislamiento y la identificación de su microbio específico como exigía la medicina bacteriológica del momento. El laboratorio no fue capaz de corroborar el papel del bacilo de Pfeiffer, considerado entonces el germen de la gripe, y tampoco encontraron otro al que atribuir ese papel. Esta situación provocó dudas sobre la naturaleza de la enfermedad y la postulación de varias hipótesis etiológicas (el bacilo de Pfeiffer, una asociación bacteriana, una bacteria distinta del B. de Pfeiffer, un virus filtrable, o un germen desconocido), que no pudieron ser comprobadas.

Sin el aislamiento del agente etiológico de la gripe no se podía disponer del suero específico para ser usado como tratamiento ni de la vacuna específica para prevenir la enfermedad. Sin embargo, la gravedad de la epidemia exigía una respuesta inmediata, razón por la que los médicos propusieron y recomendaron numerosos recursos curativos y preventivos, algunos de dudosa eficacia. Como medios profilácticos se propusieron los cordones

sanitarios, el cierre de locales, las desinfecciones externas de individuos, mercancías, locales o vehículos, el uso de mascarillas, el aislamiento, las tradicionales medidas de la higiene pública y elementos de carácter socio-sanitario (subsistencias buenas y baratas, viviendas salubres, acceso a los medicamentos, mejoras sanitarias legislativas y asistenciales, etc.). De igual forma fueron también múltiples y poco eficaces los recursos terapéuticos propuestos, entre ellos, la quina, el alcanfor, la adrenalina, la salipirina, los purgantes, los baños generales o la sangría (Porras Gallo, 1996 y 1997). Junto a ellos se recomendaron sueros y vacunas, que en el mejor de los casos podían ser eficaces únicamente contra las complicaciones gripales y que, como aún sigue ocurriendo hoy, llegaron tarde.

Las dudas y dificultades que la medicina tuvo para establecer la etiología, el diagnóstico de la gripe y sus repercusiones en lo relativo a su profilaxis y tratamiento, crearon confusión entre la población y dudas acerca de la capacidad de los médicos y de la medicina para controlar la epidemia. A su vez, los profesionales sintieron también que habían fracasado. Sus expectativas no se habían visto cumplidas. Este hecho es uno de los que se ha señalado para justificar que esta terrible pandemia fuera prácticamente ignorada por los estudios históricos, médicos, e histórico-médicos durante casi sesenta años. Sin duda, al olvido también contribuyeron las circunstancias que la rodearon como su coincidencia con el final de la Gran Guerra y el inicio de la posguerra, el especial clima socio-político del momento en los países beligerantes y en los que no participaron en la contienda, como el nuestro, inmerso en una generalizada crisis política, económico y social.

Desconfianza de la ciudadanía frente a las autoridades políticas y sanitarias

No nos debe extrañar que, con la colaboración de la prensa de información general, la ciudadanía mostrara también su desconfianza frente a la respuesta dada por las autoridades políticas y sanitarias, que no siempre tenían la preparación para enfrentarse a una crisis sanitaria tan grave. La situación era muy difícil, tanto en los países beligerantes como en los neutrales, y se complicó más por la imposibilidad de que la ciencia médica proporcionara recursos más eficaces. Ante las exigencias de la población, se tomaron muy variadas medidas, combinándose los tradicionales cordones sanitarios y resto de recursos de la higiene pública con los sueros y las vacunas, y, en algunos lugares, como en nuestro país, con un amplio uso de las desinfecciones de mercancías, espacios y personas, cuya eficacia era muy cuestionada por los médicos, atribuyéndose prácticamente como único valor que procuraba tranquilidad de la población. Otras medidas adoptadas, que generalmente resultaron insuficientes, estuvieron dirigidas a reforzar la asistencia sanitaria –que ofreció mayor dificultad en los países beligerantes durante la Gran Guerra, especialmente para atender a la población civil–; mejorar la salubridad pública, y tratar de corregir la escasez y carestía de las subsistencias y los medicamentos (Porras Gallo, 1996 y 1997). La situación fue tan complicada que requirió la colaboración de numerosas organizaciones filantrópicas, como la Cruz Roja.

Un cambio de percepción frente a la gripe: de la broma al pánico

La experiencia de la gripe de 1918-1919 motivó un cambio en la forma de ser percibida esta enfermedad por la sociedad. Si al

inicio fue tomada a broma, la gravedad alcanzada y, como he indicado, su predilección por las personas adultas jóvenes, propició que el miedo se fuera apoderando de la ciudadanía y se vivieran escenas de pánico ante la cada vez más frecuente presencia de la muerte. En estas circunstancias, además de verter sus críticas hacia los médicos, las autoridades sanitarias y los políticos, la sociedad trató de combatir los efectos de la pandemia, elaborando un discurso explicativo, que fue permeable a las ideas de la ciencia médica, y utilizando muy diversos recursos para tratar de evitar la enfermedad y la muerte, aunque con escaso éxito (Porrás Gallo, 1996 y 1997). El horror vivido dejó una profunda huella entre los y las supervivientes (Porrás Gallo; Davis, 2014), que en algunos casos se acompañó de un pacto de silencio sobre dicha experiencia y, por ejemplo, en el caso del pintor noruego Edvard Munch se trasladó a su pintura, como puede percibirse en el autorretrato de 1919.

A modo de conclusión me parece importante aprender algunas lecciones que se pueden extraer de esta terrible pandemia. No es sólo importante contar con recursos médicos eficaces, sino también con unas mínimas condiciones higiénico-sanitarias, económicas y sociales, siendo además fundamental proporcionar una buena información a la población por parte de las autoridades políticas y sanitarias, pero también por los profesionales sanitarios sobre la situación y los recursos para atajarla, sin olvidarnos de combatir las desigualdades. De poco sirve tener medios terapéuticos y profilácticos apropiados si la población –parcial o completamente– no tiene acceso a ellos o no confía en ellos, como la pandemia de gripe de 2009-2010 mostró con respecto a la vacuna.

M. I. P. G.

BIBLIOGRAFÍA

- CROSBY, Alfred W. *Epidemic and peace 1918*, Wesport: Conn., Greenwood Press, 1976.
- *America's Forgotten Pandemic. The Influenza of 1918*, Cambridge: Cambridge University Press, 1989.
- ECHEVERRI DÁVILA, Beatriz. *La gripe española. La pandemia de 1918-19*, Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas-Siglo XXI, 1993.
- HOLMES, E. C. «1918 and All That», *Science*, 303, 2004, pp. 1787-1788.
- LORIA, Kevin. «Bill Gates thinks a coming disease could kill 30 million people within 6 months - and says we should prepare for it as we do for war», *Business Insider*, 27-4-2018. Disponible en <http://www.businessinsider.com/bill-gates-warns-the-next-pandemic-disease-is-coming-2018-4> [Consulta: 23-5-2018].
- PATTERSON, K. D. y PYLE, G. F. «The Geography and mortality of the 1918 influenza pandemic», *Bull. Hist. Med.*, 65, 1991, pp. 4-21.
- PORRAS GALLO, María Isabel. *Una ciudad en crisis: la epidemia de gripe de 1918-19 en Madrid*, Barcelona: ETD micropublicaciones, 1996.
- *Un reto para la sociedad madrileña: la epidemia de gripe de 1918-19*, Madrid: Ed. Complutense-CAM, 1997.
- «The place of serums and antibiotics in the influenza pandemics of 1918-1919 and 1957-58 respectively». En Ana Romero, Christoph Gradman, María Jesús Santesmases (eds.), *Circulation of antibiotics: Journeys of Drug Standards*. Madrid/Oslo: ESF, 2011, pp. 141-160.
- PORRAS GALLO, María Isabel y DAVIS, Ryan A. *The Spanish Influenza Pandemic of 1918-1919. Perspectives from the Iberian Peninsula and the Americas*. Rochester NY: University of Rochester Press, 2014.
- PORRAS GALLO, María Isabel y RAMÍREZ ORTEGA, Mercedes. «La lucha contra la gripe en España a través de las relaciones con la OMS (1951-1971)». En: Alfons Zarzoso; Jon Arrizabalaga (eds.). *Al servicio de la salud humana. La Historia de la Medicina ante los retos del siglo XXI*. Ciudad Real: SEHM, 2017, pp. 109-115.
- TAUBENBERGER, Jeffery K. y MORENS, David M. «1918 Influenza: the mother of all pandemics», *Emerging Infectious Diseases*, 12(1), 2006, pp. 15-22.