

La pandemia de gripa de 1918 en Bogotá. Aproximación histórico-epidemiológica

The 1918 Bogotá's Pandemic Flu.
A Historical and Epidemiological Approach

Juan Fernando Carvajal Estupiñán* 

Abel Fernando Martínez Martín**

Bernardo Francisco Meléndez Álvarez***

Fred Gustavo Manrique Abril****

Palabras clave: pandemia de gripa, Bogotá, epidemiología, historia de la salud.

Resumen

La pandemia de gripa de 1918-1919 ha sido una de las más graves en la historia de la humanidad. En Bogotá se registraron alrededor de 1.900 muertos, en los meses de octubre y noviembre de 1918.



- * Joven Investigador Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Grupo de Investigación Historia de la Salud en Boyacá. Correo electrónico: carvajaljuanfernando@gmail.com
- ** Tutor Joven Investigador, Director Grupo de Investigación Historia de la Salud en Boyacá. Docente UPTC.
- *** Investigador Grupo de Investigación Historia de la Salud en Boyacá. Docente Escuela de Medicina UPTC.
- **** Investigador Grupo de Investigación Historia de la Salud en Boyacá. Docente Escuelas de Enfermería y Medicina UPTC.

El artículo se propone contextualizar históricamente el comportamiento de la epidemia de gripa de 1918 en Bogotá, proporcionando bases metodológicas para el desarrollo del proyecto: *"Impacto de la pandemia de gripa de 1918 en Boyacá"*, propuesto por el Grupo de Investigación Historia de la Salud en Boyacá, de la UPTC.

El proyecto pretende contribuir a un mejor conocimiento del modo como una epidemia altera la dinámica de una colectividad. En este sentido, se plantea estudiar la manera como la pandemia de gripa de 1918-1919 afectó la ciudad de Bogotá en cuanto a mortalidad, morbilidad, condiciones sanitarias, ambientales, decisiones político-administrativas y el tipo de reacciones que esta situación provocó en diferentes sectores de la sociedad.

Se revisaron fuentes primarias y secundarias, encontrándose documentos oficiales y no oficiales, entre los que se cuentan periódicos, revistas, publicaciones médicas, informes de la Junta de Socorros y tesis de grado de medicina, entre otros.

Se encontró que, como la mayoría de las enfermedades infecciosas, la pandemia de gripa de 1918-1919 afectó a las poblaciones más pobres y desprotegidas. Las medidas tomadas corrieron a cargo de la Junta de Socorros y la participación de los médicos de la ciudad fue puramente asistencial.

Identificar los factores de riesgo y los factores protectores durante la pandemia de gripa de 1918-1919 nos permitirá contribuir al conocimiento de la enfermedad, para el control de futuras epidemias.

Abstract

The 1918 pandemic influenza has been one of the most serious disease in human history. It spread out world wide and in Bogotá caused around 1900 dead between October and November.

This article is set to build a historical context on the behavior of the Bogotá 1918 flu's pandemic, in order to provide the methodological bases to develop the project: "The 1918 pandemic influenza's impact in Boyacá", as proposed by the Boyacá Health History's Group of the "Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia".

The project seeks to contribute to improve the knowledge by which an epidemic alters the dynamics of a society. It is set to study the way in which the flu's pandemic of 1918-1919, affected the city of Bogotá, in regard to the mortality, the morbidity, the sanitary conditions, the environmental situation, and the political and administrative decisions, also the type of reactions that this situation aroused among the society's different sectors.

We went through primary and secondary sources, and found official and non official documents, which included newspapers, magazines, medical publications, the "Relief Board" reports and a medicine's thesis, among others.

We found, as most of the infectious disease do, that the flu pandemic of 1918-1919, affected more the poorest and the most unprotected populations. The sanitary measures which were in charge of the "Relief Board", had the participation of the city's physicians, which was purely some welfare actions.

To identify the risk's and the protective factors during the flu pandemic of 1918-1919, will allow us to contribute to the disease's knowledge, and to enable us to control future epidemics.

Key words: pandemic influenza, Bogotá, epidemiological, health history.



Figura 1. Muertos en las calles de Bogotá durante la pandemia.
El Espectador, Bogotá, octubre 1918.

Introducción

“El estudio de las enfermedades en las sociedades del pasado, además de su interés intrínseco, suministra claves que permiten una mejor comprensión de las actuales reacciones sociales ante la enfermedad e iluminan la búsqueda de respuestas eficaces frente a ella”¹.

Los estudios relativos a la pandemia de 1918-1919 han sido condicionados al conocimiento de la enfermedad. El aislamiento del primer virus de la gripa, en 1933, por Smith, Andrews y Laidlaw, dio lugar a la aparición y crecimiento posterior de una nueva literatura sobre la gripa, de carácter epidemiológico. A partir de la experiencia de las epidemias y del conocimiento del virus, se han estudiado patrones de comportamiento de la

enfermedad y patrones de difusión, ajustados a las pandemias históricas.

La gripa es producida por un virus de la familia Orthomyxoviridae, género *Influenzavirus*. La envoltura está constituida por una bicapa lipídica, que presenta dos glicoproteínas en la parte externa: la hemaglutinina y la neuroaminidasa. Estas glicoproteínas se encargan de la fijación y replicación viral dentro de las células huésped. Existen tres tipos de virus gripales: A, B y C. Los más importantes son los tipos A y B, ya que el C no produce epidemias y sólo provoca infecciones sin síntomas en casos aislados². Los virus tipo A son los que presentan más variaciones, identificándose varios subtipos basados en las proteínas de superficie; el virus causante de la pandemia de gripa fue del subtipo H1N1.

Tabla 1. Modificado de Schaechter, M.: *Mecanismos de las enfermedades infecciosas enfoque mediante resolución de problemas*. Mc Graw Hill, México. 1996.

	A	B	C
Severidad de la enfermedad	++++	++	+
Reservorio animal	Sí	No	No
Diseminación en los seres humanos	Pandémica	Endémica	Esporádica
Cambios antigénicos	Desviación mayor y menor	Desviación menor	Desviación menor
Número de segmentos de RNA	8	8	7
Número de glucoproteínas de superficie	2	2	1

La gripa se presenta en forma de brotes epidémicos, habitualmente todos los años durante los meses fríos. Los virus gripales presentan una gran capacidad de variación, clasificada en dos tipos:

Variaciones menores: conocidas como “deslizamientos antigénicos”, suponen la aparición de un virus con una hemaglutinina (H) suficientemente distinta a la del virus precedente, frente a la cual la población

tiene solo una inmunidad parcial por las exposiciones a cepas anteriores parecidas. Las variaciones menores son el resultado de mutaciones puntuales espontáneas en los genes que codifican la H y en menor grado a la neuroaminidasa (N). Las variaciones menores ocurren también en el virus de la gripa B; este tipo de virus está más adaptado a la especie humana³.

Variaciones mayores: estas variaciones suponen la aparición en la población de un virus con un subtipo nuevo y distinto de H y o N, al difundido hasta entonces entre la población, frente al cual no existe memoria inmunológica. Las pandemias gripales ocurren generalmente como consecuencia de la aparición de una variación mayor en el virus de la influenza³.

El origen real de la gripa o influenza no se conoce con precisión, su aparición se relaciona con el surgimiento de la agricultura y la aparición de las ciudades⁴. Desde 1173 se han registrado más de 300 epidemias de una enfermedad similar a la influenza, con un intervalo promedio de 2,4 años. Pero es solo con el desarrollo de los viajes y del comercio intercontinental que aparece la primera pandemia conocida de influenza, que se originó en Asia en 1580⁵.

Durante los siguientes tres siglos, a pesar de que el seguimiento fue irregular y no muy preciso, existen alrededor de 22 pandemias registradas (junto con las epidemias intermedias), en las que los historiadores están de acuerdo. Una de las pandemias que más se ha estudiado es la de 1889, que mostró una letalidad y gravedad similar a la de 1918-1919, aunque esta última, en términos de víctimas humanas, no tiene precedentes históricos.

Desde finales del siglo XIX, en los pasados 115 años, se registran cinco grandes pandemias: 1890, 1900, 1918, 1957 y 1968. Han transcurrido 38 años desde que ocurrió la última pandemia de influenza humana, conocida como la pandemia de Hong-Kong⁶.

La pandemia de gripa expandida entre octubre de 1918 y febrero de 1919, conocida historiográficamente como *Influenza española* o *Dama española*, ha sido la más letal en la historia de la humanidad. Esta epidemia se presentó a finales de la Primera Guerra Mundial y se estima que causó de 20 a 50 millones de muertes en el mundo⁷; con un estimativo de contagio del 50% al 80% de la población⁷, afectando principalmente a los jóvenes y a la población económicamente activa entre los 20 y los 40 años, a diferencia de otras pandemias que afectaron sobre todo a niños y ancianos.

En los países con estaciones, como los de Europa y Norteamérica, la epidemia de gripa de 1918-1919 se presentó en tres oleadas: la primera de mayo a julio de 1918, la segunda durante octubre y noviembre del mismo año y la tercera en enero y febrero de 1919, siendo la segunda oleada la de mayor morbilidad y mortalidad⁷.

En Colombia, varios autores registran las primeras muertes en Bogotá a comienzos de octubre⁴, siendo este hecho muy documentado. Posteriormente se propagó al resto del país, afectando en mayor proporción y con mayor severidad las zonas andinas de mayor altitud.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el mundo puede estar al borde de

otra pandemia de gripa; se ha estado vigilando un nuevo virus de las aves, H5N1, que desde diciembre de 2003 ha infectado a más de 100 humanos en seis países asiáticos (Malasia, Camboya, Indonesia, Tailandia, Vietnam y China), con una tasa de letalidad de más del 50%. Una vez el virus tenga la capacidad de transmisión de humano a humano, en un mundo mucho más globalizado e intercomunicado que el de 1918, la enfermedad puede alcanzar todos los continentes en menos de 3 meses, estimándose entre 2 a 7,4 millones las muertes posibles⁸.

A través de la búsqueda sistemática de fuentes en el Archivo General de la Nación, la Biblioteca Nacional de Colombia, la Biblioteca Luis Ángel Arango y la colección bibliográfica del Museo de Historia de la Medicina y la Salud de la UPTC, se construyó un marco teórico conceptual que pretende analizar y documentar los hechos y acontecimientos durante la pandemia de 1918 en Bogotá. Este marco se constituye en el primero de una serie de escritos que buscan entender desde la historia el comportamiento de la epidemia de 1918, sus repercusiones epidemiológicas y sociales y la respuesta social, científica y estatal, para generar nuevo conocimiento y aportar al entendimiento de estos fenómenos, con el fin de sustentar medidas protectoras o atenuantes para futuras epidemias de la enfermedad.

Bogotá en 1918

Desde finales del siglo XIX, la capital de la República presentó un crecimiento poblacional acelerado y una incipiente

urbanización, aumentando en espacio 1,6 veces y quintuplicando su población⁹. La insalubridad se documenta en los periódicos de la época: "En Bogotá se carece de lo más indispensable en asuntos higiénicos, y cualquier localidad de cuarto orden del extranjero se encuentra mejor preparada para contrarrestar las calamidades públicas"¹⁰. Igualmente, los informes oficiales hablan de: "La triste incipiente de nuestra higiene pública merced a la cual pueden reputarse como un milagro la existencia normal de la ciudad, con sus calles llenas de lodo o de polvo [...] y sobre todo esto, la miseria y el supremo desaseo en que viven las clases bajas del obrerismo"¹¹.

Bogotá cuenta, según proyecciones del censo de 1912 para 1918, con 125.000 habitantes, distribuidos en parroquias; este dato es más confiable que el de 1918, que arrojó una población de 141.639 habitantes, de los cuales el 42% vivían en los barrios altos, asentados sobre las faldas de los cerros de Guadalupe y de Monserrate¹².

La zona alta de la ciudad, conocida como paseo Bolívar, fue la más afectada por la epidemia, barrios densamente poblados, que presentaban las peores condiciones sanitarias, descritos como: "la clase más necesitada y el lugar más desaseado de la capital, en donde es muy bajo el nivel moral de las gentes que allí sufren los rigores de la más espantosa miseria (...) en donde los enfermos se aglomeran en covachas inmundas que son generalmente dormitorio, cocina y establo de los animales domésticos"¹³ (v. figura 2).



Figura 2. Caricatura de *El Cómic*, "Cómo se vive en el paseo Bolívar", Bogotá, noviembre 1918.

Epidemiología

"En los primeros días del mes de octubre de 1918 apareció en Bogotá una epidemia de gripa. Al principio no llamó la atención porque se presentó con la apariencia de catarro [...] normal de todos los años [...], a partir del 20 de octubre¹⁵ o del 13 de octubre¹⁶, la enfermedad se generalizó, calculándose el número de afectados en 40.000 el 25 de octubre y llegando a 60.000 el día 30 de octubre.

Se estimó que el 80% de la población bogotana enfermó de gripa, que según proyecciones poblacionales, significó 100.000 enfermos con diferente gravedad, en el mes de octubre y la primera mitad de noviembre¹⁷.

Las oficinas públicas, los colegios, la universidad, las chicherías, los teatros y las iglesias estaban vacías; los servicios urbanos colapsaron; la policía, el tranvía,

el tren y los correos se paralizaron, porque la mayoría de policías, operarios, curas, alumnos y profesores y empleados enfermaron: "se suspendieron todos los espectáculos públicos, y las calles de la ciudad, especialmente en la noche, estaban casi desiertas"¹⁶; hasta los matrimonios fueron cancelados, porque los contrayentes cayeron enfermos. La epidemia fue tal, que la ciudad entera se paralizó: "Toda la población está en su cama con un tirimundi en la cabeza, con un volcán en el pecho, con los ojos como dulces de moras y las narices como un pimentón"¹⁸.

El Ministerio de Instrucción Pública ordenó el cierre de los colegios y el aplazamiento de los exámenes finales, clausurándose el calendario académico el 25 de octubre, en pleno pico de la epidemia¹⁴.

El inicio de la epidemia fue tan abrupto que tomó por sorpresa a todos los organismos de salud de la ciudad e hizo necesaria la

creación de la Junta de Socorros, institución de carácter privado que actuó en forma coordinada con la alcaldía de la ciudad, para el auxilio de los enfermos más pobres¹¹. Esta Junta se institucionalizó el 24 de octubre e inició labores al día siguiente.

La ciudad se dividió en zonas para la atención de enfermos y se asignaron comisiones sanitarias, conformadas por un médico y un practicante, encargadas de las

visitas domiciliarias para atender a los enfermos y de rendir los informes respectivos¹³. "El 90% de las víctimas, [...] habitaban barrios insalubres, chozas antihigiénicas, cloacas infectas"¹⁴.

La Junta creó seis hospitales provisionales, ubicados en puntos estratégicos de la ciudad, para atender los enfermos pobres. En la tabla 2 se resumen las estadísticas de atención en dichos hospitales¹⁵.

Tabla 2. *Hospitales creados por la Junta de Socorros durante la epidemia de gripa de 1918 en Bogotá*

HOSPITAL	Creación	Cierre	Enfermos	Sanos	Remitidos	Muertos
San Diego	27 oct.	24 nov.	516	376	60	80
San Vicente	1 nov.	7 nov.	35	30	0	5
Mujeres Chapinero	27 oct.	27 nov.	125	91	11	23
La Hortúa	25 oct.	26 nov.	312	237	19	56
Varones Chapinero	26 oct.	15 nov.	96	70	13	13
Egipto	1 nov.	18 nov.	57	49	1	7
Total			1.141	853	104	184

Fuente: Junta de Socorros de Bogotá, (1918). Epidemia de gripa, octubre y noviembre, 1918. Adaptada por los autores.

Las seis instituciones hospitalarias de beneficencia se instauraron luego del pico máximo de la mortalidad; los enfermos y muertos atendidos antes del 25 de octubre fueron extrahospitalarios, la mayoría falleció en las casas o en las vías públicas. La letalidad intrahospitalaria corresponde al 16% de los pacientes internados en los hospitales de la junta después del 25 de octubre y hasta el 27 de noviembre.

Los casos y las complicaciones fueron aumentando durante la segunda mitad de

octubre; para final del mes se registran alrededor de 1.400 muertes, y 500 en los diez primeros días de noviembre, debido a la epidemia^{16, 17}. "Del 21 al 30 de octubre hubo tantos muertos que fue imposible darles sepultura y se comisionaron a 40 presos para enterrar los cadáveres en fosas comunes"¹⁶.

Datos oficiales reportan que del 1 al 20 de octubre se presentaron 250 muertes, y durante los días 21 al 31 de octubre, 1.150 más; todas estas muertes atribuibles a la

epidemia de gripa, por lo que estas fechas son las de mayor tasa de mortalidad reportada⁴. Las cifras descendieron durante los diez primeros días de noviembre, y de la misma forma abrupta como llegó la epidemia, así mismo desapareció¹⁵. Los periódicos informaban el 11 de noviembre: “La epidemia de la Gripe se aleja, la mortalidad ha vuelto a la cifra normal de 12 defunciones por día”¹⁴ (v. tabla 3).

Tabla 3. *Días de mayor mortalidad, epidemia de gripa 1918 en Bogotá*

Día	Mes	Muertos por gripa
24	Oct.	108
26	Oct.	165
29	Oct.	128
30	Oct.	161
31	Oct.	198
1-10	Nov.	500
Total		1.262

Fuente: Jorge Laverde: *Contribución al estudio de la epidemia de Gripe de 1918 en Bogotá*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. 1918.

Según los certificados de defunción, se pudo establecer que la epidemia afectó con mayor severidad a la población entre 20 y 40 años, relativamente joven y económicamente activa⁴, coincidiendo esta conclusión con el comportamiento de la pandemia en el mundo, a pesar del subregistro de este dato, que solo figura en una tercera parte de las defunciones presentadas por Laverde (tabla 4).

Otra limitación del registro es que los certificados de defunción consignaban como causa de muerte las complicaciones, pero no referían la enfermedad principal

Tabla 4. *Mortalidad por grupos etáreos, epidemia de gripa 1918, Bogotá*

Edad	Número de muertos
Menores 3 años	46
2 a 20 años	65
20 a 50 años	350
Mayor 50 años	65

Fuente: Jorge Laverde: *Contribución al estudio de la epidemia de Gripe de 1918 en Bogotá*. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá. 1918.

como “gripa”, dejando un vacío para la estadística médica.

La situación fue tan alarmante que durante los últimos 10 días de octubre no había tumba para tanto muerto y mucho menos quien los sepultara. Las personas morían de forma repentina en vías públicas⁴. Los muertos se acumularon en el cementerio haciendo fila para ser sepultados, los ataúdes escasearon¹¹, y las carretas que se usaban para expender la leche o recoger la basura fueron utilizadas para conducir los montones de muertos que yacían en las calles hasta fosas comunes en el Cementerio Central, labor que hizo que se conocieran como “las carretas macabras”.

La gripa no solo afectó a los seres humanos, también enfermó y mató animales como aves, cerdos y caballos. Un columnista escribía a mediados de octubre: “En seis horas puede caer todo el vecindario; y donde yo digo vecindario incluyo [...] el borrico, el can, la rata y otros ejemplares de la fauna que nos honran con su compañía”¹⁰. “Los pájaros desaparecen a menudo en las localidades donde reina, como si el aire tuviera condiciones perjudiciales”¹⁷.

Un aspecto importante por destacar es que la gripa se presentó con mayor rigurosidad en los climas fríos y húmedos; por el contrario, en los climas cálidos era mucho más benigna, corta y sin complicaciones; cuando el *"asolador verano [...] de las calles de nuestra descuidada ciudad había muchísimo polvo, [...] y la enfermedad adquirió caracteres de especial gravedad cuando se cambiaron de calientes y secos en fríos y lluviosos"*⁴.

En 1918, como parte del estudio de los enfermos de gripa, se realizaron en Bogotá estudios bacteriológicos de muestras de esputo de los paciente afectados, encontrando en la mayor parte de las pruebas realizadas un pequeño cocobacilo Gram negativo^{4, 9}, correspondiente al *Haemophilus Influenzae*, conocido en esa época como bacilo de Pfiffer, microorganismo descubierto en 1892, que fue considerado, hasta los años treinta del siglo xx, como el agente causal de la epidemia de gripa. Sin embargo, ya en Europa y en Estados Unidos se encontraban informaciones contradictorias a este respecto, debido a que en muchos estudios de pacientes griposos no se aisló nunca el bacilo de Pfiffer^{10, 11}.

Comportamiento clínico y etiologías atribuidas

En los diarios se publica, en octubre de 1918, el cuadro clínico de la gripa:

Empieza repentinamente en medio de las ocupaciones habituales y después de la corta incubación de pocas horas empieza por un frío intenso, dolor de cabeza, huesos y de lomos; catarro de los ojos, de la nariz y de la garganta;

malestar, borrachera, desvanecimiento, bostezadera y estiramiento de brazos, náuseas y a veces vómito; este puede ser verde, amarillo o de sangre, según el estado anterior de la persona, tos, ronquera y dificultad de respirar. Pueden predominar también los síntomas gástricos, los síntomas nerviosos y los desarreglos de las funciones de la circulación. Hay fiebre, mucho calor en la cabeza y a veces abotargamiento de las cara. Todos estos síntomas no se presentan de una vez y siempre, porque la Gripe se divide en simple y grave, y entre estas dos hay una serie de intermedios muy variados. Se puede asegurar que no hay dos enfermedades iguales, ni que tengan la misma duración, ni idénticos resultados¹¹.

El médico Laverde, en su tesis de grado, enumera diferentes formas sintomáticas de ataque por gripa que se presentaron en Bogotá, clasificándolas según el órgano o el sistema más afectado; distingue así la forma respiratoria, la gastrointestinal, la nerviosa, la cardíaca, la apirética, la ambulatoria, la crónica y la forma tifoidea¹⁶.

En muchos de los casos, los enfermos de gripa presentaban complicaciones, principalmente por sobreinfecciones bacterianas del aparato respiratorio, como neumonías y bronconeumonías; durante las necropsias los médicos encontraban los pulmones congestivos, llenos de sangre e, incluso, se describen francos focos de gangrena pulmonar¹⁶.

El cómo llegó a Bogotá la gripa no es aún muy claro; inicialmente se pensó que ingresó al país por la Costa Atlántica, importada de Europa en un barco español que zarpó del puerto de Barcelona a mediados del mes de julio de 1918, en el

que enfermaron durante la travesía varios pasajeros de tercera clase, sin embargo, esta teoría pierde validez al ser la capital de la República donde se registran los primeros muertos de gripa del país¹³; otra hipótesis, divulgada por los periódicos de la época, afirmaba que la gripa llegó a través de un paquete de correo enviado desde los Estados Unidos a Bogotá, y de ahí se expandió a través del correo, los ferrocarriles y las vías de comunicación por todo el país¹⁴.

“La Gripe se transmitía sin descanso”, atacando primero a las personas con más contacto, como las de los trenes y tranvías, y por último a las comunidades más aisladas, como era el caso de los conventos, internados, cuarteles y cárceles¹⁰. Los médicos de la época afirmaban: “la gripa se extiende caprichosamente, sin obedecer a ninguna ley conocida [...] es importada a un lugar por las personas o los objetos que provienen de las localidades infectadas [...] siempre la epidemia ha principiado por aquellas personas a quienes su empleo pone más en contacto con el exterior”¹⁷.

La sorpresa frente a la aparición de la epidemia en Bogotá fue tal, que no se terminaba de acertar con las causas de la enfermedad ni los mecanismos de transmisión, imputándole incluso causas divinas y hasta cósmicas¹⁷. En Medellín, menos afectado por la pandemia que Bogotá, se afirmaba: “el pueblo antioqueño está indudablemente mejor constituido que el bogotano [...] la crudeza de la epidemia se debió a las pésimas condiciones higiénicas de Bogotá, amén de la chicha, que el pueblo capitalino consume en grandes cantidades¹⁴.

Respuestas frente a la epidemia

La comunidad científica nacional, al igual que la mundial, en pleno auge de la bacteriología y de la mentalidad etiopatológica, no tuvo suficientes explicaciones a la pandemia y mucho menos pudo proporcionar respuestas clínicas favorables o por lo menos atenuantes, ni siquiera hubo acierto en la identificación del agente causal.

Los tratamientos, así como las explicaciones abundaron por doquier. Se afirmaba que la gripa no tenía ningún tratamiento específico y que todo dependía de cómo se presentase, y que la función del profesional era la de mera expectativa y vigilancia, buscando atacar con rapidez las complicaciones que se presentaran en los enfermos¹⁰.

Laverde propone tres tipos de tratamientos según la forma de presentación de la enfermedad: benigna, mediana o grave. Para las formas benignas se recomienda el reposo, las limonadas, la leche, los huevos y las bebidas con licor, al igual que dosis de quinina, medicamento que se consideraba como una verdadera antitoxina gripal¹⁶. En las formas de mediana gravedad, además del reposo y las anteriores recomendaciones, se administraba aspirina, inhalaciones con vapores antisépticos, unguentos con grasas animales y expectorantes como el amoníaco en asocio con aceite de eucalipto, morfina, alcanfor, linimento, sales de amonio, cola, coca y elixir paregótico. En los casos graves, además de la quinina, que no solo bajaba la temperatura, sino que “mantenía las

fuerzas vitales”, se recomendaban punciones lumbares, y estimulantes del corazón como el éter, la digital y la esticnina¹⁶.

Los tratamientos estaban enfocados a combatir los síntomas: “para el estreñimiento, purgantes; para la fiebre, quininas; para los síntomas pulmonares, expectorantes; para los síntomas gástricos, vomitivos, y para los fenómenos nerviosos, bromuros y valeriana. Por alimento, leche, sagú y té, y una agua aromática por bebida”¹⁷.

La epidemia disparó en la capital los precios de los remedios más populares, como la leche, el limón y las naranjas, que escasearon, así como lo hicieron los ataúdes y los medicamentos. Los más beneficiados por la epidemia de gripa fueron los sepultureros, los boticarios y los médicos: “A la mercancía fúnebre siguen en escasez las drogas y los víveres de primera indicación. No hay credo, ni programa, ni doctrina que hoy valgan más que una onza de quinina. Se sabe de personas que en momentos de peor afán ofrecían inútilmente hasta su árbol genealógico por un simple limón, hasta su cruz de San Gregorio Magno, por un manojito de Verbena”¹⁶. Entre los damnificados por la epidemia se cuentan los peluqueros, los cómicos y la Higiene Municipal.

La epidemia de gripa sirvió para que el gobierno municipal dictara medidas para el mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes de Bogotá, en especial en los barrios obreros; también, se busca mejorar los espacios públicos y la infraestructura sanitaria de la ciudad. Adicionalmente, el país recibía un cambio legislativo en la

conformación, organización y estructura de la Junta Central de Higiene, creada en 1914, dependiente del Ministerio de Gobierno, que se convierte en el año de 1918 en la Dirección Nacional de Higiene, dependiente del Ministerio de Instrucción Pública, entidad encargada de todos los temas de sanidad del país y, por consiguiente, la directa responsable del control y la atención de la epidemia.

La Dirección Nacional de Higiene dio algunas indicaciones individuales como: aislar a los que se creían más susceptibles al contagio, como los niños y los ancianos; evitar el contacto con enfermos de gripa y, en especial, con sus secreciones; desinfectar los esputos y secreciones y otras medidas de aseo personal, como lavarse los dientes, la nariz e igualmente hacer uso de bebidas calientes como infusiones de té y de tilo.

En la atención a la población marginada, la institución que desempeñó el papel más importante fue la Junta de Socorros, creada desde una idea privada. Funcionó durante la epidemia hasta el 17 de noviembre y estaba conformada por banqueros, comerciantes de la ciudad y damas de la alta sociedad, organizados para tal fin. La Junta de Socorros crea en Bogotá seis hospitales provisionales; 13 comedores; salones de costura, donde se confeccionaron 2.395 prendas de vestir; la Junta realizó un total de 270 visitas domiciliarias para aprovisionar de ropas y alimentos a las familias con enfermos y 700 visitas a familias para prestar atención médica; es llamativo que ningún médico capitalino hizo parte de la organización, ni del funcionamiento de La Junta de Socorros.

Durante la epidemia, la acción privada fue más decidida y efectiva que la acción oficial, esta última se limitó a dictar medidas sanitarias y a la creación de la ambulancia médica, encargada de recoger y llevar los enfermos de gripa a los hospitales habilitados en la ciudad.

Tras la llegada de la gripa a Bogotá, rápidamente se extendió a las poblaciones vecinas, siguiendo las rutas del correo y del ferrocarril, la ruta conocida como la Transversal de Nemocón, donde terminaba la línea del ferrocarril, que cruzaba luego a Chocontá, Villapinzón, Tunja, Paipa, Duitama, Santa Rosa y Sogamoso⁸. Se trata de una de las hipótesis sometidas a estudio en el desarrollo del proyecto: *"Impacto de la pandemia de gripa de 1918 en Boyacá"*.

Conclusiones

La epidemia de gripa de 1918 en Bogotá coincide en magnitud y temporalidad con la pandemia mundial de gripe, por lo que aporta enfermos y muertos a las cifras globales registradas.

Las zonas altas de Bogotá, donde se concentraba la mayor cantidad de población en condiciones de hacinamiento, pobreza y con carencia de servicios sanitarios, fueron las más afectadas por la epidemia.

Las condiciones socioeconómicas, como pobreza, hacinamiento, falta de servicios públicos, convivencia con animales, son consideradas, de acuerdo con la documentación existente de la época, como los mayores factores de riesgo para la morbilidad, mortalidad y letalidad por gripa en 1918, para Bogotá.

Los aspectos geográficos y climáticos influyen considerablemente para la propagación y presentación de los casos, pues las zonas altas y la época de lluvias son factores condicionantes en todas las fuentes revisadas.

La Higiene Pública, en manos del Estado, fue incapaz y no estaba preparada para enfrentar la pandemia, siendo la Junta de Socorros, un organismo privado constituido por los notables de la capital, la única institución que realiza acciones efectivas con los afectados, institución que es recordada y alabada por los medios escritos, en contraposición a las direcciones Nacional y Municipal de Higiene, que son fuertemente criticadas por la escasa intervención ante la pandemia.

Del agente causal poco se supo en 1918, no se tenían las suficientes herramientas para su identificación, razón por la cual se inculcó al bacilo de Pfeiffer o *Haemophilus Influenzae*, como el causante de la epidemia, solo 15 años después, con la aparición del microscopio electrónico, se logra identificar el virus de la influenza como el verdadero agente etiológico de la gripa.

Hoy seguimos teniendo los factores de riesgo existentes en 1918, aumentados, con la misma falta de organización de las instituciones públicas; sin caridad y sin beneficencia del sector privado; se está reestructurando el sistema de salud como en aquella época; hay mayor población en pobreza y miseria; mayor hacinamiento urbano; escasez de tratamientos y de vacunas; una mayor globalización y medios de comunicación que permiten mayor movilidad y mayor posibilidad de contagio; calentamiento global con cambios climá-

ticos asociados a la industrialización y, aunque conocemos mucho más sobre los virus, sobre su estructura y genoma, seguimos desconociendo nuestra historia, por

lo que estamos condenados a repetirla, a no ser que aprendamos de nuestro pasado y nos comprometamos en el presente a cambiar el futuro.

Referencias

- 1 Arrizabalaga J. Nuevas tendencias en la historia de la enfermedad; a propósito del constructivismo social. Madrid: ARBOR; 1992. p. 148.
- 2 Bennett C., Plum F. Tratado de Medicina Interna. Philadelphia; 1997. p. 2023.
- 3 Farreras R. Medicina Interna. Madrid: Ediciones Harcourt; 2000. Versión electrónica, capítulo 265.
- 4 Porras Gallo M. Una ciudad en crisis, la epidemia de gripe de 1918-1919 en Madrid. Madrid: Facultad de Medicina Universidad Complutense; 1994.
- 5 Schachter M. Mecanismos de las enfermedades infecciosas enfoque mediante resolución de problemas. México: Mc Graw Hill; 1996. pp. 477-490.
- 6 Ayora-Talavera G. Influenza: historia de una enfermedad. *Historia de la medicina* 57 *Rev. Biomed* 1999; 10:57-61. Laboratorio de Hematología, Centro de Investigaciones Regionales Universidad Autónoma de Yucatán, Mérida, Yucatán, México.
- 7 Crosby AW. America's forgotten pandemic. Cambridge University Press; 1989, pp. 17-89.
- 8 <http://www.who.int/csr/disease/influenza/pandemic10things/en/index.html>; consultada 14 de octubre de 2005.
- 9 Zambrano F. La gripa asesina de 1918. *El Tiempo*, Bogotá; diciembre 1987.
- 10 *Revista Cromos*, núms. 137, 138, 139, Bogotá; 1918.
- 11 Junta de Socorros de Bogotá: Epidemia de gripa, octubre y noviembre de 1918. Exposición de la Junta de Socorros, Bogotá; 1918.
- 12 *La Época*, núms. 7-15. Bogotá, 1918.
- 13 Castilla E. Historia de la gripa en Colombia, [tesis de grado Universidad Nacional de Colombia], Bogotá; 1922.
- 14 *El Espectador*, Medellín; núms. 2572-2601. 1918.
- 15 Garcia Medina P. *Revista Médica de Bogotá*. Núms. 436-437 Bogotá; diciembre 1918.
- 16 Laverde J. Contribución al estudio de la epidemia de gripa en Bogotá, en 1918. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1918.
- 17 *Diario Nacional*, núms. 930-986. Bogotá; 1918.
- 18 *El Tiempo*, núms. 2549-2581, Bogotá; 1918.