

Impacto de la pandemia de gripa de 1918-1919 en Aquitania y Tinjacá (Boyacá Colombia)

Medicina

Este material de autoestudio fue creado en el año 2006 para el Medicina y ha sido autorizada su publicación por el (los) autor (es), en el Banco de Objetos Institucional de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.



Formación Investigativa
rev.salud.hist.sanid.on-line

IMPACTO DE LA PANDEMIA DE GRIPA DE 1918-1919 EN AQUITANIA Y TINJACÁ (BOYACÁ COLOMBIA)

PANDEMIC FLU OF 1918 - 1919, IMPACT IN AQUITANIA AND TINJACÁ (BOYACÁ COLOMBIA)

Gamboa Gamboa Leidy Paola.*
Rodríguez Montaña Pámela Rocío.**
Martínez Martín Abel Fernando.***

Gamboa-Gamboa LP; Rodríguez Montaña PR; Martínez Martín AF; Impacto de la Pandemia de Gripe de 1918-1919 en Aquitania y Tinjacá (Boyacá Colombia). Rev Salud Hist y sanidad. 2007. 2(1): 23 - 37

* *Estudiante Escuela de Medicina UPTC. Semillero de Investigación, Grupo de Investigación Historia de la Salud en Boyacá.*

** *Estudiante Escuela de Medicina UPTC. Semillero de Investigación, Grupo de Investigación Historia de la Salud en Boyacá.*

*** **Director Revista. Grupo de Historia del la salud en Boyacá. Profesor asociado escuela de medicina UPTC. abelfmartinez@gmail.com.*

Resumen: La pandemia de gripa de 1918-1919 es el evento que más vidas ha cobrado mundialmente, con repercusiones sociales, políticas, económicas y demográficas aun sin cuantificar. Según la Organización Mundial de la Salud el mundo está al borde de un nuevo brote pandémico, se ha estado vigilando un nuevo virus, el H5N1 causante de la gripa aviar. Este proyecto pretende contribuir al conocimiento del modo como una epidemia altera la dinámica colectiva. En este sentido, se plantea estudiar la manera como la pandemia de gripa de 1918-1919 afectó dos poblaciones de Boyacá, Aquitania y Tinjacá, desde un enfoque epidemiológico y demográfico.

Palabras clave: Gripe pandémica, 1918, Dama Española, virus.

Abstract: The pandemic influenza of 1918-1919 is the event that more lives have taken in the world, with social, political, economic and demographic repercussions even without quantifying. According to the World Health Organization the world is on the edge of a new pandemic, a new virus has been watching, the H5N1 that causes the avian flu. This project wants to contribute to the knowledge in the way like an epidemic alters the collective dynamics. In this sense, we propose a study of pandemic flu of 1918-1919 in order to know how it affected two populations of Boyacá, Aquitania and Tinjacá, from an epidemic and demographic focus.

Key words: Pandemic influenza, 1918, Spanish Lady, virus.

* Estudiante Medicina. UPTC

** Estudiante Medicina. UPTC

*** MD. MS Historia Director Grupo Historia de la Salud en Boyacá.

INTRODUCCIÓN

La pandemia de gripa de 1918-1919 ha sido uno de los eventos que más vidas ha cobrado a nivel mundial, con repercusiones a nivel social, político, económico y demográfico que aun no han sido cuantificadas en su totalidad. En Colombia, la región más afectada fue la del altiplano cundiboyacense, prueba de esto es el registro de la Junta de Socorros (1918) en Bogotá, la cual reportó 1900 muertos, en octubre y noviembre.

Actualmente el riesgo ha renacido, según la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2006), el mundo está al borde un nuevo brote pandémico de gripa. Se ha estado vigilando un nuevo virus, H5N1, que desde diciembre de 2003 ha infectado a más de 180 humanos en países asiáticos, europeos y africanos con una tasa de letalidad superior al 50%. Se estima, que una vez el virus tenga la capacidad de transmisión de humano a humano, la enfermedad puede alcanzar todos los continentes en menos de tres meses, estimándose entre 2 a 7.4 millones las muertes posibles en un mundo mucho más globalizado e intercomunicado que el de 1918, produciendo pérdidas humanas y económicas considerables. (1).

Hoy, el Ministerio de Protección Social (2006) en su plan de preparación, propone que para *“contener la propagación de la enfermedad será necesario preparar otras medidas de tipo extramédico que pudieran aplicarse en una situación de emergencia y que requieren ser diseñadas y probadas con antelación,”* como también el *“diseño y desarrollo de medidas de salud pública para el control de la transmisión como aislamiento social y cuarentena, cierre de establecimientos, prohibiciones de reuniones de masas, entre otras; con los respectivos planes logísticos para la toma de decisiones, ejecución y comunicación de las medidas propuestas, que incluyan designación de albergues, transporte y servicios asistenciales en los lugares de reclusión”*. (2).

El estudio del desarrollo de la historia natural de la gripa de 1918 nos permite estar preparados para una posible pandemia, hecho que los expertos a nivel mundial consideran un peligro latente; además crea fuertes expectativas respecto a la elaboración de una vacuna que sea capaz de contrarrestar los efectos dañinos y fatales de esta nueva amenaza biológica.

El Grupo de Historia de la Salud en Boyacá, UPTC, con el proyecto *“Análisis histórico-epidemiológico de la pandemia de gripa de 1918-1919, en Boyacá”* busca reconstruir el impacto de la pandemia desde los ámbitos demográfico, socioeconómico, cultural, ambiental y epidemiológico además de la repercusión de las políticas de salud pública adoptadas para afrontar este mal, lo que permitirá aportar a la comprensión de la enfermedad para el control de futuras pandemias. (3)

Este proyecto pretende contribuir al conocimiento del modo en que 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 al departamento de Boyacá 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.

Como miembros de este grupo de investigación adelantamos un estudio anidado a este proyecto en el cual estudiamos dos poblaciones del departamento, Aquitania y Tinjacá con el propósito de elaborar un informe descriptivo que contenga información, hallazgos y conclusiones sobre el comportamiento de la enfermedad en ambos municipios.

De acuerdo con lo planteado, es necesario realizar una revisión sobre los conceptos referentes al virus de la gripe de 1918, su aparición y manifestación a nivel mundial y regional.

CONCEPTOS GENERALES

El virus de la gripe o influenza es un orthomixoviridae ARN de una sola hebra antisentido, unida a una ribonucleína helicoidal separada en ocho segmentos (variedades A Y B, siete en la C), dentro de una envoltura lipoproteica, tapizada en el interior por la proteína matriz MP1. La envoltura está erizada con dos proteínas, la neuraminidasa (N) en forma de caja con nueve tipos de antígenos (20% en la superficie) y la hemaglutinina (H), proteína trimérica que forma el 80% de la superficie, con 13 antígenos principales, que es el ligando para los receptores de ácido siálico de las células del hospedador.(4)

Los virus tipo A son los que presentan mas variaciones, identificándose varios subtipos basados en las proteínas de superficie; el virus causante de la pandemia de gripe fue el subtipo H1N1. La gripe se presenta en forma de brotes epidémicos, habitualmente todos los años durante los meses fríos.

	A	B	C
Severidad de la enfermedad	++++	++	+
Reservorio animal	Si	No	No

Tabla 1. Modificado de SCHAECHTER, M, (1996). Mecanismos de las enfermedades infecciosas enfoque mediante resolución de problemas. Mc. Graw-Hill, México.

Rev. Salud. hist. sanit. on-line. 2(1), 2007 **Patogenia, anatomía patológica y manifestaciones clínicas.** La gripe se transmite de persona a persona a través de los núcleos goticulares que contienen los virus y que proyectan los pacientes al ambiente al estornudar, toser o simplemente hablar. Tras un corto *período de incubación*, que dura sólo 18-36 h (excepcionalmente hasta 72) y que depende del tamaño del inóculo, la enfermedad comienza bruscamente (hasta el extremo de que a veces el paciente recuerda el momento exacto), con fiebre elevada de 39-40 °C acompañada de notable sensación de destemplanza, pero, en general, no de escalofríos francos (si bien éstos pueden ocurrir). El paciente refiere dolor de cabeza muy molesto que, sin embargo, no es más que una consecuencia de la fiebre, pues cede en cuanto ésta remite. A la vez, aparecen mialgias bastante llamativas en las extremidades, en especial en las pantorrillas y, sobre todo, en la región lumbar. De ahí debe proceder el nombre popular de *trancazo*. A veces se refieren artralgias, posiblemente por dificultades en la localización topográfica del dolor. El paciente se siente debilitado, por lo que se encama, hallándose inmóvil por el dolor, con la facies congestionada y la piel caliente y seca. Las *manifestaciones catarrales de las vías respiratorias*, que

son *constantes*. No obstante, es corriente percibir, *tos seca*. Cuando la tos progresa se vuelve pertinaz y muy molesta, acompañándose entonces de la expulsión de algún pequeño esputo mucoso y tenaz. Además de la tos suele haber *catarro de la mucosa nasal*. También puede existir un discreto *enrojecimiento conjuntival*, a veces con ojos húmedos o lagrimeo. El paciente no refiere odinofagia, pero sí puede explicar sensación de sequedad faríngea. En ocasiones refiere también dolorimiento, a veces urente, retroesternal, al respirar profunda o espontáneamente, que se atribuye a la necrosis del epitelio traqueal. La exploración torácica suele ser por completo normal. En un porcentaje variable de casos, según las epidemias (5-40%), es posible advertir roncus y sibilancias y, más rara vez, algunos estertores crepitantes. (5)

El origen real de la gripa no se conoce con precisión, su aparición se relaciona con el surgimiento de la agricultura y la aparición de las ciudades (6). 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, que se origina en Asia en 1580. (7)

El estudio molecular del virus de 1918 se realizó a partir del pulmón conservado del permafrost de una esquimal muerta de gripa española por Jeff Taubenberger del MSSM y la bióloga molecular Ann Reid, quienes aislaron un ARN que parecía el que expresa la hemaglutinina de los virus gripales.

El profesor Ian Wilson del Scripps Research Institute de San Diego y Jhon Seckel director del Instituto Nacional de Investigación Médica (National Institute for Medical Research) de Londres tomaron muestras procedentes del pulmón de una mujer inuit encontrada en la tundra de Alaska y de muestras preservadas de soldados americanos de la I Guerra Mundial. Expusieron el virus en un baculovirus y por cristalografía de rayos X proponen que se parece a la hemaglutinina de los virus de la influenza aviar. Sugieren que la pandemia de gripa que arrasó con la población de esa época en 2 años y produjo de 20 a 40 millones de muertes (seis veces el número de individuos que fallecieron en combate en la Primera Guerra Mundial (9.2 millones) y cuatro veces los que murieron en la segunda de las grandes guerras del siglo pasado (15.9 millones)). fue una recombinación en el hombre de la gripa humana y aviar. (4)

ANTECEDENTES HISTÓRICOS

A nivel mundial

Según algunos informes, parece ser que la enfermedad comenzó en el Tíbet en 1917 y se propagó por las movilizaciones militares de la I Guerra Mundial. Otras hipótesis colocan su inicio en Kansas, Estados Unidos, el 4 de marzo de 1918, entre soldados del ejército norteamericano que esperaban acuartelados su traslado a Europa. Nuevos informes aseguran una aparición temprana en Nueva York, sin embargo existen aún muchas dudas y aspectos por dilucidar respecto a esta teoría; la investigación continúa en proceso.

Tras registrarse los primeros casos en Europa, al parecer en Francia, ésta pasó a España, un país neutral en la guerra y que no censuró la publicación de los informes sobre la enfermedad y sus consecuencias. España fue uno de los países más afectados con cerca de 8 millones de personas infectadas en mayo de 1918, calculándose alrededor de 300.000 muertes (a pesar de que las cifras oficiales redujeron las víctimas a «sólo» 147.114). (8)

La gripa española no tenía nada de “española”. El nombre se refiere al supuesto origen de la pandemia de 1918-1919 y es totalmente injustificado. No hay evidencia suficiente que demuestre que el virus se difundió desde España al resto del mundo. Por el contrario, los primeros signos de la epidemia fueron registrados en un campo militar de Estados Unidos durante el mes de marzo de 1918, como se mencionó anteriormente. La infección viajó a Francia con la Fuerza Expedicionaria Americana, donde los primeros casos fueron documentados desde abril. Fue dos meses después de la explosión epidémica en América que la famosa “dama española” atacó la península ibérica.

A pesar de esto fue el 29 de junio de 1918 que el oficial del Departamento de Salud Española, el doctor Martín Salazar, reportó a la Real Academia de Medicina de Madrid, que no tenía información sobre una pandemia de influenza en el resto de Europa. A partir de esto algunos observadores locales dedujeron que el nombre de gripa española era justificado, esto conlleva a una explicación para el mal nombre. La información sobre epidemia fue censurada en los países participantes en la guerra. Por esta razón, y porque la guerra ameritaba más atención que lo que se podía considerar una epidemia leve, las noticias de la primera ola fueron escasamente publicadas sino en todos en la mayoría de los países europeos. En la España neutral, por el contrario, la epidemia fue totalmente cubierta por la prensa desde la aparición de la primera ola. (9)

Esta primera etapa fue muy contagiosa, pero en muy pocos casos tuvo consecuencias fatales. La segunda ola apareció pocos meses después y hacia octubre se había diseminado a prácticamente todo el mundo, incluso a las remotas aldeas esquimales. Sólo algunas islas de Australia se libraron de este mal.

La segunda ola además de contagiosa fue extraordinariamente letal. Alrededor de 20% de los afectados sufrieron de una gripa moderada, pero el resto presentó uno de dos cuadros. Algunos cayeron gravemente enfermos en cosa de horas, literalmente ahogados, con los pulmones llenos de líquido.

Los otros cursaron con un cuadro típico de gripa, pero a los cuatro o cinco días desarrollaron neumonías que los mataron o los dejaron crónicamente convalecientes. Era poco lo que se les podía ofrecer, más allá de intervenciones paliativas.

La pandemia de gripa española llegó a su fin sin que nada se supiera sobre su agente causal. Durante algunos años se pensó que había sido una bacteria, el bacilo de Pfeiffer, el responsable de esta calamidad. Esta hipótesis pronto se descartó, pero tuvo que pasar mucho tiempo antes de que se caracterizara al virus que había diezmando pueblos y ciudades enteras. (10)

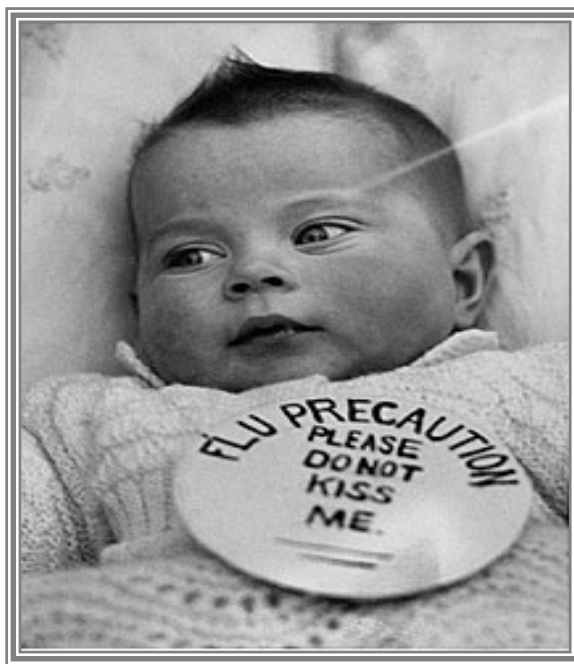


Gráfico 1. Bebé infectado por la “gripe española”

En Colombia

El lugar en el cual concurrían las noticias sobre la terrible plaga fue la ciudad de Bogotá, Los periódicos de la época, tanto partidarios como opositores fieles de la administración gubernamental documentaban datos impresionantes y quizá exagerados sobre el estado, las medidas tomadas y el impacto ocasionado en el país. El 20 de octubre con el Decreto n° 59 de 1918 publicado en el diario El Tiempo se declara la organización de una “Junta de Socorros para los atacados de la epidemia reinante que no tengan recursos con que atender a su curación”, constituida principalmente por un grupo de empresarios, médicos y personalidades destacadas de la élite bogotana. (11)(12), también se registra la situación, medidas sanitarias e higiénicas tomadas por la capital y demás ciudades en el país, así como las posibles causas, tratamientos y estadísticas de la denominada enfermedad de moda. El diario Nacional publica un artículo de interés general sobre la epidemia que azota a Bogotá, en este se relata la poca benignidad de este padecimiento y sus características, además cita el impacto que ha causado en distintas partes del mundo. (13)

Respecto a las condiciones de salubridad en Bogotá en ese mismo año, se había hecho un llamado al Concejo Municipal para que solucionara el problema de los suburbios del norte, oriente y sur, en donde la carencia absoluta de condiciones higiénicas en cuanto a excusados, desagües, alcantarillados, amplitud de las habitaciones y servicios de agua y aseo representaba un peligrosísimo caldo de cultivo para toda clase de enfermedades.

El 19 de octubre de dicho año la epidemia ya había tocado a las puertas de todas las dependencias de la capital, infectando tanto a ricos como a pobres. Casi todos los miembros de los ministerios permanecían encamados y el servicio estuvo prácticamente suspendido. En el Senado no hubo sesión ante la falta de quórum y en la Cámara sólo se deliberó durante

unas cuantas horas debido a que la mayoría de miembros estaban enfermos. Los bancos y el comercio estuvieron casi paralizados. En muchos colegios las clases se hallaban suspendidas desde hacía cuatro días y en cuarteles como el Regimiento Cartagena y el Caldas el número de afectados por el mal ascendía a 410. Según cálculos oficiales, el 50 por ciento de los policías estaban agripados.

En la Oficina Telegráfica, los empleados que permanecían sanos tuvieron que trabajar día y noche, pese a lo cual no pudieron impedir el retraso en la distribución de los telegramas. El despacho del correo también se vio disminuido.

En medio de las lluvias pertinaces, la desolación de las calles, sobre todo de noche, parecía indicar como si se hubiese decretado el toque de queda. El tráfico de coches, carros y automóviles era insignificante, y había causado gran estupor que los encargados de gobernar las caballerías de los carruajes -los aurigas-, a quienes se consideraba inmunes a la epidemia, también hubiesen sido víctimas de ella. Asimismo, por la incapacidad de muchos de sus trabajadores, el servicio de tranvías se vio disminuido, y más todavía en horas de la noche, dado que la gerencia del Tranvía Municipal de Bogotá dispuso que los convalecientes debían evitar la exposición al frío nocturno y debían recogerse temprano. (14)

El mayor número de víctimas se contó, desde luego, entre los sectores más pobres de la población. El deplorable estado de la infraestructura de la ciudad y las condiciones higiénicas y fisiológicas lamentables de la mayoría de la población bogotana fueron establecidas como las circunstancias relacionadas con la expansión de la gripa. Podría decirse que la epidemia de gripa de 1918 hizo visible de manera tan contundente estos hechos, que una vez abandonó la ciudad, a mediados del mes de noviembre, se dio inicio a una etapa de transformaciones urbanas e higiénicas de gran significado para la historia de la medicina y para la historia política nacional. (12)



Gráfico 2. Revista Cromos, Bogotá, noviembre 2 de 1918.

Durante las últimas semanas del mes de octubre, el mal ya se había extendido a varios pueblos y ciudades, como Usme, Chocontá, Villapinzón, Soacha, Zipacón, Chía, Bosa, Sopó, Facatativá, Tena, Girardot, Medellín e incluso a zonas de la Costa Atlántica como Cartagena y Barranquilla.

Se informó que en Ubaque habían muerto de siete a 10 personas diarias por falta de médicos. En Chipaque los difuntos ascendían a 30 muertos y en Zipaquirá fallecieron 60 habitantes entre el 23 de octubre y el 5 de noviembre. En Ibagué, de 2.000 casos, solo hubo dos fatales: un preso y un campesino. (14)

En otras ciudades la situación era igualmente alarmante e impresionante. En la ciudad de Barranquilla se menciona la aparición de la enfermedad reinante desde principios del mes de octubre, con un crecido número de enfermos, sin ningún caso desgraciado por el momento. En Cali y Bucaramanga se comenta el asombro por los estragos que causa la gripa que además se acompaña de lluvias continuas y se hacen votos por una pronta resolución de la penosa condición de salud de sus habitantes; entre tanto, el obispo retrasa su visita como medida preventiva para evitar la propagación.(15)

En Ibagué la situación no es diferente, el cuartel, el panóptico, la cárcel, la policía y las escuelas se encuentran invadidas y sus trabajadores se rehúsan a continuar sus labores, no se reportan víctimas, sólo enfermos graves. El mal que se ha presentado según dicen los médicos, ataca violentamente el corazón, los pulmones y los riñones. La Gobernación dicto un decreto proveyendo a la lucha contra la epidemia. En Medellín se presentan algunos casos de gripa, pero muy benignos. Las autoridades trabajan activamente a fin de impedir que la epidemia se propague. La cuarentena de 8 días establecida en Puerto Berrío se observa rigurosamente. Para el mes de noviembre se reporta la desaparición del mal casi en su totalidad, sin embargo, a mediados de diciembre se confirma la presencia de la pandemia en Guayaquil, se dictan medidas de seguridad y profilaxis en una ciudad aún azotada por la fiebre tifoidea. (16)



Gráfico 3. Revista Cromos, Bogotá, noviembre 2 de 1918. Tomado de Medicina y Política. Carlos Ernesto Noguera. Fondo Editorial Universidad EAFIT. Medellín, 2003



Gráfico 4. Caricatura de El Cómic. “Cómo se vive en el paseo Bolívar”, Bogotá, noviembre 1918.

Departamento de Boyacá

En el departamento el escenario se presentaba de similar manera a las otras provincias del país. Los diarios anunciaban la penosa muerte de algunos personajes célebres nacidos en la región, además se hacía mención de datos presuntamente alarmantes sobre los estragos de la gripa en Boyacá. El terreno se afirmaba era el más propicio para el contagio y las circunstancias de pobreza hacían aún más considerable la mortalidad de los habitantes. Para

sopesar esta devastadora condición se hace un llamamiento a los pobladores de buen corazón para recaudar dinero que sería enviado a la Junta de Socorros de Tunja. (11)

Las estadísticas indicaban que el número de casos presentes en la capital del departamento ascendía a tres mil, las medidas no se hicieron esperar. Cuarteles y colegios fueron clausurados, las Escuelas Normales suspendieron exámenes hasta que el panorama de la ciudad fuera favorable, no así con el colegio de Boyacá; según las denuncias de un exalumno de dicha institución, el señor Rector se había negado a suspender las clases y obligaba a sus estudiantes, tanto enfermos como sanos, a continuar con sus labores académicas considerando el flagelo una excusa para evitar los exámenes finales. (17)

El tan esperado Centenario de la Batalla del Puente de Boyacá sería motivo de discusión en los curules, ya sea por la lamentable situación de la ciudad como por las consecuencias que la epidemia dejaba a su paso.

El señor Obispo invita a la comunidad tunjana a la procesión de las imágenes del santo Cristo, San Antonio, y San Roque para implorar al Señor el remedio de la contagiosa enfermedad que azota a todos los pueblos de la República, esta recorrería los principales puntos de la ciudad, esto aseguraría una mayor propagación del mal, hecho que contrarresta sus nobles intenciones de curarla.

Las medidas sanitarias implantadas abarcaban el retiro de la población de cerdos y perros, considerados verdaderos focos de infección y el aseo de casa y solares. (18)

Los albergues para los desamparados y mendigos no daban abasto ni contaban con el apoyo económico suficiente ya que los recursos con los que se disponía fueron utilizados en otras causas “de mayor pertinencia”. Establecimientos como el Asilo de San José se vieron en la necesidad de solicitar la colaboración de los habitantes por medio de rifas y otras actividades destinadas a la recaudación de fondos.

Las discusiones con la autoridad eclesiástica se debían a la supuesta negligencia de sus representantes en las poblaciones, ejemplo de esto es la acusación de abandono del cura de la parroquia de Oicatá por motivos injustificados, a esto se agrega la reacia posición de los clérigos frente al cumplimiento de sus deberes frente a un posible contagio: *“Cura esta movido apasionamiento, negóme poner bautizo niño enfermo epidemia. Protesto. Acúselo Obispo”*

Las condiciones en otras provincias del departamento reflejaban un escenario desolador: *“Nos escriben desde Chíquiza: Puedo asegurarle que en pocas poblaciones como ésta ha hecho la epidemia de la gripa tantos estragos entre los infelices campesinos. De los primeros días del mes a esta fecha (19) han muerto 43 personas, proporción enorme, dado el número de habitantes que tiene este Municipio. Aquí no se encuentra un remedio ni quien lo aplique y los pobres trabajadores del campo no tienen con qué mandar a la ciudad por medicinas. Se mueren en el abandono más desesperante, sin siquiera los auxilios de la religión, porque el cura aquí viene muy pocas veces, sólo cuando hay entierro de rico...”* (17)

RESEÑA GEOGRÁFICA DE AQUITANIA Y TINJACÁ

MUNICIPIO DE TINJACÁ

Límites:

- Nororiente: Sutamarchán.
- Sur: Sáchica y Ráquira.
- Occidente: Caldas, Chiquinquirá y Saboya.

Población: 2.484 habitantes.

Clima: 2.100 metros de altura y 16 grados centígrados.

Extensión: 100 kilómetros cuadrados.

RÍOS

Tinjacá formado por los afluentes Gachaneca, La Candelaria y Ráquira, para desembocar en el Sarabita o Suárez, en Barbosa – Santander.

VEREDAS.

Tinjacá, Santa Bárbara, Siatiba Alto, Siatiba Bajo, Peñas Bajo, Peñas Alto, Arrayanes, Providencia, Funza Alto, Funza Bajo, Aposentos Alto, Aposentos Medio, Aposentos Bajo, Tijo.

ECONOMÍA.

Agricultura: maíz, papa, trigo, ganadería y comercio. Se encuentran minas de esmeralda y mármol. Existen olivares, dividive, cochinilla, fique y frutas como naranjas, chirimoyas, guamas y guayabas. Se cría ganado caballar, porcino, vacuno y mular.

MUNICIPIO DE AQUITANIA.

Límites:

- Norte: Cuítiva, Sogamoso, Mongua y Labranzagrande.
- Oriente: Labranzagrande, Pajarito y Casanare.
- Sur: Casanare, Páez y San Eduardo.
- Occidente: Zetaquirá y Tota.

Población: 27.000 habitantes.

Clima: 3.050 m.s.n.m. de altura y 11 grados centígrados.

Municipio fundado el 26 de junio de 1777 con el nombre de Pueblo Viejo, por el español Fernando de Vargas, este nombre fue cambiado mediante ordenanza por el de Aquitania que

significa “lugar de las aguas”, fue propuesto por algunos turistas y un sacerdote que conoció el Valle de Aquitaine (Francia). 40.

VEREDAS

Quebradas, Vargas, Daitó, Suse, Sisvaca, Pérez, Susacá, Hatolaguna, El Cajón, Toquilla, Irva, Maravilla, Primavera, Mombita, Diganome, Hatoviejo y Tobal.

ECONOMÍA.

Depende en un 90 por ciento del cultivo de cebolla junca o larga (3.000 ha), que se comercializa en todo el país. El aumento en la producción hizo que ganara el título de Capital Cebollera de Colombia. Otros cultivos son: papa, haba, arveja y zanahoria. El turismo en el lago de Tota es una fuente de ingresos para un pequeño porcentaje de los habitantes al igual que la cría de trucha arco iris que es comercializada en restaurantes de Boyacá y Bogotá. Ganadería: 16.500 cabezas de ganado, con una producción diaria de 22.500 litros de leche. (19)

MATERIALES Y MÉTODOS

Este proyecto es un estudio descriptivo, de tipo histórico-hermenéutico empírico-analítico y heurístico. El objeto universo está constituido por los registros de defunción pertenecientes a las parroquias de los municipios de Aquitania y Tinjacá en 1912 a 1927.

Las técnicas de recolección en la investigación incluirán la obtención de información a partir de los registros de defunción de las parroquias, con el consentimiento de las autoridades eclesásticas de ambos municipios por medio de un formato que incluye variables como nombre, fecha, causa de muerte, lugar de defunción, género, edad y de ser posible el lugar de procedencia del fallecido; posteriormente estos datos serán consignados en una base de datos diseñada en el programa EPI-INFO 2002 previo análisis en Excel.

Se examinarán los censos poblacionales pertinentes para ajustar las tasas de mortalidad con las variables género y edad de Aquitania y Tinjacá.

Con el fin de establecer un patrón diferencial entre las dos poblaciones se revisarán las

característica: *Gamboa-Gamboá LP; Rodríguez Montaña PR; Impacto de la Pandemia de Gripe de 1918-1919 en Aquitania y Tinjacá (Boyacá Colombia).*

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO	CATEGORIZACIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN
Municipio	Cualitativo	Dicotómica	Nominal
Nombre	Cualitativa	Politómica	Nominal
Causa de la defunción	Cualitativa	Politómica	Nominal
Género	Cualitativa	Dicotómica	Nominal
Edad	Cuantitativa		Continua
Procedencia	Cualitativa	Politómica	Nominal
Lugar del fallecimiento	Cualitativa	Politómica	Nominal

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO	CATEGORIZACIÓN	NIVEL DE MEDICIÓN
Fecha de la defunción	Cuantitativa		Intervalo
Altura sobre el nivel del mar	Cuantitativa		Continua

Tabla 2. Variables de análisis en el estudio.

DISCUSIÓN

“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” (20)

Los estudios relativos a la pandemia de 1918 -1919, han sido condicionados al conocimiento de la enfermedad. Por un lado, el aislamiento del primer virus de la Gripe, en 1933, por Smith, Andrews y Laidlaw, dio lugar a la aparición y crecimiento posterior de una nueva literatura sobre la Gripe 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. (3)

En Colombia, se registra su aparición en Bogotá en octubre (6), y se presenta la mayor documentación e intervención sobre la epidemia, que posteriormente se propagó al resto del país, afectando en mayor proporción y con mayor severidad a las zonas andinas de mayor altitud. A pesar de la relativa abundancia de información bibliográfica encontrada cabe resaltar la falta de información que describa cómo fue el comportamiento de la epidemia en nuestras poblaciones de estudio ya que la mayor parte de la información sobre esta se limita a narrar el comportamiento de este mal en las más representativas e influyentes ciudades y poblaciones del país y del departamento, dejando grandes vacíos respecto al desarrollo y a las medidas adoptadas para reducir al máximo los efectos mortales y devastadores que la epidemia dejaba a su paso.

A través de la búsqueda sistemática de fuentes regionales y locales y el registro de la mortalidad de los archivos parroquiales de los municipios de Aquitania y Tinjacá, se pretende evaluar el comportamiento de la pandemia de gripe de 1918-1919 en estas poblaciones desde un enfoque epidemiológico y sus repercusiones demográficas.

BIBLIOGRAFÍA

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION. (WHO, 2005). Preparación y respuesta ante una pandemia de gripe, informe técnico eb115/44 en www.who.int/csr/disease/influenza/

2. MINPROTECCION SOCIAL, (MPS) (2006). Plan de Prevención y Mitigación del impacto de la pandemia de influenza. Septiembre de 2005. en <http://www.col.ops-oms.org/prevencion/influenza/FICHAS/PlanPreparacionInfluenza%20COL2005.doc> [pandemic10things/en/index.html](http://www.col.ops-oms.org/prevencion/influenza/FICHAS/PlanPreparacionInfluenza%20COL2005.doc); consultada 14 de octubre de 2005.
3. MARTÍNEZ, ABEL y col. Análisis histórico epidemiológico de la pandemia de gripe de 1918-1919, en Boyacá. Grupo de Investigación Historia de la Salud en Boyacá. UPTC. Observatorio epidemiológico de enfermedades Cardiovasculares. UIS. Universidad Castilla-La Mancha, España. Departamento de Historia de la Ciencia. Vigencia Fiscal. 2006.
4. CABEZAS FERNÁNDEZ DEL CAMPO, A. La gripe española de 1918 y su conexión con la gripe aviar. Avances actuales. Tertulia Académica.
5. FARRERAS, R. Medicina Interna. Ediciones Harcourt. Madrid, 2000. Versión electrónica.
6. PORRAS GALLO, M. Una Ciudad en Crisis, la Epidemia de gripe de 1918- 1919 en Madrid, Facultad de Medicina Universidad Complutense. Madrid; 1994.
7. SCHAECHTER, M, Mecanismos de las enfermedades infecciosas enfoque mediante resolución de problemas. McGraw Hill, México.1996. p 477-490.
8. TUMPEY, T, F, Christopher. Basler, Patricia V. Aguilar, Hui Zeng, Alicia Solórzano, David E. Swayne, Nancy J. Cox, Jacqueline M. Katz, Jeffery K. Taubenberger, Peter Palese and Adolfo García-Sastre Characterization of the Reconstructed 1918 Spanish Influenza Pandemic "Virus" in Science (2005) volume 310 pages 77-80.
9. CROSBY A. W. America's forgotten pandemic, Cambridge University Press, 1989, p. 17-89.
10. KOLATA G. Flu. The story of the great influenza pandemic and the search for the virus that caused it. New York: Farar, Straus and Giroux, 1999.
11. EL TIEMPO, (1918). N° 2549 – 25 -8. Bogotá.
12. NOGUERA, Carlos Ernesto. Medicina y Política.Fondo Editorial Universidad EAFIT. Medellín, 2003
13. DIARIO NACIONAL, (1918). N° 930 – 986. Bogotá.
14. TRUJILLO, ALBERTO. La peste ataca en Bogotá. Revista Semana. Edición Online.
15. LA PALABRA CATÓLICA. Bucaramanga, Noviembre 2 de 1918

16. EL PROGRESO. Quito, Ecuador. Miércoles 18 de diciembre de 1918. Tuquerres, Colombia. Domingo 22 de diciembre de 1918.
17. LA LINTERNA. Noviembre 15 de 1918. Noviembre 22 de 1918.
18. EL DEBER. N° 1, 2, 3, 6, 8, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 20
19. GOBERNACIÓN DE BOYACA SECRETARIA DE HACIENDA, Así es mi Boyacá. Casa editorial El Tiempo. Tunja 2002.
20. ARRIZABALAGA, J. Nuevas Tendencias en la Historia de la Enfermedad; a propósito del constructivismo social", ARBOR, CXLII (558-560). Madrid; 1992, p148.