



La pandemia de la gripa española de 1918 en Colombia: una percepción del impacto de un fenómeno mundial en un país neutral durante la Gran Guerra

Jane Rausch*

University of Massachusetts at Amherst,
Estados Unidos

<https://doi.org/10.15446/historelo.v13n27.93272>

Resumen

El artículo se enfoca en la pandemia de gripa de 1918 y su impacto en Colombia. Tiene en cuenta la propagación y su efecto en la población, especialmente en Bogotá, durante el gobierno del presidente Marco Fidel Suárez (1918-1921) y el contexto de la Primera Guerra Mundial. La autora muestra la poca eficiencia estatal para enfrentar el problema de salud pública, en contraste con las iniciativas humanitarias como la de la Junta de Socorro, en un escenario donde las condiciones de higiene de las zonas marginadas y pobres de la capital posibilitaron la propagación del virus. Finalmente, a modo de consecuencia, muestra las medidas gubernamentales y cómo la pandemia influyó para que se iniciara la construcción de casas higiénicas y viviendas más modernas para los trabajadores, además del mejoramiento de la infraestructura hospitalaria.

Palabras clave: pandemia; gripa española; Marco Fidel Suárez; Colombia.

* * Ph. D. en Historia por University of Wisconsin (Estados Unidos). Profesora emérita de University of Massachusetts at Amherst, Estados Unidos. Este texto fue leído en el marco del XVII Congreso Colombiano de Historia, realizado en Bogotá entre el 5 y 10 de octubre de 2015. La versión inicial fue publicada en Memorias Congreso Colombiano de Historia (CCH), Vol. XVII, Nos. 1-24 / 2015 - 2017 / ISSN: 2500-851X. La versión en inglés fue traducido por María Victoria Mejía. Las imágenes que aparecen en el texto fueron publicadas en Miranda (2008, 40-61). Correo electrónico: jrausch@history.umass.edu



Cómo citar este artículo/ How to cite this article:

Rausch, Jane. 2021. "La pandemia de la gripa española de 1918 en Colombia: una percepción del impacto de un fenómeno mundial en un país neutral durante la Gran Guerra". *HISTORELo. Revista de Historia Regional y Local* 13(27): 183-207. <https://doi.org/10.15446/historelo.v13n27.93272>

The 1918 Spanish Flu Pandemic in Colombia: A Perception of Impact of a Worldwide Phenomenon in a Neutral Country during the Great War

Abstract

The article focuses on the 1918 flu pandemic and its impact in Colombia. It considers the spread and its effect on the population, especially in Bogotá, during the government of President Marco Fidel Suárez (1918-1921) and the context of the First World War. The author shows the low efficiency of the state to face the problem of public health, in contrast to humanitarian initiatives such as that of the Relief Board, in a scenario where hygiene conditions in marginalized and poor areas of the capital made possible the spread of the virus. Finally, consequently, it shows the government measures and how the pandemic influenced the beginning of the construction of hygienic houses and more modern housing for workers, in addition to the improvement of hospital infrastructure.

Keywords: pandemic; spanish flu; Marco Fidel Suárez; Colombia.

A pandemia de gripe espanhola de 1918 na Colômbia: Uma percepção de impacto de um fenômeno mundial em um país neutro durante a Grande Guerra

Resumo

O artigo enfoca a pandemia de gripe de 1918 e seu impacto na Colômbia. Leva em consideração a difusão e seus efeitos sobre a população, especialmente em Bogotá, durante o governo do presidente Marco Fidel Suárez (1918-1921) e o contexto da Primeira Guerra Mundial. O autor mostra a baixa eficiência do Estado para enfrentar o problema da saúde pública, em contraposição a iniciativas humanitárias como a da Junta de Socorro, em um cenário onde as condições de higiene em áreas marginalizadas e pobres da capital possibilitaram a disseminação do vírus. Por fim, como consequência, mostra as medidas governamentais e como a pandemia influenciou o início da construção de moradias higiênicas e mais modernas para os trabalhadores, além da melhoria da infraestrutura hospitalar.

Palavras-chave: pandemic; gripe espanhola; Marco Fidel Suárez; Colômbia.

Uno de los hechos más traumáticos relacionados con la Gran Guerra Mundial fue la pandemia de la llamada gripa española, la cual causó inicialmente estragos entre los soldados acuartelados en Fort Riley en Kansas, (EE. UU.) en marzo de 1918.¹ Una vez los soldados infectados de la gripa cruzaron el océano Atlántico para unirse a las tropas Aliadas, la enfermedad se propagaría prontamente por el continente europeo devastado por la guerra, desplazándose hacia Asia y el norte de África, y avanzando hasta Australia en julio de ese año. A finales de agosto se presentaría un rebrote letal de la enfermedad y, en 1919, en Sur América reapareció un brote menos virulento de la gripa. La así llamada *gripa española* se diferenciaba de la forma conocida de gripa más benigna, debido a la gravedad de los síntomas, quienes la padecían, experimentaban terribles dolores de cabeza y en el cuerpo, además de fiebre. La piel del rostro adquiría un tono cenizo, la marca de la cianosis; vómitos de sangre y sangrado nasal.² Por lo general, la causa de muerte eran las bacterias que invadían los pulmones, convirtiendo estos órganos vitales en bolsas de fluidos. Para la mayoría de quienes la padecieron, el ataque de la pandemia tenía una duración de dos a cuatro días; sin embargo, la muerte podía ser repentina, se conocieron informes reiterados sobre personas que colapsaban súbitamente y morían o de personas que ingresaban enfermas al hospital y en el lapso de pocas horas sucumbían a la infección. Cuando llegó a su fin el ciclo de la enfermedad, se calculaba en 500 millones el número de personas infectadas en el mundo; y entre 30 y 100 millones los muertos, convirtiéndose en uno de los desastres naturales más mortíferos en la historia de la humanidad (Phillips y Killingray 2003, 4).

1. Algunas de las ideas presentadas aquí se elaboraron inicialmente con un énfasis en la vida cívica en vez de los actos agresivos. Cf. Rausch (2012, 11-78).

2. Para mantener la moral, los censores de la información restaron importancia a los primeros informes sobre la enfermedad y la mortandad de quienes la padecían en las naciones en guerra. Sin embargo, la prensa en la España neutral no tuvo trabas para informar sobre los efectos de la gripa, como lo fuera la grave enfermedad que aquejó al Rey Alfonso XIII, creando la falsa impresión de que la gripa habría tenido efectos devastadores en España, dando así origen al nombre con que se conocería la pandemia: la Gripe Española.



Un hombre lleva a su hijo al hospital durante la epidemia de gripa (Cromos, 1918). Cortesía Revista Cromos.

Al igual que la mayor parte de los países de América Latina, Colombia no tuvo parte activa en la Gran Guerra; no obstante, la política de neutralidad a la cual se adhirió el país no protegió a la población de los estragos de una enfermedad tan inesperada como espantosa. En los últimos veinte años de la pandemia, un hecho que hasta entonces pasaba desapercibido en los anales históricos del país, llamaba la atención de los académicos las investigaciones con una visión más integral del impacto de la enfermedad. Así, el presente ensayo tiene por finalidad ofrecer una visión global de la experiencia colombiana de la pandemia, considerando el primer brote de la enfermedad en junio de 1918, la propagación vertiginosa de la misma a lo largo y ancho del país, los efectos que tuvo en el gobierno de Marco Fidel Suárez (1918-1921), y las consecuencias a largo plazo, que la convertirían en un legado de la Gran Guerra.

Colombia y la Primera Guerra Mundial, agosto de 1918

El 7 de agosto de 1918, cuando el presidente electo Marco Fidel Suárez pronunció el discurso de posesión ante el Congreso de la República, tenía razón para sentirse optimista sobre el futuro de Colombia, tanto en el ámbito interno como en el escenario mundial. Suárez, como Ministro de Relaciones Exteriores del saliente presidente, José Vicente Concha, promulgó y mantuvo la neutralidad del país a lo largo de la guerra europea, rehusándose a romper relaciones con Alemania; no obstante, las fuertes presiones a las que se viera sometido por parte de los Estados Unidos cuando este último decidió enviar sus tropas a la guerra el 8 de abril de 1917.³

Suárez creía que los Estados Unidos se convertirían en el poder dominante del hemisferio occidental una vez concluyera la guerra. Mostraba igual convicción en torno a que las relaciones entre los dos países no registrarían ningún cambio hasta tanto el Senado de los Estados Unidos ratificara el Tratado Thomson–Urrutia, firmado en 1914. En este Colombia reconocía la independencia de Panamá —hasta entonces territorio de la República de Colombia—, mientras los Estados Unidos ofrecían disculpas por su complicidad en la sublevación de Panamá y pagaban a Colombia una indemnización de 25 millones de dólares. Como Ministro de Relaciones Exteriores, Suárez fue uno de los principales negociadores del tratado. Como positivista, siguiendo la tradición de Rafael Reyes, su predecesor, Suárez estaba convencido de que el futuro de Colombia dependía de una relación más estrecha con los Estados Unidos y como justificación de su posición al respecto hizo pública su doctrina *respice polum* (“Mirar hacia el norte”) en 1916.⁴ Durante la presidencia de Concha, Suárez presionó a favor de la ratificación del tratado, cuando quedó

3. Colombia fue uno de los siete países latinoamericanos que se mantuvieron neutrales durante el conflicto. Su posición la compartían Argentina, Chile, El Salvador, México, Paraguay y Venezuela.

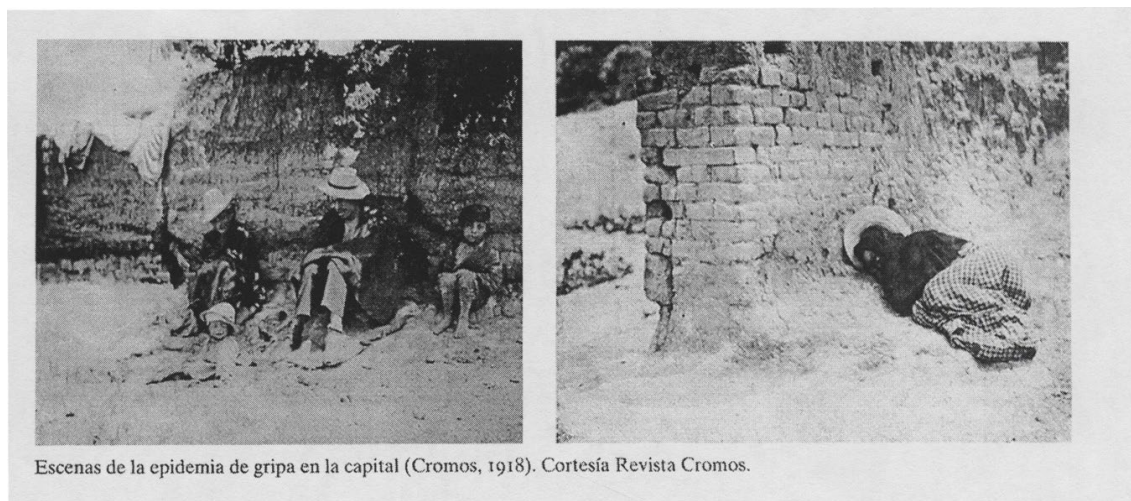
4. Suárez era ferviente admirador de los Estados Unidos. Al anunciar la Doctrina de la Estrella Polar, él infería que Colombia debía considerar a la poderosa nación de los Estados Unidos tanto como ejemplo de democracia social y política, como socio con quien el destino de Colombia tenía relación estrecha en razón de la proximidad geográfica y la complementariedad de las economías de los dos países.

claro que la guerra europea avanzaba hacia la derrota definitiva de Alemania. Tenía razón en esperar. No obstante, la neutralidad de Colombia, la ayuda que el país le prestaba a los Aliados en el suministro de alimentos y platino —componente básico en la confrontación— llevaría al Senado de los Estados Unidos a ratificar el tratado tan pronto se declaró la victoria de los Aliados.

Colombia no fue ajena a las consecuencias del conflicto, a pesar de no tomar parte activa en la guerra. La nación enfrentó serias restricciones económicas y fiscales a lo largo del periodo entre 1914 y 1918, como resultado de la suspensión de las actividades comerciales con Europa. El gobierno de José Vicente Concha, Presidente de Colombia en ese entonces, abordó la situación mediante el recorte de gastos, el despido de empleados públicos y el retraso en el pago de los salarios de otros servidores del Estado. La falta de fondos obligó al gobierno a abandonar la construcción de proyectos de infraestructura de suma importancia destinados a facilitar el comercio, mientras los bajos salarios, la inflación en los precios y la escasez de alimentos y productos provocaron el descontento entre las clases populares. Siguiendo el ejemplo de los movimientos revolucionarios de México y la Unión Soviética, los trabajadores portuarios y ferroviarios se lanzaron a las primeras huelgas organizadas de 1917 y 1918, mientras las poblaciones indígenas nativas, alentadas por Manuel Quintín Lame, dieron inicio a una lucha prolongada por la recuperación de sus Derechos, de los cuales fueron despojados desde siglos atrás (Rausch 2014, 112).

En medio de las preocupaciones que embargaban al país, no causó mayor intranquilidad el deceso de una mujer pobre en junio de 1918 en Bogotá —un caso aparente de gripa—. En 1879 y 1980, la Nación había soportado dos epidemias de gripa cuyos efectos, tratados con quinina, provocaron un número de víctimas relativamente bajo (Castilla 1922, 22). Para la profesión médica, planteaban riesgos muchos más graves la fiebre amarilla, la viruela, la malaria, la fiebre tifoidea y la anquilostomiasis —enfermedades en extremo virulentas en las tierras bajas tropicales y en las regiones productoras de café—. Por primera vez, la Constitución de 1886 reconoció a la salud pública como materia de preocupación nacional, mientras la Ley 30, expedida en ese mismo año, creó la Junta Central de Higiene

(JCH), adscrita al Ministerio de Fomento, de la cual hacían parte tres médicos y un secretario como autoridad central de la materia, con seccionales de Direcciones de Higiene en todos los departamentos. Teniendo en cuenta que la Ley 30 no instituía la obligación de asignar un presupuesto a la Junta, ni le proveía los métodos para poner en vigor las disposiciones de esta, “no cumplía la finalidad de fomentar mayores transformaciones sanitarias”, mientras la asignación regular de las funciones de la JCH a distintos ministerios perturbaba aún más el trabajo de sus miembros (Martínez Martín, et al. 2014, 9).⁵



La Ley 33, de 1913, pretendió dar nuevos ímpetus a la Junta Central de Higiene, convirtiéndola en el Consejo Superior de Sanidad, adscrito al Ministerio de Gobierno, compuesto por cinco médicos, —profesores universitarios y miembros de la Academia Nacional de Medicina—, y Juntas seccionales en todos los departamentos. El Congreso aprobó la Ley 84 en 1914, al tenor de la cual la Nación quedaba

5. De su primera sede en el Ministerio de Fomento, la JCH pasó a depender del Ministerio de Gobierno, de allí continuó su periplo al de Agricultura y Comercio y, finalmente, al Ministerio de Instrucción Pública —desplazamientos cuya razón de ser la determinaba la indecisión sobre las prelações del Estado: los puertos y el comercio internacional, la agricultura, o mejorar las condiciones de saneamiento mediante la enseñanza pública—.

obligada a asignar fondos destinados a la atención de enfermedades epidémicas en aquellos casos en los cuales el control de estas se convirtiera en una carga onerosa para las asignaciones fiscales de los presupuestos departamentales (Martínez Martín, *et al.* 2014, 10). En 1916, el gobierno Concha firmó un acuerdo para estudiar la enfermedad en Colombia con la Comisión Internacional de Salud (CIS), de la Fundación Rockefeller, organización filantrópica en los Estados Unidos con un historial de eficiencia comprobada en detener el avance de la fiebre amarilla en Cuba y Panamá. Después de 1920, la fundación cumpliría una función primordial en la prestación de servicios de salud y el suministro de medicinas en Colombia. Sin embargo, la Ley 84 era la normativa vigente en 1918, cuando surgió la pandemia de la Gripe (Abel 1995, 339).⁶

Visión general de la pandemia en Colombia

Los historiadores proponen dos teorías diferentes para explicar cómo llegó la gripa española al altiplano cundiboyacense. En un principio, plantearon la posibilidad de que el arribo de la enfermedad se debió a la presencia de viajeros infectados por la gripa cuando viajaban en tercera clase a bordo de un barco que zarpó de Barcelona y desembarcaron en Barranquilla en junio de 1918. Sin embargo, dicha explicación carece de credibilidad dato que la gripa apareció por primera vez en Bogotá y no en la costa Caribe. Tiene mayor preponderancia la segunda teoría que contaba con el apoyo de la prensa de esa época, dando por sentado que “la Gripe” llegó en un paquete enviado de los Estados Unidos con destino Bogotá, el cual propagó la enfermedad durante su tránsito a bordo de un barco, de un vagón de ferrocarril y de un vehículo por carretera en su periplo desde el puerto costanero hasta el altiplano. De cualquier manera, después de que aparecieron en la capital los primeros brotes de la enfermedad, la infección se propagó con gran rapidez a las poblaciones

6. Abel agrega que “la CIS emprendió investigaciones, experimentos y trabajo de campo fomentando la institucionalización de la salud pública en aquellos países cuyos gobiernos pretendían continuar la lucha contra la enfermedad” (p. 342).

aleñadas a lo largo de la Transversal de Nemocón, y luego a Chocontá, Villapinzón, en el departamento de Cundinamarca, y Tunja, Paipa, Duitama, Santa Rosa y Sogamoso, en el departamento de Boyacá (Martínez Martín 2007, 297).

Ni los habitantes de Bogotá ni los medios periodísticos le concedieron al brote de la gripa la trascendencia que debió asignársele, cuando, en octubre de 1918, comenzaron a hacer presencia en los hospitales los primeros afectados por la pandemia. *El Tiempo* informaba el 16 de octubre:

La epidemia de gripa que hay actualmente en Bogotá es algo verdaderamente fabuloso. Más del 20 % de la población se encuentra atacada por esta fastidiosa enfermedad sin que ni baños ni remedios sean capaces de librarla de ella, y aunque parece que no es grave, sí es en alto grado desagradable.⁷

Sin embargo, pocos días después, la enfermedad se propagó a toda la ciudad y al resto del país. Los primeros síntomas de la gripa eran terribles: dolores de cabeza, seguidos por congestión pulmonar, tos, fiebre alta, mareos e insomnio. El tratamiento preventivo dependía de la condición médica del paciente e incorporaba atención cuidadosa, administración de quinina, analgésicos y aspirina. Como lo recordaba un médico a cargo, “Muchos enfermos llegaban al Hospital en estado agónico, no pocos murieron momentos después de entrar y aun hubo algunos que no dieron tiempo de prepararles la cama en que acostarles.” El médico agregaba que los síntomas de los hombres jóvenes fueron más graves: “Fue desconsolador ver morir a hombres llenos de juventud y de vigor, a pesar de todos los esfuerzos y de todos los cuidados, al paso que muchos viejos sufrían benignamente su gripa”.⁸ Aquellos lo suficientemente afortunados para superar las etapas más críticas de la enfermedad, se veían obligados a soportar sensaciones de fatiga y agotamiento durante el periodo de convalecencia.

7. *El Tiempo*, octubre 16, 1918 citado por Fabio Puyo Vasco, ed. *Historia de Bogotá*, Tomo III Siglo XX (Bogotá: Villegas Editores, 1988), 170.

8. Doctor Esguerra López citado por Castilla, *Historia de la gripa*, 25.

Mientras la enfermedad atacaba a ricos y pobres por igual, los más afectados fueron estos últimos. De la población de 141 639 habitantes de Bogotá, cerca de 42 % o el equivalente de 60 000 personas, habitaban en barrios miserables localizados en las zonas más altas de la ciudad, en las colinas de Guadalupe y Monserrate, conocidas con el nombre de Paseo de Bolívar (Martínez Martín, *et al.* 2007, 295). Hacinados en covachas de una sola habitación, que se inundaban con frecuencia, carentes de condiciones de higiene elementales, estas familias pobres no tenían defensa alguna contra los estragos de la enfermedad. Las madres, ya enfermas, salían de sus humildes viviendas en busca de alimentos, solamente para derrumbarse y morir en las calles. La presencia de acequias profundas entre las calles, por las que corrían aguas residuales hacía todavía más difícil a los médicos poder llegar hasta los enfermos. En consecuencia, los casos de gripa en las zonas altas de las ciudades eran relativamente más numerosos y de mayor virulencia que los que se iban presentando en la parte baja (Castilla 1922, 23). Mientras el clima frío y lluvioso de Bogotá la hacía todavía más mortífera, la Gripe paralizó la ciudad para mediados de octubre de ese año. En palabras del doctor Laverde:

Las oficinas públicas, los colegios, la universidad, las chicherías, los teatros y las iglesias estaban vacías; los servicios urbanos se colapsaron; la policía, el tranvía, el tren y los correos se paralizaron, porque la mayoría de policías, operarios, curas, alumnos, profesores y empleados enfermaron: se suspendieron todos los espectáculos públicos, y las calles de la ciudad, especialmente en la noche estaban casi desiertas.⁹

Enfrentándose a más de 40 000 personas enfermas, los funcionarios públicos parecían sentirse prácticamente indefensos. No recibieron apoyo ninguno del presidente Suárez quien, —cuando le informaron, el 14 de octubre, sobre la muerte por causa de la gripa de su hijo Gabriel, de diecinueve años y estudiante de ingeniería eléctrica en Pittsburgh, Pensilvania—, se encerró herméticamente en su palacio para esperar que la peste siguiera su curso mortal sin lastimarlo. En esos momentos de suma aflicción, nadie escuchó ni leyó una palabra de su presidente. Como lo plantea Fabio Puyo:

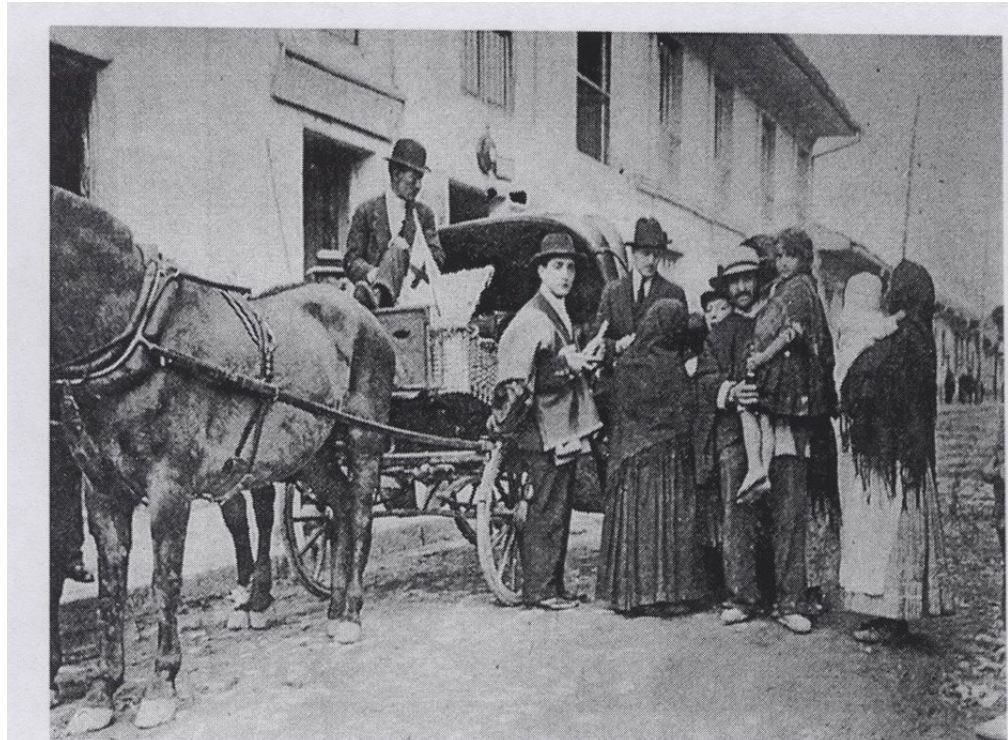
9. Laverde citado por Martínez Martín, et al. “La Junta Central” (2014), 15.

Acaso llegaban hasta su reducto las noticias de la mortandad, pero él nada hizo salvo tal vez orar por el eterno descanso de los difuntos. El rígido, austero y piadoso mandatario colombiano vivió esos días luctuosos dentro del rigor y la sobriedad espartana que caracterizaron todos los episodios de su vida (Puyo Vasco 1988, 172).

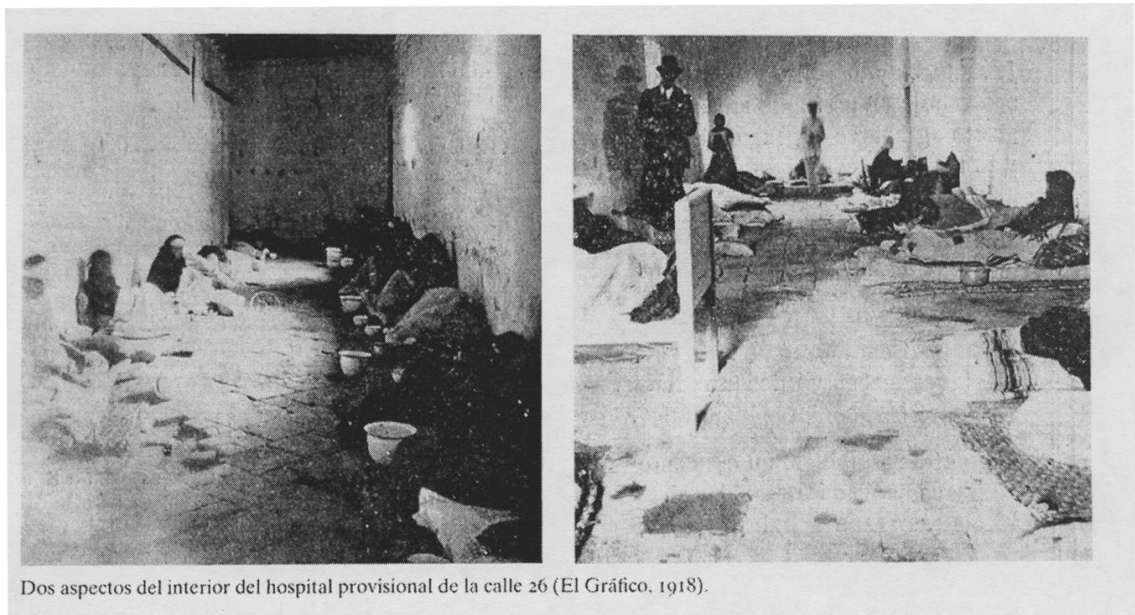
Suárez fue elegido presidente sólo después de una campaña enconada durante el mes de febrero anterior que dejó descontentos a los liberales y profundamente dividido al partido conservador. La incapacidad de Suárez para actuar con firmeza en medio de la crisis socavó su popularidad aún más. Tanto que, *El Herald*o, periódico de Barranquilla (en la costa Atlántica) comenzó a llamar a la pandemia como “El Abrazo de Suárez”, mientras el semanario *El Cómic*o, en Bogotá, planteaba que la enfermedad era una maldición que habría caído sobre los conservadores por negarse a votar por Suárez (Martínez Martín, et al. 2014, 14).

Eduardo Restrepo Sáenz, gobernador de Cundinamarca, y Santiago de Castro Maldonado, alcalde de Bogotá, demostraron más iniciativa. El 21 de octubre, Restrepo Sáenz convocó a la Junta Central de Higiene a una reunión de emergencia, en concordancia con la Ley 84 de 1914. Sin embargo, cuando un periodista de *El Nuevo Tiempo* lo visitó en su oficina, se enteró de que todos los médicos y el personal médico se encontraban enfermos por causa de la gripa (Martínez Martín, et al. 2014, 16). Dos días después, el doctor Manuel Narciso Lobo, presidente de la Junta, expidió un comunicado informando que con el fin de evitar el contagio y/o para tratar a los enfermos de gripa, se debería aislar a los ancianos, niños y a todos aquellos afectados de enfermedades respiratorias; usar quinina, “[...] desinfección de boca y nariz con soluciones de yodo, escupideras con formol; abrigar a los enfermos y darles infusiones calientes”. El mismo día, el alcalde Maldonado expidió el Decreto 57, ordenando la creación “[...] de una Comisión Sanitaria para visitar a todos los enfermos notoriamente pobres y expedirles las correspondientes fórmulas”. Dicha comisión, compuesta de seis médicos, decidió dividir la ciudad en diez zonas y atender las necesidades de las personas con medicamentos pagados por el departamento; sin embargo, los intentos por paliar la situación fueron inadecuados, lamentablemente.

El 24 de octubre, Eduardo Carvajal y su esposa, junto con Ernesto Michelsen, miembros de la clase alta de Bogotá, quedaron estupefactos a la vista de una mujer pobre y miserable que agonizaba en la calle por la que transitaban. Conmovidos, se dirigieron de inmediato a la Gobernación y a la Alcaldía para ofrecerse como voluntarios y crear una Junta de Socorro, con la finalidad de movilizar a la gente adinerada de la ciudad en un intento por prestar asistencia a los pobres afectados por la gripa. De inmediato comenzó a trabajar la Junta, de la cual formaban parte banqueros, comerciantes y las damas de la alta sociedad. Para comienzos de noviembre, cuando comenzaba a disminuir la intensidad de la epidemia, dicho grupo *ad hoc* ya había creado seis hospitales provisionales en los que se trataba a los enfermos más graves; trece comedores y varios salones de costura, donde se confeccionaron 2395 prendas de vestir para los pobres. Los miembros de la Junta de Socorro hicieron 270 visitas domiciliarias para aprovisionar de ropas y alimentos a las familias con enfermos y 700 visitas a familias para prestar atención médica; como resultado de ellas, se hospitalizaron 350 enfermos. En resumen, dicho organismo privado, constituido por los notables de la capital, fue la única institución formal colombiana que realizó acciones efectivas con los afectados. No obstante, también es necesario destacar que el personal adscrito a las embajadas de Inglaterra, Francia, Bélgica, Siria y los Estados Unidos apoyó las labores de la Junta abriendo comedores y proveyendo de prendas de vestir a las familias afectadas por la enfermedad. La prensa capitalina destacó las gestiones del organismo al tiempo que reconvenía a la Junta de Higiene por su incapacidad para actuar (Martínez Martín, et al. 2014, 31).



Ambulancia destinada por la Junta de Socorro (Cromos, 1918). Cortesía Revista Cromos.



Dos aspectos del interior del hospital provisional de la calle 26 (El Gráfico, 1918).

Conforme amainaba la virulencia de la gripa, en noviembre 6 y 7 el hospital Los Alisos informaba sobre el repunte de los casos de viruela. Sin camas suficientes y sin suministros médicos, el hospital se vio obligado a rechazar a muchos enfermos, devolviéndolos a sus hogares o dejándolos a las afueras del hospital. Esa incapacidad para atender a los enfermos permitió la propagación de la enfermedad, a la cual pronto seguiría la aparición de la tuberculosis: una amenaza permanente la cual resurgiría ante la falta de saneamiento adecuado a lo largo y ancho de la ciudad (Miranda 2008, 59).

Para el 11 de noviembre, el número de muertos en Bogotá se redujo a la cifra normal de 12 muertes diarias. De acuerdo con Jorge Laverde, quien en 1918 sería el cronista de la epidemia en su tesis de grado en la Universidad Nacional, en la ciudad fallecieron 526 personas por causa de la gripa, dos tercios de ellas eran personas entre 20 y 50 años.¹⁰ Además, los animales también fueron víctimas de la enfermedad, la cual ocasionó la muerte de equinos, pájaros, porcinos, caninos y roedores. Como informaba *Diario Nacional*, “Los pájaros desaparecen a menudo en las localidades donde reina, como si el aire tuviera condiciones perjudiciales”.¹¹

El 29 de octubre, el presidente Suárez y el secretario de instrucción pública decretaron la suspensión de los exámenes finales en los colegios, permitiendo el regreso a sus casas de los alumnos internos. Cuando los estudiantes partieron de regreso a sus hogares en las distintas regiones del país, sin quererlo llevaron el virus consigo. Hacia la segunda semana de noviembre, cuando en Bogotá, eran cada vez menos frecuentes los casos de gripa, la infección se propagaba a municipios de Cundinamarca y a través de la cordillera Oriental hacia Villavicencio en los Llanos Orientales, causando la muerte de cerca de 500 personas en esta ciudad cuya población, en ese entonces, no sumaba más de 4739 habitantes.¹² En Ibagué, Tolima, la gripa atacó con gran virulencia a personas en los cuarteles del Ejército, la cárcel y la estación de policía. En Cali, Manizales, Neiva, Tumaco, Girardot y Honda, se presentaron casos similares, aunque sin consecuencias

10. Laverde citado por Martínez Martín, et al. (2007), 300.

11. *Diario Nacional*, citado por Martínez Martín, et al. (2007), 301.

12. *Censo de población de la República de Colombia, 1918* (Bogotá, 1923).

tan graves como en Bogotá. Lo mismo sucedió en Cartagena y Barranquilla, ciudades donde la gripa ocasionó la muerte de muchos soldados en sus cuarteles, mientras escasamente afectó a la población civil (Miranda 2008, 59).

Colindante con Cundinamarca, el departamento de Boyacá fue el más afectado por la pandemia, la cual se propagó a Tunja, en primer lugar, para luego avanzar hacia Paipa, Duitama y Sogamoso, siendo los vectores de la pandemia los peones carreteros que transportaban sal por la carretera del Norte. En octubre 25, *La Linterna* informaba que 4000 de los 10 680 habitantes de Tunja se habían contagiado de la gripa. El 8 de noviembre, *El Deber*, diario conservador, hablaba de cuarenta muertos en la ciudad, agregando que el gobernador de Boyacá, quien tomó posesión del cargo en octubre 1^o, expidió un “magnífico decreto relativo a la epidemia reinante, a fin de combatir el flagelo y reunir fondos para atender a las necesidades más urgentes de los enfermos pobres”.¹³ El alcalde de Tunja dictó medidas relacionadas con el aseo de casas y solares, pero la Dirección de Higiene Departamental se mostró tan ineficiente como su contraparte en Cundinamarca. El director, doctor Reyes Archila, se encontraba enfermo de la gripa y ninguno de sus colaboradores contaba con las capacidades para organizar una campaña sanitaria. Al igual que sucedió en Bogotá, ante la ausencia de acción por parte del Estado, los ciudadanos particulares se hicieron cargo de la situación conformando una Junta *ad hoc* de Socorro, la cual procedió a atender a muchas personas enfermas, quienes no contaban con los medios para adquirir medicamentos o para encontrar cobijo. Según las estadísticas, entre octubre y noviembre de 1918, que recabó el Grupo de Investigación en Salud Pública, de la UPTC, en Boyacá se registraron 2019 muertes, con una tasa de 4.8 por 1000 habitantes. Los menores de 4 años y los mayores de 60 años fueron el grupo poblacional en mayor situación de riesgo (Manrique-Abril, *et al.* 2009, 7).¹⁴

13. *El Deber* citado por Fred G. Manrique-Abril, *et al.*, “La pandemia de gripe de 1918-1919 en Bogotá y Boyacá, 91 años después”, *Infectio*13:3 (Jul./set. 2009), 5.

14. Un equipo liderado por Gerardo Chowell llevó a cabo otra investigación en 2012, valiéndose de certificados de defunción registrados antes y durante la pandemia de la gripa en Boyacá. La investigación confirmó que los principales rasgos epidemiológicos de la pandemia en el departamento incorporaban una racha única de muertes excesivas durante el periodo comprendido entre octubre de 1918 y enero de 1919, con tasas elevadas de exceso de muertes entre infantes y ancianos. Véase: Chowell, *et al.* (2012, 48-56).

El gobierno de Marco Fidel Suárez después de la Primera Guerra Mundial

Mientras los dirigentes colombianos intentaban controlar la epidemia, la Comisión Alemana y los líderes militares Aliados —reunidos en el norte de Francia devastado por la guerra— firmaban el 11 de noviembre de 2018 el armisticio para poner fin a la Gran Guerra. Como presidente de Colombia, Marco Fidel Suárez aclamó el cese definitivo del conflicto; no obstante, era consciente de que las secuelas de la guerra plantearían un sinnúmero de desafíos. Respecto de los asuntos internacionales, pronto quedaría claro que las políticas de neutralidad inquebrantable, que acogía Suárez, no pondrían en riesgo la función que cumplió Colombia en el mundo de la postguerra. Gracias a hábiles negociaciones diplomáticas de su gobierno, Colombia recibió la invitación para unirse a la Liga de las Naciones. Colombia tomó parte activa en las Conferencias Panamericanas que siguieron al fin de la guerra y forjó fuertes lazos con Venezuela y Ecuador, sus vecinos. No obstante, Suárez no logró alcanzar el objetivo más importante de su proyecto de gobierno: la ratificación por parte del Senado de los Estados Unidos del Tratado de Panamá. En 1921, la oposición implacable de un sector de su propio partido, bajo el liderazgo de Laureano Gómez, y las acusaciones de corrupción en su contra, obligaron a Suárez a renunciar a su mandato el 6 de noviembre. Cinco días después, Jorge Holguín, el designado, asumía la presidencia. Quizás se trataba de la mayor ironía que el hombre que luchó con tanta vehemencia por el acercamiento entre los Estados Unidos y Colombia se encontrara al margen de los acontecimientos escribiendo sus memorias, mientras el presidente Holguín y el Ministro de Relaciones Exteriores, Enrique Olaya Herrera, firmaban, el 1º de marzo de 1922, un Tratado Thomson-Urrutia enmendado, junto con los representantes de los Estados Unidos (Rausch 2014, 103).

En el plano interno, surgieron como problemas fundamentales la necesidad de revitalizar la economía de la nación y de refrenar el malestar creciente entre los artesanos y los obreros. La crisis sanitaria que provocara la pandemia era uno de esos aspectos críticos. En diciembre, cuando llegó a su fin la pandemia, el saldo de

muertos era cerca de 30 000 colombianos.¹⁵ El país corrió con buena suerte salvándose de la tercera oleada de la gripa que reaparecería en Sur América durante la primavera de 1919, golpeando con fuerza letal a Perú y Chile, particularmente. La gripa continuó apareciendo en el altiplano colombiano, en Boyacá causó la muerte de 5996 personas entre 1919 y 1927, para un promedio anual de 666 víctimas fatales. Estas muertes, sin embargo, se ajustaban al patrón tradicional de la gripa cuando se presentaba en épocas de lluvias y los casos que ocurrieron carecían de las características extremas de la pandemia de 1918.¹⁶ Asimismo, en agosto de 1921, Bogotá registró un rebrote de la gripa. No obstante, de nuevo la manifestación de la enfermedad careció de las características de intensidad de la pandemia de 1918 y se logró controlar relativamente fácil (Castilla 1922, 28). No obstante, la experiencia de la gripa española hizo aún más dramáticas las condiciones deplorables que caracterizaban a la salud pública. Puso de manifiesto la situación miserable en la que vivía casi la mitad de los habitantes en Bogotá, convirtiéndose en el catalítico de los cambios en las leyes sanitarias del país (Cotrino 2007, 12). Las víctimas más susceptibles a la gripa habitaban en los cerros del Paseo de Bolívar; la gran mayoría eran inmigrantes recientes a la ciudad y hacían parte de la clase trabajadora más pobre. Sin ningún otro lugar a dónde ir, habitaban en barrios densamente poblados en las zonas altas de la ciudad carentes de todos los servicios públicos. La casucha típica de una habitación era una pieza de dos o tres metros cuadrados por uno y medio de alto construida con bahareque. Era un espacio minúsculo con poca luz y ventilación y funcionaba como cocina, dormitorio y establo para los animales, contenía un fogón de carbón construido en piedras, que se encendía al anochecer, únicamente; un miserable camastro cubierto con retazos de mantas y trapos por el suelo en desorden y desaseo. Cerdos, perros y otros animales compartían el rancho con familias de seis y ocho personas. La basura y todos los desperdicios se arrojaban a la mitad de

15. "Colombia y el Mundo 1918," *Revista Credencial Bogotá*, no. 189 (septiembre 2005). www.banrepucultural.org

16. Véase Chowell, *et al.* (2011; 2012, 6; 2014). En la ciudad de Nueva York, Ciudad de México, Lima, Japón y Taiwán se registraron oleadas posteriores a la pandemia. Chowell plantea que Boyacá pudo haberse librado de esta oleada en razón de su aislamiento y la baja densidad de población rural; Manrique-Abril, *et al.* (2009, 7).

la calle, creando condiciones nauseabundas, que eran todavía más miserables en la época de lluvias. La epidemia, en apariencia incontrolable, que hacía estragos entre los residentes del Paseo Bolívar, impulsó a periodistas, ingenieros y políticos a condenar al vecindario como un foco de infecciones violatorio de la salud y la moralidad de toda la población urbana (Martínez Martín, *et al.* 2014, 11-12; Cotrino 2007, 6). A la vanguardia de dicho movimiento se encontraban los médicos que fomentaban reformas, pero la clase obrera, “más consciente de sus necesidades y reivindicaciones, puso en primera línea de sus exigencias la construcción de viviendas higiénicas para los obreros y sus familias” (Puyo Vasco 1988, 174).



Como respuesta a los llamados de la población, en pleno apogeo de la pandemia, el gobierno expidió la Ley 32, que reemplazó a la Junta Central de Higiene (JCH) por otra oficina, llamada la Dirección Nacional de Higiene (DNH), adscrita a la dirección del Ministerio de Agricultura y Comercio. Si bien, la Ley 32 mantenía la estructura

administrativa de la Junta Central, hacía responsables a los departamentos de los gastos en sus jurisdicciones. Bajo la dirección del doctor Pablo García Medina, la DNH sólo comenzó a funcionar el 1º de enero de 1919. El 2 de noviembre anterior, el presidente de la JCH habló con *El Espectador* en los siguientes términos:

De esta epidemia debemos aprovechar una lección: es preciso mejorar las pésimas condiciones en que viven nuestros obreros, construyendo habitaciones especiales de acuerdo con la higiene. Cuando la alimentación insuficiente, las privaciones, la falta de abrigo, el hacinamiento en habitaciones insalubres, la miseria, en fin, se han apoderado de una parte de la población, se formará un foco productor en enfermedades infecciosas [...]. En este sentido debe estimularse la acción de nuestros capitalistas. La gran mortalidad de la ciudad en las zonas ocupadas por esas pésimas habitaciones, y la alarmante mortalidad de los niños, están demostrando que es necesario reformar material y moralmente la situación de las clases trabajadoras”.¹⁷

Como respuesta, el gobierno expidió la Ley 46 de noviembre 19 de 1918, cuya finalidad específica era paliar la situación en el Paseo de Bolívar. La Ley estipulaba la construcción de casas higiénicas para las clases trabajadoras; prohibía a los propietarios de viviendas arrendar habitaciones y casas que no cumplieran las condiciones sanitarias básicas, e instruía a la policía de todos los departamentos a visitar las viviendas para asegurarse del cumplimiento de las condiciones. El Artículo 7 determinaba que los municipios de más de 15 000 habitantes estaban obligados a asignar “el dos por ciento del producto de sus impuestos, contribuciones y rentas a la construcción de casas higiénicas para las clases proletarias; mientras el Artículo 9 asignaba a la ciudad de Bogotá la suma de 100 000 pesos destinados a la compra de tierras para la construcción de casas higiénicas para la clase proletaria y para ayudar a los trabajadores a construirlas”.¹⁸

17. *El Espectador*, 2 de noviembre, 1918, citado por Puyo Vasco, *Historia de Bogotá*, 173.

18. República de Colombia, Ley 46 de 1918. http://camacol.col/estudios_juridicos/Archivos/LEY_CONGRESO_NACION_00461918.HTML Revisado el 9 de abril de 2015.

La DNH actuó con presteza para crear una sección de saneamiento urbano siguiendo el modelo de países más desarrollados como Argentina.¹⁹ Se iniciaron las obras para ampliar las instalaciones del Hospital de San Juan de Dios y renovar la antigua fábrica de La Hortúa en Bogotá. La DNH creó un servicio médico domiciliario y una droguería municipal para atender a las personas de bajos recursos. En los meses siguientes, empresarios y grupos religiosos unieron sus esfuerzos a la tarea de mejorar las condiciones de la clase obrera. Sólo para citar dos ejemplos, la Fábrica de Cerveza Bavaria creó el barrio Unión Obrera (hoy conocido como La Perseverancia) y la Fundación San Vicente de Paúl construyó el barrio San Francisco Javier (hoy Villa Javier) (Cotrino 2007, 8). El Decreto Núm. 632 de 1920 estipuló el requisito de dotar de servicios sanitarios modernos y de agua caliente los depósitos de empaque de carne y las instalaciones de sacrificio de animales. Según otra resolución de 1920, se reglamentó la higiene de las caballerizas, la obligación de construir letrinas en todas las viviendas urbanas y rurales, y estipuló las visitas de inspectores sanitarios. Sin embargo, a dicha legislación ilustrada se la debe tratar con precaución, ya que como advierte el historiador Christopher Abel, la mayoría de las veces se trató “nada más que de una declaración de intencionalidad política” y algunas de las estipulaciones allí contempladas “probablemente eran inaplicables desde el momento de su promulgación” (Abel 1994, 29).

El hecho más significativo se presentó el 6 de noviembre de 1921 después de la renuncia de Suárez. En 1922 la Junta de Habitaciones para Obreros, creada en un principio en 1918, inició la compra de predios en la zona del Paseo de Bolívar para la construcción de barrios de viviendas higiénicas por parte del Estado. Estos trabajos, que avanzaron a lo largo de los veinte años siguientes, respaldan la conclusión a la que llega Cotrino Díaz en el sentido que la pandemia de 1918 demostró ser el catalítico para la intervención del Estado en la creación de la vivienda moderna para la clase trabajadora en Bogotá (Cotrino 2007, 5).

19. Véase, por ejemplo, las comunicaciones entre el doctor Alfredo Carreño y el doctor Emilio R. Coni, en: Coni (1921, 6).

Conclusión

En síntesis, la pandemia de la gripa de 1918 fue un hecho de la Primera Guerra Mundial con profundas repercusiones, aun en países que no tuvieron participación alguna en el conflicto. Ya sabemos que en los meses que siguieron al fin del conflicto, y no obstante su política de neutralidad, el presidente Suárez logró asegurar para Colombia la membresía activa en la Liga de las Naciones y la aceptación del país en la comunidad del mundo de la posguerra; no obstante, no logró resolver el diferendo entre Colombia y los Estados Unidos sobre el estatus de la nueva República de Panamá.

En el ámbito interno, desde el momento de su elección en marzo de 1918, Suárez fue una figura divisiva dentro del dominante partido conservador. La conducta de Suárez frente a la embestida de la epidemia de la gripa, entre octubre y diciembre de ese año, no lograría mejorar su prestigio como un líder poderoso. Al encerrarse “a cal y canto” en el palacio presidencial para llorar la muerte de su hijo Gabriel, permitió a los funcionarios a cargo de la deplorablemente ineficiente Junta Central de Higiene, emprender las tareas necesarias para controlar la propagación de la enfermedad. Al final, fueron ciudadanos privados y miembros de la comunidad extranjera en Bogotá quienes redoblaron sus esfuerzos para ayudar a las víctimas, brindándoles atención médica, alimentos y vestuario, hasta cuando comenzó a amainar la enfermedad.

La severidad de la pandemia no sólo en Bogotá sino en otras poblaciones del altiplano obligó al gobierno a adoptar nuevas normas de saneamiento urbano. Presionado por las cada vez más fuertes demandas de los trabajadores, Suárez y su sucesor, Jorge Holguín, adoptaron leyes para proveer soluciones de vivienda sanitaria moderna para los barrios obreros, mejorar las condiciones de trabajo en las fábricas, ampliar la cobertura de los servicios médicos para los pobres, y reglamentar la calidad del agua en toda la ciudad. Dichas obras continuaron durante algunas décadas resultando en la creación en 1936 del Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social. En 1946, el Ministro de Trabajo organizó todos los aspectos relacionados con la salud con el fin de crear un Ministerio de Higiene independiente.

En consecuencia, podría argumentarse que la consecuencia más trascendental de la pandemia como legado de la Gran Guerra fue la creación eventual por parte del gobierno colombiano de un ministerio en el gabinete para la protección y el fomento de la salud pública, así como el reconocimiento por parte del gobierno de que la salvaguarda de la salud pública era una de sus funciones más importantes.

Referencias

Abel, Christopher. 1995. "External Philanthropy and Domestic Change in Colombian Health Care: The Role of the Rockefeller Foundation, ca. 1920-1950." *Hispanic American Historical Review* 75 (3): 339-376.

Abel, Christopher. 1994. *Health Care in Colombia, ca. 1920-1950: A Preliminary Analysis*. Londres: Institute of Latin American Studies.

Castilla, Enrique. 1922. *Historia de la Gripe en Colombia*. Bogotá: Tipografía Ideal.

Censo de población de la Republica de Colombia, 1918. 1923. Bogotá.

Chowell, Gerardo, Lone Somonsen, José Flores, Mark Miller, y Cécile Viboud. "Death Patterns during the 1918 Influenza Pandemic in Chile". 2014. *Emerging Infectious Diseases* 11: 1803-1811.

Chowell, Gerardo, Cécile Viboud, Lone Simonsen, Mark A. Miller, Rodolfo Acuna-Soto, Juan M. Ospina Díaz, y Abel Fernando Martínez-Martín. "The 1918-19 Influenza Pandemic in Boyacá, Colombia". *Emerging Infectious Diseases* 18 (1): 48-56.

Chowell, Gerardo, C. Viboud, L. Simonsen, M.A. Miller, J. Hurtado, G. Soto, R. Vargas, M.A. Guzman, M. Ulloa, y C.V. Munayco. 2011. "The 1918-1920 Influenza Pandemic in Peru". *Vaccine* 22 (29). <http://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2011.02.048>

“Colombia y el Mundo 1918.” 2005. *Revista Credencial* 189.

Coni, Emilio. 1921. *La Higiene Pública y la organización sanitaria en Colombia*. Buenos Aires: Casa Editorial Minerva.

Cotrino Díaz, Yenny Milena. 2007. “La vivienda obrera ¿Un elemento apaciguador o modernizador? La intervención del Estado en Bogotá 1918-1942”. *Revista de Arquitectura* 9: 5-12.

Durán Sánchez, María Fernanda. 2006. *La gripa española en Bogotá: La epidemia de 1918*. Bogotá: Alcaldía Mayor.

Martínez Martín, Abel Fernando, Bernardo Francisco Meléndez Álvarez, y Edwar Javier Manrique Corredor. 2014. “La Junta Central de Higiene de Colombia, otra de las víctimas de la Pandemia de Gripe de 1918-1919”. *Astrolabio* 13: 5-37.

Martínez Martín, Abel Fernando, Fred G. Manrique, Bernardo F. Meléndez, y Juan M. Ospina. 2009. “La pandemia de gripe de 1918-1919 en Bogotá y Boyacá, 91 años después”. *Invectio* 13: 3.

Martínez Martín, Abel Fernando, Fred Gustavo Manrique Abril, y Bernardo Francisco Meléndez Álvarez. “La pandemia de gripe de 1918 en Bogotá”. 2007. *Dynamis* 27: 287-307.

Miranda, Álvaro. 2008. “Treinta días persiguiendo la muerte: miseria, dolor y obras de caridad en Bogotá de 1918, desolada por la epidemia de gripe.” *Boletín Cultural y Bibliográfico* 45 (28): 40-61.

Miranda Canal, Néstor. 1989. “La medicina colombiana de la Regeneración a los años de la segunda guerra mundial.” En *Nueva Historia de Colombia* IV. 6 vols, 257-284. Bogotá: Planeta.

Phillips, Howard, y David Killingray. 2003. *The Spanish Influenza Pandemic of 1918-19: New Perspectives*. Londres: Routledge.

Puyo Vasco, Fabio. 1988. “La Salud Pública”. En *Historia de Bogotá III*. 3 vols., 165-188. Bogotá: Villegas Editores.

Rausch, Jane. 2014. *Colombia and World War I: The Experience of a Neutral Latin American Nation during the Great War and its Aftermath, 1914-1921*. Lanham: Lexington Books.

Rausch, Jane. 2012. “De palabras y distinciones: hacía un entendimiento del comportamiento cotidiano de los colombianos en los años cincuenta”. En *La restauración conservadora*, editado por Rubén Sierra, 11-78. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia.

