

LOS POBRES MUEREN MÁS. LA EPIDEMIA DE INFLUENZA DE 1957 Y LA DESIGUALDAD SOCIAL EN CHILE

POOR PEOPLE DIE MORE. THE 1957 INFLUENZA EPIDEMIC AND SOCIAL INEQUALITY IN CHILE

Luis Thielemann* <https://orcid.org/0000-0003-4666-2491>

Paula Caffarena** <https://orcid.org/0000-0002-2609-6413>

Resumen

Este artículo busca analizar la epidemia de influenza que afectó a Chile en 1957 y el rol que desempeñó la desigualdad social en sus efectos. Se propone que las malas condiciones de vida de algunos sectores agudizaron los efectos de la enfermedad, lo cual se hizo visible en los registros cualitativos y cuantitativos relacionados a la gripe, tales como los reportes oficiales que elaboró el Servicio Nacional de Salud, los análisis que realizaron los epidemiólogos de la época y los registros que aparecieron en la prensa. Ante estos antecedentes y el análisis el caso chileno de esta epidemia, la hipótesis de este artículo es que la incidencia de la influenza de 1957, estuvo dada por las condiciones sociales de quienes sufrieron el contagio, pues las condiciones de vida de las mayorías del país, incidieron en que fuesen los sectores populares los más golpeados por la epidemia.

Palabras clave: Influenza, epidemia, Servicio Nacional de Salud, clases populares, desigualdad social

Abstract

This article aims to analyze the flu epidemic that affected Chile in 1957 and the role of social inequality in its effects. It proposes that the poor living conditions of some sectors exacerbated the effects of the disease, which became visible in the qualitative and quantitative records related to the flu, such as the official reports prepared by the National Health Service, the analyses carried out by the epidemiologists of the time and the records that appeared in the press. Given this, and analyzing the Chilean case of this epidemic, this article proposes that the incidence of influenza in 1957 was due to the social conditions of those who suffered the contagion since the living conditions of the majority of the country's population meant that the popular sectors were the hardest hit by the 1957 influenza epidemic.

Keywords: Flu, epidemy, Servicio Nacional de Salud, lower class, social inequality

Fecha de recepción: 18-04-2024 Fecha de aceptación: 12-09-2024

1957 no fue un año tranquilo para los habitantes de Chile. Los efectos de la crisis económica de mediados de la década de 1950 no amainaban. El encarecimiento de la vida había generado malestar y, entre finales de marzo y comienzos de abril, se produjo una revuelta popular, la más grande de todo el período, en Santiago y otras grandes ciudades del país. Los protagonistas de la semana de disturbios, violencias y saqueos, que tuvo en el 2 de abril su punto cúlmine, fueron las clases populares urbanas, principalmente de la capital. Además, el invierno de ese año fue más duro que de costumbre y agudizó hasta lo insoportable la crisis de viviendas en la ciudad. Al normal azote del frío del valle del Mapocho, que entre los meses de junio y septiembre hiela los campos y enferma a los cuerpos debilitados, oscurece la ciudad y vuelve todo un desafío la vida para las familias pobres de Santiago; ese año cayó una epidemia de influenza, trayendo la muerte a palacios, conventillos y rancheríos de todo el país. Aunque no de la misma forma.

La pandemia de influenza de 1957, también llamada gripe asiática, se trató de un brote de gripe, que se identificó por primera vez a inicios de ese año en Asia Oriental y que, posteriormente, se extendió a países de todo el mundo. La epidemia fue causada

por una mutación del virus de la influenza que fue capaz de eludir las defensas naturales del organismo contra el virus de la gripe normal (Blaklely 2006:72). Se considera la segunda gran pandemia de gripe del siglo XX, que siguió a la influenza de 1918 y precedió a la de 1968.

En los primeros meses de la epidemia, el virus se propagó por China y las regiones circundantes. De acuerdo a la investigación realizada por Debra Blaklely, en el caso de Estados Unidos, "el primer brote significativo que alcanzó proporciones epidémicas fue abordado por el New York Times el 27 de julio, cuando se registraron doce mil casos y cuatro muertes en San Diego, California" (Blaklely 2006:76). En un comienzo no se registraron elevados contagios, sin embargo, varios meses después el número de infectados aumentó explosivamente, especialmente entre niños, ancianos y mujeres embarazadas. Este aumento de los casos fue el resultado de una segunda oleada pandémica que afectó al hemisferio norte en noviembre de 1957. En ese momento, la pandemia también se había extendido por el Reino Unido, donde durante el mes de diciembre, se registraron un total de 3.550 muertes en Inglaterra y Gales. La segunda oleada fue especialmente devastadora, y en marzo de 1958, se estimaba

* Universidad Finis Terrae. Santiago, Chile. Correo electrónico: lthielemann@uft.cl

** Universidad Finis Terrae. Santiago, Chile. Correo electrónico: pcaffarena@uft.cl

que se habían producido 69.800 muertes en Estados Unidos. En términos generales, se calcula que la gripe de 1957 causó entre uno y dos millones de muertes en todo el mundo. Para el caso de Chile, estudios epidemiológicos posteriores a la epidemia, han mostrado que la mortalidad asociada a la influenza de 1957 “es la más alta registrada para esta pandemia, aproximadamente de tres a cinco veces más grave que la experimentada en países más ricos. El impacto global de esta pandemia puede estar sustancialmente subestimado a partir de estudios previos basados en países de altos ingresos” (Chowell et al. 2017:230-239). De acuerdo a la propuesta de Marcos Cueto y Steve Palmer, esta situación debe ser mirada con atención, pues revela la tendencia permanente a generalizar para el resto del mundo las experiencias que proporciona un solo modelo. Por lo anterior, dichos autores han insistido en la importancia de estudiar las epidemias, superando las interpretaciones provenientes del mundo estadounidense, para así dar paso a investigaciones y análisis que permitan poner en evidencia la realidad latinoamericana, con sus propios contextos, procesos y resultados (Cueto y Palmer 2015:2015).

A pesar de estas cifras, la influenza de 1957 no ha recibido gran atención por parte de la historiografía, probablemente porque al considerar los datos globales de mortalidad y letalidad que tuvo la gripe de 1918, su impacto fue mucho menor, pues se estima que la denominada gripe española, causó cerca de 45 millones de muertes en todo el mundo. Así, la gripe de 1957 se suele ver como la reproducción a menor escala de la influenza de 1918, sin considerar que se trató de una epidemia completamente nueva que se desarrolló en un contexto muy diversos al de 1918, algo válido tanto en el mundo como en Chile.

Nuevas aproximaciones al estudio de la salud y de la gripe, han permitido ampliar los enfoques de análisis, dando cuenta que el impacto de una epidemia va más allá de los datos estadísticos de mortalidad y letalidad que éstas producen. Tal es el caso del trabajo realizado por Michael Bresalier, *Modern Flu. British Medical Science and the Viralisation of Influenza, 1890-1950* que, a partir del estudio de la influenza en el siglo XX, analiza cómo se forjó un consenso médico en torno a la identidad y la naturaleza de la gripe, postulando que los brotes de influenza en el siglo XX, construyeron una narrativa sobre la gripe, que permitió forjar un relato médico científico sobre cómo se conocía y controlaba una enfermedad que, en definitiva, no tenía tratamiento. En esta misma línea, se encuentra el libro publicado por Debra Blaklely, *Mass Mediated Disease. A Case Study Analysis of Three Flu Pandemics and Public Health Policy*, que analiza la construcción social de la gripe, a partir de las tres pandemias del siglo XX, 1918, 1957 y 1968. Propone que dicha construcción cambió con el tiempo, lo que se vio reflejado en los medios de comunicación de masas y en las políticas públicas que se implementaron. Ambos trabajos se aproximan a la influenza en tanto fenómeno social, reconociendo la dimensión biológica de la enfermedad, pero también sus condicionantes políticas, económicas y culturales.

En este sentido, los aportes historiográficos en torno al estudio de la gripe, muestran que en los discursos que se construyeron sobre la influenza en Estados Unidos y Europa, primó la opinión de que se trató de una enfermedad suave en comparación con la influenza de 1918 y el optimismo en la capacidad que la ciencia tenía para controlar la enfermedad. La mayor preocupación, entonces, estuvo en manejar la epidemia alterando lo menos posible los servicios esenciales. Pues, como ha señalado Blaklely “la gripe asiática de 1957 fue muy diferente a la influenza española en relación al número de muertes que causó, pero la magnitud de los contagiados y el ausentismo escolar y laboral que causó fue dramático, con hasta un 35% de la población afectada” (Blaklely 2006:107).

Este estudio se inserta en los lineamientos teóricos de la historia cultural de la enfermedad, según la cual “las formas de vivir – de ser– propias de las diversas culturas, configuran a través del tiempo ciertas formas: de enfermar, de expresión de las enfermedades, de percibir las y reconocerlas como tales, de actuar sobre ellas, de sobrellevarlas y de morir” (Viniestra 2008:535). En este sentido, y siguiendo también los planteamientos de Diego Armus, la enfermedad no puede solo ser vista en su dimensión biológica, pues lo biológico está penetrado por la subjetividad humana y por fenómenos sociales, culturales, políticos y económicos (Armus 2012:264 -271). Estos enfoques, nos permiten situar los planteamientos de este artículo a partir de lo que Cueto y Palmer, han denominado nuevas aproximaciones sobre el papel de la medicina en los procesos de negociación entre diferentes actores sociales, en tanto la medicina no solo es un instrumento de control social y opresión hacia los sectores populares, sino un espacio que pone al descubierto las tensiones sociales y políticas, y se convierte en un lugar de negociación entre diferentes actores sociales (Cueto y Palmer 2015:2).

En esta misma línea, el trabajo publicado por Augusto Ruiz, *Modelos sanitarios y respuesta política a la gripe española. Perú 1918 -1919*, demuestra que las crisis sanitarias, se constituyen en momentos claves que ponen en tensión los modelos y conocimientos vigentes. Para el caso de la pandemia de gripe de 1918, propone que:

fue una oportunidad para la colisión, en el seno de la opinión pública, de dos modelos sanitarios. De un lado, estuvo el modelo hegemónico que tenía su principal fuente epistemológica en la teoría del germen contagioso [...]. De otro lado, un modelo reformista médico social sustentado en un enfoque explicativo multifactorial de la enfermedad que incorporaba la teoría del germen contagioso en un planteamiento mayor en el que destacaba el paradigma teórico que ponía en relieve la condición socio económica de las personas (Ruiz 2023:148).

Ante esto, y analizando el caso chileno de esta epidemia, la hipótesis de este artículo es que la incidencia de la influenza

de 1957 estuvo dada por las condiciones sociales de quienes sufrieron el contagio, pues las condiciones de vida de las mayorías del país incidieron en que fuesen los sectores populares los más golpeados por la epidemia de influenza.

En términos metodológicos, lo anterior se documenta a través de los reportes que los epidemiólogos de la época elaboraron que, más allá de la dimensión biológica de la enfermedad, muestran cómo los contextos sociales condicionaron el impacto que la gripe tuvo sobre la población. Los registros provenientes del Servicio Nacional de Salud [SNS], exponen las medidas que se tomaron para el control de la gripe a la vez que dan cuenta de las preocupaciones y discusiones que se generaron en torno a ella. Asimismo, los reportes epidemiológicos que elaboraron los expertos de la época, nos permiten acceder a datos estadísticos de mortalidad y letalidad de la enfermedad, precisando los efectos sociales que dejó el paso de la epidemia.

Recientemente, Patricia Palma ha mostrado que si bien en los últimos años ha habido una importante renovación en la historiografía de la salud, metodológicamente, continúa siendo muy complejo acceder a los “testimonios de personas “comunes y corrientes”, conocer su experiencia de sanación, sus impresiones respecto a ciertas políticas de salud, saber si estas fueron acatadas o si, en cambio, existió cierta resistencia hacia ellas” (Palma 2021:17). Es por ello que, para este estudio, resultan importantes los registros que entrega la prensa de la época, que dan cuenta con más detalle de la experiencia y forma social de la gripe, a la vez que nos permite explorar la recepción que se tuvo de las medidas tomadas por la autoridad. Asimismo, Pablo Chávez, a partir de su artículo *La peste bubónica en el puerto de Arica (1903-1928)*, también ha contribuido a estos esfuerzos de cambio metodológico, en la medida que busca:

discutir acerca de un espacio poco estudiado por la historia de la salud en Chile e intenta aportar un relato de las enfermedades en el puerto de Arica, al centrar el análisis menos en la aplicación de las políticas de sanidad pública nacionales y más en el relato local de la salud (Chávez 2021:216).

Este artículo se divide en dos partes, la primera de ellas presenta las condiciones sociales y políticas generales de Chile hacia 1957, para luego, en una segunda parte, indagar en aspectos de carácter más específicos respecto a la influenza. A través de ambas partes, es posible ver la estrecha relación entre la enfermedad y las condiciones sociales en que ésta se desarrolla.

I. Hacinamiento e insalubridad: el Chile popular y urbano hacia 1957

En 1957, la estructural e histórica pobreza de la población chilena se vio agudizada por la profundización de la coyuntura de crisis

económica, que venía desde mediados de la década de 1950. Por todos los frentes, la vida de las clases populares urbanas se había endurecido, especialmente en las grandes ciudades como Santiago. La inflación se expresaba en el encarecimiento de la vida, que golpeaba sobre familias con salarios congelados o en la cesantía, intentando sortear una crisis general de la vivienda, y que apenas tuvieron la revuelta de abril de 1957 para expresar su descontento. Todo allanó el terreno para una situación crítica de condiciones de vida en el invierno, cuando la epidemia golpeó. En adelante, se profundizan tales factores.

El aumento de la población durante el “salto demográfico” de mediados del siglo XX, hizo más duros los problemas de pobreza e insalubridad que ya existían en las ciudades chilenas. El aumento de más o menos 50% de la población, desde 1940 hasta 1960, se hizo notar. Para ese último año, los niños de 0 a 14 años, uno de los grupos más dañados por la influenza, eran más de un tercio del total de los habitantes del país. Además, este aumento de población era todavía mayor en las ciudades, en donde al crecimiento vegetativo, se le sumaba la migración desde las zonas rurales. Mientras en 1940, de los poco más de cinco millones de habitantes que tenía el país, un 51% vivía en ciudades (2.569 millones); en 1952 dicha proporción había subido a 59%, con un aumento neto de más de un millón de personas. Para 1960, tres años después de la epidemia, la proporción de personas viviendo en ciudades era el 67% de la población, casi 5 millones de una población total de 7.374 millones. (Chile 1972, Chile 1952, República de Chile 1970).

Las ciudades eran, en los hechos, “nuevas”, especialmente Santiago, que en los veinte años previos a la epidemia vio duplicar su población. Solo entre el censo de 1952 y el de 1960, la urbe sumó casi seiscientos mil personas más. En las poblaciones ‘callampas’¹, jóvenes y viejos santiaguinos se amontonaban junto a los migrantes, provenientes de ciudades o pueblos de provincias del sur, huyendo de la pobreza agrícola o corriendo hacia la bullente economía concentrada en la capital. La escasez de viviendas en la capital del país y en otros centros urbanos venía siendo una constante desde por lo menos la década de 1920. Más de tres décadas después, el déficit habitacional era uno de los más graves problemas sociales del país: según el censo de vivienda de 1952, había 1.773.724 chilenos que necesitaban 374.306 viviendas (Garcés 2022:62-88). Según el mismo documento, analizado por Vicente Espinoza, había en la capital unas 75 mil personas viviendo en ‘callampas’, cifra que en 1959 llegó a 150 mil, lo que representó entonces el 8% de la población de Santiago y consistía en unas 32 mil familias (Espinoza 1988:244).

Esta ausencia de vivienda se combinaba con la inflación, que se expresaba también en el precio de los arriendos, agudizando así, artificialmente, la carencia de techos en la ciudad. La inflación,

¹ El concepto población callampa, se refiere a barrios conformados por un tipo de vivienda precaria y autoconstruida, comúnmente en asentamientos irregulares, común en las zonas pobres de las ciudades latinoamericanas, conocidas también como villas miseria (en Argentina), favelas (en Brasil), chabolas, etc. El nombre en Chile viene dado por su aparición intempestiva y en agrupaciones amontonadas.

medida en el Indicador de Precios del Consumidor, alcanzó variaciones del 56,2% en 1953, de 71,1% en 1954, y de 83,8% en 1955. Si bien se contiene su alza en 1956 (37,7%) y 1957 (17,2%), los precios no dejaron de subir, y en 1957, ya lo hacían tanto o más que los salarios, mientras estos no recuperaron el poder de compra perdido en el primer quinquenio de la década de 1950, sino hasta varios años después (Rodríguez 2018). Desde el campo popular, la inflación no era un guarismo abstracto, sino ascendente carestía de la vida, resumida en una palabra que sería el gran tema del año: “alzas”. En enero de 1957, *El Siglo* llamaba “A Detener las Alzas”, con cifras preocupantes para los ya golpeados bolsillos de los trabajadores:

las cifras de las alzas están resultando espectaculares. La tarifa escolar de la locomoción se alza en un 500%. El pasaje corriente de la locomoción para comenzar sube en un 50% y de hecho en un 100% con el sistemita de los “pullmans”, que dentro de poco serán los únicos vehículos que circulen, como sucedió antes con los “expresos”, y que costarán \$20 – El agua potable, artículo indispensable más que ningún otro, se encarece en el 40%. Y así, lo demás. El Gobierno es riguroso para exigir un 25% como tope para los reajustes pero sigue una política diametralmente opuesta para las alzas. (Detener las alzas *El Siglo* 5 de enero de 1957:3).

A la insalubre situación de la vivienda para buena parte de las clases populares de las ciudades, se les agregaron otros factores degradantes de la vida, como el desempleo y el encarecimiento de los alimentos y servicios básicos. La primera encuesta de desempleo en Santiago, realizada por la Universidad de Chile sólo en el área metropolitana de la capital, fue dada a conocer justo a comienzos de 1957. Según esta encuesta, el desempleo en Santiago aumentó en 1957 aproximadamente un 40% respecto del año anterior y recién comenzó a bajar en 1958. Aunque no podemos saber cuáles fueron las proporciones anteriores a 1957, sí sabemos que las cifras aumentaron fuertemente en los años siguientes² (Encuesta de Ocupación en el Gran Santiago [EOGS] 2020). Como ha sostenido Nora Reyes para estos años de crisis, la recuperación salarial en algunas áreas de la producción se hacía a costa de reducir el empleo (Reyes 2017:193-194). El 3 de enero de 1957, días antes que comenzaran las protestas contra las alzas en Santiago, la prensa dio cuenta de la cesantía en la ciudad en esos meses, que alcanzaba un 5,9%. La cifra no parece alta a primera vista, pero si se observaban los niveles de desocupación por rama, era notoria su concentración en la clase obrera urbana. Así, según *El Mercurio*, la cesantía, contrastada con las personas activas por rama productiva, alcanzó en la minería un 19,4%, en las manufacturas un 6,5% o en la construcción un 21,6%; cifras que contrastaban con las de sectores como los servicios, la agricultura, el transporte o el comercio, cuyas proporciones de desempleo eran inferiores al 5% (Desocupación de 5,9 por ciento establece el Instituto de Economía *El Mercurio* 3 de enero de 1957:1-10).

A la cesantía y a la baja de los salarios reales producto de la aceleración inflacionaria de 1953 a 1955, se sumó el fin legal de las alzas automáticas de sueldo según el aumento de la inflación desde 1956. A pesar de la resistencia del sindicalismo (Relegados miembros de la CUT *El Mercurio* 5 de febrero de 1957:1) la contracción salarial se aplicó de todas formas. Por esta vía, los reajustes salariales quedaron planificados por el gobierno, desde 1956 hasta 1958, siempre por debajo de los indicadores de inflación (Rodríguez y Thielemann 2002:1-25). Junto a las alzas de precios de bienes y servicios básicos, la reducción de salarios o su insuficiente aumento, así como la cesantía, operaron a modo de cargar el peso de la crisis económica sobre las clases populares urbanas. No es de extrañar que en estas condiciones de empobrecimiento general y precarización acelerada de las condiciones de vida mínimamente salubre, se produjese una explosiva revuelta en las grandes ciudades, en los últimos días de marzo y los primeros días de abril, en que las clases populares urbanas fueron protagonistas (Thielemann 2023; Milos 2007). Tampoco que la epidemia de influenza de 1957 se haya ensañado en los barrios más pobres de las ciudades, donde las condiciones de habitación no fueron protección suficiente y los cuerpos estaban degradándose hace tiempo.

II. La epidemia de Influenza de 1957. Chile

Las autoridades sanitarias de la época, a través del Servicio Nacional de Salud, reconocían que las malas condiciones de vivienda, alimentación, analfabetismo, abastecimiento de agua potable, sistema de eliminación de excretas y la desigual distribución de la renta nacional, daban origen a un bajo nivel de vida, que significaba un riesgo permanente para la salud y bienestar general del país. Es por ello que impulsaron medidas orientadas al mejoramiento de la infraestructura sanitaria. Se diseñó e implementó un reglamento de agua potable y alcantarillado, y con asesoría internacional, se puso en marcha el reglamento general de alimentos y control de desechos. También se diseñaron políticas para el mejoramiento de las viviendas, donde los esfuerzos se concentraron en el “fomento de las cooperativas de autoconstrucción, elaborándose planos tipos, especificaciones y normas sobre organización de estas cooperativas” (Servicio Nacional de Salud 1959:51). Lo anterior se reflejó en que, a lo largo de la primera mitad del siglo XX, la tendencia de la mortalidad general de Chile, disminuyó lentamente, pero de manera sostenida, llegando a un 55% de reducción. Sin embargo, esta tendencia sostenida al descenso solo se vio interrumpida en 1957, como consecuencia de la epidemia de gripe que azotó a Chile y al mundo entero (Servicio Nacional de Salud 1959:13).

1. El Servicio Nacional de Salud frente a la gripe de 1957.

La influenza, en lo que concierne a su efecto en los cuerpos, se caracterizó por un comienzo brusco, seguido de inmediata cefalea intensa, dolores musculares generalizados, dolor de garganta,

² Esta encuesta se realizó por primera vez desde fines de 1956 y existen datos sólo desde 1957. Realizada la Facultad de Economía de la Universidad de Chile.

tos y fiebre de 38 a 39 grados. Los síntomas más intensos se presentaban durante dos a tres días y el curso total de la enfermedad solía tener una duración de siete. Se trató de una enfermedad con un corto periodo de incubación, de 24 a 72 horas, y un poder de propagación muy elevado, por lo que entre el 10% y 30% de la población, hizo el cuadro clínico de esta afección en un plazo comprendido entre cuatro a seis semanas. La mortalidad se asoció a complicaciones microbianas secundarias, en especial broncopulmonares y se concentró en personas en edades extremas de la vida y en quienes padecían otras enfermedades, como problemas cardíacos crónicos, cirróticos, etc.

Dado que la influenza no tenía un tratamiento específico ni tampoco fue posible contar con una vacuna contra la gripe y usarla de manera preventiva, la atención desde las instituciones locales de salud se orientó hacia el manejo de los síntomas. Al enfermo se le recomendó permanecer en cama, llevar una dieta ligera y la ingesta de dos a tres litros de agua al día. Además, los especialistas reportaban que:

[...] el uso de antipiréticos, especialmente de ácido acetilsalicílico combinado con alguna sal de quinina, ha dado buen resultado. Pociones pectorales con codeína han aliviado las molestias de la tos. Gargarismos calientes con agua de sal han aliviado las molestias de la garganta (de la Cerda 1958:333).

Los casos complicados con infecciones bacterianas agregadas, se trataron con antibióticos. En primera instancia se usó una inyección de penicilina y si en 48 horas la infección no cedía, se utilizaron antibióticos de amplio espectro como la eritromicina (de la Cerda 1958:333).

De acuerdo a la información entregada por el Servicio Nacional de Salud, los primeros casos de influenza en Chile se registraron en el norte del país, en las provincias de Tarapacá y Antofagasta, durante la segunda semana de julio de 1957. La población afectada fue de aproximadamente el 10%. Durante ese mismo mes y las dos primeras semanas de agosto, en Valparaíso se registraron 120.000 enfermos, mientras que en Santiago se reportaron 750.000 (Servicio Nacional de Salud 1958:533). Posteriormente, la gripe avanzó hacia otras provincias del centro y sur, entre las cuales, Concepción, Cautín y Valdivia, fueron las ciudades más afectadas (Servicio Nacional de Salud 1958:533). La prensa también reportó la presencia de la gripe. Según una encuesta realizada a miles de enfermos de Santiago, hecha durante la emergencia sanitaria, y publicada en 1958, la epidemia se habría desatado en Santiago en la tercera semana de julio, y alcanzó su mayor expansión entre el 28 de julio y el 3 de agosto. A comienzos de agosto ya se hablaba de la mortalidad del "corcel de la gripe", registrándose unos 13 mil casos diarios, y para el

día 3 de dicho mes, los muertos se estimaban oficialmente en 46 (muy por debajo de la cifra real) y respecto de los contagiados, se hablaba de que estos alcanzaban ya el 20% de la población (Corcel de la Gripe ya galopa por 5 provincias: once casos fatales. *Las Noticias de Última Hora* 1 de agosto 1957:10-12; A 46 sube el número de muertos por influenza. *Las Noticias de Última Hora* 3 de agosto 1957:12).

Las cifras que proporcionó el departamento de epidemiología del SNS, dieron cuenta del aumento de los contagios de influenza y de las muertes asociadas a la gripe. En la ciudad de Santiago, en tan solo los primeros 15 días de agosto de 1957, se sobrepasó el número de muertes producidas en ese mismo mes del año anterior³. El número total de muertes en el año 1957 en Chile, fue de 91.073, cifra que excede en 7.329, a la correspondiente al año 1956. La tasa general de mortalidad subió de 12,8 a 13,7%, volviendo a rangos normales en el año 1958, donde la cifra absoluta de defunciones y la tasa de mortalidad bajaron a 88.611, y a 13,2%, respectivamente, para recrudecer nuevamente en 1959, producto de un rebrote de influenza (Ristori et al. 1960).

A través de la prensa y de los reportes que proporcionó la Organización Mundial de la Salud, las autoridades tenían conocimiento de que en el hemisferio norte, la gripe estaba causando complicaciones importantes, por lo que su llegada a Chile no causó sorpresa, pero sí temor por su potencial propagación a lo largo de todo el territorio y por los efectos particulares que podía tener en la población chilena. Frente a ello, el SNS articuló una rápida respuesta frente a la emergencia sanitaria y en cuanto aparecieron los primeros casos de gripe, al inicio del mes de julio, el director de la institución, Guillermo Valenzuela Lavín, conformó el Comité de Influenza que estuvo integrado por virólogos, bacteriólogos, clínicos, anatomopatólogos y epidemiólogos. Su objetivo fue "dictar normas tendientes a atenuar el efecto de la enfermedad y estudiar los diversos aspectos de este brote"⁴ (Ristori et al. 1960:132).

Dichas normas, estuvieron dirigidas a los centros de salud de todo el país, se concentraron en explicar cuáles eran las características generales de la enfermedad y tuvieron como principal objetivo reforzar la atención de los enfermos y asegurar la disponibilidad de los medicamentos necesarios para el tratamiento de los contagiados y, particularmente, de los casos que se complicaban y requerían hospitalización (Boletín del Servicio Nacional de Salud 1958:533).

Las disposiciones consideraron dos lineamientos centrales, la notificación obligatoria de la enfermedad, como único medio de conocer la magnitud de la epidemia y dar atención médica oportuna a los contagiados, ya fuese en los consultorios, domicilios u otros servicios. Así, el director del SNS, solicitó que

3 De acuerdo a los datos entregados por el SNS, en agosto de 1956 se registraron en la provincia de Santiago 1.763 muertes, mientras que tan solo en los primeros quince días de agosto de 1957, la cifra alcanzaba las 1.948 muertes en la provincia de Santiago.

4 El comité de influenza, estuvo integrado por los doctores Conrado Ristori, Horacio Boccardo, Manuel Borgoño y presidido por Abraham Horvitz.

los consultorios externos y hospitales comunicaran rápidamente todos los casos atendidos por estos establecimientos, utilizando los mecanismos administrativos que ya existían para las otras enfermedades de declaración obligatoria⁵ (Servicio Nacional de Salud 1961). Simultáneamente, a través de una circular urgente del 25 de julio de 1957, emitida por el director del Servicio, se pidió la colaboración del cuerpo médico para la denuncia de los casos atendidos por ellos en su clientela privada y se planteó la necesidad de “reforzar la organización de los consultorios externos, de los servicios domiciliarios y de los hospitales para poder atender en la mejor forma posible la gran demanda de atención médica” (Boletín del Servicio Nacional de Salud 1958:538).

La totalidad del sistema sanitario de la época estuvo sometido a una gran presión, pues el corto periodo de incubación y la rápida propagación del virus, crearon problemas importantes desde el punto de la atención a los enfermos, ya que fue necesario atender a un gran número de éstos en sus propios domicilios, consultorios y hospitales, lo cual causó una demanda inusual al Servicio, sobrepasando, en palabras de su director, “sus recursos, debido al gran volumen de enfermos y a que parte del personal médico y paramédico se encuentra ausente debido a la misma causa” (Boletín del Servicio Nacional de Salud 1958:585).

A pesar de la tensión que esta enfermedad generó en el sistema y del aumento en las cifras de contagio, el SNS se mostró cauto frente a la información que difundió a la ciudadanía, por lo que, “con el propósito de evitar el pánico en la población”, se estableció que toda la información estuviera centralizada a nivel de zona y en algunos casos, en los Centros de Salud⁶. Además, solicitaron que la información sanitaria que se entregara a la población, diera cuenta de las características que esta enfermedad iba tomando en las respectivas zonas, con “especial énfasis en la benignidad del cuadro”. El director del SNS señaló, a través del boletín de dicha institución, que se trataba de una enfermedad benigna en tanto la relación entre contagiados y número de muertes era baja, de un fallecido por mil contagiados. Probablemente, para evitar un colapso en los hospitales, el llamado fue a que los contagiados fueran tratados en su domicilio, y que solo “los casos graves que son la excepción”, fueran hospitalizados (Boletín del Servicio Nacional de Salud 1958:538).

2. La incidencia de la gripe: los casos de Santiago y Talcahuano.

A pesar de los esfuerzos realizados por las autoridades sanitarias locales para contener la epidemia, las condiciones de vida de las clases populares no resultaron óptimas para soportar el embate de la gripe. Si bien el virus que provocó la epidemia de influenza no hizo diferencias sociales al momento de propagarse, los

cuerpos que se vieron expuestos al contagio sí tenían diferencias y, en el Chile de 1957, estas se hicieron notorias en los distintos informes, reportes y cifras que dejó el paso de la gripe.

La influenza afectó mayoritariamente a niños, ancianos y a los sectores más pobres, pues ahí se concentraba la población que más enfermedades crónicas poseía y que, a pesar de los avances en materia sanitaria de la época, poseía una mayor tendencia a enfermar. El propio SNS reconocía que si bien se había ampliado el abastecimiento de agua potable a la población, “esta ampliación no ha podido seguir en la década de 1950-1960, el mismo ritmo que el aumento de la población”. La falta de agua y alcantarillado, “repercutían en la elevada incidencia de las enfermedades gastro-intestinales y la elevada mortalidad de menores de cinco años por las enfermedades diarreicas, que tienen un costo elevado para la economía nacional” (Servicio Nacional de Salud 10 años de labor 1952-1962:59).

Según la encuesta antes citada y publicada en el Diario *Las Noticias de Última Hora* (Corcel de la Grippe ya galopa por 5 provincias: once casos fatales. *Las Noticias de Última Hora* 1 de agosto de 1957:10), las personas que habitaban en las poblaciones callampas se enfermaron más que quienes habitaban en casas salubres en otras partes de la ciudad. Asimismo, el estudio mostró que mientras en las familias de cuatro o menos personas, se enfermó el 51,9% de la población, en las de 8 personas, ese porcentaje subió a 68% y en las de 12 a 72,1% (Valenzuela 1958:316-329). Mientras los porcentajes de enfermedad entre las familias pequeñas y que vivían en casas estuvo acorde a los promedios globales, fueron las abultadas cifras de enfermos y muertos entre las clases populares, las que hicieron que Chile tuviera los peores promedios de los efectos de la pandemia de 1957 en el mundo, con 9,8 muertes por cada diez mil habitantes (Viboud et al. 1985:316-29).

Los estudios científicos sobre la epidemia de influenza de 1957 en Santiago de Chile, fueron concluyentes respecto de la amenaza a la vida que significaban la desigualdad y la pobreza de los barrios pobres de la ciudad para el universo proletario que los habitaba. Según un estudio publicado en agosto de 1960 y que observó con atención, tanto la epidemia de 1957 como el rebrote de la enfermedad en 1959, “en la provincia de Santiago, la incidencia de la enfermedad y de las complicaciones fue mayor entre las personas de nivel socioeconómico deficiente” (Ristori 1960:146).

Algunas fuentes permiten ilustrar la relación entre miseria y epidemia. Un reportaje del diario *Las Noticias de Última Hora*, del 8 de agosto de 1957, buscó cubrir la epidemia de influenza en las poblaciones. El matutino describió “dolorosas ‘manadas’ de pequeños huérfanos, protegidos solo por la ancha

5 Entre 1952 y 1960, las enfermedades infecciosas de declaración obligatoria fueron: tifoidea, escarlatina, difteria, tos ferina, poliomiелitis y sarampión.

6 El SNS se estructuró dividiendo al país en 18 zonas de salud y cada una de ellas en centros de salud, con un total de 27. Para el ejercicio propio de las funciones del nivel central, estas zonas se agruparon en cuatro grandes zonas o macrozonas: Norte, Santiago - RM, Central - Sur y Sur. En cada Zona había áreas de Salud, con un hospital base y consultorios periféricos ligados a él. Se disponía de hospitales de distinta complejidad en las ciudades y postas rurales en lugares remotos, atendidas por auxiliares de enfermería, con visitas periódicas del médico que residía en el pueblo cercano (Goic et. al 2003).

pero impotente solidaridad de los vecinos y compañeros de miseria". En los barrios y poblaciones de las crecientes nuevas periferias de Santiago, entre el escape y el refugio, el diario encontró "postrados en jergones y sacos en el interior de chozas construidas de cartones, latas y tablas usadas", una multitud de "padres desesperados que han visto morir dos de sus hijos en tres días. Madres que enloquecen de dolor ante la tragedia que las cerca. Ancianos, jóvenes, niños, hombres y mujeres con todas las molestias propias de la influenza". El obrero Manuel Monardes llevaba dos meses sin trabajo en agosto de 1957, en ese período para comer había debido vender su radio y su bicicleta —"eran todo el lujo del hogar"—, y como si no fuera suficiente, sus dos hijos estaban con influenza. Vivían en la población Bella Esperanza, ocupando allí "una de las mejores piezas" de una de las casas. A la prensa le contó cómo debía además hacerse cargo de su sobrina, pues su cuñada había ido a parar al hospital por un cuadro doble de influenza y de un ataque "parece que al corazón": "¿cómo la iba a dejar solita? Es el destino de los pobres" (La Influenza mata en plena calle a pobladores de callampas. *Las Noticias de Última Hora* 8 de agosto de 1957:6-7).

Al insalubre cuadro de pobreza, precariedad de la vivienda y el azote de la influenza que se vivía en julio y agosto en las poblaciones de Santiago y otras ciudades del país, se sumó en los peores momentos de la epidemia el problema de la acumulación de cadáveres en las casas. Las pompas fúnebres no daban abasto, y la prioridad no la tenían los más pobres que poco podían pagar. El obrero santiaguino identificado como Ramiro, padre de un niño fallecido por la influenza, al momento de ser entrevistado para el reportaje antes citado, llevaba dos días con el cadáver de su "chiquillito" en casa. Aseguró que ni él ni su esposa habían podido dormir en ese tiempo. Según la prensa, sus rostros parecían "dos máscaras donde se patentiza la espantosa tragedia que han vivido" (La Influenza mata en plena calle a pobladores de callampas. *Las Noticias de Última Hora* 8 de agosto 1957:6-7).

La influenza castigó a las familias más pobres de Santiago hasta el segundo semestre de 1957. Para el 6 de agosto, la prensa decía que "el susto ya había pasado", pero que entre jornales perdidos por inasistencia laboral y costos de la enfermedad y la compra de medicamentos, los obreros de Santiago y el puerto de Valparaíso habían perdido unos "diez mil millones de pesos" (Un millón de habitantes sigue estornudando y tomando aspirinas. *Las Noticias de Última Hora* 6 de agosto 1957:6-7). Barrios sin servicios adecuados, cientos de miles de personas hacinadas en viviendas insalubres, y la vida misma corriendo al alza y perseguida por la peste. A las decenas de muertos que había causado la revuelta de 1957, se sumaron otras decenas de miles de muertos en la epidemia.

No solo las clases populares de Santiago vivieron el rigor de la gripe, la tendencia se replicó en otras ciudades del país, como fue el caso de Talcahuano que, según el último Censo de 1952 (Chile 1952), un 76,3% de su población era de la clase obrera, y habitaba en deficientes habitaciones de un irregular estado sanitario (de la Cerda 1958:330)⁷. De acuerdo al reporte que publicó Luis de la Cerda, médico epidemiólogo del Centro de Salud B del Servicio Nacional de Salud de Talcahuano, el 64,8% de las defunciones de este periodo estuvieron relacionadas, directa o indirectamente con la epidemia (de la Cerda 1958:330), además, indicaba que la gripe afectó a un 84,6% de los habitantes de dicha ciudad, destacando las elevadas cifras de ausentismo laboral y escolar. (de la Cerda 1958:330). Esto es concordante con las diversas comunicaciones provenientes del SNS, que enfatizaron que el principal problema que estaba causando la influenza no era la mortalidad, sino el ausentismo laboral, "creando serios problemas en las industrias, oficinas públicas, escuelas, etc." (Boletín del Servicio Nacional de Salud 1958:538). Era notorio que el golpe lo estaba recibiendo la población trabajadora de la ciudad puerto.

En Talcahuano, la epidemia comenzó con casos esporádicos a inicios de agosto y tomó características epidémicas el día 5 de ese mes, cuando "de una matrícula de 11.000 escolares 5.961 (54,1%) enfermaron" (de la Cerda 1958:330). Para el 10 de agosto, "las encuestas arrojaron un porcentaje de 43,4 de enfermos, más o menos graves, pero en todo caso, ausentes al trabajo" (de la Cerda 1958:330). Esto significó cinco días de trabajo perdido, lo que paralizó algunas industrias y servicios públicos, entre ellos, el servicio de salud. De la Cerda expuso la gravedad de esta situación, pues "casi todo nuestro personal fue afectado por la epidemia, quedando los servicios hospitalarios desguarnecidos y con sólo personal de urgencia (Cruz Roja, Samaritanas, Defensa Civil, etc.)" (de la Cerda 1958:330).

Entre los lineamientos generales del SNS no se establecieron medidas de control, tales como cuarentenas, cierre de las escuelas o suspensión de espectáculos públicos, pues en opinión del SNS, estas medidas, "no contribuye en nada al control de la enfermedad; pero sí constituye un trastorno evidente de la vida normal de la población, creando al mismo tiempo un clima de histeria colectiva de muy difícil control" (Boletín del Servicio Nacional de Salud 1958:538). A pesar de ello, los reportes y antecedentes específicos que surgieron del brote epidémico muestran que muchas escuelas, industrias y servicios públicos no pudieron funcionar con normalidad y debieron permanecer cerrados. En el caso de Talcahuano, a partir de las encuestas realizadas por el mismo SNS, se observó que "el ausentismo de los escolares y la enfermedad de los profesores obligó a suspender las clases durante ocho días" (de la Cerda 1958:330). Adicionalmente, "varias industrias tuvieron que cerrar debido a la falta de concurrencia al trabajo, lo que permite calcular que el término medio de inasistencia al trabajo de los adultos durante

⁷ Hacia 1957, Talcahuano era el segundo puerto comercial, contaba con la Siderúrgica Chilena de Huachipato, la Fábrica de Carburos, Industrias Chilenas de Alambres, fuera de nueve fábricas de conservas.

cinco días (en una población activa de 18.000 obreros y un total de 81.126 habitantes), significó 720.000 horas perdidas, lo que representa una pérdida de salarios de 108.000.000 de pesos chilenos, además de incalculables pérdidas en las industrias” (de la Cerda 1958:330).

Conclusiones

La epidemia de influenza se retiró de forma tan explosiva como llegó, en la última semana de agosto. En Chile se habrían enfermado poco menos de un millón y medio de personas, de las cuales unas 800 mil eran habitantes de Santiago, por lejos la ciudad más afectada del país (Valenzuela et al. 1958, Chowell et al. 2017). La cantidad total de personas muertas por la enfermedad fue aproximadamente 20 mil, en una población total de 6,9 millones de habitantes (Ristori et al. 1960). Dicha proporción de muertes es similar o incluso mayor a la observada en la epidemia del Covid-19, en 2020- 2022, aunque ocurrió en menor tiempo. De lo anterior, podemos concluir que la gripe de 1957 no fue una epidemia leve o menor, sino que, para el caso de Chile, la mortalidad fue veloz y masiva, además de haber causado importantes pérdidas económicas, producto del ausentismo laboral.

La severidad de la epidemia se expresó también en la respuesta que rápidamente debió articular el Servicio Nacional de Salud, el cual estuvo sometido a una fuerte presión, tanto por la demanda de atención médica que requerían los contagiados, como por el ausentismo laboral del propio personal de salud que se encontraba enfermo. A esta presión que vivió el sistema sanitario del país, se sumó la necesidad de estudiar y contar con datos confiables del paso de la epidemia, lo cual se tradujo en que la respuesta del SNS no solo debió coordinar la atención de los enfermos, sino también, recopilar y analizar la información que iba dejando el paso de la influenza.

Una segunda conclusión, tiene que ver con lo localizado de los efectos en las poblaciones más pobres de las grandes ciudades. La historia de la epidemia de influenza de 1957 en Chile, es una que demuestra que una misma enfermedad tiene desiguales efectos

según desiguales son los cuerpos que afecta. Las degradadas condiciones de vida de algunos sectores agudizaron los efectos de la enfermedad y eso se hizo visible en los registros cualitativos y cuantitativos de la mortalidad de los meses centrales del año 1957. Por ejemplo, como constatan los informes del SNS, la falta de agua y alcantarillado, repercutieron en la elevada incidencia de las enfermedades gastrointestinales y en la alta mortalidad de menores de cinco años por enfermedades diarreicas, lo cual dejó a los sectores más pobres de la ciudades, en una situación de salud de base precaria al momento de la llegada de la gripe. En esa misma línea, los reportes publicados por la prensa, dejaron en evidencia que las personas que habitaban en las poblaciones callampas eran más vulnerables y, por tanto, se enfermaron y murieron más que quienes habitaban en casas salubres en otras partes de la ciudad. La pobreza, expresada en falta de servicios higiénicos básicos, falta de viviendas y hacinamiento, incidió en que Chile tuviera los peores promedios de los efectos de la pandemia de 1957 en el mundo, con 9,8 muertes por cada diez mil habitantes.

No puede dejar de observarse que la epidemia de influenza azotó Chile apenas meses después de una revuelta social que reclamaba desesperada por el encarecimiento de la reproducción de la vida, y se despidió apenas un par de meses antes de una desesperada ocupación de terrenos para viviendas por parte de miles de familias de Santiago sur, en lo que hoy es la conocida población La Victoria.

La subvaloración histórica de la epidemia de 1957 en Chile, específicamente tanto de su alta mortalidad, como de su fuerte golpe a las clases populares urbanas, ha tenido como efecto un desconocimiento de aquellos hechos hasta el presente. Como desafío a posteriori de este artículo, queda todavía por conocer los efectos de esta epidemia, y la existencia o no de aprendizajes en los eventos epidémicos subsecuentes.

Agradecimientos

Este artículo forma parte de los resultados del proyecto Fondecyt Regular N° 1230314 financiado por ANID.

Referencias citadas

- Armus, Diego.
2012. Historia / historia de la enfermedad / historia de la salud pública. *Revista Chilena de Salud Pública* 16:264 -271
- Blakely, D.
2006. Mass Mediated Disease. A Case Study Analysis of Three Flu Pandemics and Public Health Policy Lexington Books, Lanham (versión digital).
- Bresalier, M.
2023. *Modern Flu. British Medical Science and the viralisation of Influenza, 1890-1950*. Palgrave, Swansea.

- Boletín del Servicio Nacional de Salud* 4.
1958. Santiago de Chile.

- Chávez, P.
2021. La peste bubónica en el puerto de Arica (1903-1928). *Diálogo Andino* 64:215-224.

- Chile. Servicio Nacional de Estadística y Censos.
1952. *XII Censo General de Población y I de Vivienda: levantado el 24 de abril del año 1952*. Servicio Nacional de Estadística y Censos, Santiago de Chile.

Chile. 1972. XI Censo de población.

1940. *Recopilación de cifras publicadas por la Dirección de Estadísticas y Censos*. Centro Latinoamericana de Demografía [CELADE].

Chowell G., Simonsen L., Fuentes R., Flores J., Miller M.A., & Viboud C.

2017. Severe mortality impact of the 1957 influenza pandemic in Chile. *Influenza Other Respir Viruses*. May 11:230-239

Cueto M, Palmer S.

2015. *Medicine and Public Health in Latin America: A History*. Cambridge University Press, New York.

De la Cerda, L.

1958. La influenza de 1957 en una colectividad chilena. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana* [OSP] 44(4).

Diario *El Siglo*,

Santiago, 1957.

Diario *El Mercurio*,

Santiago, 1957.

Diario *Las Noticias de Última Hora*,

Santiago 1957.

El Servicio Nacional de Salud.

1959. *Primera Etapa 1952-1958*. Santiago de Chile.

Encuesta de Ocupación en el Gran Santiago [EOGS]. Centro de Microdatos, Facultad de Economía de la Universidad de Chile.

Espinoza, Vicente.

1988. *Para una Historia de los pobres de la ciudad*. SUR, Santiago.

Garcés, M.

2002. *Tomando su sitio. El Movimiento de Pobladores de Santiago*. 1957 – 1970. LOM ediciones, Santiago.

Goic, Alejandro, Armas, Rodolfo.

2003. Descentralización en salud y educación: La experiencia chilena. *Revista médica de Chile* 131:788-798.

Milos, P.

2007. *Historia y memoria: 2 de abril de 1957*. LOM y Universidad Alberto Hurtado, Santiago.

Palma, P.

2021. Una medida violenta y perjudicial: cuarentenas en Perú y el surgimiento de una política sanitaria panamericana (1850-1905). *Apuntes* 48:13-38.

República de Chile.

1960. *XIII Censo Población 1960. Resumen País*. Dirección de Estadísticas y Censos. Santiago.

Reyes, N.

2017. *Salarios durante la Industrialización en Chile (1927/1928-1973)*. Tesis Doctoral en Historia Económica. Universitat de Barcelona, Barcelona.

Ristori, C. Boccardo, H. y Borgoño. J.M.

1960. La epidemia de influenza asiática en Chile y su repercusión en la mortalidad. *Revista Panamericana de Salud Pública*.

Rodríguez Weber, J. y Thielemann, L.

2022. Ley Maldita, sindicalismo y salarios en Chile. Para un estudio de la economía política de la expansión y el ajuste. 1948–1958. *Izquierdas* 51:1-25.

Rodríguez Weber, J.

2018. *Desarrollo y desigualdad en Chile (1850-2009): historia de su economía política*. LOM Ediciones - Centro de Investigaciones Diego Barros Arana - Biblioteca Nacional Santiago de Chile, Santiago.

Ruiz Zevallos, A.

2023. "Modelos sanitarios y respuesta política a la gripe española. Perú 1918 -1919. *Diálogo Andino* 73:133-153.

Servicio Nacional de Salud. Dirección General Departamento Técnico.

1961. *Enfermedades Infecciosas de Declaración Obligatoria. Síntesis Estadística. 1956-1960*. Sección Bioestadística y Control médico Económico.

Servicio Nacional de Salud.

Servicio Nacional de Salud 10 años de labor. 1952/1962.

Thielemann, L.

2023. *1957. El Proletariado Invade Santiago*. Ariadna - Tesis XII, Santiago.

Viniegra, L.

2008. La historia cultural de la enfermedad. *Revista Investigación Clín*. 60:527-544.

Valenzuela, G., Horwitz A., Ristori, C. Boccardo, H., Borgoño, J. M. y Bertin, V.

1958. Aspectos epidemiológicos y medidas de control *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana de la epidemia de influenza en la ciudad de Santiago de Chile*.44:316-29.

Viboud, C., Simonsen, L., Fuentes, R., Flores, J., Miller, M. A. & Chowell, G.

2016. Global Mortality Impact of the 1957–1959 Influenza Pandemic. *The Journal of Infectious Diseases* 213: 738-45.