COVID-19 E HISTORIA EN COSTA RICA

Crisis y pandemias globales y locales (siglos XX-XXI)

DAVID DÍAZ ARIAS
RONNY VIALES HURTADO
Editores

CIHAC
CENTRO DE INVESTIGACIONES HISTÓRICAS DE AMÉRICA CENTRAL

La historia de las pandemias en Costa Rica es todavía un terreno por roturar. En el caso de la COVID-19, a pesar de su inmediatez, algunos historiadores se han interesado por estudiar sus efectos sociales, políticos, y económicos. Justamente, de esa experiencia surgió la iniciativa por inscribir un proyecto de investigación en el Centro de Investigaciones Históricas de América Central de la Universidad de Costa Rica (CIHAC-UCR), que integró a investigadores del campo de la historia y la salud, para desarrollar un análisis sobre las crisis, las pandemias y los efectos sociales, económicos y políticos de esos eventos. El resultado de ese esfuerzo es esta obra que está dividida en dos partes. En la primera parte, se inspeccionan las crisis del capitalismo contemporáneo y las formas en que el pensamiento latinoamericano se ha inscrito en esos momentos. La segunda parte del libro está dedicada a profundizar en varios momentos de la historia de la salud pública costarricense entre 1949 y 2022.

ISBN: 978-9930-9793-9-6

9 789930 979396

CIHAC
CENTRO DE INVESTIGACIONES HISTÓRICAS DE AMÉRICA CENTRAL

COVID-19
E HISTORIA EN COSTA RICA

Crisis y pandemias globales y locales
(siglos XX-XXI)

COVID-19 E HISTORIA EN COSTA RICA

Crisis y pandemias globales y locales (siglos XX-XXI)

DAVID DÍAZ ARIAS
RONNY VIALES HURTADO
Editores

CIHAC
CENTRO DE INVESTIGACIONES HISTÓRICAS DE AMÉRICA CENTRAL

CIHAC.SIBDI.UCR CIP09

Nombres: Díaz Arias, David
Viales Hurtado, Ronny

Título: COVID-19 e historia en Costa Rica: Crisis y pandemias globales y locales (siglos XX-XXI) / David Díaz Arias ; Ronny Viales Hurtado, Editores

Descripción: Primera edición | Costa Rica : Universidad de Costa Rica. Centro de Investigaciones Históricas de América Central. 2024. | 394 páginas |

Identificadores: ISBN 978-9930-9793-9-6 (digital)

Serie:

Materias: LEMB: Epidemias – Historia – Costa Rica- | Covid-19 Pandemia, 2020 – Aspectos sociales. | Covid-19 Pandemia, 2020 – Aspectos económicos. | Covid-19 Pandemia, 2020 – Aspectos políticos. | Enfermedades - Historia. | Salud pública – Costa Rica. |

Clasificación: CDD 616.241.440.097.286 -23.ed

Comité editorial:
Dr. Kevin Coleman, University of Toronto
Dr. David Díaz Arias, Universidad de Costa Rica
Dr. Marc Edelman, City University of New York
Dr. Michel Gobat, University of Pittsburgh
Dra. Christine Hatzky, Leibniz Universität Hannover
Dr. Jeffrey L. Gould, Indiana University
Dr. Lowell Gudmunson, Mount Holyoke College
Dra. Montserrat Llonch, Universidad Autónoma de Barcelona
Dr. George Lomné, Université Paris-Est Marne-la-Vallée
Dr. Héctor Pérez Brignoli, Universidad de Costa Rica
Dr. Eduardo Rey Tristán, Universidad de Santiago de Compostela
Dr. Ronny Viales Hurtado, Universidad de Costa Rica
Dra. Heather Vrana, University of Florida
Dr. Justin Wolfe, Tulane University

Primera edición, 2022.
Diseño, portada, diagramación y control de calidad: Adriana Araya Esquivel.
Corrección de pruebas: los editores y los autores.
Imagen de la portada: Diseño realizado a partir de "COVID19 illustration Pack 024", de Sarbasst Braian, utilizada bajo la licencia Creative Commons: CC0 1.0 Universal. https://commons.wikimedia.org/wiki/File:COVID19_illustrationPack_024.png?uselang=es
© Centro de Investigaciones Históricas de América Central.
© David Díaz Arias y Ronny Viales Hurtado.
Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados.
Hecho el depósito de ley.

Índice

Índice de gráficos xi

Índice de tablas xv

Índice de cuadros xvii

Índice de fotografías xix

Prólogo. Epidemias
David Díaz Arias y Ronny Viales Hurtado 1

PRIMER PARTE
Crisis Globales 11

Capítulo 1
La *Gran Recesión* y el *Gran Confinamiento*: reflexiones desde la historia económica sobre las recientes crisis del capitalismo
Faustino Vega Miranda y Rafael Ángel Ledezma Díaz 13

Introducción 13
1. La *Gran Recesión* 21
2. El *Gran Confinamiento* de 2020 29
3. Las dos crisis en perspectiva 37
Conclusiones 48

Capítulo 2
Covid-19, crisis y sindemia en América Latina
Seidy Salas Víquez e Ilanyt Williams Levy 51

Introducción 51
1. Leyendo entre líneas desde dentro y fuera de la región 56
2. La coyuntura por COVID-19 dentro de las crisis de larga duración 74
3. La pandemia como sindemia 79
Conclusión 85

Capítulo 3
Con-textos en disputa y de transición: lecturas de las crisis de América Latina en tiempos de COVID-19
Vania Solano Laclé 89

Introducción 89
1. El punto de partida: ¿qué es una crisis? 90
2. Dependencia, desarrollo y poder 94
3. Posturas y espacios en disputa 108
4. Las normalidades de la salud 117
Conclusión 127

SEGUNDA PARTE
Pandemias y crisis locales 129

Capítulo 4
Infantes y microorganismos: las enfermedades de la niñez en Costa Rica (1949-1956)
Nasly Madrigal Serrano 131

Introducción 131
1. Contexto político y socio-cultural en la década de 1950 137
2. Mortalidad infantil, asistencia médica y causas 140
3. El suplemento de puericultura del MSP 149
Conclusión 168

Capítulo 5
Las pandemias olvidadas: el caso de la Gripe Asiática (A/H2N2) en Costa Rica (1957-1959)
Anthony Goebel McDermott 173

Introducción 173
1. Trayectoria del sistema de salud costarricense antes de 1950 182
2. Epidemiología e impacto sociodemográfico de la pandemia de la influenza A/H2N2 en Costa Rica 186
3. La "gripe asiática" y la salud pública costarricense 201
Conclusión 221

Capítulo 6
Entre la autonomía y la subordinación: el papel de la Junta Directiva de la CCSS ante la primera etapa de la reforma neoliberal (1986-1990)
Erika Revelo 227

Introducción 227
1. La contracción del estado y la CCSS 231
2. La planilla de la CCSS y la escasez de profesionales de la salud 237
3. "Una cruzada por la vivienda" 249
4. El concepto de privatización 255
Conclusión 267

Capítulo 7
Historia del cáncer gástrico en Costa Rica: institucionalización, atención y políticas de salud (1957-2020)
Vanessa Ramírez Mayorga 273

Introducción 273
1. Metodología 275
2. Los albores de la lucha contra el cáncer 277

3. La institucionalización de la lucha contra el cáncer 282
4. La creación del Registro Nacional de Tumores y el establecimiento de la notificación obligatoria del cáncer 287
5. La formulación de protocolos 297
6. Los sistemas de vigilancia epidemiológica del cáncer 308
7. La institucionalización del Sistema Oncológico Nacional 312
8. El necesario marco normativo para la atención del cáncer 318
Conclusión 323

Capítulo 8
Costa Rica (1980-2022): de la crisis económica a la crisis pandémica y la crisis político-social
David Díaz Arias y Ronny Viales Hurtado 331

Introducción 331
1. La crisis original 333
2. La crisis que se arrastró 339
3. La crisis que no cesó 343
4. La crisis perenne 348
5. La crisis por la COVID-19 y el presente 359
Conclusión 362

Acerca de las autoras y los autores 365

Índice de gráficos

Gráfico 1.1: Economías en recesión y crecimiento real del PIB mundial, 1961-2021 17

Gráfico 1.2: Precios semanales del barril de petróleo crudo Brent y WTI, diciembre de 2019-agosto de 2020.... 34

Gráfico 1.3: Volumen mensual del comercio de mercancías, índice (2010=100), 2000-2022 42

Gráfico 1.4: Deuda como porcentaje del PIB en los mercados emergentes y en las economías en desarrollo, 1970-2020 44

Gráfico 4.1: Tasa de mortalidad general y mortalidad infantil por mil (1949-1956) 142

Gráfico 4.2: Costa Rica: Mortalidad general y mortalidad infantil de 1949-1956 143

Gráfico 4.3: Costa Rica: Mortalidad infantil según causas (más de 100 muertes anuales) 1953-1956..... 146

Gráfico 4.4: Costa Rica: Mortalidad infantil según causas (entre 50 y 100 muertes por año) 1953-1956 148

Gráfico 5. 1: Costa Rica: Mortalidad general (tasa por 10.000 hab.) 1950-1965 187

Gráfico 5.2: Costa Rica: Defunciones por enfermedades del sistema respiratorio (proporción del total) 1950-1965 188

Gráfico 5.3: Costa Rica: Defunciones por influenza y neumonía (proporción del total) 1950-1965 189

Gráfico 5.4: Costa Rica: Tasa de mortalidad por enfermedades del Sistema respiratorio (tasa por 10,000 hab.) 1950-1965 (con barras de error y línea de tendencia)..... 190

Gráfico 5.5: Costa Rica: Tasa de mortalidad por neumonía e influenza (tasa por 10,000 hab.) 1950-1965 (con barras de error y líneas de tendencia 191

Gráfico 5.6: Tasas de exceso de mortalidad de varios países latinoamericanos asociadas con la pandemia de influenza de 1957-1959. Estimaciones basadas en muertes por enfermedades del sistema respiratorio..... 197

Gráfico 5.7: Distribución mensual de los casos de influenza reportados para el año de 1959..... 219

Gráfico 5.8: Distribución mensual de defunciones por influenza, año 1959..... 220

Gráfico 6.1: Graduados en ciencias de la salud por sector público y privado (1990-2005) 246

Gráfico 7.1: Costa Rica: Mortalidad general por cáncer gástrico, 1961-2020 -Tasas brutas por 100.000 habitantes-..... 283

Gráfico 7.2: Costa Rica: Mortalidad por cáncer gástrico según sexo, 1961-2020 -Tasas brutas por 100.000 habitantes-..... 283

Gráfico 7.3: Costa Rica: Mortalidad por cáncer gástrico, mama, cuello del útero, colon y leucemias en mujeres, según localización anatómica y año de ocurrencia, 1961-2020 -Tasas brutas por 100.000 mujeres-..... 290

Gráfico 7.4: Costa Rica: Mortalidad por cáncer gástrico, próstata, tráquea, bronquios y pulmón, hígado y vías intrahepáticas y colon en hombres, según localización anatómica y año de ocurrencia, 1961-2020 -Tasas brutas por 100.000 hombres- 293

Gráfico 7.5: Costa Rica: Indicadores demográficos de natalidad, mortalidad general y crecimiento, 1957-2020 -Tasas brutas por 1000 habitantes- 301

Gráfico 7.6: Costa Rica: Esperanza de vida al nacer, 1957-2020 301

Gráfico 7.7: Costa Rica: Incidencia general por cáncer gástrico, 1961-2020 -Tasas brutas por 100.000 habitantes- 302

Gráfico 7.8: Costa Rica: Incidencia de cáncer gástrico según sexo, 1980-2016 -Tasas brutas por 100.000 habitantes- 303

Gráfico 7.9: Costa Rica: Historia de la mortalidad e incidencia por cáncer gástrico, 1961-2020 -Tasas brutas por 100.000 habitantes- 325

Índice de tablas

Tabla 1.1: Semejanzas y diferencias entre las dos crisis contemporáneas del capitalismo del siglo XXI 38

Tabla 2.1: Costa Rica. Coeficiente de Gini por hogar y por zona según año (julio 2010-julio 2020) 65

Tabla 2.2: Costa Rica. Coeficiente de Gini anual por hogar según la región de planificación (Julio 2010–Julio 2020) 66

Tabla 2.3: Impactos de las pandemias 81

Tabla 4.1: Costa Rica: Mortalidad por rangos de edad (1949-1956) 142

Tabla 5.1: Tasas de exceso de mortalidad en 40 países asociadas con la pandemia de influenza de 1957-59. Estimaciones basadas en las muertes por causas respiratorias. Los países están clasificados según el impacto del exceso de mortalidad de la pandemia en 1957. Los valores en negrita a la derecha resaltan los países que experimentaron un impacto de mortalidad retrasado al segundo o tercer año de circulación del virus pandémico 193

Tabla 5.2: Estimación de exceso de mortalidad, fallecimientos y proporción de muertes por el sistema respiratorio atribuibles a la pandemia de la gripe asiática A(H2N2) 198

Tabla 5.3: Estimación de exceso de mortalidad, fallecimientos y proporción de muertes por neumonía e influenza atribuibles a la pandemia de la gripe asiática A(H2N2) 199

Tabla 5.4: Distribución porcentual por edades en 6766 casos de gripe asiática A(H2N2) según el Ministerio de Salubridad Pública, Costa Rica, 1957..... 210

Tabla 5.5: Distribución por edades de casos y defunciones por influenza con tasa de letalidad según el Ministerio de Salubridad Pública, Costa Rica, 1959..... 221

Tabla 6.1: Junta Directiva de la CCSS de 1986 a 1 junio de 1990..... 231

Índice de cuadros

Cuadro 6.1: Personal de enfermería de la CCSS (1980-1994) 240

Cuadro 6.2: Profesionales en medicina de la CCSS (1980-1994) 245

Cuadro 6.3: Porcentaje de personas cubiertas por la CCSS por década 248

Cuadro 7.1: Costa Rica: Mortalidad por cáncer gástrico, 1961-2020 (tasas brutas por 100.000 habitantes) 284

Cuadro 7.2: Costa Rica: Mortalidad por cáncer gástrico, cuello del útero, mama, colon, tiroides, 1961-2020 (tasas brutas por 100.000 mujeres) 291

Cuadro 7.3: Costa Rica: Mortalidad por cáncer gástrico, de próstata, de tráquea, de bronquios y de pulmón, de colon y de vejiga urinaria en hombres, 1980-2016 (tasas brutas por 100.000 hombres) 294

Cuadro 7.4: Comparación entre las metas de salud propuestas por la OMS para el año 2000 y las metas alcanzadas por el sistema de salud de Costa Rica en 1985 299

Cuadro 7.5: Costa Rica: Incidencia de cáncer gástrico, cuello del útero, mama, colon, y tiroides, 1980-2016 (tasas brutas por 100.000 mujeres) 304

Cuadro 7.6: Costa Rica: Incidencia de cáncer gástrico, próstata, tráquea, bronquios y pulmón, colon y vejiga urinaria en hombres, 1980-2016 (tasas brutas por 100.000 hombres) 305

Cuadro 7.7: Costa Rica: perfil de mortalidad e incidencia del cáncer en mujeres y hombres 324

Índice de fotografías

Fotografía 5.1 216

Fotografía 5.2 217

Fotografía 5.3 217

Prólogo
Epidemias

David Díaz Arias
Ronny Viales Hurtado

Antes de que se comenzara a alertar sobre el desarrollo de una nueva enfermedad en la ciudad de Wuhan (China), América Latina estaba alzada contra sus gobiernos. Se habían organizado grandes manifestaciones sociales en Chile, Ecuador, Argentina, Puerto Rico y Bolivia, mientras que otros movimientos se extendían desde el 2018, como el de las revueltas en Nicaragua contra el gobierno de Daniel Ortega y Rosario Murillo. Esos movimientos sociales eran liderados por jóvenes, que también tenían un profundo contenido de clase y levantaban las banderas de las reivindicaciones de género, pero también étnicas y sociales, orientadas a reclamar una disminución en las brechas de desigualdad, así como a ampliar el acceso al bienestar. Vistos en la larga duración, eran verdaderos levantamientos que exponían, con fuerza, un desencanto con la política y los políticos latinoamericanos, pero también con las reformas estructurales que habían sucedido en sus países desde el giro a la derecha que ocurrió a partir del 2010.[1]

No obstante, es importante anotar que ese giro a la derecha ocurrió primero en América Central, una región que, de hecho,

1 M.C. Quinteros y L.F. Viel Moreira, eds., *As revoluções na América Latina Contemporânea. Os desafíos do século XXI* (Maringá: Editora UEM/PGH/Historia, 2018).

funcionó como un primer taller para la práctica de los nuevos golpes de Estado en Latinoamérica. Así, en el año 2009, el presidente hondureño Manuel Zelaya sufrió un golpe de estado que convirtió a ese país en un infierno para los líderes sociales, los grupos opositores y también para los ambientalistas[2] hasta la llegada de Xiomara Castro Sarmiento a la presidencia en enero de 2022, lo cual ha dado una nueva esperanza a su nación. Así, no fue la elección de Sebastián Piñera en Chile en 2010[3] la que cambiaba el camino de izquierda a derecha en el continente, pero sí, claramente, esa elección fue la que lo comenzó a consolidar. En los siguientes años, América Latina vivió varios momentos similares a lo ocurrido en la región centroamericana: en junio de 2012, el presidente paraguayo Fernando Lugo sufrió un golpe de estado producido desde el Congreso.[4] En el año 2016, Dilma Rousseff fue removida del poder por un "impeachment",[5] que básicamente repitió la misma técnica de desconocer el poder de las urnas desde el Congreso y que significó, entre otras cosas, la globalización del "lawfare": una estrategia de "guerra legal", como lo ha señalado Orde Kittrie,[6] que impone más límites a la democracia delegativa neoliberal.[7]

---

2 Manuel Zelaya, *El Golpe 28J: año 2009* (Tegucigalpa: s.p.i., 2019).

3 Carlos Huneeus, *La democracia semisoberana: Chile después de Pinochet* (Santiago de Chile: Grupo Editorial S.A.U., 2015).

4 Juan Ignacio Aréchaga y Luciana Rodríguez, *Golpe blando. El proceso de desestabilización al gobierno de Fernando Lugo* (Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Punto de Encuentro, 2015).

5 Pedro A. G. dos Santos y Farida Jalalzai, *Women's Empowerment and Disempowerment in Brazil: The Rise and Fall of President Dilma Rousseff* (Philadelphia: Temple University Press,2021).

6 Orde Kittrie, *Lawfare: Law as Weapon of War* (London: Oxford University Press, 2015).

7 Guillermo O'Donnell, "Delegative Democracy", *Journal of Democracy*, Vol. 5, No. 1 (January 1994): 55-69.

Estas transformaciones estaban vinculadas con la evolución de la "democracia neoliberal" en la región y se relacionan de manera directa con la reforma estructural en la economía y en la sociedad. La pandemia por la COVID-19 impactó a los países centroamericanos desde principios de marzo de 2020; en ese momento se quiso presentar, desde la perspectiva de las elites, como un *shock* externo, pero, en realidad, el impacto de esta enfermedad develó las tendencias negativas que se habían venido manifestando en términos de desigualdad y de pobreza en esta región. De esa forma, la COVID-19 arribó a un área del mundo profundamente afectada por la "pandemia" de las reformas neoliberales, pero también la del autoritarismo, la de la exclusión social, la de la desigualdad y la de la pobreza.

El repliegue de la izquierda coincidió con el ascenso del Neoliberalismo, incluso a pesar de que a fines del siglo XX se aseguraba que ese era un proyecto que estaba herido de gravedad.[8] Pero aquí, nuevamente, es importante realizar precisiones sobre la concepción, la teoría y la práctica del Neoliberalismo. Para eso, tenemos que apartarnos del Neoliberalismo como fenómeno solamente vinculado con transformaciones económico-institucionales, como se definió a inicios de la década de 1980 y se consolidó en la década de 1990, y pensarlo siguiendo las ideas de Wendy Brown y, más abiertamente, de Christian Laval y Pierre Dardot:[9]

1. Este Neoliberalismo no es un fenómeno solamente dentro del estado, como si fuera básicamente un conjunto de

8 Colin Crouch, *La extraña no-muerte del Neoliberalismo* (Buenos Aires: Capital Intelectual, 2012).

9 Wendy Brown, *Edgework: Critical Essays on Knowledge and Politics* (Princeton: Princeton University Press, 2009); Wendy Brown, *In the Ruins of Neoliberalism: The Rise of Antidemocratic Politics in the West* (New York: Columbia University Press, 2019); Christian Laval y Pierre Dardot, *La nueva razón del mundo. Ensayo sobre la sociedad neoliberal* (Barcelona: Gedisa, 2010).

reformas institucionales; es una reacción del capitalismo a ultranza contra el Estado.

2. El Neoliberalismo no consiste en un ataque de las corporaciones multinacionales al gobierno, sino que los gobiernos participan de ese ataque como cómplices.
3. En términos políticos, el Neoliberalismo se constituye como una nueva racionalidad de gobernanza en la cual el estado es entendido por los empresarios como una empresa más.
4. Dentro de esa nueva racionalidad, la ciudadanía es controlada por lo que escoge: el Neoliberalismo disemina valores del mercado en todos los sentidos culturales.
5. Esta nueva racionalidad busca la producción de un sujeto neoliberal: cada quien se convierte en empresario de sí mismo y se presiona para rendir más y obtener más ganancias personales.
6. Este Neoliberalismo ve el mercado como construcción, no como un producto natural tal y como se postulaba en el pasado. Y, en vista de que el mercado es un constructo, los neoliberales se comprometen a construirlo con el estado.
7. El Neoliberalismo es peligroso para la democracia liberal porque la aniquila y la reduce al mecanismo de elecciones "libres" y periódicas, mientras se restringe la ciudadanía, la participación, la deliberación y los derechos, principalmente los laborales. Justamente, es en esta dimensión donde más revela su condición conservadora.

El Neoliberalismo, por otra parte, no ha cumplido sus maravillas prometidas en el continente. Parte de las rebeliones que ocurrieron en América Latina, en la década de 2010, tenían sus bases en una crítica directa a ese modelo/estilo. Los motivos de las protestas, desde luego, eran diversos, pero sí se unificaban en términos de su enfrentamiento contra un tipo de "contrato social" que producía amplias desigualdades.

Hacia mediados del 2019, el número de pobres en América Latina rondaba los 190 millones, de los cuales unos 70 millones, es decir un 36 por ciento, se encontraban en pobreza extrema.[10] Así que, las reformas que se habían desarrollado en el continente desde finales del siglo XX, cuyo sentido llevaba a transformar las actividades de los estados y a abrir los mercados, no habían tenido ningún éxito en rescatar a la gran mayoría de pobres, pero, además, habían impactado a las clases medias de forma que casi las había eliminado. La concentración de poder y de dinero en unos cientos de ultra-millonarios latinoamericanos era el indicador más convincente de que los gobiernos no habían dirigido sus fuerzas a lograr mayor igualdad en sus poblaciones; así, se estaba ingresando en una época de "rebelión de las elites", como ha planteado Christopher Lasch[11] para el caso de los Estados Unidos, pero al estilo latinoamericano.

*

La historia de las pandemias en Costa Rica es todavía un terreno por roturar. Los trabajos existentes se han focalizado, desde diferentes perspectivas de análisis, en la epidemia de la lepra de durante el periodo colonial,[12] la pandemia de cólera de 1856 y algunas oleadas posteriores,[13] en la llamada

10 CEPAL, *Panorama social de América Latina* (Santiago de Chile: CEPAL, 2019), 95-124.

11 Lasch, Christopher. *The Revolt of the Elites and the Betrayal of Democracy,* New York and London: W.W. Norton and Company, 1995.

12 Ana Paulina Malavassi Aguilar, "Los orígenes de la lepra en Costa Rica (1784-1821)", *Mesoamérica*, No. 41 (2001): 77-97.

13 Germán Tjarks, Flora Fernández, Julio Espinoza y Edwin González, "La epidemia de cólera de 1856 en el Valle Central: análisis y consecuencias demográficas", *Revista de Historia*, No. 3 (1976): 81-129; Leonardo Mata, *El cólera. Historia, prevención y control* (San José: EUNED/EUCR, 1992).

"gripe española" que impactó al país en 1920,[14] y en la poliomielitis. En el caso de la COVID-19, a pesar de su inmediatez, algunos historiadores se han interesado por estudiar sus efectos sociales, políticos, y económicos;[15] ahora, esos análisis se han multiplicado desde otras perspectivas de las ciencias sociales[16] (además de los valiosos trabajos de salud y demografía que han aparecido al respecto),[17] pero, luego de una revisión exhaustiva, un trabajo pionero enfocado en rastrear esos efectos, cuando apenas habían pasado unas semanas de la detección del primer caso de un enfermo por COVID-19 en Costa Rica, en marzo de 2020, se publicó, por parte de los editores de este libro, por invitación

14 Ana María Botey Sobrado, "La tardía epidemia de influenza o gripe española y sus desenlaces en Costa Rica (1918-1920)", *Americania*, No. 6 (2017): 77-109; Patricia Vega Jiménez, "Costa Rica: dos pandemias en un siglo", *Historia y comunicación social*, 26 (No. Especial 2021): 1-10.

15 Iván Molina Jiménez, *Costa Rica covidiana. Pandemia politizada y desmantelamiento republicano* (San José: Del Pasado y del Presente, 2021); Erika Revelo, "Políticas de salud y COVID-19", *El gobierno de Carlos Alvarado y la contrarrevolución neoliberal en Costa Rica*, Iván Molina Jiménez y David Díaz Arias, eds. (San José: CIHAC, 2021): 163-176.

16 Para mencionar unos pocos: Sergio Villena Fiengo, "COVID-19 en Costa Rica. ¡Cuidemos el Pura Vida!". Nacionalismo en escena, neoliberalismo tras bambalinas", *COVID-19. Nuevas enfermedades, antiguos problemas en Centroamérica*, Amaral Arévalo, coord. (Buenos Aires, CLACSO, 2021): 73-108; Ignacio Dobles, Marco Vinicio Fournier, y Vilma Leandro Zúñiga, *La gente, el (des)empleo y el Covid-19: un estudio psicosocial en Costa Rica* (San José: Editorial Arlekin, 2021); Adrián Pignataro, "Sources of Government Approval During the COVID-19 Pandemic: Threat or Electoral Predispositions?", *Journal of Politics in Latin America,* Vo. 13, No. 3 (2021): 400-418; Andrey Badilla Solano, "La Seguridad Social costarricense frente el COVID-19: cuando la incertidumbre económica es peor que la incertidumbre epidemiológica", *Comunitania*, No. 22 (julio 2021): 49-64; Carlos Chanto Espinoza y Marcela Mora Peralta, "De la Presencialidad a la Virtualidad Ante la Pandemia de la Covid-19: Impacto en Docentes Universitarios", *Revista Digital de Investigación en Docencia Universitaria*, 15(2) (2021): 1-16.

17 Hay ya una gran cantidad de estudios al respecto; para guiarse en general sobre las acciones y políticas del sistema de salud costarricense frente a la COVID-19, ver: Carlos Zamora Zamora, *La Caja y la pandemia por COVID-19. Experiencias durante la crisis del 2020* (San José: EDNASSS-CCSS, 2021).

del politólogo español Heriberto Cairo Carou, quien fue visionario en este enfoque. De esta manera, se publicó el primer trabajo, con perspectiva histórica, de la llegada y posibles efectos de la pandemia por el nuevo coronavirus a América Central.[18] Justamente, de esa experiencia surgió la iniciativa por inscribir un proyecto de investigación en el Centro de Investigaciones Históricas de América Central de la Universidad de Costa Rica (CIHAC-UCR), que integró a investigadores del campo de la historia y la salud, para desarrollar un análisis sobre las crisis, las pandemias y los efectos sociales, económicos y políticos de esos eventos globales y locales. El resultado de ese esfuerzo es esta obra.

Este libro está dividido en dos partes. En la primera parte, dedicada a inspeccionar las crisis del capitalismo contemporáneo y las formas en que el pensamiento latinoamericano se ha inscrito en esos momentos, se incluyen tres capítulos. El capítulo 1 fue escrito por Faustino Vega Miranda y por Rafael Ángel Ledezma Díaz y en este se analizan tres grandes crisis económicas vividas por el mundo entre el siglo XX y el XXI: la Gran Recesión de la década de 1930, la crisis de 2008-2009 producto de una "burbuja inmobiliaria" en Estados Unidos y la crisis generada por el "Gran Confinamiento" de 2020. En el capítulo 2, escrito por Seidy Salas Víquez e Ilanyt Williams Levy, se exploran algunas de las aproximaciones teóricas que se han desarrollado en América Latina, con el objetivo de integrar sus principales argumentos para explicar la crisis por la expansión del virus Sars-Cov-2 más allá de la coyuntura actual, y rastrear sus raíces históricas, pero también para plantear una interpretación latinoamericana

18 David Díaz Arias y Ronny Viales Hurtado, "Centroamérica: Neoliberalismo y COVID-19", *Geopolítica(s). Revista de estudios sobre espacio y poder*, 11 (No. Especial 2020): 53-59. El artículo fue enviado a la revista el 29 de abril de 2020; el primer caso por COVID-19 se reportó en Costa Rica el 6 de marzo de ese año.

a la pandemia/sindemia global. Algo similar realiza Vania Solano Laclé en el capítulo 3, donde discute diversos enfoques teóricos sobre los modelos de estado modernos, el contexto histórico latinoamericano de la segunda mitad del siglo XX y la interrelación entre los sistemas, los discursos sobre la salud, las condiciones organizativas y el concepto de bienestar en los países de esta región.

La segunda parte del libro está dedicada a profundizar en varios momentos de la historia de la salud pública costarricense entre 1949 y 2022. En el capítulo 4, Nasly Madrigal Serrano inspecciona discursos de salud sobre la infancia en la Costa Rica del periodo 1949-1956, con el objetivo de identificar la importancia que se le dio a los niños y niñas en el país, la problematización de su salud y su enfermedad, y, hasta donde es posible, la experiencia de los infantes en el contexto del sistema de salud costarricense de ese periodo. En el capítulo 5, Anthony Goebel Mc Dermott realiza una original aproximación al impacto de la Gripe Asiática en Costa Rica entre 1957 y 1959, partiendo del carácter multidimensional, multicausal y complejo de las pandemias como procesos histórico-sociales y a partir de tres ejes analíticos distintos pero complementarios: la dimensión epidemiológica -y su impacto socio-demográfico-, el ámbito institucional -centrado en el sistema de salud pública costarricense y la actuación estatal ante la enfermedad- y las acción de diversos sujetos sociales ante la pandemia. El capítulo busca establecer las interrelaciones entre esos ámbitos, para dar cuenta de cómo la enfermedad afectó a la sociedad y al sistema de salud público, y descubrir cómo la arquitectura institucional y las respuestas sociales hacia la pandemia incidieron a la hora de enfrentar el evento crítico.

En el capítulo 6, Erika Revelo Vallejo explora las discusiones de los miembros de la Junta Directiva de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) del período 1986-1990,

ante las medidas de cambio impuestas por el gobierno de Óscar Arias Sánchez a esa institución, en el marco de la reforma neoliberal. La autora analiza dos momentos concretos que expusieron presiones políticas externas para obtener un resultado específico de la institución: por una parte, considera la posición de la junta ante las medidas de restricción al gasto y las medidas que limitaban el crecimiento de la planilla institucional, y la eliminación de plazas como resultado de la reestructuración económica y administrativa del sector público; por otra parte, estudia la posición de la junta ante la solicitud de financiamiento de un proyecto de vivienda por parte del Gobierno. Finalmente, se aborda el concepto de privatización que manejaban los directores de la CCSS y sus posiciones ante la compra de servicios en el marco del auge de la descentralización y desconcentración, como conceptos claves para la transformación del estado.

El capítulo 7 fue escrito por Vanessa Ramírez Mayorga y constituye un valioso aporte al entendimiento de la historia del cáncer en Costa Rica. En este, la autora logra mostrar la forma en que se produjo una institucionalidad nacional, a medida que se variaba la forma de enfrentar el cáncer, que llevó a desarrollar políticas específicas para reducir las muertes producidas por la enfermedad y también para prevenirla. El libro se cierra con un capítulo de los editores cuyo objetivo consiste en identificar cómo la coyuntura de crisis de 1980-1981 y las soluciones que se plantearon para afrontarla, alteraron las formas de convivencia social y la visión sobre el estado costarricense que aparecieron en el siglo XIX y se consolidaron durante el siglo XX. De esa forma, los editores muestran sus dudas sobre el futuro de Costa Rica y su institucionalidad.

*

Este libro es el resultado del proyecto de investigación No. 806-C0-197 “Covid-19 e historia: crisis económicas y sociales en Costa Rica, 1980- 2020”, inscrito en el Centro de Investigaciones Históricas de América Central de la Universidad de Costa Rica. Los editores quieren dejar constancia de su agradecimiento a las autoridades universitarias por su apoyo para la producción de este trabajo, especialmente estamos en deuda con la Vicerrectora de Investigación, Dra. María Laura Arias Echandi. Asimismo, agradecemos a los autores y a las autoras que participaron con entusiasmo en sus capítulos. Finalmente, muchas gracias al personal del CIHAC y del CEDOCIHAC por su valioso apoyo administrativo y bibliotecario para que este libro fuese una realidad.

PRIMER PARTE

Crisis Globales

Capítulo 1

La *Gran Recesión* y el *Gran Confinamiento*: reflexiones desde la historia económica sobre las recientes crisis del capitalismo

Faustino Vega Miranda
Rafael Ángel Ledezma Díaz

Introducción

La historia económica contemporánea se caracteriza por un conjunto de procesos que comenzaron a confluir a partir de la década de 1990, tras la caída del Bloque soviético: primero, una nueva globalización comercial; segundo, la consolidación del capitalismo como el único sistema socioeconómico a escala mundial; tercero, el resurgimiento económico de Asia; y cuarto, la pluralidad de regímenes desigualitarios.[1] Al mirar esos dos últimos procesos, es claro que la globalización y el capitalismo no conllevaron necesariamente a la homogeneidad política y cultural como algunos plantearon en su momento. De acuerdo con Huntington,[2] *la modernización económica y social no está produciendo ni una civilización universal en sentido significativo, ni la occidentalización de*

1 Francisco Comín Comín, *Historia económica mundial. De los orígenes a la actualidad* (Madrid: Alianza Editorial, 2013), 601; Branko Milanovic, *Capitalismo, nada más. El futuro del sistema que domina el mundo* (Madrid: Taurus, 2020), 9-18; Thomás Piketty, *Capital e ideología* (Barcelona: Deusto, 2019), 776-781.

2 Samuel Huntington, *El choque de civilizaciones y la reconfiguración del orden mundial* (México D.F.: Ediciones Culturales Paidós, 2019), 20.

las sociedades no occidentales. Así, si bien ahora prevalece un modelo liberal de economías de mercado interconectadas entre sí, hay un entorno internacional caracterizado por un amplio mosaico de culturas, desigualdades y sistemas políticos, así como por la multipolaridad en el orden mundial. Se puede asegurar por eso, que el mundo contemporáneo nació y se ha desarrollado desde la heterogeneidad.

Después de la Segunda Guerra Mundial (1939-1945), cuando los países industriales experimentaron un proceso real de convergencia en términos de Producto Interno Bruto (PIB) *per cápita* y cuando el crecimiento medio del PIB por trabajador llegó al 4,5% anual,[3] el optimismo ante el crecimiento sostenido llevó a muchos economistas a cuestionarse si el llamado "ciclo económico" había quedado obsoleto.[4] No obstante, el periodo 1973-2002 se caracterizó por la existencia de nuevas crisis económicas (entre ellas, la de los precios del petróleo en 1973, la de la deuda externa en América Latina en 1982 y las crisis financieras en Japón en 1992, en México en 1994-1995, en Asia oriental en 1997, en Rusia, Corea del Sur y Brasil en 1998, y en Argentina en 2001), un estancamiento combinado con inflación (*estanflación*), la pérdida de la convergencia real entre los países ricos y una divergencia entre estos y las

3 Julio Segura, "La economía mundial entre 1973 y el siglo XXI: el final del crecimiento dorado", en *Historia económica mundial. Siglos X-XX*, ed. Francisco Comín, Mauro Hernández y Enrique Llopis (Barcelona: Crítica, 2010), 391-432; Rondo Cameron y Larry Neal, *Historia económica mundial. Desde el paleolítico hasta el presente* (Madrid: Alianza Editorial, 2015), 412; Grupo CORE, *La economía. Economía para un mundo en transformación* (Barcelona: Antoni Bosch editor, 2020), 843; Carlos Barciela, "La edad de oro del capitalismo" en *Historia económica mundial. Siglos X-XX*, ed. por Francisco Comín, Mauro Hernández y Enrique Llopis (Barcelona: Crítica, 2010), 349-353.

4 Paul Krugman, *El retorno de la economía de la depresión y la crisis actual* (Barcelona: Crítica, 2009), 18-20. Entiéndase por ciclo económico *un ritmo irregular de recesiones y recuperaciones que impide que el crecimiento económico sea una tendencia uniforme*. Krugman, *El retorno*…, 40.

naciones subdesarrolladas.[5] Así, esa etapa implicó la reaparición del ciclo económico y la agudización de la divergencia.[6]

En el presente siglo, la prevalencia del ciclo económico se manifestó con la crisis financiera de 2008-2009, la cual desencadenó la llamada *Gran Recesión* que inició en Estados Unidos y luego se extendió por el resto del mundo.[7] Aquella crisis se originó por el estallido de una burbuja inmobiliaria. Entre 1997 y 2006, el precio real de la vivienda en Estados Unidos aumentó 85%.[8] El otorgamiento de créditos hipotecarios a personas sin capacidad de pago, la venta de esos títulos a bancos de inversión y de estos a entidades no bancarias desencadenó la quiebra de uno de los mayores bancos de inversión de ese país (Lehman Brothers), el desplome del mercado inmobiliario y un pánico financiero global que afectó gravemente al comercio internacional y el empleo y generó una contracción de la producción.[9]

---

5 Julio Segura, "La economía mundial…" 422-424; Carlos Marichal, *Nueva historia de las grandes crisis financieras. Una perspectiva global, 1873-2008* (Buenos Aires: Debate, 2010), 181-187; Charles P. Kindleberger y Robert Z. Aliber, *Manías, pánicos y cracs. Historia de las crisis financieras* (Barcelona: Ariel, 2012), 1

6 Segura, "La economía mundial…", 401.

7 Entiéndase por recesión o contracción a un periodo de caída económica no muy prolongado con ingresos decrecientes y alto desempleo. Paul Krugman, Robin Wells y Kathryn Graddy, *Fundamentos de economía* (Barcelona: Editorial Reverté, 2013), 298; Gregory Mankiw, *Principios de economía* (Ciudad de México: Cengage Learning Editores, 2015), 814-816. Si la recesión se prolonga por varios años, como pasó en la década de 1930, se convierte en depresión. Paul Samuelson y William Nordhaus, *Economía con aplicaciones* (Ciudad de México: McGraw-Hill, 2019), 443. Entre 1929 y 1933, en los inicios de la Gran Depresión, el PIB real de Estados Unidos cayó 27%, el desempleo subió de 3% a 25% y el nivel de precios cayó 22%. Mankiw, *Principios de economía*…, 744.

8 Robert Shiller, *Exuberancia irracional*, (Barcelona: Deusto, 2021), 82.

9 Jesús Lechuga y Faustino Vega, "Miradas de la crisis contemporánea: la Gran Recesión 2008-2009", *Pensamiento crítico*, 24, no 1 (2019): 122-123; Luis Paulino Vargas, *Costa Rica en el siglo XXI: La crisis del proyecto neoliberal. Ensayos de crítica y propuesta* (San José: EUNED, 2020), 55.

Los gobiernos reaccionaron a esa debacle de dos maneras: primero, el rescate de bancos y otras compañías, y, segundo, los paquetes de estímulo fiscal.[10] No hay duda de que en aquel momento, la *Gran Recesión* ocasionó la desaceleración económica mundial más importante desde la *Gran Depresión* de la década de 1930.[11]

Ahora bien, doce años después, en 2020, la economía mundial enfrentó una nueva crisis, muy distinta a la de 2008-2009, que Tooze[12] llamó *shutdown* o "apagón" y el Fondo Monetario Internacional (FMI) denominó como *The Great Lockdown* o "el *Gran Confinamiento*". Tal sacudida (aún vigente al momento de escribir este capítulo) es distinta a los cismas anteriores, pues tuvo un origen sanitario, es decir, no financiero. Se trata de la pandemia de la COVID-19, enfermedad causada por el SARS-CoV-2 (coronavirus tipo 2 del síndrome respiratorio agudo grave).[13] El embate del virus desde China dio lugar a una paralización económica casi completa en todos los países del mundo. Los gobiernos decretaron grandes confinamientos de sus poblaciones para evitar los contagios y el colapso hospitalario. Repentinamente, en todo el mundo se detuvo la actividad aérea, portuaria y turística, las cadenas de suministros se rompieron y los mercados de valores sufrieron una caída no registrada desde muchas décadas atrás.

En el Gráfico 1.1 se ilustra el comportamiento del porcentaje anual de economías en recesión y el crecimiento real del PIB mundial entre 1961 y 2021. Las tendencias

10 Vargas, *Costa Rica*…, 49.

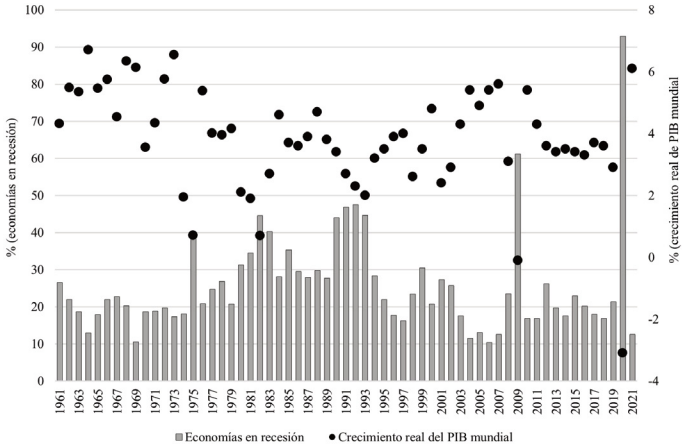
11 Kindleberger y Aliber, *Manías, pánicos y cracs*…, 1; Marichal, *Nueva historia*…, 273; Lechuga y Vega, "Miradas de la crisis…" 123; Shiller, *Exuberancia irracional*…, 53.

12 Para más información véase Adam Tooze, *El apagón. Cómo el coronavirus sacudió la economía mundial*. Barcelona: Crítica, 2021.

13 Mike Davis, *Llega el monstruo. COVID-19, gripe aviar y las plagas del capitalismo* (Madrid: Capitán Swing, 2020), 9.

muestran los años en que se pensó que el ciclo económico había llegado a su fin (en la década de 1960), su retorno en la década de 1970, la *Gran Recesión* y el impacto sorpresivo de la pandemia en 2020.

Gráfico 1.1
Economías en recesión y crecimiento real del PIB mundial, 1961-2021



Fuente: Elaboración propia a partir de Ayhan Kose y Naotaka Sugawara, "Understanding the depth of the 2020 global recession in 5 charts", *World Bank Blogs.* Published on Data Blog, https://blogs.worldbank.org/opendata/understanding-depth-2020-global-recession-5-charts y Macrotrends. World GDP Growth Rate 1961-2022, https://www.macrotrends.net/countries/WLD/world/gdp-growth-rate

En la década de 1960, el crecimiento del PIB mundial y el porcentaje de economías en recesión fueron, en promedio, 5% y 19%. En el decenio siguiente, esos indíces registraron 4% y 24%, y en la década posterior 3% y 34%. A comienzos del siglo XXI, el crecimiento del PIB mundial varió entre 5% y 6%. Además, tal y como se observa en el gráfico 1.1, el porcentaje de economías en recesión apenas llegó al 12%. Así, antes de 2008 había regresado el optimismo por el crecimiento global, aunque esta vez los economistas no se

atrevieron a decir que el ciclo económico se había terminado. Ahora, en cambio, sus palabras fueron más mesuradas; por ejemplo, en 2003, el premio Nobel de Economía Robert Lucas dijo, en un acto de la Asociación Americana de Economía, que "el problema principal de la depresión-prevención se ha resuelto".[14] Por su parte, Ben Bernanke, quien después pasaría a ser el presidente de la Reserva Federal de Estados Unidos, habló de la "Gran Moderación" para afirmar que el ciclo económico dejó de ser un problema esencial.[15] No obstante, en seguida estalló la crisis financiera de 2008-2009. En 2009, el PIB mundial bajó -0,1%; 61% de las economías cayeron en recesión. Este último porcentaje había sido el más alto desde 1931 cuando llegó a 84%. Pero aquella cifra histórica fue superada en 2020, tras el embate del coronavirus. La recesión golpeó al 94% de las economías y el PIB mundial se desplomó a -3,1%.

La crisis del coronavirus ocurrió en un mundo caracterizado por la globalización, el auge capitalista, el resurgimiento económico de Asia y la desigualdad. A su vez, varias secuelas de la *Gran Recesión* han hecho que el contexto internacional de la pandemia sea más complejo; entre ellas, el rechazo hacia la misma globalización. La desregulación de los mercados financieros fue una de las causas estructurales de esa recesión. La desregulación, según Dehesa, se comenzó a dar desde que el Keynesianismo no pudo explicar las crisis de oferta.[16] Así, la corriente monetarista se alzó favoreciendo una mayor libertad a los mercados. La *Gran Recesión* fue vista como la consecuencia de la desregulación. Tal percepción cobró sentido ante los distintos mecanismos de intervención que aplicaron

14 Krugman, *El retorno…*, 13.

15 Ibíd., 13-14.

16 Guillermo de la Dehesa, *La primera gran crisis financiera del siglo XXI. Orígenes, detonantes, efectos, respuestas y remedios* (Madrid: Alianza Editorial, 2009), 337.

los gobiernos para paliar la crisis. La idea, entonces, de volver a confiar en la regulación estatal alimentó un cierto rechazo hacia el mercado no regulado y hacia la misma globalización. A su vez, posturas políticas conservadoras se aprovecharon de las condiciones sociales de desigualdad y apostaron por un nacionalismo económico que, en el caso de Estados Unidos, llevó en 2017 Donald Trump a la presidencia. En palabras de Stiglitz, Trump "le ha recordado a todo el mundo que las fronteras cuentan"[17] pues el Estado-nación "sigue siendo el principal factor decisivo de la distribución global de ingresos [y] el centro neurálgico de las instituciones de apoyo al mercado".[18]

Otro factor a considerar, dentro del contexto de la pandemia, es el poderío económico de Asia. El *Gran Confinamiento* de 2020 ocurrió en un mundo multipolar donde el continente asiático, en especial China e India, ascendía como un polo económico que rivalizaba con la Unión Europea y Norteamérica. En 1970, Occidente generaba 56% de la producción mundial y Asia solo 19%, pero ahora esos porcentajes son 37% y 43% respectivamente.[19] Si bien el crecimiento de la economía china se venía dando desde la década de 1990, fue la respuesta gubernamental ante la crisis financiera de 2008-2009 el factor que consolidó, en parte, la viabilidad y el poderío del modelo chino al momento de la pandemia. Esa respuesta consistió en un estímulo sin precedentes basado en un enorme gasto público, la flexibilización de la política monetaria y, con ello, la generación estatal de crédito permitiendo que su banco central, el Banco Popular de China, pusiera las

17 Joseph Stiglitz, *El malestar en la globalización. Revisitado* (Bogotá: Taurus, 2019), 11.

18 Dani Rodrik, *Hablemos claro sobre el comercio mundial. Ideas para una globalización inteligente* (Barcelona: Deusto, 2018), 38.

19 Milanovic, *Capitalismo*…, 18.

cuotas de concesión de crédito a las principales entidades bancarias.[20] En resumen, el *Gran Confinamiento* impactó un proceso de globalización que, si bien no se ha detenido, afronta matices que la *Gran Recesión* puso de nuevo en discusión, a saber: primero, la viabilidad ética de la misma globalización ante la desigualdad social; segundo, la defensa del estado desde un nacionalismo económico; tercero, el grado de regulación que deben tener o no los mercados, y, cuarto, las incertidumbres que genera un escenario multipolar con una China cada vez más hegemónica.

Este capítulo tiene como objetivo hacer una comparación entre la *Gran Recesión* y el *Gran Confinamiento*, es decir, entre las crisis más recientes del capitalismo. Para ello se tomarán en cuenta los siguientes aspectos: primero, las condiciones previas y el origen de cada una de ellas; segundo, sus efectos en la economía mundial; y, tercero, las respuestas de los gobiernos. Se espera que, a través de este capítulo, se puedan ofrecer ideas para pensar en la necesidad de buscar, en palabras de Piketty, "la adopción de un nuevo modelo de desarrollo, más equitativo y sostenible".[21]

El capítulo se estructura de la siguiente forma: la sección 1.1 analiza de manera general la *Gran Recesión*, respondiendo a la pregunta ¿qué fue lo que sucedió?, sus consecuencias en el empleo y la interpretación de esta desde una mirada más heterodoxa; en la sección 1.2 se describe el origen, los impactos y las respuestas que dieron los gobiernos ante el *Gran Confinamiento* de 2020; y en la sección 1.3 se expone un ejercicio comparativo entre ambas crisis económicas según los puntos en común y las discrepancias en cuanto al origen, implicaciones y consecuencias. Finalmente, se presentan algunas conclusiones.

---

20 Adam Tooze, *Crash. Cómo una década de crisis financiera ha cambiado el mundo* (Barcelona: Crítica, 2018), 264-267.

21 Thomas Piketty, *¡Viva el socialismo! Crónicas 2016-2020* (Ciudad de México: Ariel, 2021), 272.

1. La *Gran Recesión*

Ha transcurrido más de una década desde que estalló la crisis financiera de 2008-2009 y los economistas e historiadores siguen analizando el fenómeno social, lo que enriquece el entendiendo de las causas de la crisis. En ese sentido, una arista en las investigaciones es que no se llegó a un consenso, como sí hubo en 1929, para resolver los asuntos económicos en los distintos países. La bibliografía es generosa desde una perspectiva cuantitativa, pero es reducida desde los esfuerzos por llegar a acuerdos dentro de la teoría económica, teniendo en cuenta que la ciencia económica se conforma por dos visiones: ortodoxa y heterodoxa. Para los teóricos ortodoxos, el estudio de las crisis no es vital porque su análisis inicia con la autorregulación de los mercados, de ahí que las referencias vienen desde una óptica heterodoxa, es decir, una crítica a las posiciones convencionales.

¿Qué fue lo que sucedió? Para comprender el origen de la *Gran Recesión* hay que remontarse a la década de 1990. Después de las crisis originadas por el exceso de deuda en economías emergentes del Sudeste asiático y de América Latina, esos países frenaron el endeudamiento, disminuyeron sus tasas de inversión y comenzaron a acumular enormes reservas en divisa extranjera, convirtiéndose, así, en economías superavitarias.[22] A su vez, en la década siguiente esos países compraron bonos del Tesoro estadounidense por miles de millones de dólares. A lo anterior se sumaron las bajas tasas de interés dictadas por la Reserva Federal bajo el mando de Alan Greenspan. El resultado de todo lo anterior fue la posibilidad del gobierno estadounidense de aumentar el gasto público "como nunca

22 Vargas, *Costa Rica*…, 45; Guillermo de la Dehesa, *La primera gran crisis*…, 17.

antes desde los años sesenta".[23] Todo este caudal de dinero, conocido como "liquidez endógena", vio en el sector vivienda y de bienes raíces enormes posibilidades de rentabilización, lo que llevó al inicio de un floreciente auge inmobiliario entre 2002 y 2006.[24]

El *boom* inmobiliario, que aumentó los precios de las viviendas, generó una burbuja que al estallar desencadenó la crisis. ¿Cómo se llegó a ese punto? Años atrás, cuando se quería comprar una vivienda en Estados Unidos, era común hacerlo mediante una hipoteca que se le pagaba a un prestamista local, quien se aseguraba de que el crédito se pudiera pagar con el tiempo. El cambio se dio cuando se expandió por el mercado inmobiliario la llamada "titularización", una sofisticada herramienta financiera que se había diseñado en la década de 1970, que permitía a los prestamistas vender las hipotecas a los bancos de inversión. Esos bancos mezclaban esas hipotecas con préstamos automotrices, estudiantiles y de tarjetas de crédito, para crear paquetes conocidos como "obligaciones de deuda colateral" o CDO. Los bancos de inversión después vendían los CDO a grandes inversores internacionales. Muchos de esas CDOs habían sido calificados con una nota triple A (la más alta) por las principales calificadoras de riesgo crediticio (Standard and Poors, Moody´s y Fitch). El problema vino cuando las CDOs contenían miles de créditos hipotecarios *subprime* de alto riesgo, que se habían creado para familias con pocos recursos económicos. En efecto, al estar empaquetados se mejoraba la calidad crediticia de los *subprime*, pero en la realidad seguían siendo de alto riesgo o "basura".

---

23 Juan Carlos Hidalgo, "Crisis financiera mundial: ¿réquiem del capitalismo o del intervencionismo?", en *El manual liberal. Qué es y qué defiende el liberalismo político, económico, individual y cultural*, ed. Antonella Marty (Barcelona: Deusto, 2021), 413.

24 Vargas, *Costa Rica*…, 45.

El esquema especulativo antes descrito funcionaba siempre y cuando aumentaban los precios de las viviendas, como en efecto ocurría desde 1998, pues tal incremento era más acelerado que el de los ingresos.[25] Entre 2002 y 2006, el valor de mercado de los bienes inmuebles residenciales pasó de 16 billones a 23 billones de dólares[26], es decir, del 110% del PIB al 150% del PIB estadounidense.[27] La subida de los precios no fue igual en todas las regiones del país; en las zonas costeras, como Florida y California, el incremento fue de más del 100% en proporción a los ingresos, pero en las vastas planicies centrales "donde abunda la tierra, la subida del precio (...) apenas superó la inflación".[28]

El final de este auge llegó en 2006, cuando explotó la burbuja. A partir de ese momento, los precios de las viviendas bajaron y las CDOs, al contener miles de hipotecas *subprime*, perdieron su valor a pesar de aquella calificación triple A que tuvieron antes. Al año siguiente, la crisis comenzó a llegar a Europa. El 9 de agosto de 2007, el banco francés BNP Paribas congeló tres de sus fondos debido a la "completa evaporación de la liquidez en determinados segmentos del mercado hipotecario en Estados Unidos".[29] En 2008, los grandes bancos de inversión estadounidenses comenzaron a experimentar pérdidas, reducir préstamos y a recortar nuevas hipotecas. Paralelamente, las primas de riesgo se dispararon.[30] El 15 de septiembre de 2008 quebró Lehman Brothers. La crisis y el pánico ya se extendían por el resto del mundo. Las quiebras en Europa no se hicieron esperar: el Anglo Irish Bank, el HBOS,

25 Shiller, *Exuberancia irracional*…, 83.

26 Entiéndase un billón igual a un millón de millones.

27 Kindleberger y Aliber, *Manías, pánicos y cracs* …., 375.

28 Paul Krugman, *El retorno*…, 154.

29 Tooze, *Crash*…, 160.

30 Paul Samuelson y William D. Nordhaus, *Economía con aplicaciones*…, 445.

el RBS así como el Hypo Real Estate de Munich y el Fortis y Dexia en Benelux. La *Gran Recesión* trajo al año siguiente serias afectaciones mundiales en el empleo, en el comercio internacional y en el consumo.

A nivel general, se trató de una crisis financiera que se extendió a la economía real y, como toda hecatombe económica,[31] es reflejo de la financiarización de la economía.[32] La crisis financiera de 2008-2009 manifestó consecuencias materiales, como la caída de los niveles de inversión, la pérdida de empleos y el cambio de las políticas para atenuar los efectos en la población. La inversión pública y privada son el corazón del crecimiento económico, ya que generan efectos multiplicadores y dinamizan las economías. En una crisis, la inversión cae por una serie de expectativas negativas. Los empresarios se preguntan si el día de mañana venderán lo mismo, o se cuestionan si la perturbación se extenderá por mucho tiempo. Ante esta disyuntiva, los dueños del capital ajustan los costos, como lo expresan los manuales ortodoxos de microeconomía, para minimizar el costo del trabajo. Ya avanzado el 2008, la empresa automotriz[33] alemana Volkswagen ordenó activar el paro técnico en varias de sus plantas, como primera medida para contener los efectos de la crisis, una acción para retener al capital humano capacitado y reducir gastos. Para los empleados representa menores ingresos y retos para mantener el gasto familiar que enfrentan por medio del empleo no convencional.

---

31 Lechuga y Vega, "Miradas de la crisis"..., 121-140.

32 Concepto estudiado desde las ciencias sociales, se refiere a la preponderancia del sector financiero sobre la economía real. Para mayor detalle, se recomienda revisar la sección teórica del texto de Faustino Vega, Kenia Ayala y Erick Galván, "Financiarización: la experiencia mexicana en el periodo 1993-2016", *Revista Análisis Económico*, 34, no 85 (2019): 33-52.

33 La industria automotriz fue de los sectores más golpeados por la *Gran Recesión*. Para más información véase Norma Samaniego, "La crisis, el empleo y los salarios en México", *Revista Economía Informa*, 6, no 16 (2009): 57-67.

En lo laboral, el impacto de una crisis es palpable por medio de la cuantificación de la pérdida de empleos[34] y hasta ahora parece la forma más fácil de medir el evento. No se puede ofrecer una cifra exacta del periodo de recuperación general por las distintas características de las economías.[35] México pudo perder más empleos que Costa Rica, pero menos que Estados Unidos. Lo cierto es la dificultad para regresar a los niveles previos de la turbulencia y se habla de años, quizás décadas, para países más endebles o que minimizan las consecuencias, como en México con las declaraciones de Agustín Carstens al darle el estatus de un "catarrito" a la *Gran Recesión*. Por otro lado, el costo humano pocas veces es evidenciado, pero la crisis representó y representa un golpe fuerte a las personas que vieron desvanecerse sus sueños. En Estados Unidos lo anterior se materializó con la caída del estilo de vida americano y se visualizó en un aumento en la tasa de suicidios. Un empleo no solo dota a la persona de un ingreso para obtener satisfactores, sino que también representa la oportunidad de socializar y de adquirir nuevas habilidades; todo eso se esfumó con la crisis de 2008-2009 y, en muchos casos, ya no se recuperaron tales aspiraciones.

Para los países desarrollados, una arista al tema laboral es la migración, que se convierte en una válvula de escape para los países con problemas económicos. Para estos países, polos de atracción de personas, representó mover sus esfuerzos para endurecer las políticas migratorias y enviar mensajes claros al mundo y no estimular incentivos de viaje.

---

34 Veáse Joseph Stiglitz, *The price of inequality. How today's divided society endangers our future* (Nueva York, Estados Unidos: W.W. Norton & Company, 2012); Paul Krugman, *End this depression now!* (Nueva York: W.W. Norton & Company, 2012).

35 Mario Camberos y Joaquín Bracamontes, "Las crisis económicas y sus efectos en el mercado de trabajo, en la desigualdad y en la pobreza de México", *Revista de Contaduría y Administración*, 60 no. 2 (2015): 219-249.

Desde la visión de la periferia, la población abate la caída del empleo con elementos sui generis como el empleo informal (material y, ahora, virtual), el aumento en los niveles de prostitución, la venta de drogas ilícitas (sicarios y capos) y cualquier oportunidad que se presente, en especial a los más jóvenes y vulnerables. Al estar presentes y no reguladas ciertas características laborales, se habla de una descomposición del tejido social.

En cuanto a la política económica, la frase "todos somos keynesianos" resume perfectamente los hechos. Con la *Gran Recesión*, se activó la política fiscal en el corto plazo para estimular la demanda agregada en casi todo el planeta,[36] ya que la política monetaria expone límites y no responde tan rápido como el estímulo del gobierno. Inclusive, los académicos más ortodoxos aceptaron el aumento del gasto del gobierno para activar el mercado interno y generar las condiciones de certidumbre. El FMI, visto desde los ojos de Olivier Blanchard, expresó que la construcción de infraestructura (puentes y/o escuelas) debería tener más efectos sobre la demanda que la reducción de impuestos.[37] La máquina de dinero estaba activada. Ejemplo de esto fue el mega plan de rescate que ya tenía armado el presidente Barak Obama desde la campaña presidencial y que fue uno de los elementos que le otorgó la victoria.[38] Donde no

36 Ari Aisen y David Moreno, "Política fiscal en EE.UU. y Europa: efectos macroeconómicos de mediano plazo", *Revista de Análisis Económico*, 26, no. 2 (2011): 61-79.

37 Alicia Bárcena, "La crisis financiera global y la política fiscal en América Latina" (2009). https://www.cepal.org/sites/default/files/presentation/files/secretariaejecutiva-politicafiscal.pdf (Consultado el 6 de marzo de 2022).

38 El equipo de asesores económicos fue encabezado por Lawrence Summers, un conocido personaje de los rescates bancarios y académico de los nuevos keynesianos, enfoque teórico con elementos ortodoxos que controlan el manejo de la política monetaria en la mayoría de los bancos centrales del mundo. Para más información véase Wasley Marshall, "De la administración

coinciden los economistas es en el uso de esos recursos, dado que Wall Street otorgó bonos navideños estratosféricos. Los heterodoxos asumen que la deuda no es dañina, siempre y cuando genere condiciones para aumentar la riqueza. El sector financiero no lo pensó de esa forma y el esfuerzo fiscal duró poco. Al estabilizar sus variables macroeconómicas, la mayoría de las economías decidieron seguir los cánones neoliberales de finanzas sanas. Ya lo apuntaba Octavio Paz en su texto *El ogro Filantrópico*, el estado no debería de administrarse como una empresa pues los principios contables no aplican a un país y la pregunta que queda para la reflexión es, ¿por qué no seguir con el estímulo para recuperar la senda de crecimiento y hacerlo duradero, de largo plazo?

Finalmente, dos elementos se comentarán antes de terminar esta sección. El primero tiene que ver con los límites del neoliberalismo exhibidos desde 2008: en pocas palabras, la estrategia neoliberal ha sido exitosa desde una mirada redistributiva.[39] Hay que celebrar que los ricos son más ricos, o esa impresión deja la lectura de los rankings disponibles en revistas como *Fortune*. No obstante, esa creación de riqueza no ha sido para todos. Muchas personas viven o sobreviven con menos de un dólar al día. Al final, la pregunta es: ¿por qué no redistribuir recursos a las personas en condición de pobreza? En la tercera sección de este texto se comentará una posible respuesta aceptada y ya discutida en los organismos internacionales: la universalización de servicios como educación, salud y seguro de empleo-jubilación,[40] en el proyecto denominado Ingreso Básico Universal (IBU).

---

de Obama: ¿Keynesiana?", en *Actores sociales y gobiernos ante la crisis*, ed. Gregorio Vidal (México: Miguel Ángel Porrúa, 2021): 90-102.

39 David Harvey, "Neo-liberalism as creative destruction", *The Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 610 (2007): 22-44.

40 Leonardo Lomelí y Ciro Murayama, "México frente a la crisis: hacia un nuevo curso de desarrollo", *Revista Economía*, 6, no. 18 (2009): 7-60.

Por otro lado, no solo se trató de un cisma en los países, sino también de una crisis de ideas, ya que 2008 fue la oportunidad perfecta para cambiar la forma de ver y entender la economía. Sin embargo, eso no sucedió. Los ortodoxos proponen que la reforma no vendrá de los heterodoxos,[41] es decir, no hay un diálogo entre las dos facciones de la ciencia económica (los heterodoxos aceptan que es una limitación solo revisar la producción académica ortodoxa y dejar de lado el análisis de las obras propias[42]), pero además parece que se reduce la expansión de las ideas heterodoxas a partir de la crisis. La transformación tiene que venir de autores disidentes que son escuchados por las élites y han entendido que el mercado no es, a priori, la mejor forma de organización. El cambio no implica una revolución como lo promovieron siempre las ideas más dogmáticas marxistas, sino en alcanzar un nuevo pacto social y económico, un New Deal 2.0, al estilo de la *Gran Depresión*, con los dueños del capital asegurando la alta tasa de ganancia que han encontrado en la etapa neoliberal y considerando la satisfacción de las necesidades de la mayoría de la población. Ese es claramente un reto de la nueva estrategia de crecimiento que han anunciado muchos foros de discusión y que inclusive promueven algunos de los mayores empresarios contemporáneos, si bien son pocos aún. No hay que abrir la caja de Pandora, pues la edad de oro del capitalismo de la posguerra nos dejó una buena receta: el éxito viene dado por la economía mixta,[43] con mercados bastante libres, pero sujetos a determinados grados de regulación estatal.

41 Marc Lavoie, "¿Debería la economía heterodoxa ser enseñada en departamentos de economía, o existe algún espacio para la economía backwater?", *Estudios Nueva Economía*, no. 5 (2015): 4-16.

42 Marc Lavoie, Perspectives for Post-Keynesian Economics", Review of Political Economy, 24, no. 2 (2012): 321-335.

43 Eric Hobsbawm, *Historia del siglo XX* (Buenos Aires: Crítica, 1998), 268.

2. El *Gran Confinamiento* de 2020

Este capítulo vio la luz en medio de tres consecuencias directas de la pandemia de la COVID-19: primero, el embate de una variante más contagiosa proveniente de Sudáfrica (Ómicron), que fue catalogada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como "preocupante"; segundo, los esfuerzos de cada país por aplicar a la mayor parte de su población las dosis de la vacuna contra la enfermedad; y, tercero, la llamada "crisis de los contenedores", la cual ha interrumpido las cadenas de producción y distribución y generado un insólito atasco de contenedores en varios puertos del mundo. En su conjunto, las tres consecuencias están incidiendo en la anhelada recuperación económica que se previó para el 2021 y 2022, recuperación que responde a un acontecimiento inédito en la historia del capitalismo moderno, el *Gran Confinamiento*.

El *Gran Confinamiento* fue la paralización parcial y la recesión que sufrió la economía global por motivo de la pandemia del coronavirus. En 2020 se impusieron, en casi todos los países, cierres de comercios, cuarentenas y restricciones a la movilidad terrestre, aérea y marítima con el fin de frenar los contagios y darles tiempo a los sistemas hospitalarios para prepararse. Dichas medidas perturbaron los mercados financieros, el comercio internacional, las cadenas de suministros, los viajes, el turismo, el consumo y el empleo.[44] En el primer semestre de 2020, un 95% de las economías alrededor del mundo sufrieron simultáneamente una contracción del PIB per cápita.[45] El FMI estimó que la economía mundial se contrajo un 3%.[46]

44 World Bank, *Global Economic Prospects. June 2020* (Washington, DC: 2020), https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/33748 (consultado el 8/8/2021)

45 Tooze, *El apagón*..., 17.

46 International Monetary Fund, *World Economic Outlook. The Great Lockdown* (Washington, DC: 2020), https://www.imf.org/en/Publications/WEO/

Inclusive, la contracción de 2008-2009 fue mucho menor que esta (0,1%). ¿Qué fue lo que desencadenó este *shock*?

El virus SARS-CoV-2 responde a una transferencia zoonótica, es decir, proviene de un animal (posiblemente del murciélago de herradura *Rhinolophus affinis*), que luego pasó a otra especie (se cree que al pangolín malasio) y finalmente se transmitió al ser humano.[47] En noviembre de 2019, este nuevo coronavirus comenzó a circular entre la población de la ciudad china de Wuhan (provincia de Hubei). Al parecer, el brote empezó en un mercado húmedo donde se vendían animales silvestres y mariscos. Según el gobierno chino, el primer caso fue un hombre que cayó enfermo el 8 de diciembre.[48] El 31 de diciembre, la sede china de la OMS fue informada sobre la presencia de una desconocida y extraña neumonía en Wuhan. El 20 de enero de 2020, el reconocido epidemiólogo Zhong Nanshan, quien había gestionado exitosamente la emergencia sanitaria del SARS en 2003, confirmó públicamente que el virus causante de las neumonías se transmitía de persona a persona.[49] El 11 de marzo, la OMS caracterizó como pandemia a la COVID-19, enfermedad provocada por el coronavirus detectado en Wuhan. En aquel momento ya estaba presente en más de 100 países. De acuerdo con Ferguson "a finales de febrero, el total de casos confirmados en el mundo era de 86.000; a finales de marzo era de 872.000; a finales de abril era de 3.2 millones; a finales de mayo 6.2 millones, y a finales de junio 10.4 millones.

Issues/2020/04/14/World-Economic-Outlook-April-2020-The-Great-Lockdown-49306

47 Niall Ferguson, *Desastre. Historia y política de las catástrofes* (Barcelona: Debate, 2021), 336.

48 "Intelligence on Sick Staff at Wuhan Lab Fuels Debate on Covid-19 Origin". *The Wall Street Journal*, 23 de mayo de 2021, https://www.wsj.com/articles/intelligence-on-sick-staff-at-wuhan-lab-fuels-debate-on-covid-19-origin-11621796228

49 Tooze, *El apagón*…, 66.

El 3 de agosto de 2020 había un total de 18.1 millones de casos confirmados de COVID-19 en todo el planeta, con algo más de 690.000 fallecidos".[50]

A finales de enero de 2020, conforme los contagios aumentaban y los hospitales de Hubei se saturaban, el gobierno chino implementó una estrategia de contención muy común en este tipo de situaciones: la cuarentena. Históricamente, el objetivo de una cuarentena es evitar el contacto entre personas sanas y enfermas, aislando a los infectados y a los sospechosos de portar el virus. En China se bloquearon todas las vías de acceso y salida de Wuhan y de 12 ciudades más, dando como resultado el confinamiento de 56 millones de personas.[51] El impacto económico de semejante medida no se hizo esperar; entre enero y febrero la producción industrial china cayó un 13,5% (10% más que la registrada el año anterior en esos dos meses) y la inversión en activos fijos (maquinaria e infraestructura) disminuyó un 24%.[52] En marzo todos los países comenzaron a aplicar la misma estrategia de confinar a su población.

El *Gran Confinamiento* de 2020 involucró el distanciamiento físico, las restricciones a la movilidad, los cierres temporales de empresas y la suspensión de labores en todo el mundo.[53] El impacto económico de las medidas era desconocido por su origen no financiero (una emergencia

50 Ferguson, *Desastre*…, 334.

51 Howard Markel, "Will the Largest Quarantine in History Just Make Things Worse?" *The New York Times*, 27 de enero 2020, https://www.nytimes.com/2020/01/27/opinion/china-wuhan-virus-quarantine.html

52 The Economist, "Paying to stop the pandemic", *The Economist*, 19 de marzo de 2020. https://www.economist.com/leaders/2020/03/19/paying-to-stop-the-pandemic

53 Juan Carlos Moreno y Rodrigo Morales, "Centroamérica frente a la pandemia: retos de la política macroeconómica" en *Revista CEPAL*, No. 132 (2020), 264 https://www.cepal.org/es/publicaciones/46835-centroamerica-frente-la-pandemia-retos-la-politica-macroeconomica

sanitaria en lugar de un pánico financiero o del estallido de una burbuja). Los mismos gobiernos tuvieron que decretar acciones que destruyeron empleos y paralizaron la actividad económica con el objetivo de evitar la saturación de los sistemas de salud y el consecuente deterioro de las condiciones sanitarias.

Tanto en países desarrollados como en economías emergentes, las tasas de desempleo aumentaron en cuestión de días. Entre marzo y mayo de 2020, la tasa de empleo en Estados Unidos cayó un 28% y la de desempleo pasó de 4,5% a 24,8%; por lo tanto, en sólo unas cuantas semanas 20.5 millones de personas perdieron su trabajo, cifra que equivale a todos los empleos creados desde la *Gran Recesión*.[54] Desde la *Gran Depresión* de la década de 1930 no se registraba en ese país una tasa de desempleo tan alta (históricamente, las más elevadas fueron la de 1933 con 24,9%, la de 1982 con 10,8% y l de octubre de 2009 con 10% que equivale a 8.7 millones de empleos).[55] En India, el confinamiento masivo implicó la expulsión repentina de millones de trabajadores rurales de las ciudades, dando lugar a episodios de violencia y a desplazamientos a gran escala.[56] La tasa de desempleo subió de 5,3% en 2019 a 7,1% en 2020 y el PIB cayó un 24,4% entre abril y junio de este último año.[57]

---

54 Pablo Guimón, "Estados Unidos registra una tasa de paro del 14,7%, la más alta desde la Gran Depresión", *El País*, 08 de mayo de 2020, https://elpais.com/economia/2020-05-08/estados-unidos-registra-una-tasa-de-paro-del-147-la-mas-alta-desde-la-gran-depresion.html; Simeon Djankov y Ugo Panizza, *COVID-19 in Developing Economies* (Londres: CEPR Press, 2020), https://voxeu.org/content/covid-19-developing-economies (Consultado el 20-12-2020)

55 Guimón, "Estados Unidos registra…, Djankov y Panizza, *COVID-19 in Developing Economies*.

56 Piketty,*¡Viva el socialismo!...*, 269.

57 Swati Dhingra y Maitreesh Ghatak, "How has Covid-19 affected India's economy?", *Economics Observatory*, 30 de junio de 2021, https://www.economicsobservatory.com/how-has-covid-19-affected-indias-economy

Otros indicadores a escala mundial dimensionan el impacto económico del *Gran Confinamiento*. En los primeros cinco meses del año, el volumen global de bienes comercializados fue 20% menor respecto al 2019;[58] el tráfico aéreo cayó un 94%;[59] la tasa de desempleo mundial llegó al 6,5%;[60] y el principal indicador bursátil de Estados Unidos, el índice S&P 500, cayó un 34% en marzo.[61] Igual de sorprendente fue el desplome de un 300% del precio del petróleo de referencia estadounidense, el West Texas Intermediate (WTI), en abril. La caída en la demanda de combustible a -9,3 millones de barriles al día y el bombeo diario de 100 millones de barriles hizo que el hidrocarburo se acumulara en tierra y mar. El resultado fue el uso del 60% de la capacidad de almacenaje en todo el mundo, la cual se estimó en 6.800 millones de barriles.[62] El precio de referencia del barril que se entregaría al mes siguiente (mayo) bajó, entonces, a -37,63 dólares, algo que nunca había ocurrido[63] (ver Gráfico 1. 2).

El crudo WTI se desplomó con más fuerza que el Brent del mar del Norte, cuya caída fue modesta. El 14 de abril, el precio del primero fue de $20 por barril y el del segundo de $29. El 20 de abril, el barril del WTI para entrega en mayo

58 International Monetary Fund, *External Sector Report: Global Imbalances and the COVID-19 Crisis* (Washington, DC, 2020), https://www.imf.org/en/Publications/ESR/Issues/2020/07/28/2020-external-sector-report

59 Para más información sobre el confinamiento global de marzo y su devastación en diferentes sectores económicos véase Tooze, *El apagón*…, 97-110.

60 Dhingra y Ghatak, "How has Covid-19 affected India's economy?"

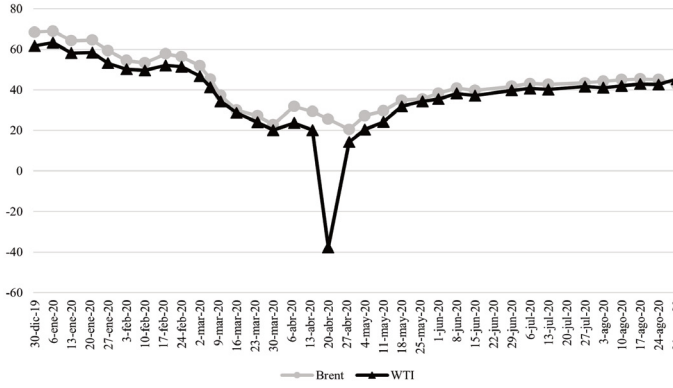
61 Ferguson, *Desastre*…, 374.

62 "Too Much Oil: How a Barrel Came to Be Worth Less Than Nothing", *The New York Times*, 20 de abril de 2020, https://www.nytimes.com/2020/04/20/business/oil-prices.html

63 "What Negative Oil Prices Mean and How the Impact Could Last", *The New York Times*, 22 de abril de 2020, https://www.nytimes.com/article/negative-oil-prices-facts-history.htm

bajó a $-38, es decir, perdió un 300% de su valor respecto al viernes anterior, mientras que el Brent se cotizó a $26. Una semana después, el primero se recuperó al llegar a los $14 por barril y el Brent bajó a $20, pero luego, el 4 de mayo, este último subió a $27. En esa misma fecha, el WTI alcanzó los $20 por barril, dejando así el valor negativo que tanto asombro generó en todo el mundo.

Gráfico 1.2.
Precios semanales del barril de petróleo crudo Brent y WTI, diciembre de 2019-agosto de 2020



Fuente: Elaboración propia a partir de Statista. Weekly Brent, OPEC basket, and WTI crude oil prices from December 30, 2019 to April 25, 2022, https://www.statista.com/statistics/326017/weekly-crude-oil-prices/

Ahora bien, ¿cuáles fueron las medidas adoptadas por los gobiernos para enfrentar los efectos económicos del *Gran Confinamiento*? Una vez más, se recurrió al estímulo fiscal. Los gobiernos de los países desarrollados desplegaron, en promedio, 24% de su PIB en medidas fiscales, gracias a que contaban con bancos centrales confiables y con monedas más resistentes a las oscilaciones de los

mercados financieros.[64] De hecho, en medio de este contexto, el precio internacional del oro subió a niveles históricos, en parte, debido a esos estímulos. Ante la inyección de miles de millones de dólares a los mercados financieros, la oferta monetaria aumentó y bajaron las tasas de interés, lo cual desencadenó el temor a la inflación y, con ello, el interés de los inversores por comprar oro.[65] A finales de julio, la demanda de oro disparó el precio de la onza a 1.931 dólares, una cifra que no se veía desde agosto de 2011.[66] En las economías emergentes, los estímulos fiscales fueron inferiores; en promedio, representaron solo el 6% del PIB y menos del 2% en las naciones de ingreso bajo.[67]

El *Gran Confinamiento* de 2020 ocurrió en medio del desplome del optimismo ciudadano hacia el sistema capitalista contemporáneo y hacia la globalización. Esa decepción había cobrado fuerza tras la *Gran Recesión*, misma que "demostró que el capitalismo no era todo aquello que se suponía: no parecía ser ni eficiente ni estable".[68] A lo anterior hay que sumar el problema de la desigualdad social persistente en todos los países del mundo. La pandemia ha azotado un mundo ya contagiado por el virus de la desigualdad (una pandemia contemporánea). En 2013, el 1% de las personas más ricas de Estados Unidos atesoraba la mitad de los fondos de inversión, el 55% de los valores

64 Ignacio Fariza, "La pandemia frena en seco la convergencia entre países pobres y ricos", *El País*, 24 de febrero de 2021, https://elpais.com/economia/2021-02-24/la-pandemia-frena-en-seco-la-convergencia-entre-paises-pobres-y-ricos.html

65 Matt Phillips, "New Gold Rush Pushes Price to Record Highs", *The New York Times*, 27 de julio de 2020, https://www.nytimes.com/2020/07/27/business/gold-prices-record-high.html

66 Phillips, "New Gold Rush Pushes Price to Record Highs".

67 Fariza, "La pandemia frena en seco la convergencia entre países pobres y ricos"

68 Joseph Stiglitz, *Capitalismo progresista. La respuesta a la era del malestar*. Madrid: Taurus, 2020), 34.

financieros y el 63% del patrimonio empresarial.[69] En Europa, el decil superior concentraba el 35% de la renta total, porcentaje que aumenta a 70% en Oriente próximo, Sudáfrica y Catar.[70] También es necesario aclarar que la pandemia ocurrió cuando el mundo miraba con asombro el crecimiento impresionante de las economías asiáticas, en especial, la china. Entre 1970 y la actualidad, Asia (incluidos China y Japón) pasó de aportar el 19% de toda la producción mundial al 43%.[71]

Los estímulos fiscales aplicados tras el confinamiento desplomaron la idea de "que la actividad económica podía ser ignorada o dejada en manos de los mercados [y] que los mercados podían autorregularse en relación con todas las perturbaciones sociales y económicas inimaginables".[72] Contrario a la visión ortodoxa de la política económica, los gobiernos intervinieron una vez más para rescatar sus economías mediante estímulos fiscales no vistos desde la *Gran Depresión*. Tal fue el ejemplo del plan de Joe Biden en Estados Unidos, el cual hizo que el gasto público llegara al 5% del PIB en 2021, cifra parecida al 4,1% que se registró en 1934 como parte del *New Deal* de Franklin D. Roosevelt.[73] Queda por determinar si, a diferencia de la *Gran Recesión*, el *Gran Confinamiento* hará posible un modelo de desarrollo alternativo menos desigual, sostenible y financiado por nuevos ingresos fiscales aportados por los agentes económicos más prósperos: las grandes empresas y los hogares con rentas y patrimonios más altos.

---

69 Milanovic, *Capitalismo*…, 39-40.

70 Piketty, *Capital*…, 777.

71 Milanovic, *Capitalismo*…, 18.

72 Tooze, *El apagón*…, 26.

73 María Antonia Sánchez-Vallejo e Ignacio Fariza, "Biden se viste de Roosevelt", *El País*, 20 de marzo de 2021, https://elpais.com/economia/2021-03-21/biden-se-viste-de-roosevelt.html

3. Las dos crisis en perspectiva

Las dos crisis son diferentes y parecidas a la vez. Los cataclismos económicos son diferentes en su origen, las condiciones previas imperantes, el impacto inmediato y las implicaciones, pero en cuanto a las respuestas de los gobiernos hay ciertas similitudes, en especial, las intervenciones estatales estabilizadoras. En la Tabla 1.1 se resumen las similitudes y diferencias entre ambas crisis.

Previo a la *Gran Recesión*, la economía mundial no había experimentado serias convulsiones como las que hubo antes de la pandemia. La globalización no enfrentó cuestionamientos que pusieran en duda sus alcances y los bloques económicos mantenían cierta homogeneidad. El problema era que reinaba, en palabras del Premio Nobel de Economía 2013, Robert J. Shiller, una "exuberancia irracional" en los inversores, que desembocó en la burbuja inmobiliaria. En cambio, antes del *Gran Confinamiento* el proceso de la globalización sufría varios embates marcados por el nacionalismo económico en Estados Unidos (resumido en el lema *Make America Great Again* del presidente Donald Trump), querellas comerciales entre Estados Unidos y China y la compleja negociación de los términos de separación derivada del *Brexit* (la salida del Reino Unido de la Unión Europea, tras el referendo del 23 de junio de 2016). La *Gran Recesión* se impuso sobre un escenario económico de auge bursátil, crecimiento real del PIB mundial y especulación, mientras que el *Gran Confinamiento* ocurrió en medio de una economía mundial debilitada y sumergida en la incertidumbre.

Tabla 1.1
Semejanzas y diferencias entre las dos crisis contemporáneas del capitalismo del siglo XXI

Característica	*Gran Recesión*	*Gran Confinamiento*
Tipo de crisis	• Crisis financiera sistémica • Recesión económica mundial en 2009 • Inició como una crisis de demanda derivada de la desconfianza (reducción de gastos familiares y saldos de tarjetas de crédito)	• Emergencia sanitaria repentina ante el embate del virus SARS-CoV-2 • Crisis cíclica y no sistémica • Crisis de oferta ante el cierre inicial de grandes fábricas en China a finales de 2019
Condiciones previas	• Liquidez endógena • Auge inmobiliario y endeudamiento privado • Bajas tasas de interés	• Disputas comerciales (Estados Unidos vs. China y el Brexit) • Bajas tasas de interés
Impactos económicos	• Desplome del crecimiento real del PIB mundial (-0,1% en 2009) • Impacto en la economía real (desempleo, pérdidas de viviendas, caída en el consumo y quiebras de comercios) • Crisis crediticia en el sector vivienda e inmobiliario	• Desplome del crecimiento real del PIB mundial (-3,1 % en 2020) • Impacto en la economía real (cierres de comercios por los confinamientos sanitarios) • Crisis crediticia en el comercio minorista y en el sector turístico
Respuesta a la crisis	• Intervenciones estatales y rescates financieros (adquisición de activos, préstamos a bancos, recapitalizaciones y garantías estatales para depósitos y deudas bancarias)	• Intervenciones estatales estabilizadoras y planes de estímulos fiscales • Apelación de los países al endeudamiento para amortiguar los efectos de los confinamientos y atender la emergencia sanitaria

Fuente: Elaboración propia a partir de Adam Tooze, Crash. Cómo una década de crisis financiera ha cambiado el mundo (Barcelona, España: Crítica, 2019), 169-172; Carlos Marichal, Nueva historia de las grandes crisis financieras. Una perspectiva global, 1873-2008 (Buenos Aires, Argentina: Debate, 2010), 316-317; Adam Tooze, El apagón. Cómo el coronavirus sacudió la economía mundial (Barcelona, España: Crítica, 2021), 25-27; Luis Paulino Vargas, Costa Rica en el siglo XXI: la crisis del proyecto neoliberal. Ensayos de crítica y propuesta (San José, Costa Rica: EUNED, 2020), 45-46; Miguel Rodríguez Canfranc, "De la Gran Recesión a la Gran Pandemia: diferencias entre la crisis de 2008 y la de 2020" en https://www.bbva.com/es/de-la-gran-recesion-a-la-gran-pandemia-diferencias-entre-la-crisis-de-2008-y-la-de-2020/

Cuando estallaron las dos crisis, sus impactos fueron diferentes. En primer lugar, la crisis financiera de 2008-2009 fue sistémica dado que respondió a un *shock* interno dentro del mismo sector financiero (la quiebra de grandes bancos de inversión de *Wall Street* producto de una burbuja inmobiliaria). Después, el impacto en Estados Unidos se trasladó al resto del mundo (las primeras quiebras cayeron sobre importantes entidades crediticias europeas, tales como el Anglo Irish Bank, el HBOS y el RBS de Gran Bretaña, así como el Hypo Real Estate de Munich y el Fortis y Dexia en Benelux).[74] Con el *Gran Confinamiento* el escenario fue diferente, pues el *shock* no vino desde el mismo sistema financiero, sino desde el exterior; en este caso, el embate de un coronavirus que obligó a los gobiernos a confinar a su población para detener los contagios. Si bien la emergencia sanitaria comenzó en China, el colapso de los mercados se fue dando conforme el virus se expandía fuera de ese país. Para el 24 de febrero de 2020, cuando países como Corea del Sur, Irán e Italia sucumbían ante los repentinos contagios masivos "los inversores abandonaron las acciones italianas, y las acciones de las aerolíneas europeas de bajo coste easyJet y Ryanair se desplomaron. Pocas horas después, cuando los mercados abrieron en Nueva York, la demanda de bonos del Tesoro a diez años se disparó como un cohete (...) era más barato pedir prestado a largo plazo que a corto plazo".[75] Para las semanas posteriores, la recesión ya era inminente al igual que los contagios y los colapsos hospitalarios.

Así, la génesis de la *Gran Recesión* fue endógena, es decir, las mismas características de la economía y de los mercados crearon un cisma financiero en Estados Unidos

74 Tooze, *Crash*..., 171.

75 Tooze, *El apagón*..., 89.

que después se propagó por el mundo a nivel de la contracción del crédito y las tendencias bursátiles.[76] Por su parte, el *Gran Confinamiento* se desató por un impacto externo y una crisis exógena contra el sistema real y financiero internacional (la pandemia de la COVID-19). Ahora bien, sobre este último punto es necesario hacer un matiz, pues se puede hablar de un *shock* externo a nivel del embate de un coronavirus, pero desde el punto de vista social, el impacto de la enfermedad evidenció en cada país una serie de difíciles condiciones que ya existían previamente. Tal fue el caso de Centroamérica, una de las regiones más pobres y violentas del mundo, donde la llegada del coronavirus golpeó a una sociedad "profundamente afectada por la 'pandemia' de las reformas neoliberales, pero también la del autoritarismo, la de la exclusión social, la de la desigualdad y la de la pobreza [que ya existían desde muchos años atrás]".[77]

Dentro de las similitudes de las crisis, ambos fenómenos golpearon a la economía real debido a la caída en la demanda de consumo y de inversión del sector privado, lo que generó un aumento en el desempleo. Tal vez, lo repentino de los confinamientos y sus implicaciones para los hogares y los comercios hizo que esa afectación fuera más rápida en 2020. Las personas no pudieron salir de sus viviendas durante semanas, muchas jornadas laborales se redujeron, hubo despidos masivos, los comercios se cerraron temporalmente, aunque muchos otros cerraron del todo, y la economía informal se paralizó.

76 Carlos Marichal, *Nueva historia*…, 317.

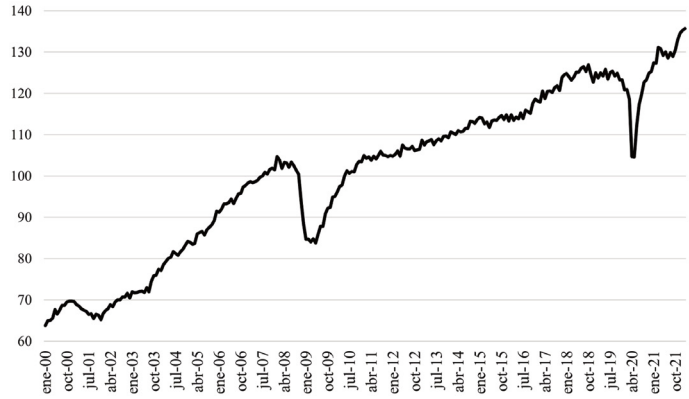
77 David Díaz y Ronny Viales "El impacto del COVID-19 y otras "pandemias" contemporáneas en Centroamérica" en *Pandemia y crisis: el COVID-19 en América Latina*, ed. Gerardo Gutiérres Cham, Susana Herrera Lima y Jochen Kemner (Guadalajara: Editorial Universidad de Guadalajara, 2021), 88.

En cambio, en 2008-2009 la afectación fue más gradual y pausada en el tiempo.

Ambas crisis también afectaron el comercio mundial de mercancías. En el Gráfico 1.3 se muestra cómo el volumen mensual de comercio de mercancías a nivel mundial se desplomó en 2009 y 2020. De octubre de 2008 hasta abril de 2010, ese volumen cayó a niveles de 2006, es decir, rompió la tendencia sostenida al alza que venía experimentando desde comienzos de siglo. En 2020 hubo otra afectación igual de aguda, pero menos prolongada, pues duró sólo nueve meses y no dieciocho como pasó con la *Gran Recesión*. El comportamiento que muestra la curva del gráfico en ambos momentos reafirma la lógica sistémica de la *Gran Recesión* versus la inmediatez y el carácter transitorio del *Gran Confinamiento*.

La propagación del virus desencadenó una recesión imprevista que si bien desplomó el crecimiento real PIB mundial más que en 2009 (-3,1% versus -0,1 %), por tratarse de una emergencia sanitaria trajo consigo ciertas condiciones, como los levantamientos de las restricciones a la movilidad y el optimismo por las vacunas contra la enfermedad, que, sumadas a la efectividad de las políticas estabilizadoras de los gobiernos, hicieron posible una recuperación económica más rápida. En 2010 el crecimiento real del PIB mundial fue de 5,4%, mientras que en 2021 llegó a 6,1%. Lo que sí es claro, es que el impacto laboral, fiscal y social de la crisis de 2020 ha sido mayor al de la *Gran Recesión*. En México, como en muchos países en vías de desarrollo, por ejemplo, fue 10 veces mayor en la pérdida de empleos, con una política fiscal laxa y con un aumento en la desigualdad.

Gráfico 1.3
Volumen mensual del comercio de mercancías, índice (2010=100), 2000-2022



Fuente: elaboración propia a partir de World Trade Monitor, CPB Netherlands Bureau for Economic Policy Analysis. Gráfico generado a partir de Database CPD World Trade Monitor, https://www.cpb.nl/en/world-trade-monitor-february-2022.

Otra arista fue la respuesta similar que afrontaron los gobiernos ante las dos crisis; la experiencia de 2008-2009 hizo que, en 2020, los gobiernos de las principales economías del mundo aplicaran fuentes políticas monetarias y fiscales (flexibilización cuantitativa) con fines estabilizadores.[78] En 2009 la intervención se llevó a cabo a través de rescates de bancos y grandes corporaciones, y mediante la implementación de paquetes de estímulo fiscal.[79] Ejemplo de lo anterior fue el plan de estímulo de 787.000 millones de dólares del presidente Obama, a inicios de 2009, a través de "exenciones fiscales y el gasto en infraestructura y subsidio de desempleo".[80]

78 Stiglitz, *El malestar*…, 29; Dehesa, *La primera gran crisis*…, 461.

79 Vargas, *Costa Rica en el siglo XXI*…, 49.

80 Nicolas Wapshott, *Keynes vs Hayek. El choque que definió la economía moderna* (Barcelona: Deusto, 2019), 315.

En 2021, el presidente Biden puso en práctica un plan de estímulo más ambicioso que el de Obama y comparable al New Deal de Franklin D. Roosevelt de 1933-1934. El gasto del plan, como porcentaje del PIB en 2021, fue de 5%, el de 1934 llegó al 4,1%, mientras que el de Obama fue más modesto (1,3% en 2009 y 2,7% en 2010).[81] Las políticas monetarias también ayudaron a reducir las tasas de intereses. La Reserva Federal bajó los tipos de 5% a 0% en 2008 y 2009. Ese mecanismo funcionó en ambos casos cuando los bancos centrales utilizaron el dinero recién creado para comprar bonos del Estado y así controlar los tipos de interés que rigen sobre diversos préstamos y "la deuda a uno o tres meses que los gobiernos utilizan para financiar operaciones a corto plazo".[82] La respuesta rápida de la política económica contuvo las consecuencias de la *Gran Recesión,* que fue de corta duración y se pudo paliar con mecanismos convencionales.

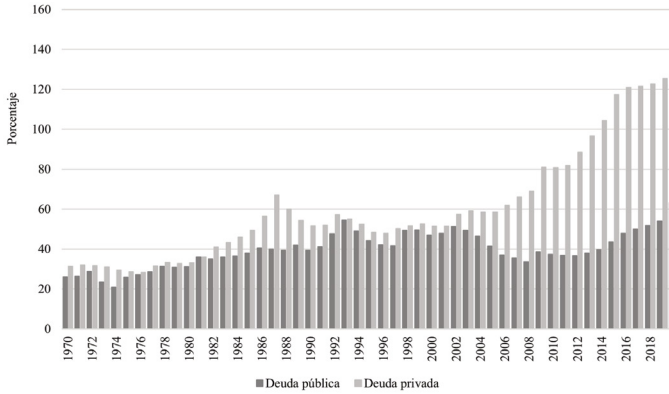
La naturaleza exógena de la crisis de 2020 hace compleja su contención, es decir, va más allá del ámbito económico, pues su origen se halla en una emergencia sanitaria que paralizó simultáneamente al 95% de las economías del mundo. Las consecuencias han sido la contracción en la generación de riqueza y, en 2021-2022, el aumento del nivel de precios. Las políticas que han aplicado los países no han podido estabilizar rápidamente a las economías, ya que, por el contrario, los gobiernos se enfrentan a una nueva disyuntiva ante la efectividad de las jornadas masivas de vacunación, las constantes y comunes mutaciones del virus (como las variantes Delta y Ómicron que surgieron respectivamente en India y Sudáfrica) y las frecuentes

81 Sánchez-Vallejo y Fariza, "Biden se viste de Roosevelt", *El País*, 21 de marzo de 2021, https://elpais.com/economia/2021-03-21/biden-se-viste-de-roosevelt.html

82 Paul Krugman, *Contra los zombis. Economía, política y la lucha por un futuro mejor* (Barcelona: Crítica, 2020), 116.

olas de contagios que implican nuevos confinamientos y distanciamiento social. Tal parece que el *Gran Confinamiento* invita a los estados a reinventar las acciones de política económica y social, pues se trata de una crisis integral que va más allá de un pánico financiero o de una fuerte caída bursátil. Dicho de otra forma, los gobiernos deben organizar sus acciones para contener el ciclo económico y el ciclo de contagios (en México, así como en el mundo, se encuentra cierta regularidad con olas de propagación de las mutaciones en julio-agosto y diciembre-enero).

Gráfico 1.4
Deuda como porcentaje del PIB en los mercados emergentes y en las economías en desarrollo, 1970-2020



Fuente: Elaboración propia a partir de Banco Mundial, "Resumen del año 2021 en 11 gráficos: la pandemia de la desigualdad", https://www.bancomundial.org/es/news/feature/2021/12/20/year-2021-in-review-the-inequality-pandemic

Otro punto en común es que ambas crisis golpearon en un contexto en que las cargas de la deuda en economías emergentes aumentaban. Pareciera que el endeudamiento fue otra pandemia que ya existía desde la *Gran Recesión* y, por ende, coexistió después con la pandemia sanitaria del coronavirus.

En el Gráfico 1.4 se muestra cómo los niveles de deuda se han venido disparando desde la primera década del siglo XXI. Con la *Gran Recesión*, la deuda privada marcó una tendencia al alza más acelerada que la deuda pública. En 2009, la deuda pública, como porcentaje del PIB en las economías emergentes, fue de 38,6% y la privada de 81%. Esa divergencia se mantuvo en los años siguientes y se agudizó en 2020 con el *Gran Confinamiento* cuando dichos porcentajes fueron, respectivamente, de 63% y 142%.

Por otro lado, se tratan de crisis diferentes porque no han llevado a un consenso sobre nuevas formas de organizar la economía. Con el tiempo, los científicos encontrarán una forma de contener los contagios por medio del desarrollo de algún fármaco totalizador. Lo preocupante, desde una perspectiva económica y social, es que el verdadero virus es la desigualdad del sistema capitalista.[83] De origen y por definición, el capitalismo ha generado desigualdad. En efecto, las crisis han visibilizado este hecho; sin embargo, actualmente, la desigualdad ha alcanzado niveles preocupantes y el elevador llamado "movilidad social" está roto. La educación ya no es un motor para que las personas encuentren una mejor calidad de vida, a pesar de que las personas se preparan y cuentan con mayores niveles de escolaridad que en el pasado.

Antes del embate del coronavirus, el 1% de las familias más ricas de todo el mundo poseían más de la mitad de la riqueza privada global neta.[84] De acuerdo con la revista *Forbes*,

83 Mientras el mundo no se organice y ataque este virus de la desigualdad, la pandemia no podrá superarse. De nada sirve que los avances en vacunación en Europa sean cercanos al 100%, si existen regiones sin acceso a los biológicos para evitar la propagación. La mutación Delta en India, la mutación Ómicron en Sudáfrica y el día de mañana una nueva variante (en 2022 ya se habla en Francia de IHU, mutación de Camerún).

84 Miguel Ángel García, "Retrato del 1% de la población que controla el mundo con su riqueza", *El País*, 22 de enero de 2022, https://elpais.com/economia/

en 2013 había 1426 personas en todo el mundo que, en conjunto, tenían activos totales valorados en 5.4 billones de dólares, cifra que equivalía al 2% de la riqueza mundial que, dicho de otro modo, era igual al doble de la riqueza que existía en toda África en aquel momento.[85] Este fenómeno del aumento de la desigualdad es un problema de la aldea global, pues todos los países presentan algún nivel de precariedad. Lo que sí se puede apuntar es que esa desigualdad es diferente, en términos del grado, de acuerdo al país: mayor en Haití, pero menor en México y más focalizada en Estados Unidos y en la Unión Europea.

En el actual contexto de la pandemia, el 52% del ingreso mundial es tomado por el 10% más rico de la población mundial, al tiempo en que la mitad más pobre solamente percibe un 8,5% de ese ingreso y 2% del total de la riqueza.[86] Además, en varios países desarrollados la riqueza creció en medio de la crisis sanitaria; en Norteamérica aumentó en 12.4 billones de dólares y en Europa en 9.2 billones.[87] Tal parece que se trata de una crisis sistémica; fácilmente se podría hablar de crisis económica, crisis social, crisis política, etc. Entonces, urge una política orientada a atender estos problemas de manera conjunta e integral.

Una propuesta para abordar esta problemática es el IBU. Se trata de un proyecto cuyo objetivo busca canalizar la riqueza que se halla tan concentrada en pocas manos, a la mayoría de la población por medio de transferencias monetarias

---

negocios/2022-01-23/retrato-del-1-de-la-poblacion-que-controla-el-mundo-con-su-riqueza.html#?rel=lom

85 Branko Milanovic, *Desigualdad mundial. Un enfoque para la era de la globalización* (Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica, 2017), 56.

86 Lucas Chancel, Thomas Piketty, Emmanuel Saez y Gabriel Zucman, "Informe sobre la desigualdad global 2022," *World Inequality Lab*, 2022. https://dds.cepal.org/redesoc/publicacion?id=5585

87 García, "Retrato del 1% de la población que controla el mundo con su riqueza".

que aseguren alimento, vestido y hogar independientemente de la condición social, política, religiosa o sexual de los individuos de un país. Ya existen experimentos exitosos en el mundo que prueban la calidad del proyecto. Los críticos comentan que este plan no es viable por la falta de financiamiento, pero esto implica un reordenamiento del gasto social. Otra arista es que para muchos significa el aumento de los impuestos que pagan, lo que sí es viable pero no para los grandes capitales que se mueven de país a país (un tema también en la agenda internacional).

Este cambio de agenda económica también implica un viraje en el rol de las agencias del gobierno. El banco central es la institución que tiene el mandato de vigilar y crear mecanismos para aumentar la riqueza, controlar el aumento de precios y aumentar el empleo; un modelo multimetas definidas desde la mirada macroeconómica. ¿Por qué no incluir la desigualdad que impera en las economías como una nueva función de la banca central?

Los economistas que han alzado la voz, en su mayoría desde una posición ortodoxa, exponen que el banco central, al menos en países en vías de desarrollo, no puede transitar a un modelo multimetas; no obstante, no ofrecen argumentos válidos e, inclusive, aunque tuvieran razón, alguna agencia del gobierno debería tener ese objetivo e ir más allá de eso, pues el crecimiento de la pobreza y la desigualdad son preocupantes. La tarea del banco central se vincula a los precios y al sistema financiero, esferas muy alejadas de la vida cotidiana de las personas. Con los ojos de 2022, existe un aumento inaudito de precios a nivel internacional y las autoridades sólo se constriñen a subir la tasa de interés (paradójico porque solo va a contraer más la demanda y el movimiento del PIB). Si el objetivo de esta agencia del gobierno solo son los precios, entonces habría que preguntarse a quién beneficia su accionar y no solo observar el discurso. Este es otro reto para los siguientes años.

Conclusiones

En las líneas anteriores se ha hecho un esfuerzo intelectual para analizar las dos crisis más recientes que ha enfrentado el capitalismo: la *Gran Recesión* y el *Gran Confinamiento*. La *Gran Recesión* fue un cisma económico cuyo origen se detectó en el sector inmobiliario de Estados Unidos y se propagó con bastante rapidez al resto del mundo. Las consecuencias de esta crisis han incluido desde la pérdida de empleos hasta la ausencia de planes personales (forma de vida). Por su parte, el *Gran Confinamiento* se refiere a una crisis sanitaria con consecuencias en lo económico. Resulta algo complicado caracterizarla tan pronto, pero sus efectos en lo material y humano han sido mayores que lo visto en la *Gran Recesión*.

Tal cual, los dos eventos son muy diferentes y parecidos entre sí, desde su origen hasta la forma en que los gobiernos han llevado a cabo las acciones de política económica. Lo cierto es que el común denominador es la desigualdad, la cual es muy aguda en 2022 y llama a cerrar esfuerzos por parte de todos los gobiernos del planeta.

La respuesta a todo esto parece que se encuentra en la conformación de un pacto 2.0 al estilo del *New Deal* de la *Gran Depresión*, en donde una agencia de gobierno tenga como meta prioritaria el control de la desigualdad, el verdadero virus que enfrenta la humanidad. De hecho, si no se controla esta, de nada van a servir los avances en la vacunación de los países avanzados, porque aún existen regiones sin acceso a vacunas y movimientos antivacunas y conspiracionistas que han colaborado con la propagación del coronavirus.

La pandemia también mostró algo que no lograron los economistas heterodoxos: colocar en la agenda pública de los organismos internacionales la discusión de un plan de acción para lograr el control de la desigualdad global.

La solución de largo alcance debe ir a la raíz del problema. Esta no puede consistir, como en crisis anteriores, en el manejo de las políticas fiscal y monetaria; es decir, a partir del crecimiento desmedido de la riqueza en manos privadas y desde la financiarización de las economías o, para los economistas heterodoxos regulacionistas, el llamado "nuevo modo de acumulación". El IBU es un proyecto estructurado que resolvería, por medio del cobro de impuestos a los grandes capitales financieros, la redistribución de recursos a las clases menos favorecidas, minimizando la exclusión de las minorías a una vida inhumana en donde el ingreso no alcanza para satisfacer las necesidades vitales.

El tema se sigue discutiendo y los autores de este capítulo abogan por la sensibilidad de los tomadores de decisiones de política social en América Latina para su implementación, o la de algún otro proyecto que resuelva el fondo del problema. Es cierto que los retos para los gobiernos son enormes, pero ya se dieron los primeros pasos para reinventar la forma en que se llevan los asuntos económicos internalizando el problema de la desigualdad.

Capítulo 2
Covid-19, crisis y sindemia en América Latina[1]

Seidy Salas Víquez
Ilanyt Williams Levy

Introducción

Latinoamérica y el Caribe inauguraron la tercera década del siglo XXI con sociedades altamente desiguales y polarizadas. Hasta el año 2019, distintos estudios sobre el estado de la región latinoamericana y caribeña evidenciaban la problemática de la desigualdad en términos de empleo, género, etnia, edad, acceso a recursos productivos, educación, salud, servicios básicos, vivienda digna, nutrición, acceso a la tecnología y a la información, así como importantes carencias en el derecho a un ambiente sano y libre de violencia. Sumado a eso, una parte importante de la población de

1 Este análisis se realizó entre los últimos meses del año 2020 y los primeros meses del año 2021, cuando la experiencia de confinamiento y las primeras acciones hacia el entendimiento de la pandemia como enfermedad y como fenómeno social eran muy incipientes. Se realizaron cambios mínimos a la hora de su publicación, pues sus autoras consideraron importante conservar su valor como un análisis perteneciente a su propio contexto. Parte de las preguntas y meditaciones aquí presentadas surgieron dentro de las discusiones desarrolladas en el curso corto COVID-19 e historia de las crisis en América Latina, 1810-2020, impartido por los historiadores Dr. David Díaz Arias y Dr. Ronny Viales Hurtado en noviembre de 2020, donde se abrieron discusiones con estudiantes de maestría y doctorado en Historia de la Universidad de Costa Rica.

la región, principalmente la perteneciente a los estratos de ingresos medios y bajos, se encontraba en riesgo de caer en la pobreza y quedar en la desprotección social,[2] Para 2018, ya un 30,1% de la población latinoamericana se encontraba bajo la línea de pobreza, y un 10,7% se encontraba por debajo del umbral de pobreza.[3]

Hacia finales de la década de 2010, la región latinoamericana reportaba importantes flujos de movilidad humana compuestos por personas migrantes que tenían que dejar sus países por motivos económicos, ambientales y de vulnerabilidad social. Bajo este complejo escenario, la región comenzó el 2020 enfrentando la pandemia producida por el virus SARS CoV-2 y sus distintas cepas. Se trata de una crisis que para América Latina se puede caracterizar como un contexto entre la *novedad* y la *herencia*.

Por un lado, la experiencia de esta crisis sugiere una novedad en términos sociales y tecnológicos, puesto que transcurre en una era tecnológica que ha condicionado formas de interacción social y flujos de información basados en la lógica de la inmediatez. Por otro lado, la crisis vivida a nivel mundial, pero específicamente para el caso de los países de la región latinoamericana, resulta ser una coyuntura clave que visibiliza las problemáticas preexistentes en los sistemas sociales, ambientales, educativos, económicos, productivos y culturales, los cuales pueden entenderse de manera más clara al realizar lecturas con perspectiva histórica.

La expansión de la Covid-19 y sus altamente contagiosas cepas, mostró durante los años 2020 y 2021 que el virus no daría tregua fácilmente a los distintos sistemas de salud ni a las economías mundiales, aun cuando las campañas de vacunación alrededor del mundo se pusieron

2 CEPAL, "Panorama Social de América Latina 2019", Editorial: CEPAL, Diciembre 2019, pp. 75-78.

3 CEPAL, "Panorama Social de América Latina 2019", 98.

en marcha con rapidez. Además, la expansión inicial de los contagios impuso un sistema cíclico de gestión de la pandemia que respondía a las estrategias de manejo de las tasas de infección, el riesgo de saturación de los sistemas de salud y la urgencia de la reactivación económica. Esto resultó en un constante ir y venir enmarcado entre las campañas del "#quédateencasa" de los sistemas de salud, frente al "#reactivemos", impuesto por sectores económicos y políticos de presión.

Inicialmente, debido a la rapidez de contagio por el virus, los estados tomaron medidas de cierre, configurando el escenario que el Fondo Monetario Internacional (FMI) nombró como "El Gran Confinamiento".[4] Las fronteras, aeropuertos, sitios de encuentro público, comercios, y lugares para entretenimiento pasaron de ser espacios vibrantes y de tránsito recurrente a volverse sitios fantasmas. Restricciones vehiculares y hasta toques de queda obligaron a la ciudadanía a permanecer en sus casas. El impacto que el gran confinamiento del 2020 tuvo en las personas y en las sociedades es aún difícil de medir en todas sus dimensiones y llevará muchos años comprender lo que ha implicado e implicará la entonces denominada "nueva normalidad" de los primeros meses de pandemia.

Ciertamente, resulta difícil escribir sobre las crisis transversales relacionadas a la pandemia, cuando se ha experimentado de manera cercana la pérdida de vidas humanas y los impactos socioeconómicos que este capítulo de la historia ha dejado. Pensar en tomar distancia académica para construir un análisis después de haber transitado dos años en medio de un flujo de información masivo de cobertura a la pandemia y sus consecuencias desde

4 "The Great Lockdown", *World Economic Outlook*, FMI, Washington, DC, (abril de 2020). Acceso el 15 de enero de 2021. https://www.imf.org/en/Publications/WEO/Issues/2020/04/14/weo-april-2020

distintos ángulos y con variadas perspectivas tampoco es sencillo. Igualmente complejo es sintetizar las problemáticas socioeconómicas que se han recrudecido en medio de la pandemia que está afectando más fuertemente a sectores de la población históricamente más vulnerables en términos nutricionales, laborales, educativos y de acceso a salud y seguridad social, la comunicación, la representación y la justicia.

Por eso, este capítulo se la plantea la siguiente pregunta: ¿se puede entender esta pandemia como un nuevo periodo de crisis para Latinoamérica? O sería más acertado preguntarse si más bien *¿la pandemia da evidencia de un estado crónico de crisis en la región?* Específicamente, este capítulo se enfoca en el análisis de algunas aproximaciones teóricas a América Latina, con el objetivo de integrar sus principales argumentos para explicar la crisis por la expansión del virus Sars-Cov-2 más allá de la coyuntura actual, y rastrear sus raíces históricas. Asimismo, se identifican algunas limitantes en los acercamientos analíticos estudiados y se esboza una definición propia de "crisis" desde una perspectiva latinoamericana.

En cuanto a su estructura, este capítulo está dividido en cuatro apartados. En el primero se presenta a las autoras y autores cuyas obras se analizaron, de manera que sea más fácil comprender sus contribuciones a partir de su pensamiento y experiencias. De seguido, se incluye un análisis de las condiciones en las que la pandemia por COVID-19 encontró a América Latina. En el tercer apartado, se sintetizan los argumentos integrados de las lecturas y autores, en un ejercicio de carácter teórico-argumentativo. Dentro de este apartado se discutirá, en primer lugar, una definición de crisis latinoamericana que ubica su origen en la herencia colonial y la dependencia; en segundo lugar, las lecturas nos llevan a plantear la necesidad de asumir los impactos de la actual pandemia,

como una *sindemia* y considerar en ella los elementos estructurales que subyacen a la crisis; en tercer lugar, para concluir el apartado, se propone que para comprender esta coyuntura crítica en sus diversas aristas, se requiere de una historiografía con enfoques globales, pero desde la mirada de América Latina. Finalmente, el cuarto apartado explora posibles problemáticas o preguntas de investigación que surgen del análisis realizado.

Para abordar las tareas propuestas se contó con los trabajos de dos grupos de autores. El primero reúne a una serie de pensadores de Latinoamérica y el Caribe que han abordado el tema del desarrollo, la identidad y el origen de las crisis políticas, económicas y sociales. Entres ese grupo se encuentran los trabajos de Fernando Cardoso y Enzo Faletto,[5] Roberto Fernández Retamar,[6] Ronny Viales Hurtado,[7] Aníbal Quijano[8] y Walter Mignolo,[9] que brindan miradas desde dentro de la región para introducir al entendimiento de los orígenes y características de la crisis con perspectiva sociológica e histórica. El segundo bloque está compuesto por trabajos que se enfocan en las relaciones multidimensionales de la salud y la enfermedad en la sociedad, incluyendo su potencial para generar crisis.

---

5 Fernando Henrique Cardoso y Enzo Faletto, *Dependencia y desarrollo en América Latina,* Buenos Aires: Siglo XXI Editores, 1977, 5-7 y 57-65 (versión electrónica).

6 Roberto Fernández Retamar, *Todo Calibán*, Buenos Aires: CLACSO, 2004, 1-94.

7 Ronny Viales Hurtado, "La sociología latinoamericana y su influencia sobre la historiografía (siglo XIX a 1980)", *Historia General de América Latina,* De Rezende Martins, Estevão y Héctor Pérez Brignoli (directores),, Vol. IX, París: UNESCO/Editorial Trotta, 2006, 129-174

8 Aníbal Quijano, "Colonialidad del Poder, Eurocentrismo y América Latina", *Colonialidad del Saber, Eurocentrismo y Ciencias Sociales*, Edgardo Lander (comp.), Buenos Aires: CLACSO-UNESCO 2000, 1-48.

9 Walter Mignolo, "La razón postcolonial: herencias coloniales y teorías postcoloniales", *Revista Chilena de Literatura*, No. 47 (noviembre de 1995), 91-114.

Entre esos estudios están los de Jared Diamond,[10] Peter Conrad,[11] Mariola Espinosa,[12] Merrill Singer, Nicola Bulled, Bayla Ostrach, Emily Mendenhall,[13] Wuqi Qiu, Shannon Rutherford, Ayan Mao y Cordia Chu.[14]

1. Leyendo entre líneas desde dentro y fuera de la región

El 2019 cerró con agitación en la región. Enormes movilizaciones de protesta en Chile adversaron políticas que amenazaban con incrementar la desigualdad de la sociedad de "el milagro".[15] Meses antes, masas de indígenas reclamaron sus derechos haciendo tambalear el poder en Ecuador. Bolivia había enfrentado un golpe de Estado y un político demagogo, discriminador y conservador llegó a la presidencia de Brasil. Colombia, Venezuela y Perú, igualmente mostraban más de lo mismo: sociedades fragmentadas, violencia y debilidad institucional a la par de altos índices de corrupción. A su vez, en Centroamérica,

10 Jared Diamond, *Armas, gérmenes y acero. Breve historia de la humanidad en los últimos trece años*, 5ta reimpresión. Barcelona: Penguin Random House, 2016, 515-532.

11 Peter Conrad, *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders* Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007, 3-19.

12 Mariola Espinosa, "Globalizing the History of Disease, Medicine, and Public Health in Latin America", *Isis*, Vol. 104, No. 4 (December 2013), 798-806.

13 Merrill Singer, et al. "Syndemics and the biosocial conception of health", *The Lancet,* 389 (10072) (Feb. 2017), 941-950.

14 W.Qiu; et al, "The Pandemic and its Impacts", *Health, Culture and Society*, Vol 9–10 (2016–2017), 3-11

15 Según Pablo Zambrano, esta frase fue acuñada por el economista Milton Friedman para referirse a las cifras, aparentemente positivas, que arrojaba la economía chilena durante el gobierno dictatorial de Augusto Pinochet. Pablo Zambrano Pontón "El milagro chileno", *Polémika,* 2(6). Acceso el 20 de enero de 2021. https://revistas.usfq.edu.ec/index.php/polemika/article/view/392144-165

miles de personas se sumaban para emprender la búsqueda del "sueño americano" desde multitudinarias caravanas, en tanto una feroz dictadura reprimió a defensores de derechos humanos y asesinó a jóvenes estudiantes y a opositores en Nicaragua, que se movilizaron en contra de una regresiva reforma del sistema seguridad social. El Salvador vio llegar a un presidente "millenial" que prometió resolver doscientos años de errores, mientras que en Guatemala, Honduras y Costa Rica, la corrupción, el déficit fiscal y la desigualdad mantuvieron su tendencia al alza. Y por si fuera poco, en toda la región los impactos del cambio climático también se dejaron sentir.

No obstante, ese año también mostró la fortaleza de las sociedades latinoamericanas y la capacidad de movilización social de distintos sectores de presión de esta región, los cuales luchan día a día por el acceso a la justicia social y económica, la igualdad de derechos y en exigencia de cambios en las esferas de poder de los gobiernos. No es casualidad que el 2019 fuera catalogado en distintos medios de comunicación como la "primavera latinoamericana".[16]

En medio de la agitación social los distintos organismos internacionales siguen destacando que en América Latina el cumplimiento efectivo de la justicia y el velar por los derechos humanos es fundamental para planificar las agendas de desarrollo sostenible de los países. Sin embargo, la sostenibilidad entendida como la capacidad de satisfacer las necesidades actuales sin comprometer las demandas futuras, ya era difícil de concebir en la región previo a la pandemia, y lo fue más en el contexto de

16 Para conocer más sobre este enfoque recomendamos los artículos de la revista Público. "Primavera Latinoamericana: Una ola de protestas históricas en Latinoamérica" disponible en https://www.publico.es/internacional/ola-protestas-historica-latinoamerica-pasando.html, y la nota del portal United Explanations "La primavera latinoamericana: otro síntoma de la desigualdad en la región", disponible en https://www.unitedexplanations.org/2019/12/05/la-primavera-latinoamericana-otro-sintoma-de-la-desigualdad-en-la-region/

lucha contra el virus SARS Cov-2 que puso en jaque a los sistemas de salud y seguridad social.

Las raíces históricas de América Latina han llevado a que actualmente ésta sea, como describe Dallanegra, una "región desintegrada y desarticulada cuyo desarrollo se orienta en la dirección de las líneas políticas de los dominantes, sean Estados o actores transnacionales, que operan desde el exterior o el interior, y desarrolla y mantiene escasas y débiles líneas políticas de resistencia o autonomía, mayoritariamente no compartidas por todos los estados y, en muchos casos, boicoteadas por ellos mismos en actitudes disfuncionales a los intereses de la región y funcionales a intereses externos"[17].

Esto ha quedado retratado en los abordajes diferenciados que ha tenido la pandemia entre países de la región. Por ejemplo, mientras Costa Rica iniciaba el confinamiento en marzo de 2020 con la adopción del teletrabajo, la educación remota e imponiendo restricciones de tránsito, su país vecino, Nicaragua, organizaba manifestaciones bajo el lema "Amor en tiempos del COVID-19"[18] y no emitía ninguna señal para encaminar a la población al distanciamiento social.[19] Panamá por su parte, fue criticado internacionalmente por establecer medidas extrañas, como el hecho de restringir la movilidad por género. En Suramérica, el manejo de la pandemia ha sido igualmente desintegrado, mientras que en Brasil Jair Bolsonaro minimizó la amenaza del virus, ridiculizando el

17 Luis Dallanegra Pedraza, "Tendencias políticas en América Latina en el contexto mundial del siglo XXI. Hacia una teoría política realista-sistémica-estructural sobre América Latina", *Espiral (Guadalajara)*, 15 (43), 2008, 79. Acceso en enero de 2021. http://www.scielo.org.mx/pdf/espiral/v15n43/v15n43a3.pdf

18 Octavio Enríquez, "Desde Nicaragua: un viaje al país del "aquí no pasa nada"", (21.03.2020), *Salud con Lupa*, Acceso en enero de 2021 https://saludconlupa.com/noticias/coronavirus-en-nicaragua-un-viaje-al-pais-del-aqui-no-pasa-nada/

19 Oliver Pieper, "El presidente de Nicaragua, Daniel Ortega, ignora el coronavirus", (21.05.2020), *Deutsche Welle Español*, Acceso en enero de 2021 https://p.dw.com/p/3cZN8

uso de mascarillas, oponiéndose a cierres[20] y catalogando de "histéricas" las reacciones mundiales frente a la "gripecita",[21] un país pequeño como Uruguay logró destacar por su manejo de la emergencia gracias a un sólido sistema sanitario y el consenso político en torno a las medidas contra la COVID-19.[22] Por su parte, Colombia tuvo que encender la alarma declarando una crisis humanitaria al enfrentar el doble reto de dar continuidad a la recepción de flujos masivos de migrantes desde Venezuela, y hacer frente a la expansión del virus. Argentina, por su parte, enfrentó la preocupación por las altas tasas de desempleo e inflación que ya estaban insertas en su economía desde antes de la pandemia y que solo se han agravado aún más en medio de esta.

Aunque las experiencias son distintas, todos los países se plantearon en un principio el objetivo común de controlar la expansión de la infección generando el menor impacto en sus economías y en su sociedad. Y en esta línea, llama la atención que el primer paso dado fue el de seguir las medidas establecidas en Europa, las cuales al ser aplicadas en América Latina no tuvieron el mismo efecto, puesto que, según reportó el *Rastreador de Respuesta del Gobierno al COVID-19 de Oxford* (OxCGRT), en lugar de producirse una rápida disminución del número de casos y muertes, el contagio se estabilizó en un nivel alto durante

20 Ángela Gómez, "Brasil el peor, Nueva Zelanda el mejor: estudio sobre manejo de la pandemia", (28.01.2021), *France 24*, Acceso en enero de 2021, https://www.france24.com/es/am%C3%A9rica-latina/20210128-estudio-manejo-pandemia-lowy-brasil-nueva-zelanda

21 Agencia EFE, "Gripecita" e "histeria", así vio Jair Bolsonaro el COVID-19 que ahora le infecta, (07.07.2020), *Gestión*, Acceso en enero de 2021, https://gestion.pe/mundo/gripecita-e-histeria-asi-vio-jair-bolsonaro-la-covid-19-que-ahora-le-infecta-noticia/

22 Enrique Anarte, "La receta del éxito de Uruguay contra la pandemia de COVID-19", (19.08.2020), *Deutsche Welle Español*, Acceso en enero de 2021, https://p.dw.com/p/3hD2B

varias semanas, sin que se produjera una disminución marcada hasta el mes de septiembre" de 2020.[23]

Someter a las distintas ciudadanías de América Latina a las restricciones de la primera ola de contagio, teniendo en cuenta que desde antes de la pandemia se encontraban en medio de crisis políticas, económicas e incluso humanitarias, puso en aprietos y en duda las estrategias seguidas por los Estados latinoamericanos, puesto que la primera fase de la pandemia fue vista como un sacrificio económico basado en la desaceleración y deterioro de la actividad económica, que finalmente no logró el cometido de contención del virus a los niveles esperados.

Esto generó un incremento en el descontento social que fue superior al miedo de contagiarse con el virus. Ese fue el caso de Argentina, donde el sondeo realizado por *Ipsos Internacional* reveló que en el ámbito local la ciudadanía argentina se encontraba más preocupada por el desempleo, la inflación, la pobreza y la inseguridad social que por la enfermedad causada por Coronavirus.[24]

El descontento sobre el manejo de la pandemia abrió la puerta a críticas de distinta índole, algunas construidas desde los grupos opositores a los gobiernos y en otras desde analistas y académicos, quienes brindaron reflexiones construidas a partir de la lógica histórica y práctica de los Estados latinoamericanos. Por ejemplo, Pablo Andrade indicó que tanto en Ecuador como en América Latina, la reacción a la pandemia ha sido una respuesta de tipo política caracterizada

23 OECD,"Medidas políticas clave de la OCDE ante el coronavirus (COVID-19) Covid-19 en América Latina y el Caribe: Panorama de las respuestas de los gobiernos a la crisis", (11.10.2020), Acceso en enero de 2021, https://www.oecd.org/coronavirus/policy-responses/covid-19-en-america-latina-y-el-caribe-panorama-de-las-respuestas-de-los-gobiernos-a-la-crisis-7d9f7a2b/

24 Martín Kanenguiser, "Por su fuerte crisis económica, la Argentina es el país menos preocupado del mundo por la pandemia", (09.01.2021), Infobae, Acceso en enero de 2021, https://www.infobae.com/economia/2021/01/09/por-su-fuerte-crisis-economica-la-argentina-es-el-pais-menos-preocupado-del-mundo-por-la-pandemia/

porque los estados han centralizado la ciencia disponible y la epidemiología, puesto que estos habían "usado esa ciencia para tomar decisiones y para difundir las decisiones entre la población; para legitimar sus decisiones, sus actuaciones y difundir esa legitimidad y crear esa legitimidad entre la población".[25] Ciertamente, como explica Andrade, en la práctica los Estados latinoamericanos aplicaron una respuesta clásica de ejecución del poder, algunos desde el despliegue de fuerzas militares y de la policía, como una forma de hacer seguir la ley y el orden,[26] en otros estableciendo toques de queda, restricciones al libre tránsito o al uso vehicular, confinamiento en centros públicos de reclusión y otras medidas que funcionaron dependiendo de los niveles de autoritarismo o democracia preestablecidos en cada uno de los países.

El factor de desintegración que parece ser *el problema* dentro de las naciones latinoamericanas, en particular en Centroamérica, quedó retratado en las cifras de desigualdad social y económica que empeoraron a nivel regional. Evidencia de esto mostraron los datos sobre la falta de acceso a la seguridad social para más de la mitad de la población económicamente activa de la región desde antes de la pandemia. Informes de la OIT señalaron que, para el 2018, más de la mitad de los trabajadores de la región no cotizaban a un sistema de seguridad social que les respaldara en caso de enfermedad, desempleo y vejez, lo cual representaba a unos 145 millones de personas en condición de vulnerabilidad social y con los altos índices de informalidad laboral.[27] Durante y después de la pandemia, esta situación se tornó

25 Fernando Andrade y Tinajero, Sofía. "La respuesta a la pandemia ha sido una respuesta política". Acceso en enero de 2020. https://www.uasb.edu.ec/entrevistas/https-www-uasb-edu-ec-web-guest-contenido-no-es-la-epidemia-es-la-politica-id35020/

26 Andrade y Tinajero, "La respuesta a la pandemia ha sido una respuesta política".

27 Organización Internacional de Trabajo (OIT), "En América Latina más de la mitad de los trabajadores no cotiza para la seguridad social", (27.07.2018),

más crítica puesto que desde la perspectiva fiscal los países de la región reportaron caídas en la recaudación tributaria, incluida la cotización salarial de las personas trabajadoras para su seguridad social, esto como producto de la contracción economía y desaceleración de la economía.[28]

La primera fase de la pandemia dejó un incremento del desempleo que pasó de un 8.1% en 2019 a 11.5% en 2020, lo cual representaba unos 37,7 millones de personas desempleadas en América Latina. El desempleo a su vez repercutió en el crecimiento de la tasa de pobreza a nivel regional, que pasó en el 2020 de un 30,3% a un 34,7%, representando a unas 28,7 millones de personas en condición de pobreza. En el mismo periodo la pobreza extrema pasó de un 11 % a un 13,5%, lo que equivalía a unas16 millones de personas en condición de pobreza extrema.[29] A inicios de 2021, un 30% de los empleos perdidos en el año anterior aún no se recuperaban.[30]

En Costa Rica, previo al inicio de la pandemia persistían dinámicas diferenciadas según las cuales las comunidades

---

Acceso en enero de 2020, https://www.ilo.org/americas/sala-de-prensa/WCMS_634997/lang--es/index.htm

28 Organización Internacional de Trabajo (OIT), "Panorama Laboral en tiempos de la COVID-19. Protección social en América Latina y el Caribe en tiempos de pandemia", (Octubre, 2020), Acceso en abril de 2022, https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_759164.pdf

29 Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) "Informe sobre el impacto económico en América Latina y el Caribe de la enfermedad por coronavirus (COVID-19)", Naciones Unidas, 2020. Acceso en enero de 2021. Pp. 14 https://www.cepal.org/es/publicaciones/45602-informe-impacto-economico-america-latina-caribe-la-enfermedad-coronavirus-covid

30 Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), "América Latina y el Caribe desacelerará su crecimiento a 2,1% en 2022 en medio de importantes asimetrías entre países desarrollados y emergentes", Naciones Unidas, 2022. Acceso en marzo de 2022, https://www.cepal.org/es/comunicados/america-latina-caribe-desacelerara-su-crecimiento-21-2022-medio-importantes-asimetrias#:~:text=Para%202022%2C%20CEPAL%20proyecta%20una,%25

urbanas, más jóvenes y con acceso a educación percibían un mayor cumplimiento de sus derechos y acceso a oportunidades respecto a las personas de comunidades rurales. La exposición de la Comisión Permanente Especial de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa, en enero de 2021, dejó en claro que Costa Rica mostraba evidencias de latente discriminación hacia grupos en condición de vulnerabilidad, lo cual se traduce en racismo hacia poblaciones indígenas, afrodescendientes y personas con discapacidades, igualmente se ha traducido en xenofobia hacia personas migrantes y refugiadas.[31]

Datos de la Primera Encuesta Nacional sobre Derechos Humanos en Costa Rica, publicada a fines de 2019, dan cuenta de que un 75% de la población percibía que los *derechos a la salud y a la seguridad social* estaban garantizados por el Estado costarricense. Un 61% de la población tenía esa misma percepción sobre el derecho al *trabajo digno*. En el primero de los casos, es posible reconocer una valoración positiva mayoritaria, sin embargo, con respecto al trabajo digno, el dato evidencia el reconocimiento de la desconexión estructural entre la producción y la generación de empleo, ya desde previo a la pandemia. Al respecto el Programa Estado de la Nación había calificado la generación de empleo como "muy inferior a los niveles logrados en los años noventa y la primera década del siglo XXI".[32]

Entre 2018 y 2019, las tasas de subempleo, desempleo y desempleo ampliado presentaban tendencia al crecimiento,

31 Asamblea Legislativa de Costa Rica, "Comisión Permanente Especial de Derechos Humanos, martes 26 enero 2021", Acceso en enero de 2021, https://www.youtube.com/watch?v=r-MLEJJ04mk&t=2145s

32 Centro de Investigación y Estudios Políticos, Defensoría de los Habitantes de la República y Sistema de las Naciones Unidas, "Primera Encuesta Nacional sobre Derechos Humanos en Costa Rica", pp. 6, (10.12.2019), Acceso en enero de 2021, https://costarica.un.org/sites/default/files/2020-02/Encuesta%20Nacional%20DDHH%20Informe%20Final.pdf

lo cual se traducía en un mal desempeño de la producción y en una caída generalizada de los ingresos reales, que afectaba mayormente a los grupos vulnerables en términos de acceso a trabajo, como la población joven y las mujeres. Pero, en términos generales antes de la pandemia: "el desempleo pasó de 10,3% a 11,9%, el desempleo ampliado de 11,5% a 13,6% y el subempleo (personas que desean trabajar más horas) de 7,2% a 10,3%. La tasa de presión general, que suma a la población desempleada los ocupados que buscan cambiar de trabajo, se incrementó de 17,6% a 20,9%.[33]

Posteriormente, durante la primera fase de la expansión del virus y la primera respuesta de contención de este, Costa Rica reportó una afectación en los indicadores del mercado laboral producida por las medidas de confinamiento y restricción al movimiento. La fuerza de trabajo nacional de 2,35 millones de personas sufrió una disminución estadística de 118 mil personas con respecto al trimestre junio, julio y agosto de 2019. A su vez, la población desempleada fue de 544 mil personas, lo cual supuso un aumento en 264 mil individuos comparado con el mismo trimestre móvil del año anterior. [34] Sin embargo, los datos más alarmantes no son aquellos que reportaban el incremento del desempleo y la pobreza, sino los que daban cuenta del peso desigual que tuvieron los ingresos por persona y familia en las distintas regiones del país. Esta es una de las piezas del rompecabezas que finalmente retratan la desintegración y desigualdad presentes en Costa Rica.

A grandes rasgos, como se observa en la Tabla 2.1, en los últimos años la desigualdad de ingresos[35] se ha

33 Programa Estado de la Nación, "Informe Estado de la Nación 2019", San José C.R.: Servicios Gráficos AC, (2019): 37. Edición PDF https://estadonacion.or.cr/informes/

34 Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), "Encuesta Continua de Empleo, trimestre móvil junio-julio-agosto 2020", (08.10.2020), Acceso en enero de 2021, https://inec.cr/noticia/tasa-de-desempleo-nacional-fue-de-232

35 En este caso el indicador utilizado es el coeficiente de Gini el cual es una *medida empleada para cuantificar la desigualdad en la distribución del ingreso.*

mantenido elevada, aunque cabe destacar que, al analizar la zona urbana, ésta tiene un comportamiento relativamente estable en el tiempo.

Tabla 2.1
Costa Rica. Coeficiente de Gini por hogar[36] y por zona según año (julio 2010-julio 2020)

Año	Total	Zona urbana	Zona rural
2010	0,507	0,491	0,507
2011	0,515	0,503	0,493
2012	0,515	0,502	0,497
2013	0,522	0,509	0,493
2014	0,516	0,501	0,508
2015	0,516	0,501	0,520
2016	0,521	0,509	0,502
2017	0,514	0,505	0,489
2018	0,514	0,503	0,493
2019	0,514	0,508	0,484
2020	0,519	0,516	0,491

Fuente: INEC-Costa Rica. Encuesta Nacional de Hogares, 2010-2020.

Toma valores de entre 0 y 1, donde 0 corresponde a la perfecta igualdad (todas las personas tienen los mismos ingresos) y 1 a la perfecta desigualdad (una persona tiene todos los ingresos y las demás ninguno). La metodología usada para estimarlo en Costa Rica es la siguiente: con la variable "ingreso neto per cápita del hogar", con ajustes para mantener la consistencia con la pobreza, se ordenan las personas y se acumula el ingreso. Véase Programa Estado de la Nación y el Consejo Nacional de Rectores, "Informe Estado de la Nación 2019", 25 edición. San José Costa Rica, pp. 91.

36 Según explica el INEC para calcular el coeficiente de Gini por hogar se procede a ordenar a los hogares de manera ascendentemente según el ingreso total del hogar y se acumula dicho ingreso. Véase INEC-Costa Rica. Encuesta Nacional de Hogares, 2010 - 2020. Disponible en: https://www.inec.cr/encuestas/encuesta-nacional-de-hogares

Algo similar sucedió en las regiones Central y Huetar Norte (Tabla 2.2); no obstante, al adentrarse en los datos de regiones como la Huetar Caribe, Brunca y Pacífico Central, como se analiza desde el Informe del Estado de la Nación 2019, se nota que en periodos de "mediano plazo, las brechas entre zonas y regiones se han reducido y tienden a converger hacia el promedio nacional, lo cual refleja, sin embargo, un aumento en la desigualdad a lo interno de las regiones", pero, además de esto, estas mismas regiones cuentan con la particularidad de presentar variaciones interanuales que hasta entonces no se han podido explicar.[37]

Tabla 2.2
Costa Rica. Coeficiente de Gini anual por hogar según la región de planificación (Julio 2010– Julio 2020)

Año	Región de planificación					
	Central	Chorotega	Pacífico Central	Brunca	Huetar Caribe	Huetar Norte
2010	0,486	0,520	0,501	0,543	0,482	0,519
2011	0,490	0,515	0,507	0,537	0,506	0,506
2012	0,498	0,521	0,497	0,525	0,469	0,491
2013	0,506	0,510	0,508	0,543	0,478	0,501
2014	0,495	0,501	0,481	0,538	0,439	0,520
2015	0,492	0,508	0,497	0,534	0,486	0,512
2016	0,500	0,492	0,513	0,523	0,496	0,516
2017	0,501	0,487	0,512	0,516	0,464	0,508
2018	0,499	0,502	0,505	0,520	0,467	0,482
2019	0,499	0,466	0,482	0,529	0,436	0,508
2020	0,508	0,491	0,506	0,488	0,469	0,489

Fuente: INEC-Costa Rica. Encuesta Nacional de Hogares, 2010 - 2020.

37 Programa Estado de la Nación y el Consejo Nacional de Rectores,"Informe Estado de la Nación 2019", 25 edición. San José Costa Rica, pp. 55.

El peso de la desigualdad sufrida en Costa Rica, vista como un ejemplo de la realidad más amplia que se vive en América Latina, podría explicar la particularidad de algunas de las movilizaciones de protesta durante el primer año de pandemia. En este país, por ejemplo, se desarrollaron una serie de protestas que utilizaron el bloqueo en puntos estratégicos en zonas periféricas, como forma de presionar al gobierno ante las decisiones económicas tomadas en medio de la primera fase de la pandemia. Cientos de personas participaron de bloqueos de carreteras en el interior del país, entorpecieron el paso hacia puertos, aeropuertos, regiones fronterizas con Nicaragua y Panamá, además de zonas agrícolas y turísticas.[38] Por su parte, sectores sindicales como la Unión Médica Nacional y la Asociación Nacional de Empleados Públicos y Privados (ANEP) optaron por manifestarse desde el centro del país, aplicando estrategias distintas como "paros simbólicos de labores"[39] y mítines localizados en periodos limitados de tiempo.[40]

El malestar social y económico, tanto en Costa Rica como en el resto de América Latina, hunde sus raíces en las desigualdades regionales que se extienden por el subcontinente, donde, en medio de la pandemia los riesgos sectoriales tienen distintas categorías. La población económicamente activa ligada a los sectores de turismo, manufactura y comercio al por mayor y al por menor fue la que enfrentó el mayor riesgo de sufrir una disminución de jornadas o pérdida

38 Deutsche Welle Español, "Costa Rica: tres días de protestas contra posible acuerdo con FMI", Actualidad/América Latina, (03.10.2020), Acceso en enero de 2021, https://p.dw.com/p/3jN8m

39 Quiere decir un paro representativo de 10 minutos.

40 Oscar Ugarte Jiménez, "Movimiento Rescate Nacional prepara bloqueos en puertos y fronteras para este miércoles", Semanario Universidad, (29.09.2020), Acceso en enero de 2021, https://semanariouniversidad.com/pais/movimiento-rescate-nacional-prepara-bloqueos-en-puertos-y-fronteras-para-este-miercoles/

de empleo, en tanto los grupos con menor riesgo de perder sus puestos de trabajo, sus jornadas y su ingreso son las personas empleadas en servicios de salud, educación y de administración pública,[41] aunque parte importante de este sector sufrió un mayor peso al extenderse sus tiempos de jornadas laborales sin un respectivo incremento en su salario. Para Costa Rica, un análisis de Observatorio Económico y Social de la Universidad Nacional estimó que entre el primer trimestre de 2020 y el primer trimestre de 2021, aproximadamente 215.821 personas perdieron sus empleos, y que cerca de una tercera parte de esa población dejó de buscar trabajo, saliendo del mercado de empleo y afectando la medición del desempleo.[42] El mismo Observatorio señala que: "En actividades vinculadas con el turismo, la actividad económica deberá crecer un 31% en dos años, para reponer los trabajos perdidos durante el 2020, mientras que en el caso de construcción se deberá crecer un 3,9% y en el sector comercial a un 5,1%, a fin de lograr el mismo objetivo".[43]

Las regiones periféricas rurales de América Latina presentaron un panorama diferente debido a vulnerabilidades particulares. Por ejemplo, en el contexto pre pandemia más de la mitad de la población rural de América Latina obtenía sus ingresos de las labores en el sector agrícola, mientras que la otra mitad estaba vinculada a una

41 Efraín Quicaña, "Nota técnica regional. Panorama Laboral en tiempos de la COVID-19 Efectos de la COVID-19 en la economía rural de América Latina", Organización Internacional del Trabajo (OIT), noviembre, 2020. Acceso en enero de 2021, https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/documents/publication/wcms_760656.pdf pp. 7.

42 Fernando Rodríguez y Greivin Salazar, Análisis de la situación del empleo en Costa Rica. Observatorio Económico y Social de la Escuela de Economía de la Universidad Nacional. Charla publicada el 9 de junio de 2021. Acceso en mayo de 2022. https://www.unacomunica.una.ac.cr/index.php/junio-2021/3501-situacion-del-empleo-en-costa-rica-sigue-delicada

43 Rodríguez y Salazar, Análisis de la situación del empleo en Costa Rica.

creciente actividad económica relacionada al sector no agrícola; aún con esto, según estadísticas previas a la pandemia en América Latina, el ingreso relativo de trabajadores del empleo rural representaba menos del 70,0% del promedio regional[44]. Por su parte, para las y los trabajadores agrícolas, el ingreso promedio reportado representaba apenas el 50% de la media relativa de América Latina y un 67,8% de este sector eran trabajadores no asalariados; a esto se le sumaba que el 85,7% de las personas trabajadoras ocupados en el sector agrícola estaban en condición de informalidad, frente a un 65,8% de informalidad en los trabajos no agrícolas de las zonas rurales.[45]

La situación para las mujeres no fue más halagüeña. Un informe de la CEPAL de inicios de 2021 señaló que: "La pandemia del COVID-19 generó un retroceso de más de una década en los niveles de participación laboral de las mujeres en la región".[46] Según ese informe, la tasa de participación laboral de las mujeres pasó de un 52% en 2019 a un 46% en 2020, frente a la tasa masculina que se situó en un 73,6% en 2019 y cayó a un 69% en 2020.[47] En particular, el informe destacó la abrumadora pérdida de empleos en el sector del trabajo doméstico remunerado:

> "En 2019, previo a la pandemia, alrededor de 13 millones de personas se dedicaban al trabajo doméstico remunerado (de los cuales el 91,5%

44 Rodríguez y Salazar, Análisis de la situación del empleo en Costa Rica, pp. 8-9.

45 Rodríguez y Salazar, Análisis de la situación del empleo en Costa Rica, p. 11.

46 "La autonomía económica de las mujeres en la recuperación sostenible y con igualdad". Informe especial Covid 19. n° 9. Febrero de 2021. Comisión Económica Especial para América Latina- CEPAL. Acceso en mayo de 2022. https://www.cepal.org/es/publicaciones/46633-la-autonomia-economica-mujeres-la-recuperacion-sostenible-igualdad. 7-8

47 La autonomía económica de las mujeres en la recuperación sostenible y con igualdad".

> eran mujeres). En total, este sector empleaba a un 11,1% de las mujeres ocupadas en la región. No obstante, en el segundo trimestre de 2020 los niveles de ocupación en el trabajo doméstico remunerado cayeron -24,7% en Brasil; -46,3% en Chile; -44,4% en Colombia; -45,5% en Costa Rica; -33,2% en México; y -15,5% en Paraguay".[48]

Además de las vulnerabilidades relacionadas a las desigualdades socioeconómicas que se cristalizaron más en medio de la pandemia, hubo otras desigualdades que se tornaron urgentes de atender en medio de la emergencia sanitaria, tales como el acceso al agua, al saneamiento, a los sistemas de salud y a viviendas libres de hacinamiento (factores directamente relacionados con la expansión de los contagios y el incremento de la mortalidad por COVID-19); y no es sorpresa que en América Latina las poblaciones más vulnerables a estas desigualdades sean aquellas ubicadas en zonas rurales, urbano marginales, los pueblos indígenas y las personas afrodescendientes.[49]

El componente racial fue destacable por las diferencias de acceso a seguridad social y salud en la región; por ejemplo, durante la intervención de Allegra Baiocchi, Coordinadora Residente de la ONU en Costa Rica nombrada en agosto de 2020 frente a la Comisión Permanente Especial de Derechos Humanos de la Asamblea Legislativa de Costa Rica,[50] se llamó la atención sobre la vulnerabilidad

48 La autonomía económica de las mujeres en la recuperación sostenible y con igualdad", 9.

49 Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), "Informe espacial COVID-19 No. 3. El desafío social en tiempos del COVID-19", (12.05.2020), Acceso en enero de 2021, https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45527/5/S2000325_es.pdf pp. 7

50 Asamblea Legislativa de Cista Rica, "Comisión Permanente Especial de Derechos Humanos, martes 26 enero 2021". Acceso en enero de 2021, https://www.youtube.com/watch?v=r-MLEJJ04mk&t=2145s

en términos de salud para la población afrodescendiente, la cual superaba en casi 5 puntos porcentuales a la población "blanca" costarricense en lo que respecta a la falta de cobertura de seguro social previo al inicio de la pandemia. Además de que esta población presentaba factores de riesgo elevados ante la COVID-19, como la alta presión arterial que aqueja a una parte importante a las personas afrodescendientes en este país.[51] Otra de las afecciones que ponía en mayor riesgo a la población afrodescendiente latinoamericana de frente a la COVID-19 era la condición de obesidad, condición que fue catalogada como una de las comorbilidades del virus, que a su vez estaba relacionada a la mala nutrición que afecta a la población más vulnerable y a la afrodescendiente.[52]

Condiciones de salud, como las mencionadas, alertaron a las autoridades de distintos países de la región para desarrollar acciones de lucha y campañas de información específicas sobre los riesgos diferenciados a los cuales las personas afrodescendientes se enfrentaban en caso de enfermarse por coronavirus. A estas condiciones de salud se les agregaba el hecho de que, previo a la pandemia, la población afrodescendiente, al igual que las poblaciones de las zonas rurales, las personas menores de edad, las mujeres y las comunidades indígenas, sufrían una mayor incidencia a estar en condición de pobreza. Al respecto, un informe de la CEPAL mostró que en el 2018 en

51 Ministerio de Salud. Costa Rica, Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud, "Plan Nacional de Salud para Personas Afrodescendientes 2018-2021", https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politcas-y-planes-en-salud/planes-en-salud/3909-plan-nacional-de-salud-para-personas-afrodecendientes/file pp. 10 y 46

52 Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), "Las personas afrodescendientes y el COVID-19: develando desigualdades estructurales en América Latina", (Acceso en abril de 2022), https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46620/1/S2000729_es.pdf 4.

países como Brasil, Colombia, Ecuador, Perú y Uruguay las encuestas de hogares con desagregación étnico-racial superaba el de la población no afrodescendiente.[53] La vulnerabilidad ante el coronavirus, en términos étnico-raciales, quedó claramente demostrada durante la primera fase de la pandemia en el caso brasileño. En abril de 2020, se reportó que en Brasil el 45,2% de las muertes por COVID-19 correspondían a decesos de personas afrodescendientes, pese a que este grupo representa sólo el 37,4% de las personas hospitalizadas.[54]

Por su parte, en el caso de las comunidades indígenas las condiciones de pobreza, aislamiento, falta de acceso a servicios básicos y a centros de salud supusieron, a lo largo de las primeras oleadas de la pandemia, retos cruciales para los países de la región latinoamericana. Pero la condición particular, destacable de atender por parte de los estados nacionales, fue enfrentar las dinámicas de los movimientos transfronterizos de estos pueblos en medio de un contexto de aislamiento, cierre de fronteras y flujos de personas. Durante el primer año de la pandemia, el carácter transfronterizo de muchas de estas comunidades quedó en debate al recrudecerse los controles fronterizos como parte de la respuesta inicial a la pandemia. En medio de esto:

> "(…) los territorios tradicionales de 108 pueblos indígenas (los awá, shuar, wounan, pasto, kofan, siona y secoya en la frontera entre el Ecuador y Colombia; los quechua en la frontera trinacional de Colombia, el Ecuador y el Perú; los tikuna en la frontera de Colombia y el Brasil; los emberá y kuna-tulé kuna en la frontera entre

53 CEPAL), "Las personas afrodescendientes y el COVID-1", 7.

54 CEPAL, "Informe espacial COVID-19 No. 3…", 7.

> Colombia y Panamá; los Wayuu en la frontera entre Colombia y la República Bolivariana de Venezuela; los bribri, cabécar, këköldi, ngobe y naso entre Panamá y Costa Rica; los miskitus entre Honduras y Nicaragua; los aymara entre el Estado Plurinacional de Bolivia, el Perú, Chile y la Argentina, por mencionar algunos 12) se extienden más allá de las fronteras nacionales. Sus derechos, sin embargo, no se protegen debidamente en los países de la región, pese a que el Convenio sobre Pueblos Indígenas y Tribales, 1989 (núm. 169) de la OIT impone a los Estados la obligación de garantizar las relaciones transfronterizas".[55]

Finalmente, en materia de vacunas, la desigualdad también se hace presente. Según la Organización Panamericana de la Salud, para febrero de 2022 el 63% de las personas en América Latina y el Caribe ya habían sido vacunadas contra la COVID-19, pero el acceso no había sido para nada homogéneo: "Mientras 14 países y territorios han vacunado al 70% de su población, el mismo número no ha logrado alcanzar ni siquiera el 40% de cobertura".[56] Todos los datos anteriores son ejemplos de que la desintegración, dentro y entre los estados latinoamericanos, tiene indiscutibles raíces en la creciente y continua desigualdad que finalmente ha cristalizado durante la coyuntura de pandemia.

---

55 Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), "El impacto del COVID-19 en los pueblos indígenas de América Latina-Abya Yala. Entre la invisibilización y la resistencia colectiva", Naciones Unidas, Santiago, Chile, 2020, https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/46543/2/S2000817_es.pdf pp. 37.

56 Declaración de Carissa F. Etienne, directora de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) recogida en el sitio web de la organización. Acceso en mayo de 2022 .https://www.paho.org/es/noticias/2-2-2022-con-14-paises-que-aun-no-han-vacunado-al-40-su-poblacion-americas-sigue-siendo.

2. La coyuntura por COVID-19 dentro de las crisis de larga duración

América Latina sufre de un tipo de crisis crónica que tiene su origen en la colonia, donde el *racismo* y la *exclusión* sentaron las bases de las desigualdades y anclaron cualquier posibilidad de avance, debido a la constante dependencia de las potencias económicas tradicionales (entiéndase las viejas metrópolis de Europa y los Estados Unidos).

Fernández Retamar destacó que "nuestra América mestiza" se ha caracterizado históricamente por experimentar violentas ocupaciones directas y diversas formas de colonialismo, que finalmente resultaron en la desarticulación de las sociedades originarias como condición para la consecución de una homogeneidad étnica y cultural.[57] La diversidad racial, étnica y cultural en América Latina y el Caribe fue analizada por Fernández Retamar desde la figura del "caribe/caníbal", la cual en lugar de haber sido percibida como una riqueza, o como una "raza cósmica", fue asumida por los europeos como una amenaza; de ahí que el pueblo "caribe/caníbal" fuera visto como bestial y situado irremediablemente al margen de la civilización, lo cual justificó su exterminio o su desplazamiento.

Sin lugar a dudas, el colonialismo ha calado en esta región estableciendo una América constituida sobre el capitalismo colonial, basado en la clasificación social fundada en la idea de raza. La combinación del capitalismo con la preestablecida estructura de exclusión dio lugar a una nueva estructura de control y explotación del trabajo, donde la triada producción-apropiación-distribución se articuló en torno a la relación del capital-salario como nuevo patrón de poder.[58] El proyecto necesitó del establecimiento de una estructura

57 Fernández, *Todo Calibán*, 20.

58 Quijano, "Colonialidad", 780.

de poder que resultó ser el estado-nación, el cual se nutrió del individualismo para crear una sociedad imaginada que sostuvo el proyecto de homogeneización de la población. Para que esto fuera posible, se realizó una colonización interna en pueblos que tenían distintas identidades y territorialidades.[59]

Producto de estas dinámicas, en el Cono Sur (Argentina, Chile, Uruguay) se eliminó de forma masiva a pueblos indígenas, afrodescendientes y mestizos.[60] Como planteó Quijano, los estado-nación modernos latinoamericanos resultaron ser el producto de una serie de intereses particulares de los "señores blancos" de origen europeo, que buscaban convertir el capital comercial en industrial, a partir del uso y control de la fuerza de una abrumadora mayoría de trabajadores asalariados libres constituidos por los anteriores "indios, siervos y esclavizados".[61] Quijano también planteó que a partir de esta idea de raza se articuló una nueva estructura global de control del trabajo, que se constituye en una nueva tecnología de dominación/explotación que centra en Europa, específicamente en el Atlántico Norte, el eje del capitalismo mundial.[62] Es decir, esta organización requiere de la existencia de poblaciones excluidas, que serán además explotadas (y que habitan en territorios a su vez destinados a la explotación), y a partir de las cuales otras poblaciones minoritarias acumularán riqueza (en territorios destinados al comercio y el consumo). Esta tesis se enfrenta directamente a la expuesta por Jared Diamond,[63] según la cual el dominio de los europeos residió en la ventaja que les otorgó su propia geografía y no en el establecimiento de regímenes de explotación y extracción de la plusvalía.

59 Quijano, "Colonialidad", 808, 809 y 813.

60 Quijano, "Colonialidad", 814-815.

61 Quijano, "Colonialidad", 819.

62 Quijano, "Colonialidad", 781.

63 Diamond, *Armas, gérmenes...*, 515-532.

La *exclusión sistemática* funcionó y se estableció en América Latina a la vez que el sistema de dominación continuó teniendo como eje a las burguesías internacionalizadas (anteriormente "señores blancos" de origen europeo), y aunque dentro de los estado-nación existieran grandes organizaciones nacionales como el ejército, la burocracia pública y las burguesías nacionales, el aparato estatal de los distintos países de la región empezó a vincularse cada vez más con la burguesía urbano-industrial.[64] La burguesía internacionalizada, caracterizada por estar ligada a las inversiones extranjeras privadas que estaban orientadas hacia los sectores de manufactura, se fue convirtiendo en un grupo reducido de empresas que influía en la industrialización de la periferia latinoamericana. Estos grupos aprovecharon el periodo nacional-popular y la consolidación de los estados para utilizar esta estructura como instrumento de regulación y formación de núcleos productivos,[65] los cuales quedaban a expensas del juego electoral de cada estado-nación.

¿Qué significaba esto? Según Cardoso y Faletto, Latinoamérica apuntó hacia un tipo de desarrollo que era eminentemente nacional, donde cada país optó por la estrategia de fortalecer sus mercados internos y organizar sus propios centros nacionales.[66] Se puede reflexionar sobre esta suerte de los estados-nación latinoamericanos haciendo uso del análisis de Diamond, quien, en su afán de dar respuesta a la pregunta sobre la mejor forma de organización de los grupos humanos, asegura que el éxito organizativo de cualquier entidad depende en gran parte de la idiosincrasia de los actores en cuestión.[67] Desde su experiencia, Diamond observa

64 Cardoso y Faletto, *Dependencia y desarrollo...*, 62.

65 Cardoso y Faletto, *Dependencia y desarrollo...*, 57-58.

66 Cardoso y Faletto, *Dependencia y desarrollo...*, 6.

67 Diamond, *Armas, gérmenes...*, 524.

que distintas entidades han demostrado que contar con una variedad de organismos claramente integrados, independientes y con amplia libertad de comunicación entre ellos ha resultado en que estos puedan desarrollar ideas propias, mejoren sus capacidades e incrementen su competitividad.[68]

Contrario a lo observado por Diamond, los estados latinoamericanos optaron históricamente por imponer, por un lado, la *homogeneidad* en términos raciales, lingüísticos, identitarios, y, por otro, la centralización en términos institucionales y económicos, lo cual ha supuesto que entre los países de la región, y dentro de los mismos, exista una incapacidad para funcionar desde la lógica de organismos integrados basados en la diversidad y el aprendizaje mutuo. Además, los proyectos nacionales, que pretendían establecer una supuesta uniformidad, excluyeron a parte importante de la población como resultado del proceso violento que supuso la constitución de los estados-nación modernos. Al respecto, se puede tomar de ejemplo el análisis expuesto por Cardoso y Faletto, quienes describen que, en el proceso de transición de la sustitución de importaciones hacia la producción autónoma orientada en el mercado interno de cada país, los diferentes estados latinoamericanos fueron incapaces de establecer medidas que garantizaran la continuidad del desarrollo, puesto que las tasas de crecimiento económico no lograron las cuotas necesarias para dinamizar a los sectores económicos rezagados en medio de un continuo crecimiento de la población.[69]

¿Cómo explicar el dependentismo latinoamericano como parte del estado crónico de crisis regional? Como punto de partida, Cardoso y Faletto aseguran que para entender la cuestión del dependentismo es necesario identificar que el camino tomado por los países latinoamericanos hacia

68 Diamond, *Armas, gérmenes...*, 529

69 Cardoso y Faletto, *Dependencia y desarrollo*…, 6.

el desarrollo del capitalismo supuso que los centros que anteriormente habían establecido trabajar por sí solos por medio de los sistemas de importación-exportación, cambiaran de dinámica, pasando a trabajar en conjunto con inversiones industriales directas en los mercados nacionales. Esto significa que los países latinoamericanos apostaron por asentar parte importante de su desarrollo sobre inversiones extranjeras en sectores como la industria, lo que llevó a endeudamientos crecientes en el corto plazo, lo cual a la vez implicó someterse a las decisiones y presiones internacionales.[70] Mientras tanto, las masas marginales (sectores obreros, el grueso de la población asalariada de las zonas urbanas) sufrieron los efectos del cambio hacia la dinámica de acumulación capitalista, mientras se daba la transición del régimen democrático-representativo hacia un régimen autoritario-corporativo.[71]

Cabe destacar que la dependencia no se limita a relaciones entre países, sino que también crea estructuras internas en las sociedades;[72] es por ello que, dentro del sistema de dependencia basado en la red de intereses y de coacción que liga a distintos grupos sociales y clases entre sí, surge la necesidad de interpretar las relaciones entre el estado, las clases y la producción.[73] Al respecto, Cardoso y Faletto observan que en medio de la introducción de la modernidad, y el desarrollo basado en la deuda y dependencia externa, se intensificó la exclusión social de las masas y de las distintas capas sociales de la economía en medio del intento de vincularse a la nueva forma de dominación política y a la nueva ordenación económico-social.[74]

---

70 Cardoso y Faletto, *Dependencia y desarrollo*…, 57-58 y 60.

71 Cardoso y Faletto, *Dependencia y desarrollo*…, 61.

72 Elías Moré Olivares, "Esbozo paradigmático de la teoría de la dependencia. Una perspectiva desde la economía del desarrollo", *Revista CIFE*, 133.

73 Cardoso y Faletto, *Dependencia y desarrollo* …, 64.

74 Cardoso y Faletto, *Dependencia y desarrollo*…, 60.

3. La pandemia como sindemia

¿Qué es una pandemia y cómo pueden leerse sus múltiples efectos asociados? Respondiendo esta pregunta, e Qiu, Rutherfod, Mao y Chu recuperan las definiciones dadas por Harris,[75] Honigsbaum[76] y la Organización Mundial de la Salud[77] (2011) para organizar una serie de factores que deben ser considerados para catalogar un fenómeno como pandemia; estos son: la amplia extensión geográfica (trans-regional o global), la movilidad de la enfermedad, la novedad del organismo patógeno, la severidad en términos de morbilidad y la mortalidad, altas tasas de ataque y explosividad, la mínima inmunidad de la población y la alta infecciosidad y contagio.[78]

Con estas características es posible identificar la concurrencia de pandemias a lo largo de la historia humana, con episodios ampliamente documentados como la Peste Negra, que asoló Europa entre 1346 y 1347, los ciclos pandémicos que diezmaron a la población indígena de América en el siglo XVI, o la pandemia de la llamada Gripe Española, que tuvo un impacto global entre 1918 y 1919.

---

75 Para Harris, una pandemia es una epidemia que ocurre en un ámbito global o sobre un área extensa, cruzando fronteras internacionales y afectando a un gran número de personas. Harris, S. S. (2000). A Dictionary of Epidemiology, Fourth Edition.pdf. Qiu et al, "The Pandemics...", 3.

76 Según Honigsbaum, una pandemia es una epidemia generalizada de enfermedades contagiosas en todo un país, o en uno o más continentes al mismo tiempo. Honigsbaum, M. (2009). Historical keyword Pandemic. The Lancet, 373. Qiu et al, "The Pandemics", 3.

77 Los autores señalan que en su alerta de pandemia del 2001, además de la transmisión en más de dos regiones al mismo tiempo, la Organización Mundial de la Salud consideró la presencia de un patógeno nuevo, ante el cual ninguna o muy pocas personas en la población humana tienen resistencia inmunológica y que es fácilmente transmisible. The classical definition of a pandemic is not elusive. Bull World Health Organ, 89(7), 540-541. doi: 10.2471/blt.11.088815. Qiu, et al, "The Pandemics...", 3.

78 Qiu, "The Pandemics...", 4-5.

Qiu y sus colegas señalan que, en el caso de la influenza, se reportan cerca de tres pandemias por siglo desde 1500, año en el que inician los registros.[79]

Pero más allá de abordar las pandemias como dinámicas de enfermedad y salud, los trabajos contemplados profundizan en su comprensión como fenómenos biosociales, a partir de los efectos que generan y las interacciones que contemplan. Para Qiu y su equipo, las pandemias están directamente relacionadas a crisis con enormes impactos negativos en la salud, la economía, la seguridad nacional y global, y sus impactos son severos en el corto, mediano y largo plazo.[80] Además, esos impactos se agravan por la desigualdad. Para comprender mejor estos impactos, se presenta la Tabla 2.3.

Para sumar a la comprensión de estos efectos en la coyuntura de la pandemia por COVID 19, Peter Conrad aporta una serie de elementos importantes, particularmente en lo que concierne a la relación que han desarrollado las personas con los diagnósticos médicos y los tratamientos farmacológicos, así como sobre la dimensión del control social. Conrad propone que la sociedad actual viene experimentando un proceso de expansión de la jurisdicción médica, esto es, una ampliación del ámbito en el cual la medicina (y el discurso médico) ganan presencia y control en la vida de las personas.[81] Así, se produce lo que el autor llama la "medicalización" que lleva a que "un problema es definido en términos médicos, descrito usando un lenguaje médico, entendido mediante la adopción de un marco médico o 'tratado' con una intervención médica".[82]

79 Qiu, "The Pandemics...", 4-5.

80 Qiu, "The Pandemics...", 4.

81 Conrad, *The Medicalization...*, 4.

82 Conrad, *The Medicalization...*, 5.

Tabla 2.3
Impactos de las pandemias

Ámbito	Impactos de corto plazo	Impactos de largo plazo
Impactos sobre la salud	• Muerte de miles o millones de personas, aumento de las tasas de mortalidad global, hospitalización y morbilidad.	• Efectos secundarios en personas sobrevivientes y generaciones futuras (discapacidades y problemas congénitos)
Impactos en la economía	• Costos directos: hospitales, staff, medicinas, desinfección, morgues, etc. • Costos indirectos: afectación desigual a sectores (turismo, transporte, comercio, etc). • Aumento del desempleo, caída de ingresos.	• Carga a largo plazo: pérdida proyectada de ingresos de la población que muere, queda con secuelas y de quienes desertaron del sistema escolar. • Endeudamiento de los países para paliar efectos. Aumento del déficit fiscal. Aumento de la pobreza.
Impactos sociales	• Restricciones a la movilidad (a lo interno y externo del país), cierre de escuelas, mercados y actividades recreativas. • Impacto desigual de factores como desempleo, hacinamiento, falta de ingresos, dificultades para abastecerse, violencia, sobrecarga laboral, problemas psicológicos, etc.	• Efectos psicológicos negativos persistentes. • Aumento de la desigualdad y polarización social. • Aumento de la desconfianza en los gobiernos, la ciencia y los organismos internacionales.
Impactos en la seguridad	• Medidas represivas y autoritarias invocadas como argumento de seguridad de salud.	• Permanencia de las medidas de control ante riesgo de bioterrorismo o amenazas a la seguridad global.

Fuente: Elaboración propia, a partir del artículo "The Pandemic and its Impacts". W. Qiu, S. Rutherford, A. Mao, C. Chu (2017).

En los últimos 30 años muchas de las situaciones propias de la vida humana como la menstruación, el parto y eventos particulares del envejecimiento (la menopausia o la disfunción eréctil) empiezan a ser asumidas como procesos que deben ser tratados médicamente; lo mismo sucede con condiciones como la ansiedad, la falta de concentración, el manejo del peso y muchos otros, que son catalogados

como enfermedades, síndromes, trastornos o desórdenes.[83] Este panorama descrito por Conrad resultaba familiar en la cotidianidad previa a la pandemia, y por lo mismo no es difícil reconocer que la ciudadanía ha incorporado términos sobre diferentes condiciones de salud física y mental que provienen de esta medicalización. Y aunque Conrad no lo señale, tampoco es difícil identificar que la desigualdad juega un papel importante en la forma en que se diagnostican, se padecen, o se atienden las diversas patologías.[84]

Otros dos elementos planteados por Conrad a partir de las críticas hacia la medicalización son: primero, la preocupación por el aumento del control social médico sobre los comportamientos y, segundo, el argumento de que la medicalización ha incrementado la rentabilidad de los mercados farmacéuticos.[85] En el contexto de pandemia, estos dos elementos quedan claramente retratados. Por un lado, el abordaje inicial frente a la COVID 19 supuso un enorme aumento del control social médico: las voces médicas se convirtieron en las más autorizadas, y las pautas que dictaron adquirieron casi carácter de ley. Los protocolos de distanciamiento social, por mencionar una de las recomendaciones emanadas del discurso médico, influyeron poderosamente sobre comportamientos cotidianos. Las recomendaciones sobre los productos adecuados para la desinfección modificaron las prioridades en las listas de consumo. El control social con criterios médicos se expandió al control entre las mismas personas, en tanto unas sancionaban fuertemente a quienes no cumplían con los protocolos y otras se molestaban porque se les obligaba a

83 Conrad, *The Medicalization...,* 3-9.

84 Conrad señala que entre las críticas que se hacen a la medicalización, se apunta que ésta pone el foco en el individuo como causa del problema, no en el entorno y por lo tanto, la intervención también es sobre el individuo, no sobre la colectividad. Conrad, *The Medicalization...*, 8.

85 Conrad, *The Medicalization...*, 9.

cumplir con las recomendaciones de distanciamiento. Los discursos médicos también enfrentaron oposición.

Un fenómeno no analizado por Conrad, pero que se hizo evidente en la coyuntura de la pandemia especialmente a partir de la creación de vacunas y su aplicación masiva por parte de los estados, fue el de "descientificación" de la población, vinculado con la expansión de fundamentalismos religiosos, las teorías de la conspiración y las *fake news* en la época de la post verdad que, en el contexto de la pandemia por COVID-19, se ha enfrentado con fuerza al discurso médico. Según este discurso, la medicalización o sobre-medicalización son parte de un plan totalitario de control de la población y los tratamientos o propuestas médicas deben ser rechazados en aras de mantener la autonomía personal. A su vez, otros movimientos promueven el uso de tratamientos que carecen de base científica para "curar" la COVID 19, discursos que tienen especial peso en poblaciones carentes de seguridad social y de recursos para invertir en salud, pero también entre quienes se perciben a sí mismos como antisistema.

Visto así, las pandemias no son solo un asunto de salud y enfermedad que cruza fronteras en un momento determinado; son, en sí mismas, un tipo de crisis que relaciona diversos factores: enfermedad, creencias, condiciones socioeconómicas nacionales y personales; y vulnerabilidad. Singer y sus colegas introducen un enfoque que permite una comprensión integral de lo planteado en estas líneas; se trata del modelo sindémico:

> "El modelo sindémico de la salud se enfoca en el complejo biosocial, que consiste en la interacción, co-presencia o secuencia de enfermedades, y de los factores sociales y ambientales que promueven o intensifican los efectos negativos de esa interacción. Este enfoque emergente de la concepción de la salud y de la práctica clínica reconfigura

> la comprensión histórica convencional de las enfermedades como entidades distintas en la naturaleza, separadas de otras enfermedades e independientes del contexto en el cual aparecen".[86]

Entonces, una sindemia involucra las interacciones adversas entre enfermedades de distinto tipo, con factores que podrían atribuirse a los individuos, como la malnutrición o la herencia genética, pero también considera aspectos de carácter social como vivir en condiciones de pobreza, en ambientes expuestos a tóxicos, el sufrir estigmatización, estrés o violencia.[87] Es por estas interacciones que algunas enfermedades afectan a ciertos grupos de individuos más que a otros. La COVID-19, como vimos anteriormente, no tiene los mismos efectos sobre los distintos grupos de personas.

¿Cómo abordar entonces la gestión de una pandemia como la del SARS-CoV-2? Qiu y sus colegas señalan que:

> "Una respuesta de emergencia eficaz y eficiente puede reducir la mortalidad y la morbilidad evitables y reducir los tipos de impactos económicos y sociales. Cómo tener una gestión de emergencias eficaz y eficiente será una tarea fundamental de los gobiernos para hacer frente de manera eficaz a los brotes de enfermedades y una pandemia ahora y en el futuro".[88]

Pero, teniendo en cuenta la diversidad de factores, esta respuesta no puede sólo recaer en la jurisdicción médica, ni agotarse en la existencia de un tratamiento (en este caso,

86 Singer et al, "Syndemics...", 941.

87 Singer et al, "Syndemics...", 941.

88 Qiu et al "The Pandemics...", 9.

las vacunas). Es una respuesta que requiere abordar la pandemia del COVID-19 como una sindemia, considerando las interseccionalidades que cruzan a los grupos sociales y reconociendo las razones que hacen que ciertas poblaciones sean etiquetadas como vulnerables. Es indudable que la historia médica de los individuos, marcada por las condiciones materiales de su existencia, está en la base de las causas que hacen que una persona contagiada experimente o no la severidad de la enfermedad. También es indudable que las oportunidades de educación y empleo (y las condiciones materiales de la existencia) de las personas, determinan la medida en que soportan o no los embates de la crisis económica. Por lo tanto, los estados deben diseñar sus políticas de prevención, tratamiento y recuperación, teniendo en cuenta todas las interacciones y los factores de riesgo de sus distintas poblaciones.

Conclusión

Indudablemente, la coyuntura de la pandemia por el virus Sars-Cov-2 dejará muchísimas interrogantes que se podrán abordar críticamente desde la disciplina histórica suplida de perspectivas interdisciplinarias. Considerando los aportes de especialistas de las ciencias de la salud junto con las miradas provenientes de la economía, la sociología y la política, queda en evidencia la necesidad de seguir vinculando la investigación histórica con el estudio de la evolución de la ciencia y la tecnología, además de la medicina, la microbiología, la farmacología, la psicología y la salud pública.

Pero, además, será necesario que estas nuevas historias se aventuren a las lecturas con perspectiva comparativa, regional y global. El contexto de emergencia y de crisis que ha supuesto la expansión del virus en los últimos años, fija el reto de dar seguimiento crítico a avances

científicos para la contención de un fenómeno microbiológico que repercute en las relaciones sociales y por ende en las economías. Será importante analizar estos avances desde la formación de sistemas de alianzas y competencia entre actores sociales, científicos, políticos y económicos alrededor del mundo

Es clave hacer lecturas sobre el desarrollo de la farmacología, la microbiología y la epidemiología en regiones como Centroamérica, y las redes de investigación y conocimientos en estos campos. Igualmente importante será analizar el papel de la Big Pharma y del creciente mercado de los medicamentos esbozado por Conrad, lo cual relacionado a la herencia histórica colonial de América Latina podría discutirse desde el acceso a la medicina y a la salud paliativa. También, será necesario seguir desarrollando la narrativa sobre los avances, descubrimientos y aportes de científicos y científicas de América Latina al conocimiento global sobre la salud y la enfermedad, así como trazar la vinculación con los mecanismos globales que han impedido que muchos de esos aportes se consoliden. La historia de las vacunas ofrece dos casos en esta dirección: el del doctor colombiano Manuel Patarroyo y su lucha de más de 30 años por desarrollar una vacuna contra la malaria[89] y el del médico venezolano Jacinto Convit, quien ha hecho lo propio para desarrollar la vacuna contra la lepra y la leishmaniasis.[90] Desde la agencia de los pacientes, y siguiendo a Conrad, también podría ser interesante investigar sobre las acciones llevadas a cabo

89 José Eduardo Rueda, "Manuel Elkin Patarroyo: creador de la vacuna contra la malaria", *Revista Credencial*. Acceso el 7 de febrero de 2021. http://www.revistacredencial.com/credencial/historia/temas/manuel-elkin-patarroyo-creador-de-la-vacuna-contra-la-malaria

90 Fundación Jacinto Convit "Nuestra Historia". Acceso el 7 de febrero de 2021, https://www.jacintoconvit.org/history/

por sectores afectados para acceder a tratamientos o medicamentos, como los antirretrovirales para el VIH, o la lucha por popularizar los anticonceptivos.

Al momento de escribir este capítulo, la pandemia de la Covid 19 no ha finalizado. Innumerables cepas del virus se han extendido por el mundo, y aunque menos letales, nuevas olas amenazan a una población latinoamericana que trata de recuperarse de los golpes recibidos mientras siente en sus bolsillos el costo de una guerra que consume las energías del norte global. Los tiempos son, sin duda, retadores. La crisis sigue pareciendo permanente, la normalidad no es nueva y la historia sigue teniendo mucho que aportar al respecto.

Capítulo 3

Con-textos en disputa y de transición: lecturas de las crisis de América Latina en tiempos de COVID-19

Vania Solano Laclé

Introducción

Este capítulo desarrolla varias aproximaciones teóricas y propuestas de análisis, con respecto a problemáticas de la vida sociocultural, económica y política de la región latinoamericana, desde dos grandes áreas: las Ciencias Sociales y las Ciencias de la Salud. Se plantea, así, un análisis integrado para re-conocer las crisis de la región durante el siglo XX desde el contexto actual de la pandemia generada por el virus SARS-COV-2 -que provoca la enfermedad COVID-19- y explicar posibles razones de su impacto actual, desde un enfoque histórico, global y de larga duración.

En el capítulo se discuten enfoques teóricos con respecto a los modelos de estado y sus relaciones con la cultura, la ideología y el conocimiento (colonialismo, imperialismo y capitalismo); luego, se presenta una aproximación al contexto de la segunda mitad del siglo XX de Latinoamérica, a partir del análisis de los espacios y las posturas en disputa para la transformación económica y sociopolítica del Estado nacional, que incluye el debate conceptual y el accionar acerca de la participación social, la democracia, la violencia, el autoritarismo y la ciudadanía; finalmente, se profundiza en la

interrelación entre los microorganismos, las enfermedades y la salud, entre los procesos de medicalización, el control social y el consumo, así como entre los sistemas de salud, las condiciones organizativas y de conocimiento y el bienestar de los países.

1. El punto de partida: ¿qué es una crisis?

¿Qué es una crisis? ¿Es una categoría que se puede describir por sus componentes intrínsecos, es decir, una tipología de hechos sociales? ¿O se trata de un concepto para describir la ruptura de las relaciones normalizadas de los componentes interdependientemente enlazados y jerarquizados, a través de la subjetivación de una colectividad?

Se puede partir de la idea de que una crisis se presenta en un espacio-tiempo, en el cual ciertos componentes en interacción viven transformaciones que ponen en duda o imposibilitan la capacidad de reproducción de su interdependencia, por lo tanto ese conjunto integrado es amenazado o corre el riesgo de dejar de serlo para pasar a ser otro. En ese nuevo conjunto podría darse una reconstitución con los mismos componentes -como unidades materiales-, podría generarse una nueva composición en la cual se han perdido componentes anteriores o se han sumado otros, así como se crearían nuevas relaciones entre los componentes, como unidades relacionales. Esta idea de crisis implicaría una "condición inicial" que sería difícil de sostener como condición particular, ya que las transformaciones son procesos permanentes en la vida social humana. La idea de crisis tendría que sumar, entonces, un proceso de subjetivación, desde grupos particulares que *crean* y le dan sentido a las unidades que integran esos componentes, a través de las relaciones que están en juego. La crisis estaría compuesta, entonces, por dimensiones: en un primer plano, por elementos orgánicos, es decir, una materialidad; en un segundo plano, por las relaciones entre

esos elementos orgánicos; y en un tercer plano, el proceso de subjetividad que le da sentido a esa integralidad orgánica y relacional, creando así un conjunto posible de nominar, categorizar, institucionalizar y pensar como realidad social. Pero esta acepción requiere de una cuarta dimensión: una valoración, la cual se ejerce desde un *locus de enunciación* -en el sentido de Walter Mignolo-, la realidad social estaría objetivada en una normalidad.

La crisis sería vivida en tanto exista una construcción subjetiva de una normalidad como realidad-integrada, cuya transformación tenga implicaciones para ese grupo y esa colectividad, y esta tendría una carga negativa. Existen conceptualizaciones sobre las crisis que le otorgan a estas una condición neutral, en tanto el lugar de la transformación implicada en estas se asume a partir de su resultado en un tiempo posterior, el cual variará dependiendo de la interrelación de sus componentes y de la nueva constitución de los mismos. Pero ese posicionamiento tiene una falencia: condiciona su existencia al resultado final, lo cual no resuelve el problema de la neutralidad de lo que ocurre en el proceso de transformación y obvia las relaciones de poder que están en disputa para la nueva integración de los componentes, desde un tiempo previo. Precisamente porque el resultado todavía no se conoce, es que la crisis, como transformación enunciada, es tan potente e implica carga.

Los procesos emancipatorios y revolucionarios se diferencian de las crisis fundamentalmente porque la transformación de las relaciones y de los componentes constitutivos es vivida subjetivamente como positiva desde un particular locus de enunciación. Las crisis, por lo tanto, no son vividas por todos los grupos humanos que constituyen la gran trama de interacción social ya que, dependiendo de la pertenencia a un locus de vivencia, existen locus de subjetivación que le dan sentido a esa transformación. Ahora bien, no todos los locus de vivencia experimentan los mismos procesos

de subjetivación, por lo que el sentido de crisis podrá variar entre individuos y entre colectividades.

La *Teoría del control cultural* del antropólogo mexicano Guillermo Bonfil Batalla (1935-1991)[1] nos presenta un marco para analizar las crisis. Bonfil Batalla sostiene que el control cultural es "el sistema según el cual se ejerce la capacidad social de decisión sobre los elementos culturales".[2] Estos últimos son componentes de la cultura que se ponen en juego para realizar cada una de las acciones sociales y estos concurren dependiendo del propósito de la acción. Presupone la existencia de un "plano general" o matriz cultural específica de cada cultura y cambiante a lo largo del devenir histórico, que articula y da sentido a los diversos elementos, particularmente en el ámbito de la cultura autónoma. Estos elementos pueden ser de conocimiento, de organización, simbólicos y emotivos.[3] La condición propia o ajena de las decisiones sobre esos elementos permite establecer cuatro ámbitos o espacios dentro de la cultura total: la cultura autónoma, la cultura apropiada, la cultura enajenada y la cultura impuesta.[4] Es así que se puede identificar cómo una unidad social toma las decisiones sobre los elementos culturales propios y ajenos en un momento dado, de manera que se puede conocer en cuál ámbito de la cultura se encuentra un proceso o elemento cultural del grupo: propio o ajeno.[5] Es decir, no son los elementos culturales de un grupo

1 Guillermo Bonfil Batalla, "La teoría del control cultural en el estudio de los procesos étnicos", *Anuario Antropológico,* 86, (Universidad de Brasilia, 1988): 13-53.

2 Bonfil Batalla, "La teoría del control cultural en el estudio de los procesos étnicos", 5.

3 Bonfil Batalla, "La teoría del control cultural en el estudio de los procesos étnicos", 5-6.

4 Bonfil Batalla, "La teoría del control cultural en el estudio de los procesos étnicos", 7.

5 Bonfil Batalla, "La teoría del control cultural en el estudio de los procesos étnicos", 22.

cultural los que definen el control cultural del mismo, sino la capacidad de decisión de ese grupo sobre los diversos elementos culturales, propios y ajenos, en un tejido de relaciones.[6] Además, no todos los elementos culturales poseen igual importancia para un grupo; como lo señala Bonfil: "En una situación de dominación resulta indispensable analizar la importancia relativa de los elementos sobre los que pierde control el grupo dominado: no tiene el mismo efecto la pérdida de tierras productivas, o la eliminación del gobierno étnico, que la prohibición de una fiesta".[7]

Esta teoría brinda una entrada para entender la intersección del proceso de subjetivación de los elementos o componentes sociales y las relaciones de poder, a través de la lectura de la capacidad de decisión de los actores participantes en una crisis. Por lo tanto, la crisis sería una construcción dependiendo del locus de vivencia y del locus de subjetivación del que parte, desde la lectura de su participación en la normalidad. Según este enfoque, la crisis se sitúa en el ámbito impuesto o enajenado, fuera del control del grupo; por su parte, el proceso emancipatorio pertenece al ámbito autónomo o apropiado. Por eso, las crisis tienen carga negativa, porque el grupo se encuentra en una relación de poder que no le favorece o cree que no le favorece. Este análisis contribuye a pensar en cómo se han construido las historias, sus componentes y los hechos sociales que le han dado sentido a las crisis, y también contribuyen a comprender las normalidades.

Por lo anterior es muy importante la distinción entre el proceso de carga negativa o positiva que se le puede asignar a la transformación y a su proceso vivencial. Las crisis, así como las revoluciones y los procesos emancipatorios,

6 Bonfil Batalla, "La teoría del control cultural en el estudio de los procesos étnicos", 8-9.

7 Bonfil Batalla, "La teoría del control cultural en el estudio de los procesos étnicos", 12.

pueden generar muerte, dolor, enfermedades, violencia, situaciones todas desfavorables a la vida y al bienestar humano, pero el sentido de las transformaciones es distinto en todos esos casos. Incorporar la subjetividad en este análisis permite entender cómo se construye la normalidad, es la forma de caracterizar el proceso de estabilidad de la unicidad relacional jerárquica de los componentes instaurado desde el plano subjetivo de una colectividad. No obstante, lo subjetivo en este plano analítico no significa la eliminación o la ignorancia de la condición biológica-material de los seres humanos y de la vida social; por lo contrario, conocer la normalidad contribuye a evidenciar los cambios en ejercicio de poderes y jerarquías: es el escenario de la disputa. Las normalidades no suponen, por lo tanto, un estado valorativo per se: al igual que las crisis, como construcción política, supone la interdependencia de los hechos sociales que la constituyen y pueden definirse según las escalas y los campos de la vida social en los que se objetiviza.

2. Dependencia, desarrollo y poder

El historiador costarricense Ronny Viales Hurtado,[8] realiza un análisis del desarrollo de la sociología en América Latina, entre el siglo XIX y 1980, y su influencia sobre la historiografía de la época. Como punto de partida, utilizó el trabajo de Luis González Oquendo en el que se reconocen continuidades e importantes influencias teóricas en este período y una crítica al planteamiento de que la ruptura de la Sociología y las Ciencias Sociales se haya basado en el proceso de la institucionalización científica y profesional de las décadas de 1940-1950.[9]

8 Ronny Viales Hurtado, "La sociología latinoamericana y su influencia sobre la historiografía (siglo XIX a 1980)", en *Historia General de América Latina*, IX, Estevão Rezende Martins y Héctor Pérez Brignoli, directores (París: UNESCO/Editorial Trotta, 2006): 129-174.

9 Viales Hurtado, "La sociología latinoamericana y su influencia", 173.

Viales describe la tipología de las tres tradiciones de la Sociología latinoamericana: la de primera generación (desde 1821 hasta 1945) de corte positivista, centrada en la "inestabilidad política"; la de segunda generación (1945 a 1960), en la que se da su institucionalización científica; y la tercera generación (1960-1980), conocida como la sociología crítica latinoamericana. Las dos últimas generaciones abordan enfoques para explicar los problemas del "subdesarrollo" y el cambio social. No obstante, este autor plantea una tipología alternativa, en la que la segunda generación tuvo sus orígenes a finales del siglo XIX, con una visión evolucionista. Menciona que varios autores han analizado cómo, durante el siglo XIX en el contexto de los procesos de Independencia, ya se realizaban importantes análisis de los hechos sociales de la región.[10] En las últimas décadas del siglo XIX se generaron trabajos de carácter social y político evidentemente alimentados por una perspectiva evolucionista, en la que las descripciones y los análisis apuntaban a la construcción social de las diferencias y a la problematización de la "naturaleza" de los grupos humanos para su debida gobernabilidad y aporte en los procesos civilizatorios, en procura de la consolidación nacional, o, al contrario, para la reproducción de la barbarie y la conflictividad. Asimismo, no pocas obras sustentaron la superioridad de la "raza blanca" en la construcción de un devenir próspero y virtuoso, o en todo caso, en la raza "mestiza" como opción integradora de lo que es posible recuperar de lo propio, a través del brazo armado de la educación.[11]

Los objetos de estudio de la primera generación, que fueron plasmados mediante ensayos, se centraron en los siguientes temas: 1) el medio ambiente, con cierto determinismo geográfico justificador de un limitado progreso y destino poco prometedor; 2) el mestizaje, con dos visiones, positiva

10 Viales Hurtado, "La sociología latinoamericana y su influencia", 131-132.

11 Viales Hurtado, "La sociología latinoamericana y su influencia", 132-135.

y negativa sobre su resultado; 3) la inestabilidad política, vinculada a las teorías de la existencia del caudillismo y, a su vez, su vínculo con el origen racial; 4) el indigenismo, donde la integración fue un pilar civilizatorio nacionalista; 5) la etnicidad de los afrodescendientes, más tardíos (primera mitad el siglo XX), con aportes sobre su vida cultural, los cuales contribuyeron a nuevas posturas antirracistas; 6) la inmigración, siempre considerada fundamental y positiva para el progreso social; y 7) la herencia colonial, como origen fundante y como arcaísmo que reproduce el retraso social.[12]

Por ejemplo, Roberto Fernández Retamar,[13] poeta y ensayista cubano (1930-2019), construye una crítica antiimperialista a partir del estudio del personaje de *Calibán* desde su aparición literaria en el siglo XV hasta su resignificación en el contexto neoimperial del siglo XX. Para este autor, la existencia de una América mestiza y de una América europea pueden ser leídas desde las obras literarias y políticas del siglo XX de los países latinoamericanos, a doce años (1971) de haberse dado la Revolución cubana. Inicia su reflexión con la problematización acerca de la existencia o no de una América Latina, la cual podría explicarse desde su origen de sujeción colonial, así como desde las preguntas sobre su condición humana como mestiza. Reconoce en los Estados Unidos y en otros países capitalistas un proceso de homogeneización racial y cultural como resultado de un proyecto histórico-social, que lo lleva a plantear dudas sobre una relación directa entre el mestizaje y el colonialismo. El autor reconoce a América Latina como una región excepcional en donde su mestizaje constituye una esencia, oriunda de afuera y creada desde adentro; sería una integración amalgamada con el uso de pocas lenguas de origen colonial.[14]

---

12 Viales Hurtado, "La sociología latinoamericana y su influencia", 136-138.

13 Roberto Fernández Retamar, *Todo Calibán* (Buenos Aires: CLACSO, 2004), 6-7.

14 Fernández Retamar, *Todo Calibán*, 9.

Por su parte, Aníbal Quijano[15] (1930-2018), sociólogo y teórico político peruano, analiza la globalización como un proceso de continuidad sociohistórica, desde la colonia y como trayectoria del capitalismo, cuyo rasgo distintivo de colonialidad es la clasificación humana en razas. Aborda esa colonialidad en lo que llama el espacio/tiempo de un nuevo poder de vocación mundial: América. La raza, sustentada en supuestas diferencias biológicas, fue el elemento constituyente y vinculador de las relaciones humanas en este nuevo contexto de conquistadores/conquistados, que se extendió como nuevo patrón de poder mundial. Este constructo social fue legitimador de la dominación, al lado de la diferenciación por género.[16] Las formas de control de la producción y del trabajo fueron articuladas alrededor del capital-salario, bajo un nuevo modelo y propósito: la producción de mercancías para el capitalismo mundial, lo que generó una imbricada y no excluyente red histórico-estructural de dependencia entre las distintas formas productivas conocidas: la esclavitud, la servidumbre, la pequeña producción mercantil, la reciprocidad y el salario.[17]

Quijano propone que raza y división del trabajo quedaron entrelazados estructuralmente a través de una división racial del trabajo: los indios en el trabajo de servidumbre; los negros en condición de esclavitud; los españoles y los portugueses como productores independientes de mercancías; los nobles, en altas jerarquías administrativas; además de civiles y militares. Esta estructura racial perduró en todo el proceso capitalista-colonial, hasta el siglo XVIII; posteriormente, se expandió como modelo a escala global. Esto explica que el control de

15 Aníbal Quijano, "Colonialidad del Poder, Eurocentrismo y América Latina", *Colonialidad del Saber, Eurocentrismo y Ciencias Sociales*, Edgar Lander, compilador (Buenos Aires: CLACSO-UNESCO 2000), 201-246.

16 Quijano, "Colonialidad del Poder, Eurocentrismo y América Latina", 202-203.

17 Quijano, "Colonialidad del Poder, Eurocentrismo y América Latina", 204.

una forma específica de trabajo pasa a ser el control de un grupo dominado, de manera muy exitosa hasta nuestros días.[18]

El control de los metales preciosos consolidó una nueva identidad geocultural (Europa + Occidente de Europa), que le permitió sumar la red preexistente comercial de gran parte del Medio Oriente y de Asia y dominar el comercio mundial. Este polo de poder comercial y político también fue el polo del proceso de mercantilización de la fuerza de trabajo mediante la forma asalariada, hasta 1870; el resto del mundo dominado se mantuvo bajo formas de trabajo no-remunerado. La servidumbre indígena en América, a diferencia de la europea, no contaba con la protección de su feudo ni obtenía tierra por sus servicios; los pueblos indígenas debieron reproducir su fuerza de trabajo por cuenta propia. La otra fuerza de trabajo, la de las poblaciones africanas, fue esclava. El trabajo asalariado se asoció a una condición de privilegio de los blancos. El capitalismo mundial fue, desde sus inicios, colonial/moderno y eurocentrado. Este nuevo orden de poder central incluyó también el control de la cultura, de la subjetividad y de la producción del conocimiento, que a su vez realimentó las relaciones de dominación, enajenación, imposición y genocidio cultural de los pueblos dominados; la religiosidad judeocristiana cumplió en este campo un papel protagónico.[19] Quijano explica cómo se vincularon la centralidad del poder mundial y el etnocentrismo en Europa, para consolidar un eurocentrismo global, justificado naturalmente como superior. Así, la matriz epistémica y subjetiva concibe a los pueblos colonizados como inferiores y anteriores al pueblo europeo y los desprovee de las capacidades para la modernidad y la racionalidad, ideas reconocibles en las teorías del evolucionismo y el dualismo.[20]

18 Quijano, "Colonialidad del Poder, Eurocentrismo y América Latina", 205.

19 Quijano, "Colonialidad del Poder, Eurocentrismo y América Latina", 206-207, 208 y 209-210.

20 Quijano, "Colonialidad del Poder, Eurocentrismo y América Latina", 210-211, 220.

Desde finales del siglo XIX, y en particular desde la segunda mitad del siglo XX, importantes trabajos intelectuales discutieron y refutaron la matriz de pensamiento y acción colonial, en particular con el debate sobre el desarrollo/subdesarrollo. Quijano refuta que la modernidad sea un producto exclusivo del mundo europeo. No obstante, vista desde la dimensión histórica del sistema-mundo, considera que sí se pueden encontrar particularidades novedosas en ella las características del patrón de poder. Este patrón articula, como un todo y como nunca antes en la historia de la Humanidad, las relaciones sociales y sus dimensiones materiales, organizacionales, ideológicas y subjetivas, en una estructura controlada de manera hegemónica en todo el planeta, un nuevo período histórico que se constituyó material y subjetivamente a partir de América.[21] Quijano indica que este proceso histórico no impactó de igual manera a Europa y a Latinoamérica. Para el primer caso, las nuevas relaciones capital-salario generaron transformaciones y rupturas con el orden anterior que significaron nuevas oportunidades y "liberación" de opresiones subjetivas, mientras que en el mundo colonizado, las relaciones no asalariadas, pero generadoras de capital global, al independizarse no tuvieron mejor suerte: la sujeción estructural se mantuvo sin los beneficios de las transformaciones a nivel material y subjetiva.[22] El resultado del poder colonial en la diversidad de los pueblos dominados fue su reducción a categorías genéricas como indios y negros, despojados de sus particulares identidades históricas y de sus lugares como sujetos históricos: su nueva y consolidada "identidad racial, colonial y negativa, implicaba el despojo de su lugar en la historia de la producción cultural de la humanidad."[23]

21 Quijano, "Colonialidad del Poder, Eurocentrismo y América Latina", 212-213, 214, 220, 216 y 220.

22 Quijano, "Colonialidad del Poder, Eurocentrismo y América Latina", 218.

23 Quijano, "Colonialidad del Poder, Eurocentrismo y América Latina", 221.

Ahora bien, aunque el capitalismo mundial está articulado en una estructura organizada como sistema, no funciona de manera homogénea ni continua; a su vez, sus relaciones para la producción y la apropiación del valor convergen en la misma estructura de poder y de ahí la complejidad de su transformación y la imposibilidad de su eliminación, como un todo.[24] El estado-nación es una estructura y producto del poder, pero es también el lugar de la identidad como comunidad, que requiere de cierta participación social y legitimidad política, a partir de procesos de centralización política y de homogeneización cultural de la población. En este sentido, Quijano contrasta las experiencias de España y de Francia, esta última exitosa, basada en un importante proceso de democratización de la sociedad como condición básica de la nacionalización. Para sostener esta idea, el autor incluye la experiencia ocurrida en Norteamérica, en donde el proceso de nacionalización se dio fundamentalmente con la participación de la población europea, que vivió una democratización del control de los recursos de producción y del estado, entre blancos; no obstante, menciona que ya desde mediados del siglo XIX se anunció el peligro que enfrentaba el proceso nacional, debido a la exclusión de las minorías indígenas casi por completo exterminadas y de la población africana esclavizada. Similar proceso de construcción nacional se identifica para el caso de Argentina y Uruguay, con la eliminación de los pueblos indígenas, con una menor densidad de población africana que en las zonas colonizadas por españoles y portugueses y con una importante atracción de inmigrantes europeos blancos. No obstante, para el caso argentino, la gran concentración de tierra en las poblaciones blancas impidió el desarrollo de una sociedad más democrática. Para el caso chileno, su particularidad geográfica y de yacimientos permitieron la formación de nuevas capas

24 Quijano, "Colonialidad del Poder, Eurocentrismo y América Latina", 223.

asalariadas, medias y urbanas, blancas; los indígenas fueron excluidos de ese proyecto de Estado-nación.[25]

En síntesis, Quijano problematiza la relación entre el éxito en la nacionalización de un territorio, con poblaciones e identidades diversas, y la democratización de la sociedad y construye una hipótesis sobre por qué este proceso se ha dado de manera muy limitada en la región latinoamericana, en donde se ha producido la permanencia de una organización en torno al eje colonial basada en la imposición de la idea de raza como instrumento de dominación.[26]

En el siglo XX, solo México y Bolivia experimentaron procesos de descolonización a través de procesos revolucionarios democratizadores, pero estos se vieron en crisis entre las décadas de 1960 y 1980. En cambio, otros reprodujeron el exterminio de la diversidad de los grupos indígenas y la exclusión de los grupos afrodescendientes, o realizaron un proyecto sistemático desde la centralidad del estado para enajenar y asimilar a estas poblaciones. Los procesos revolucionarios de la región, en sus dos importantes vertientes, la revolución antiimperialista, de carácter social-liberal anti feudal, y la revolución socialista, antiburguesa y anticapitalista, disputaron sus teorías en el debate político. El autor cuestiona la secuencia evolucionista subyacente en ambas propuestas teórico-prácticas revolucionarias, y retoma lo que considera indispensable para la democratización de la región: la descolonización y la redistribución y devolución del poder a las gentes en todos los campos, económicos y sociales.[27] El fracaso de ambas propuestas ha sido muy caro: lo que se logró avanzar "está ahora siendo arrasado en el proceso de reconcentración del

25 Quijano, "Colonialidad del Poder, Eurocentrismo y América Latina", 226-232.

26 Quijano, "Colonialidad del Poder, Eurocentrismo y América Latina", 236-238.

27 Quijano, "Colonialidad del Poder, Eurocentrismo y América Latina", 237 y 240-241.

control del poder en el capitalismo mundial y con la gestión de los mismos funcionarios de la colonialidad del poder".[28]

Desde otra perspectiva teórica y epistémica a la presentada por Quijano, Jared Diamond, en su epílogo de 2003 presentó una actualización de su obra *Armas, gérmenes y acero*[29] originalmente publicada en 1997. En este reitera que la tesis central del libro es que las sociedades evolucionaron de manera diversa por las condiciones de sus entornos y no por diferencias humanas. Ciertas características sociopolíticas, como la centralización del poder y la posibilidad de desarrollar las armas, los gérmenes y el acero, fueron posibles por las condiciones favorables para la domesticación de plantas y animales, las cuales no se encontraban distribuidas por igual en el planeta, asociadas a su vez con los procesos de sedentarización durante el período neolítico, auge de la agricultura, y sus posibilidades de acumulación, en particular en aquellas poblaciones densamente pobladas.[30] Una de las reflexiones que alentó la elaboración de este epílogo fue el por qué algunas sociedades son ricas y otras pobres. El autor retoma el ejemplo de la guerra entre los pueblos maoríes, originarios agricultores y pescadores de las islas, ocurrida entre 1818 y 1830 en Nueva Zelanda, y explica que la adquisición por parte de un grupo indígena del norte de mosquetes (armas) y de papas (alimento), con mayores rendimientos que su alimento tradicional (la batata o camote), que habían sido llevados por europeos comerciantes, balleneros y misioneros, generaron una ventaja comparativa con respecto a los otros grupos tribales, lo que generó un cambio en los "equilibrios bélicos intertribales" que ocurrían anteriormente,

28 Quijano, "Colonialidad del Poder, Eurocentrismo y América Latina", 242.

29 Jared Diamond, *Armas, gérmenes y acero. Breve historia de la humanidad en los últimos trece mil años* (Barcelona: Penguin Random House, 2019).

30 Diamond, *Armas, gérmenes y acero. Breve historia de la humanidad,* 515.

lo que derivó en el exterminio de muchos grupos de otros territorios o su sometimiento. Para este autor, el control de la tecnología y de los alimentos -y sus germoplasmas- ha sido fundamental en la historia de al menos los últimos 10.000 años de la humanidad, para la defensa y la colonización de territorios y de pueblos. Sostiene que los procesos de reemplazo y de competencia entre pueblos fueron los mismos en todo este período, pero lo que cambió es el tiempo en las que estos se dieron.[31]

Diamond responde a la pregunta de por qué fue Europa y no China la zona que extendió su hegemonía en todo el mundo, al indicar que China había consolidado una unidad geopolítica estable y centralizada y Europa seguía fragmentada políticamente, por lo que sus unidades socioculturales competían entre sí, lo cual estimuló la tecnología, la ciencia y el capitalismo. Esta fragmentación no significa una mayor productividad económica, estabilidad política o bienestar humano, pues China aventajó tecnológicamente a Europa hasta, al menos, el siglo XIV, e indica que podría volver a hacerlo en el futuro. Es decir, Diamond presenta una lectura de un período histórico determinado y no una condición propia e inmutable.[32] Su síntesis explicativa con respecto al porqué existen países pobres y otros ricos en la actualidad apela al aporte de una "sana" institucionalidad, la cual se asocia a una cierta herencia histórica de un pasado estatal o agrícola, para lo cual habría que buscar una cadena causal que las ha llevado hasta el crecimiento económico moderno, "con el fin de ayudar a los países en desarrollo a avanzar con mayor rapidez por esa secuencia".[33]

31 Diamond, *Armas, gérmenes y acero. Breve historia de la humanidad*, 517 y 518-519.

32 Diamond, *Armas, gérmenes y acero. Breve historia de la humanidad*, 520-521, 520 y 522.

33 Diamond, *Armas, gérmenes y acero. Breve historia de la humanidad*, 532.

Al contrastar el análisis de Quijano con el de Diamond, se observa que comparten la perspectiva general de que existen relaciones desiguales que han moldeado la construcción de las sociedades, así como situaciones de la interacción social que a su vez condicionan el destino de una sociedad o país. No obstante, Diamond tiene una perspectiva evolucionista lineal, al menos en su análisis del devenir moderno, porque asume que un país podría reconstruir determinadas condiciones propias, para lograr una institucionalidad saludable, si se logra conocer la secuencia causal de vínculos históricos, lo cual entra en contradicción con algunos análisis que él mismo aporta. Por ejemplo, Diamond no explica el porqué de la situación social y económicamente desfavorable de los países latinoamericanos, asiáticos y africanos que se sitúan, en su mayoría, en las ocho regiones ubicadas por Vavilov,[34] centros geográficos de domesticación y de dispersión de plantas y animales al resto del mundo. Estas, a su vez, se correlacionan con los más importantes centros de desarrollo de las sociedades, tales como Mesoamérica, la región Andina, la región Mediterránea, Etiopía, Oriente Medio, Asia Central China e India: "En la mayor parte de estas zonas las condiciones bioclimáticas y la diversidad ecogeográfica propiciaron las condiciones para el desarrollo de la cultura agrícola y pecuaria desde hace 10.000 años".[35] Sin embargo, estos países son los que actualmente presentan mayor pobreza y desigualdad en el mundo.

Diamond propone que los países pobres podrían ser ayudados para lograr alcanzar el crecimiento económico de los países ricos, una visión cercana a las propuestas explicativas de la teoría de la modernidad, en donde las sociedades

34 Citado por V. M. Toledo y N. Barrera-Bassols, *La memoria biocultural. La importancia ecológica de las sabidurías tradicionales* (Icaria editorial, S.A., 2008), 37.

35 Toledo y Barrera-Bassols, *La memoria biocultural*, 38.

en sí mismas son las que cuentan, o no, con determinadas características para un determinado desarrollo, sin que se tomen en cuenta las relaciones de poder que se generan entre las sociedades. La incoherencia se presenta en este sentido: si existiera una relación causal entre el desarrollo de las sociedades y sus condiciones agroecológicas favorables a la agricultura, "los antiguos núcleos hegemónicos basados en la producción de alimentos",[36] es decir los países en las zonas tropicales, serían los más ricos del mundo.

Marvin Harris fue un antropólogo social norteamericano (1927-2001) que teorizó de manera distinta la tesis acerca del vínculo entre los factores culturales y ecológicos para explicar cómo se conformaron las sociedades humanas. En su análisis aborda la ecología humana o cultural,[37] para comprender las interacciones entre la tecnología y el medio ambiente en la producción de energía e involucra aspectos infraestructurales y estructurales para entender los modos de producción. Estos implican relaciones de producción, en donde se pueden identificar formas de intercambio recíprocos, redistributivos o de mercado. A diferencia de Diamond, el desarrollo tecnológico no está supeditado ni correlacionado necesariamente con la competencia, pues influyen muchos factores propios de los ecosistemas en los que interactúan los grupos humanos, y de los conocimientos y de las decisiones que esos grupos asumen en sus procesos organizativos. Harris distingue que estos procesos pueden transformarse en el proceso histórico, sin que esa transformación sea lineal. Describe ejemplos diversos de sistemas de energía desarrollados en la experiencia humana, entre los cuales el sistema industrial es uno de ellos, con características particulares en un tipo de economía política estratificada

36 Diamond, *Armas, gérmenes y acero. Breve historia de la humanidad*…, 531.

37 Marvin Harris, *Antropología cultural* (Madrid: Alianza Editorial S.A. 1983), 58.

llamada capitalismo,[38] la cual, aunque es actualmente hegemónica a nivel global, no supone superioridad con respecto a los otros sistemas y tiene sus particulares consecuencias (contaminación y destrucción del ambiente): "(...) la creencia de que las sociedades industriales se han liberado de la influencia del medio ambiente o de que, en la actualidad, nuestra especie lo domina o controla, es errónea.[39]

En su libro *Bueno para comer,* Harris señala que la relación de costes y beneficios favorables para que un alimento sea bueno para comer se vincula al aporte nutricional de este, pero también recae en el conocimiento y la valoración que realizan los grupos con respecto al costo humano de producirlos (tomando en cuenta el tiempo o esfuerzo necesario) y al impacto ambiental que generan.[40] La línea argumentativa del conjunto del libro permite conocer una crítica sobre las ideas que desvalorizan ciertos hábitos alimentarios, la mayoría provenientes de los países del "Tercer Mundo", como arbitrarios, poco prácticos, irracionales, inútiles o nocivos[41] y al prejuicio occidental subyacente. Expone que las preferencias o restricciones alimentarias están relacionadas con decisiones culturales que obedecen a una compleja lectura que los grupos realizaron de sus contextos y de sus relaciones, que incluye, por ejemplo, la prevención del deterioro de sus entornos ecológicos que pueden amenazar la reproducción de estos y del sistema social. Fue enfático en que las causas de las semejanzas y diferencias socioculturales son de índole cultural más que biológicas y cuestionó la "raciología científica", cuyas teorías: "se basaban en el hecho de que en el siglo XIX, los europeos habían impuesto

38 Harris, *Antropología cultural*, 167-205.

39 Harris, *Antropología cultural*, 117.

40 Marvin Harris, *Bueno para comer. Enigmas de alimentación y cultura* (Madrid: Alianza Editorial, 1989), 14-15.

41 Harris, *Bueno para comer*, 14-15.

sus costumbres por la fuerza de las armas, el engaño y el comercio hasta controlar casi toda la especie humana".[42] Para Harris, la explicación racial de la dominación política europea fue una excusa para el colonialismo europeo, la explotación y la esclavización de los pueblos que no pudieron defenderse de su tecnología bélica.[43]

En este tema, Walter Mignolo[44] explica que los conceptos postcolonialidad o postcolonial son problemáticos cuando son aplicados a las prácticas culturales del siglo XIX y del siglo XX. Considera que los discursos postcoloniales generan debates opuestos en los países con una gran herencia colonial y que estos forman parte de un viejo paradigma, que cuestiona el espacio intelectual de la modernidad desde las historias y las herencias coloniales, en oposición al abordaje postmoderno, en el que se pueden identificar espacios contestatarios producto de las herencias capitalistas, sin necesariamente reclamar la separación epistémica de los centros coloniales.[45] El autor considera que la teorización postcolonial lucha, desde los países que fueron clasificados como "Tercer Mundo", por un desplazamiento del locus de enunciación concentrado en los países del "Primer Mundo", el cual implica también la redistribución de la labor científica.[46] La postcolonialidad y la postmodernidad pertenecen, ambas, a un mismo proceso desde diferentes herencias coloniales, pero la teoría postcolonial permitiría nuevas

42 Harris, *Antropología cultural*, 58.

43 Harris, *Antropología cultural*, 58.

44 Walter Mignolo, "La razón postcolonial: herencias coloniales y teorías postcoloniales", *Revista Chilena de Literatura*, No. 47 (Noviembre de 1995): 91-114.

45 Mignolo, "La razón postcolonial: herencias coloniales y teorías postcoloniales", 91-94.

46 Mignolo, "La razón postcolonial: herencias coloniales y teorías postcoloniales", 101-102.

visiones acerca de los procesos coloniales y, también, de la base del concepto occidental del conocimiento: el reconocimiento de las conexiones epistemológicas entre el lugar geocultural y la producción teórica, así como la reelaboración con respecto a los límites entre el conocimiento, lo conocido y el sujeto cognoscente.[47]

3. Posturas y espacios en disputa

Ricardo Pozas Horcasitas propone una reconstrucción histórica de la década de 1960 para comprenderla como una época. Se reconocen en ella cambios que se gestaron desde las dinámicas del mundo bipolar, después de 1949, durante "la Guerra Fría" y su amenaza nuclear: "Por primera vez en la historia aparece en el imaginario colectivo de la humanidad la posibilidad no religiosa ni mítica del fin total".[48] Esta amenaza supuso un acuerdo de coexistencia pacífica entre los dos centros hegemónicos y su confrontación en las dimensiones política y económica, mientras que la guerra militar se desplegó en las periferias y fronteras de los mismos. Señala Pozas que la categoría de régimen permitió abordar los problemas y los cambios vinculados a la Modernidad al margen de la bipolaridad política totalizante del discurso y de la teorización social. El régimen autoritario "permitía caracterizar la diversificación en la que había entrado el mundo con la crisis de los regímenes oligárquicos y coloniales, que producían un nuevo tipo de régimen que no cabía en las nominaciones de comunista y democrático".[49] Para este autor, en esa década se generan rupturas con el viejo orden colonial, para pasar a un nuevo orden internacional colmado

47 Mignolo, "La razón postcolonial: herencias coloniales y teorías postcoloniales", 103.

48 Ricardo Pozas Horcasitas, "El quiebre del siglo: los años sesenta", *Revista Mexicana de Sociología*, 63, (2) (abril-junio, 2001): 170.

49 Pozas Horcasitas, "El quiebre del siglo: los años sesenta", 171.

de crisis de oligárquicas en la región latinoamericana, que dieron origen: "a los populismos, las dictaduras militares y los estados fuertes e interventores en las economías nacionales, con partidos de masas dominantes de participación restringida, sustentados en redes corporativas que agregaban sectores sociales de origen agrario o clasista y excluían la posibilidad ciudadana de la participación política".[50]

La década de los sesentas fue una época de rupturas, con movimientos estudiantiles y sociales que reivindicaron los derechos civiles, la igualdad cultural y racial.[51] De acuerdo con Jeffrey L. Gould, solo las guerras de independencia y la ola de huelgas de 1919 superaron las dimensiones de las protestas ocurridas en 1968 en Latinoamérica: manifestaciones callejeras estudiantiles se dieron simultáneamente en Bolivia, Ecuador, Venezuela, Chile, Brasil, México, Argentina y Uruguay; algunas con apoyo popular y sindical. Estas fueron consideradas por militares, conservadores y por los Estados Unidos como subversiones inspiradas por la Revolución cubana, la principal amenaza a la seguridad nacional de los países, por lo que se requería una respuesta autoritaria contra ellas.[52] Gould menciona que esto ha sido utilizado por sectores políticos y académicos para racionalizar el surgimiento de los regímenes represivos de las décadas de 1960-1970, por causas asociadas a la retórica y a la práctica de la izquierda radical latinoamericana,[53] e intenta demostrar que este planteamiento no tiene asidero histórico, ya que la represión de los gobiernos del Cono Sur antecedió a cualquier insurgencia guerrillera organizada, además de que minimiza la importancia del proceso histórico anterior

50 Pozas Horcasitas, "El quiebre del siglo: los años sesenta", 175.

51 Pozas Horcasitas, "El quiebre del siglo: los años sesenta", 182-188.

52 Jeffrey L. Gould, "Solidarity under Siege: The Latin American Left, 1968". *American Historical Review* (abril, 2009): 348.

53 Gould, "Solidarity under Siege", 348.

a ese periodo y de los desafíos de las divisiones de clases.[54] Gould menciona que el movimiento estudiantil global luchó por una reforma universitaria radical, buscó alianzas con las clases trabajadoras y empleó formas organizativas y tácticas similares, pero en América Latina, la violencia culminó en muertos y el descontento estudiantil mostró mayores problemas políticos y económicos asociados al desempleo creciente, a los recortes económicos y salariales y al aumento del autoritarismo.[55] Gould afirma que la nueva izquierda provocó un virulento debate entre "la izquierda política", pero que en la vivencia y en la acción política, este debate fue menos importante que la lucha por los objetivos inmediatos (por radical que fuera); la "vieja" y la "nueva" izquierda tuvieron que coexistir, no sin problemas.[56] Además, los gobiernos emplearon agentes provocadores y la represión violenta como las tácticas favoritas diseñadas para empujar a la izquierda hacia formas de resistencia más reactivas. Hacia fines de 1968, las fuerzas policiales y militares aplastaron los movimientos estudiantiles y populares en el Cono Sur; sus militantes fueron reclutados en nuevos movimientos guerrilleros, que participaron en la lucha armada de los años venideros.[57]

Las historiadoras Beatriz Garrido y Alejandra Giselle Schwartz[58] explican que en Argentina, a inicios de la década de 1970, confluyó en Montoneros una diversidad de grupos que habían militado en la juventud peronista de fines de la década de 1960: peronistas, marxistas leninistas, maoístas, trotskistas,

54 Gould, "Solidarity under Siege", 348-349.

55 Gould, "Solidarity under Siege", 353-354.

56 Gould, "Solidarity under Siege", 370.

57 Gould, "Solidarity under Siege", 372.

58 Beatriz Garrido y Alejandra Giselle Schwartz, "Las mujeres en las organizaciones armadas de los 70s. Montoneros", *Revista del Centro de Estudios Históricos e Interdisciplinario Sobre las Mujeres*, Facultad de Filosofía y Letras Universidad Nacional de Tucumán, Temas de Mujeres Año 2, nº 2.

del partido comunista armado y más adelante, de las Fuerzas Armadas Revolucionarias (FAR) de naturaleza guevarista. La guerrilla combinó la acción clandestina con la actividad político partidaria.[59] En 1975, comenzó la represión a las agrupaciones "subversivas", se creó una polarización y una subjetividad de la existencia de un enemigo interno y fue a través de la Alianza Anticomunista Argentina (AAA), fuerza parapolicial de ultraderecha, que se realizó la vigilancia y el control ciudadano, así como las estrategias sistemáticas de desapariciones, torturas, violaciones, asesinatos y secuestros de niños y niñas.[60]

Estos movimientos y luchas sociales latinoamericanas significaron la construcción de nuevas subjetividades políticas acerca de lo nacional, lo regional, e incluso lo global, plasmadas en sus visiones de transformación social y agraria e identidades colectivas y también el surgimiento de nuevos sujetos políticas. Como lo menciona Mignolo, las propuestas feministas han contribuido a profundizar en las rupturas epistémicas decoloniales, a través de sus cuestionamientos ontológicos acerca del conocimiento, así como de su democratización.[61] Al respecto, Lessie Jo Frazier y Deborah Anne Cohen[62] introducen una nueva comprensión de la agencia histórica, definida como la capacidad de los actores sociales (colectivos o no) para impactar intencionalmente sus circunstancias, así como las posibilidades de la subjetividad política de los movimientos estudiantiles

59 Garrido y Schwartz. "Las mujeres en las organizaciones armadas de los 70s. Montoneros", 3.

60 Garrido y Schwartz. "Las mujeres en las organizaciones armadas de los 70s. Montoneros", 6-7.

61 Mignolo, "La razón postcolonial: herencias coloniales y teorías postcoloniales", 113.

62 Lessie Jo Frazier y Deborah Cohen, "Defining the Space of Mexico ´68: Heroic Masculinity in the Prison and 'Women' in the Streets," *Hispanic American Historical Review*, 83 (4) (2003): 617-660.

en México, de la segunda década del siglo XX. Realizan un análisis de las convergencias y las divergencias entre los relatos de los hombres y de las mujeres del movimiento[63] y proponen que las narrativas públicas del movimiento estudiantil mexicano de 1968 han sido predominantemente masculinas y de élite. La figura del líder masculino de élite monopolizó el enfoque, los lugares y los temas a través de los cuales ese movimiento y los posteriores movimientos se han comprendido y medido: los estudios se han centrado en las dirigencias de "alto nivel" y en las relaciones con el estado (negociaciones, decisiones, eventos dramáticos), dejando por fuera la complejidad de la participación de otros actores de base y procesos ocurridos, fundamentales para el éxito del mismo.[64] Las autoras resaltan que las narrativas masculinas han sido plasmadas en memorias -creadas en la cárcel-, a diferencia de los relatos de las mujeres, que lo han sido a través de novelas u obras creativas, registros distintos que han jugado un papel en la "legitimidad" en su condición de documentos históricos, permitiendo el posicionamiento masculino como portavoces oficiales del movimiento.[65]

Un punto central de la discusión es que, en el seno de esa subjetividad política, existe, por un lado, un liderazgo considerado como masculino, y por el otro, "el pueblo", entendido en la retórica populista como "las personas beneficiarias" de ese liderazgo, las mujeres. Ahora bien, las autoras, más que demostrar una "verdadera" historia o una participación "distinta" a la de las narrativas masculinas,

63 Lessie Jo Frazier y Deborah Cohen, "Defining the Space of Mexico ´68: Heroic Masculinity in the Prison and 'Women' in the Streets," *Hispanic American Historical Review*, 83:4 (2003), 618.

64 Frazier y Cohen, "Defining the Space of Mexico ´68: Heroic Masculinity", 620-621.

65 Frazier y Cohen, "Defining the Space of Mexico ´68: Heroic Masculinity", 621.

-lógica de lo que ellas llaman una "retórica política de género" que define quién es o no es un actor político del movimiento y sus espacios políticos-, en su lugar plantean cómo estas narrativas impactaron las subjetividades históricas de esta nación y generaron la exclusión de grupos y lugares sociales como sujetos históricos.[66] La experiencia en la cárcel creó narrativas explicativas basadas en una masculinidad heroica que asumió un plano de naturaleza universalista que los situó en una posición dual individual/universal y les otorgó capacidad y legitimidad sobre lo colectivo/la gente. A su vez, tanto el lugar de lo político como de estas narrativas privilegiaron temáticamente la relación con el estado, lo que los posicionó en el centro de las narrativas públicas, mientras que las mujeres y otros no líderes quedaron excluidos de la historia.[67] Estos hombres se convirtieron en mártires simbólicos de un estado violento, haciendo eco de valores cristianos, cuyo sufrimiento los haría trascender lo común y mortal de sus cuerpos para experimentar la libertad de ellos y de su pueblo. Las autoras vinculan estas narrativas a un metadiscurso: la disputa entre el Estado patriarcal (padre) y sus hijos rebeldes del terreno de lo social (femenino, la gente, la nación).[68]

Las autoras desarrollan cómo la participación de las mujeres y en particular, la historia de las mujeres en ese movimiento fue abordado tanto por los participantes legitimados como por el sector académico e institucional y proponen que a través de un cambio de enfoque en el tipo de liderazgo a ser estudiado se puede transformar la lectura histórica de

66 Frazier y Cohen, "Defining the Space of Mexico ´68: Heroic Masculinity", 623 y 625-626.

67 Frazier y Cohen, "Defining the Space of Mexico ´68: Heroic Masculinity", 626-627.

68 Frazier y Cohen, "Defining the Space of Mexico ´68: Heroic Masculinity", 632, 634-636.

un proceso social, en especial, cuando se contextualiza ese período histórico. De ahí que se pueda realizar una relectura del pasado a través de nuevas narrativas, como las de las mujeres, pero, sobre todo, a través de la apertura que permite el análisis de género en la construcción de nuevos sujetos y espacios históricos, y por lo tanto, en la reconceptualización del movimiento y su relación con el estado.[69] El análisis que realizan Frazier y Cohen revela las mismas dualidades modernistas de espíritu/materia y mente/cuerpo, como esquemas para etiquetar algunas formas de agencia como políticas y otras como apolíticas.[70]

Frazer y Cohen aportan, a través de las narrativas de las mujeres, que el movimiento de 1968 en México desafió los valores sociales mexicanos a partir de la remodelación de los ritos de iniciación de las personas adolescentes, especialmente los relacionados con la sexualidad, los roles de género, la participación política de mujeres y los vínculos afectivos con el hogar y la familia.[71] Este enfoque, desde la interseccionalidad de las teorías de género, las subjetividades y el poder, devela las estructuras del pensamiento moderno enquistado en los actores sociales, en la academia y en los estados, para emancipar los relatos históricos de su enajenación colonial.

Los movimientos estudiantiles y sociales, así como las luchas armadas se gestaron en un contexto regional de creciente crisis económica y polarización política a lo largo de las décadas de 1960 y 1970. Al respecto, la explicación retrospectiva sobre la crisis ocurrida en la década de 1980 en Latinoamérica, presentada por José Antonio

69 Frazier y Cohen, "Defining the Space of Mexico ´68: Heroic Masculinity", 637-638.

70 Frazier y Cohen, "Defining the Space of Mexico ´68: Heroic Masculinity", 641.

71 Frazier y Cohen, "Defining the Space of Mexico ´68: Heroic Masculinity", 651.

Ocampo Gaviria,[72] permite conocer que las demandas sociales estuvieron vinculadas a procesos globales.[73] Ocampo considera que el incremento generalizado de la inflación en esa década fue más un efecto que una causa de la crisis de la deuda y que esta fue consecuencia de la inadecuada respuesta internacional. Argumenta que entre 1950 y 1980, la expansión de los gobiernos centrales se duplicó en la región latinoamericana y que esta fue financiada principalmente con el aumento de los impuestos, por lo que su planteamiento es que "solo hubo déficits fiscales en la mayoría de los países cuando el acceso generalizado de la región al financiamiento externo permitió financiarlos, es decir, en la segunda mitad de la década de 1970".[74] Se inició así un ciclo de auge y contracción del financiamiento externo mediante crédito internacional, de manera clara a mediados de la década de 1970, y la crisis de la deuda a inicios de la década de 1980, al final del proceso de industrialización, debido al sobreendeudamiento, sumado a las crecientes necesidades de inversión, que eran difíciles de solventar con débiles tasas de ahorro nacionales. En este sentido, el autor se separa de las críticas que se han realizado desde algunas perspectivas de la ortodoxia económica en las que se asocia la crisis al manejo ineficiente por parte de los estados de su proceso de industrialización, porque los países habían recurrido a políticas proteccionistas y a controles de cambio como mecanismos de ajuste en las décadas anteriores.[75]

---

72 José Antonio Ocampo Gaviria, "La crisis latinoamericana de la deuda a la luz de la historia", en *La crisis latinoamericana de la deuda desde la perspectiva histórica* (Santiago de Chile: CEPAL, 2014), 19-50.

73 Ocampo Gaviria. "La crisis latinoamericana de la deuda a la luz de la historia", 19-22.

74 Ocampo Gaviria. "La crisis latinoamericana de la deuda a la luz de la historia", 25.

75 Ocampo Gaviria. "La crisis latinoamericana de la deuda a la luz de la historia", 26-28.

La financiación de los estados fue posible en un contexto de reconstrucción de un mercado financiero internacional desregulado, que "facilitó la participación de bancos de tamaño más modesto y menor experiencia internacional, que confiaron casi ciegamente en las evaluaciones crediticias de los grandes bancos que lideraron el proceso".[76] América Latina absorbió más de la mitad de la deuda privada que se dirigió hacia el mundo en desarrollo entre 1973 y 1981[77] y las instituciones financieras nacionales que manejaron estos fondos externos acumularon riesgos crecientes. La dinámica macroeconómica vulneró tanto las economías más reguladas como las más liberalizadas, y a eso se unió la caída de los precios de las materias primas.[78] La situación fue tan crítica que "la región solo comenzó a beneficiarse de tasas de interés similares a las de 1975-1980 durante el auge financiero internacional de 2005-2008".[79]

La respuesta a la crisis fue la movilización de recursos de financiamiento, modestos en comparación con los efectos de la masiva reversión de las transferencias de recursos privados, y llegaron con una condicionalidad estructural, a través de reformas de mercado y ajustes fiscales.[80] Para Ocampo, esta fue realmente una crisis bancaria de los Estados Unidos, la cual no ha quedado registrada en la historia económica del continente. Las medidas adoptadas resultaron inapropiadas para manejarla, en un contexto asimétrico de negociación, en el

76 Ocampo Gaviria. "La crisis latinoamericana de la deuda a la luz de la historia", 29.

77 Ocampo Gaviria. "La crisis latinoamericana de la deuda a la luz de la historia", 30.

78 Ocampo Gaviria. "La crisis latinoamericana de la deuda a la luz de la historia", 30-31.

79 Ocampo Gaviria. "La crisis latinoamericana de la deuda a la luz de la historia", 32.

80 Ocampo Gaviria. "La crisis latinoamericana de la deuda a la luz de la historia", 37.

que los países latinoamericanos terminaron nacionalizando grandes porciones de la deuda externa privada. El Plan Baker, en sus etapas 1 y 2, y el Plan Brady vinieron a aliviar muy poco el endeudamiento contraído y la recuperación de la región fue muy lenta.[81] Los costos sociales fueron enormes: aumento de la pobreza y de la desigualdad y una creciente informalidad laboral, observables en los índices de desarrollo humano que había caracterizado al período de la industrialización dirigida por los estados, así como efectos en la inversión pública y en infraestructura, con consecuencias a largo plazo.[82]

4. Las normalidades de la salud

Dulce María del Carmen Delgadillo introduce otra problemática que se vincula al tema de la dependencia de los países "no desarrollados", en su condición de periferia de los centros de poder occidentales[83] y sostiene que "el concepto de "enfermedad tropical" fue resultado de un proceso histórico social observado por los europeos durante la época de la conquista y la colonia".[84] La zona tropical con la mayor diversidad ecológica del mundo, tanto en especies vegetales como animales y con una ocupación humana cercana al 40% de la población mundial, reproduce enfermedades "tropicales" ocasionadas por patógenos propios de los climas cálidos, las cuales son consideradas endémicas y que afectan

81 Ocampo Gaviria. "La crisis latinoamericana de la deuda a la luz de la historia", 40-42.

82 Ocampo Gaviria. "La crisis latinoamericana de la deuda a la luz de la historia", 44-46.

83 Dulce María del Carmen Delgadillo, "Historia breve de las enfermedades tropicales en América", *Apuntes de Ciencia y Sociedad*,5 (2) (2015): 304-309.

84 G. Carrada-Figueroa, "Importancia de las enfermedades tropicales en México y en el mundo", *Salud en Tabasco*, 1995 1(4): 119-122, citada por Delgadillo, "Historia breve de las enfermedades tropicales en América", 305.

aproximadamente 1.000 millones de personas al año. No obstante, esta situación está estrechamente vinculada con las condiciones sociales y de la salud pública deficientes de gran parte de los países de esta región, asociadas a la pobreza, la ignorancia y la inadecuada organización social, que desatienden una oportuna y previsible atención.[85]

Delgadillo incluye el tema de las condiciones agroecológicas anteriores a la llegada de los europeos al continente americano en el siglo XV, en las que no se contaba con animales domésticos que propiciaran la transmisión de enfermedades infectocontagiosas.[86] El contacto entre grupos humanos, separados durante el período neolítico y con nuevos animales y plantas de otras regiones del mundo, expusieron a las poblaciones nativas americanas a nuevas enfermedades como la viruela, el sarampión, la gripe, la influenza, la gripe porcina, el tifus, la fiebre amarilla y la malaria, lo que ocasionó un biogenocidio. Según la autora, esto facilitó el proceso de conquista y la desestructuración político-social de dos imperios, el azteca y el inca, situación que perduró, siglos más tarde, con la introducción de más especies, las migraciones, las guerras y la deforestación. Es en el siglo XIX que algunos países europeos realizaron investigaciones para ocuparse de estas enfermedades que afectaban a las poblaciones de sus colonias, enfermedades que lograron controlar, en particular, en sus propios países europeos.[87] Estas enfermedades infecciosas no solo no han desaparecido en el planeta sino que han surgido nuevas, han mutado sus cepas, o resisten a

85 World Health Organization. [homepage in internet]. Tropical diseases. [actualizada 2015; consultada julio 2015]. Disponible en: www.who. int/tropics/tropical_diseases/es/, citada por Delgadillo, "Historia breve de las enfermedades tropicales en América", 305.

86 Delgadillo, "Historia breve de las enfermedades tropicales en América", 306.

87 Delgadillo, "Historia breve de las enfermedades tropicales en América", 306-307.

los medicamentos, lo que genera una exposición actual y la vulnerabilidad ante ellas. Para su control, es necesario llevar registros, los cuales suelen ser exclusivos para algunos países del mundo. Las dificultades para desarrollar vacunas, con un efecto preventivo y sus tratamientos, inciden en su control y las condiciones sociales de los países tienen impacto en su disponibilidad y sostenibilidad.[88]

Dos logros importantes con respecto al control de estas enfermedades se han reportado a nivel mundial: es el caso de la viruela (erradicada) y la poliomielitis infantil (erradicada desde 1994 en América, pero que persiste en algunos países africanos). Esta enfermedad requiere su atención prioritaria, al igual que la malaria, el VIH, la tuberculosis, el cólera, la esquistosomiasis, la tripanosomiasis, la filariasis, la ascariasis, la Chikunguña, el dengue y la fiebre amarilla, mediante una estricta vigilancia epidemiológica mundial a corto y mediano plazo.[89] Delgadillo introduce una dimensión global para el abordaje de esta problemática que causa mortalidad y perjuicios en la salud de millones de personas, consecuencias que están distribuidas de manera desigual en el planeta y en América, no solo debido a las condiciones climáticas de los lugares donde habitan, sino por sus condiciones históricas, como el saqueo colonial de variedades biogenéticas y su traslado a nuevos nichos ecológicos a partir de la desestructuración y deterioro de los sistemas agroecológicos que habían sido construidos en procesos socioambientales durante los últimos ocho mil años. Expone el desigual acceso a la ciencia, la tecnología y condiciones para la organización en salud pública para la producción de nuevos medicamentos y su oportuna y equitativa distribución.

88 Delgadillo, "Historia breve de las enfermedades tropicales en América", 307.

89 Delgadillo, "Historia breve de las enfermedades tropicales en América", 308.

Este tema es analizado por la historiadora Mariola Espinosa,[90] quien aborda la importancia del continente americano en la historia del intercambio de especies animales, plantas y microorganismos, a partir del contacto, en doble vía, en el siglo XV. Espinosa hace una crítica de cómo ha sido -o no- reconocido el aporte de la medicina y la salud pública de los países latinoamericanos, ya que su condición de periferia de los polos científicos y tecnológicos del mundo, no significa que su ciencia sea periférica. Las asimetrías de poder significaron que, incluso cuando los nuevos conocimientos o técnicas innovadoras de los países latinoamericanos se difundieron al resto del mundo, sus orígenes se atribuyeron a otros o se pasaron por alto por completo. En este sentido, el enfoque global de la historia de la medicina en América Latina tiene el reto de rastrear las contribuciones latinoamericanas a las redes transnacionales de conocimiento médico.[91]

Espinosa relata cuatro ejemplos de historia global: el papel de México en la producción y abastecimiento de diosgenina para la industria farmacéutica norteamericana con un importante impacto comercial mundial, extraída del ñame silvestre; el de la corteza de quina, la fuente original de quinina, de origen indígena y apropiado por los jesuitas peruanos, la cual fue de crucial importancia para mantener y expandir el Imperio británico en sus colonias tropicales; y el caso de la estigmatización racial generada por la introducción de la viruela por parte de inmigrantes mexicanos en Texas a principios del siglo XX, vinculado a nuevas medidas aún más discriminatorias adoptadas posteriormente, como las escuelas segregadas. El último caso ocurre en la segunda mitad del siglo XIX, cuando las repetidas epidemias de fiebre amarilla en el sur de los Estados Unidos que

90 Mariola Espinosa, "Globalizing the History of Disease, Medicine, and Public Health in Latin America", *Isis*, 104 (4) (diciembre, 2013): 798-806.

91 Espinosa, "Globalizing the History of Disease", 801-802.

provenían de La Habana, donde la enfermedad era endémica, estimuló la idea de conquistar la isla y fue un motivo importante para la declaración de la guerra de Estados Unidos contra España, su invasión y ocupación.[92]

También hay historias de desconexión, cuando la divulgación científica ha obviado el aporte de personal latinoamericano, como el trabajo del médico cubano Carlos Finlay, quien propuso que la fiebre amarilla se transmitía por la picadura de un mosquito y no fue reconocida su contribución, así como tampoco lo fue el descubrimiento de Luis Ernesto Miramontes, químico mexicano que creó la *noretindrona*, la primera progesterona sintética que se convirtió en uno de los primeros compuestos como anticonceptivo oral y fue el segundo aprobado para ese propósito por la Administración de Drogas y Alimentos de Estados Unidos. Por último, se menciona el caso del médico colombiano Roberto Franco, en 1907, el cual reconoció la "fiebre amarilla selvática" y describió la ausencia del mosquito *A. aegypti* para su transmisión, así como la existencia de otro ciclo entre otros mosquitos y monos salvajes. Demostró, entonces, que los esfuerzos para erradicar la enfermedad en zonas selváticas mediante el control de los mosquitos, como se proponía en las ciudades, estaban condenados al fracaso.[93]

Se suma a este contexto de asimetría en el intercambio de conocimiento, las limitaciones de condiciones autónomas de infraestructura, tecnología, organización y financiamiento de los sistemas públicos de salud para hacer frente a la reproducción y expansión de enfermedades en el contexto latinoamericano. W. Qiu, S. Rutherford, A. Mao, y C. Chu expusieron que en las últimas décadas, en el mundo se han dado importantes brotes de enfermedades

92 Espinosa, "Globalizing the History of Disease", 803.

93 Espinosa, "Globalizing the History of Disease"., 803-805.

y pandemias con grandes impactos en múltiples campos, y ya visualizaban en el 2017 una amenaza de una pandemia por influenza.[94] En el siglo XX se han identificado tres pandemias de influenza: la gripe española (1918-1919), la "gripe asiática"(1957-1958) y la "gripe de Hong Kong" (1968-1969). La primera ha sido considerada la epidemia más devastadora registrada en la historia mundial, la cual generó una mortalidad de más de 20 millones de personas en el mundo. La influenza suele ser una de las enfermedades pandémicas más graves, con alta morbilidad y mortalidad, al igual que el dengue y el ébola.[95]

La movilidad de las personas por el mundo ha tenido un impacto en la transmisión de las enfermedades infecciosas por la rapidez en la que se genera el desplazamiento y el contacto humano, a grandes distancias. También, se reconocen vulnerabilidades asociadas a las grandes rutas comerciales y a zonas en procesos de transición política, conflictos armados y guerras civiles.[96] Esos autores indican que, en el ámbito de la ciencia y la medicina, no existe una definición amplia del concepto de pandemia, pese a que se han documentado en la historia y han tenido un gran impacto. Señalan que su definición está en proceso de cambio y es identificada por ciertas características que se someten a valoración: 1) que la enfermedad se extienda en una amplia zona geográfica (de carácter transregional y global); 2) que exista un movimiento de la misma en la que se identifique una transmisión que supera las temporadas normales que suelen darse anualmente; 3) que se considere

94 Wuqi Qiu; Shannon Rutherford; A. Mao y Cordia Chu, "The Pandemic and its Impacts", *Health, Culture and Society,* 9-10 (2016-2017): 3-11. DOI 10.5195/hcs.2017.221.

95 Wuqi Qiu; Shannon Rutherford; A. Mao y Cordia Chu, "The Pandemic and its Impacts", 4 y 6.

96 Wuqi Qiu; Rutherford; Mao y Chu, "The Pandemic and its Impacts", 8.

nueva o que esté asociada a nuevas variantes de organismos ya existentes; 4) el grado de su severidad, en el que se valora su gravedad y letalidad; 5) el grado de ataque y explosividad; 6) se valora el grado de inmunidad mínima de la población con respecto a esta; 7) suele ser una enfermedad infecciosa y contagiosa.[97] Además, indican que los impactos de las pandemias superaron el impacto propiamente en la salud, implicaron afectaciones en los sistemas de atención de salud, la salud animal, la agricultura, la educación, el transporte, el turismo y el sector financiero. Los impactos económicos suelen estar asociados a una inestabilidad en la economía que tiene costos a corto y a largo plazo, tales como la pérdida de los ingresos para las familias de los fallecidos, los gastos en el sistema de salud para atender la pandemia, así como debido a los cambios en el empleo. También, se identificaron efectos en el ámbito psicológico y social, al verse restringida la posibilidad de vincularse y verse cerrados los espacios de ocio, interacción, convivencia y en la educación, con el cierre de escuelas.[98] Ahora bien, los autores señalan que las pandemias han sido vistas como un problema de seguridad nacional y mundial y no como una cuestión de salud, emulando su amenaza a la de una guerra. Mencionan casos de violencia y restricción ocurridos durante la pandemia del ébola y que, de mantenerse esta visión desde la "seguridad sanitaria mundial", se podría llegar a fomentar respuestas violentas ante la emergencia.[99]

Al respecto, el enfoque del equipo de investigación en antropología médica[100] asume el modelo sindémico de la salud,

97 Wuqi Qiu; Rutherford; Mao y Chu, "The Pandemic and its Impacts", 5.

98 Wuqi Qiu; Rutherford; Mao y Chu, "The Pandemic and its Impacts", 5-7.

99 Wuqi Qiu; Rutherford; Mao y Chu, "The Pandemic and its Impacts", 8-9.

100 Merrill Singer, Nicola Bulled, Bayla Ostrach, y Emily Mendenhall, "Syndemics and the biosocial conception of health", *The Lancet*, 389 (10072) (febrero, 2017): 941-950.

como una nueva comprensión histórica de la gestión de la salud, a partir de la visibilización de las interacciones que existen entre las enfermedades y sus contextos sociales. Este modelo permite conocer cómo el "agrupamiento" de las enfermedades impacta y vulnera a determinadas personas y poblaciones, debido a las desigualdades sociales existentes, en procura de mejorar los derechos a la salud.[101] Señalan que las coinfecciones son desproporcionadamente comunes en poblaciones empobrecidas y en condiciones de desigualdad en salud, como la estigmatización, el estrés o la violencia estructural, así como por su limitado acceso a los servicios de salud.

Las sindemias involucran la interacción adversa de enfermedades de todo tipo y esta interacción aumenta la carga negativa en la salud. Una sindemia se presenta cuando hay condiciones para que las interacciones promuevan o potencien el contagio o la virulencia de otras enfermedades. Desde este abordaje, deben tomarse en cuenta las interacciones social-psicológica, psicológica-biológica y social-biológica, que afectan el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades y de sus causas, por un posible encubrimiento de unas sobre otras, de ahí la importancia de su análisis integrado para su control.[102] Un primer reporte acerca de una sindemia surgió durante un programa de investigación sobre la prevención del riesgo del VIH entre los consumidores de drogas, en el que se observó que en los barrios marginales de los Estados Unidos se propagaba el SIDA en conjunto con otras enfermedades y condiciones endémicas: la tuberculosis, las infecciones de transmisión sexual, la hepatitis, la cirrosis, la mortalidad infantil, el suicidio y el homicidio, a su vez asociadas con altas tasas de desempleo, la pobreza, la falta

101 Singer, Bulled, Ostrach y Mendenhall, "Syndemics and the biosocial conception of health", 941.

102 Singer, Bulled, Ostrach y Mendenhall, "Syndemics and the biosocial conception of health", 941-945.

de vivienda, el hacinamiento, una nutrición deficiente y la interrupción de las redes de apoyo social y sociales y étnicas. Numerosos estudios sobre el VIH/SIDA han permitido comprender la interacción biosocial de esta enfermedad y la necesidad de desarrollar protocolos de prevención y tratamiento eficaces que incluyan otros factores biológicos y estructurales que contribuyen a su propagación y progresión, para generar mejores resultados. El intercambio y reordenamiento de genes en el virus del VIH es otra de las interacciones posibles, que, en el caso de la Influenza tipo A, permite la generación constante de nuevas cepas, algunas de las cuales presentan un riesgo sustancial de transmisibilidad entre especies, patogenicidad y potencial pandémico.[103]

La documentación acerca de las relaciones entre enfermedades biológicas y el contexto psicosocial, como la exposición a la violencia y al estrés, por ejemplo, llevan a Singer, Bulled, Ostrach y Mendenhall a advertir en la necesidad de utilizar el enfoque multicausal y de sistema en los modelos de salud pública, con un mayor apoyo integral a la atención primaria en salud que se encuentra a veces recargada y con limitadas posibilidades para asumir procesos tan complejos, ya que las poblaciones enfrentan un riesgo de salud creciente, debido a los cambios ambientales de origen antrópico, que, a su vez, han intensificado la desigualdad social y del acceso a la salud.[104] El proceso de medicalización de la salud también incide en esta relación entre la medicina, la salud pública y las enfermedades.[105]

---

103 Singer, Bulled, Ostrach y Mendenhall, "Syndemics and the biosocial conception of health", 942-944.

104 Singer, Bulled, Ostrach y Mendenhall, "Syndemics and the biosocial conception of health", 946-947.

105 Peter Conrad, *The Medicalization of Society. On the Transformation of Human Conditions into Treatable Disorders,* (Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 2007): 3-19.

La medicalización se define como un proceso mediante el cual los problemas no médicos se interpretan y tratan como problemas médicos, generalmente en términos de enfermedades y trastornos.[106] Otro problema es que la medicalización aumenta la cantidad de control social médico sobre el comportamiento humano, además de que su abordaje es individual, en lugar de ser realizado a través de soluciones colectivas y sociales.[107] Se suma al aspecto ético el hecho de que esta ha aumentado la rentabilidad y los mercados de las empresas farmacéuticas y biotecnológicas.[108]

Es importante reconocer que en la década de 1980 se dieron importantes cambios: la medicina corporativa jugó un papel importante en la estructuración de un sistema cada vez más impulsado por los compradores (oferta y demanda) y los "pacientes" se transformaron en "consumidores". En la década de 1990, la genética se convirtió en el centro del conocimiento y del discurso de la enfermedad, la salud se estructuró como una nueva industria biotecnológica, la cual, sumada a la corporativización de la asistencia sanitaria, el marketing y las leyes desreguladoras de la información sobre el uso no aprobado y los riesgos de los medicamentos, crearon un mundo de la medicina diferente. Este cambio transformó, a su vez, el proceso de medicalización: la salud pasó a ser un producto, una mercancía que se publicita, se oferta, se consume; las empresas farmacéuticas comercializan las enfermedades, para luego vender medicamentos para tratar esas enfermedades, al punto de que hasta el criterio del personal médico va siendo desplazado por las agencias promotoras.[109]

---

106 Conrad, *The Medicalization of Society*, 4-5.

107 Ibíd., 8.

108 Conrad, *The Medicalization of* Society, 8.

109 Conrad, *The Medicalization of* Society, 14-19.

Conclusión

En el análisis realizado en este ensayo se reconocen diversas crisis, en estrecha relación con las normalidades construidas en el tejido de la vida sociocultural, política y económica de la región latinoamericana, así como en el plano del conocimiento. Estas crisis tienen dimensiones en escalas nacional, regional y global que se interrelacionan entre sí.

En el caso de la pandemia por COVID-19, la persistencia de los problemas políticos, sociales, económicos y étnico-culturales y su interacción adversa la convierten, más que en una crisis sanitaria, en una compleja crisis: una sindemia social. Esta última tiene elementos vinculados con la herencia colonial discriminatoria y excluyente de poblaciones socioculturales en combinación con la desigualdad económica y política. Esto se puede comprobar a partir de los informes con respecto a las diferencias en las tasas de contagio y de mortalidad entre grupos al interior de comunidades y países: la COVID-19 ha afectado, mayormente, a las poblaciones afrodescendientes y latinas en Estados Unidos y a las poblaciones pobres en los países latinoamericanos, las cuales presentan mayor vulnerabilidad debido a la exposición que generan los trabajos que normalmente realizan en la sociedad, así como por otros factores de riesgo (diabetes, hipertensión, obesidad), asociados a su vez a restricciones en el acceso a una buena alimentación y al adecuado monitoreo y seguimiento de la salud, propias del modelo de consumo, de la institucionalización de la salud y la racialización de la sociedades.

Se constata una crisis institucional -no solo en esta coyuntura sanitaria-, asociada a una crisis económica y política. La gran mayoría de los Estados nación de la región han mostrado su incapacidad organizativa y económica para satisfacer las necesidades de salud y bienestar de sus habitantes, evidente en el aumento de la prevalencia de

enfermedades que podrían prevenirse y atenderse, y en la creciente desigualdad e inequidad. Además, la salud y la enfermedad, ambas, se han convertido en mercancías que se gestionan en el mundo del comercio y de la biotecnología internacional, lo que deja en situación de enajenación y dependencia científica, social y económica a los países y a sus habitantes.

Los textos analizados en este capítulo no mencionan los graves problemas ecológicos que se potenciaron en la segunda mitad del siglo XX y que se han agudizado en el siglo XXI sin respuesta alguna, pese a los importantes estudios y a las consecuencias empíricas presentes. En el marco de esta pandemia, la crisis ambiental ha sido invisibilizada. Por esto no es extraño que la crisis del sistema mundial capitalista, acrecentada por la sindemia, no se enuncia globalmente desde el lugar de locución y subjetivación que identifica sus consecuencias e insustentabilidad, esta se anuncia como promesa para justificar el esfuerzo de su restitución.

SEGUNDA PARTE

Pandemias y crisis locales

Capítulo 4

Infantes y microorganismos: las enfermedades de la niñez en Costa Rica (1949-1956)

Nasly Madrigal Serrano

Introducción

En 1960, Philippe Ariès publicó *L'enfant et la vie familiale sous l'Ancien Régime* (traducido al inglés como *Centuries of Childhood. A Social History of Family Life* y publicado en 1962),[1] donde planteaba que la infancia es el resultado de un constructo social. Su argumento se centraba en la capacidad que tienen los niños/niñas de moldearse a las ideas y expectativas sociales que se redefinen y reproducen en el círculo familiar a través del juego, la relación con los adultos, la educación, la vestimenta y otros componentes de la vida cotidiana. El punto central de esta propuesta es que las experiencias, determinadas por la sociedad en general y la familia en concreto, conducen a la diferenciación de la infancia respecto a otras etapas de la vida. Los resultados alcanzados por Ariès se limitan al Antiguo Régimen en Europa, pero sugieren que la infancia es cambiante en el tiempo, por su correspondencia con las ideas y las necesidades de la sociedad, por lo cual es más acertado referirse a varias infancias y no a una sola a lo largo de la historia.

1 Philippe *Ariès, Centuries of Childhood. A Social History of Family Life*, traducido por Robert Baldick (New York: Alfred A. Knopf, 1962).

Las transformaciones en la niñez que sugiere Ariès pueden devenir en nuevos roles estatales e involucrar a diversos actores que no se limitan únicamente a la familia. En este trabajo se entiende que la infancia, como constructo social, también depende de las nociones médicas y científicas, de manera que las entidades de salud pública pueden contribuir en la problematización de su vida desde las preocupaciones alrededor de la salud y la enfermedad. La identificación de esos problemas por parte de los agentes de la salud, a su vez, puede repercutir en cambios tangibles en la vida de los niños/niñas y en la reformulación de la práctica biomédica centrada en los infantes.

El presente capítulo sigue la lógica anterior para la Costa Rica de mediados del siglo XX y propone que, durante ese período, la infancia presentó características propias que la diferenciaron de otros períodos. Las particularidades que adquirió la infancia estuvieron asociadas a las enfermedades a las cuales estaba expuesta, a las consecuencias de esta –compréndase la muerte–, y al abordaje de esos dos problemas desde el hogar y el servicio público de salud.

La atención y los cambios propuestos sobre los infantes en el campo de la salud en Costa Rica se pueden rastrear desde el siglo XIX e inicios del siglo XX. Varios sectores sociales, entre estos el médico, se involucraron en el control de la mortalidad infantil (menores de 1 año de edad) con el apoyo del sistema de salud estatal, construido en parte por la preocupación alrededor de las muertes y su significado socio-económico. La tasa de mortalidad infantil (TMI), que durante la primera mitad del siglo XX se mantuvo entre 100 y 300 fallecidos por cada mil nacidos vivos,[2] despertó la preocupación de un grupo de mujeres que fundó en 1913 La Gota de Leche, una organización de beneficencia cuyo

2 Héctor Pérez Brignoli, *La población de Costa Rica, 1750-2000: una historia experimental* (San José: Editorial UCR, 2010), 139-142.

objetivo era contribuir en la alimentación de los infantes y en la orientación médica de la maternidad.[3] El carácter privado de la salud en respuesta a la mortalidad infantil y a las enfermedades se identifica también en los proyectos de investigación que ejecutaba el médico y político Carlos Durán, quien registraba el desarrollo de la enfermedad de sus hijas, externaba su inquietud respecto a la alimentación infantil y ofrecía consejos a las mujeres.[4]

El gremio médico planteaba en ese momento que la lactancia estaba asociada a la mortalidad infantil y se presentaba a la madre como responsable directa de la salud de sus hijos/hijas, y, por tanto, como aprendiz del conocimiento científico; al respecto, los libros de los médicos Carlos Pupo y Benjamín Céspedes son referentes de este fenómeno, entendido conceptualmente como "maternidad científica".[5] Durante esos años, el estado manejó un discurso de auto-inmigración, según el cual la población costarricense debía reforzarse para prescindir de trabajadores extranjeros "indeseables".[6] En ese sentido, la atención de los fallecimientos infantiles era prioritaria, puesto que los niños/niñas representaban la futura fuerza laboral.

Las preocupaciones expresadas en proyectos colectivos o particulares derivaron en medidas estatales como la recolección y publicación de datos demográficos –entre estos, la mortalidad infantil–.[7] El fin del registro estadístico era

---

3 Ana María Botey Sobrado, "De la beneficencia a la filantropía "científica": la fundación de La Gota de Leche (1913)", *Diálogos Revista Electrónica de Historia*, número especial (2008): 1336-1377.

4 Carmela Velázquez Bonilla, "El doctor Carlos Durán. Su investigación médica y sus estudios sobre la niñez", *Diálogos Revista Electrónica de Historia* 7, no. 1 (2006): 101-106, 114.

5 Dennis Arias, *Héroes melancólicos y la odisea del espacio monstruoso: metáforas, saberes y cuerpos del biopoder (Costa Rica, 1900-1946)* (San José: Editorial Arlekín, 2016), 66-105.

6 Arias, *Héroes melancólicos y la odisea del espacio monstruoso*, 66-105, 334-434.

7 Arias, *Héroes melancólicos y la odisea del espacio monstruoso*, 45-105.

llevar un control de los procesos vitales para mediar en estos. La intervención se llevó a cabo a través del establecimiento de figuras e instituciones de salud, entre estas, los Médicos del Pueblo (1894); el Instituto Nacional de Higiene (1895); el Departamento de Anquilostomiasis (1915);[8] y el Departamento de Protección Infantil de la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social –después refundido con el Departamento de Protección Maternal para dar lugar al Departamento de Protección Materno-Infantil (1940)–.[9] Las acciones también se materializaron en las Unidades Sanitarias, espacios creados por el Estado desde finales de la década de 1920 con el apoyo de la Fundación Rockefeller, para cubrir varios problemas de salud pública.[10]

Todas estas iniciativas y proyectos se enmarcaron en el régimen liberal de bienestar, cuyo inicio se ubica en el siglo XIX y es considerado la base del régimen de bienestar desarrollado a partir de la década de 1940. El régimen liberal de bienestar costarricense se caracterizó por enmarcar la salud de la población en el concepto de progreso, lo cual se concretó en algunos de los aspectos ya mencionados. La generación de una estructura en torno a la higiene pública, concebida para ese período como la contención de la enfermedad, fue posible gracias al aumento del gasto público en salud, especialmente en las décadas de 1920 y 1930.[11]

---

8 Ronny Viales Hurtado, "Construcción, trayectoria y límites del régimen liberal de bienestar en Costa Rica. 1870-1940", *Diálogos. Revista Electrónica de Historia*, número especial (2008): 1422-1430.

9 Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social, *Memoria de la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social 1940* (San José: Imprenta Nacional, 1941).

10 Ana Paulina Malavassi Aguilar, "Prevenir es mejor que curar: análisis sobre el trabajo cooperativo en salud pública de la Fundación Rockefeller en Costa Rica y Panamá: décadas 1910-1930" (Tesis de Doctorado, Universidad de Costa Rica, 2011), 291-329.

11 Viales Hurtado, "Construcción, trayectoria y límites del régimen liberal de bienestar en Costa Rica", 1407-1430.

Pero el salto significativo de la mortalidad infantil y estado de salud de los infantes, en general, se produjo en Costa Rica hasta la década de 1970.[12]

Son pocos los estudios que refieren a la salud de los infantes entre los decenios de 1950 y 1970.[13] El siguiente análisis procura abordar parte de la década de 1950, siguiendo la lógica anterior y partiendo de que en la continuidad del problema había particularidades que distinguían a este período de los anteriores.

El presente capítulo abordará la infancia de mediados del siglo XX (1949-1956) desde la enfermedad, la mortalidad y los consejos sobre crianza dados a las madres por los médicos del Ministerio de Salubridad Pública (MSP) –antes Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social (1927)–, con el objetivo de explicar la importancia dada a los infantes, la problematización de su salud y

12 Luis Rosero-Bixby, "Determinantes socioeconómicos y sanitarios del descenso de la mortalidad infantil", *PAHO* (1985): 246-267.

13 Ana Paulina Malavassi Aguilar, ""Y que no queden rezagados para pedir limosna y acabar así en seres infelices". Análisis de las percepciones de un grupo de estudiantes de pedagogía de la Universidad de Costa Rica sobre la poliomielitis, la víctima y la rehabilitación. Casa Verde, 1955-1957", en *Historia de la Infancia en Costa Rica. Cinco aproximaciones*, ed. David Díaz Arias (San José: Editorial Nuevas Perspectivas, 2012), 93-153; "Análisis sobre la inmunización contra las enfermedades prevenibles en Costa Rica y su impacto social, 1950-2000: una mirada crítica de las políticas públicas a través de las Memorias de Salud", en *Historia de las desigualdades sociales en América Central. Una visión interdisciplinaria, siglos XVIII-XXI*, eds. Ronny J. Viales H. y David G. Díaz A. (San José: Vicerrectoría de Investigación: Centro de Investigaciones Históricas de América Central, 2016), 354-378; "Representaciones sobre la epidemia de poliomielitis en el periódico *La Nación*. Costa Rica, 1954", inédito; Domingo Vargas Azofeifa, "El Hospital Nacional de Niños en el marco de la salud pública costarricense: 1954-1998" (Tesis de Licenciatura en Historia, Universidad de Costa Rica, 2001); Alfonso González Ortega, *Mujeres y hombres de la posguerra costarricense (1950-1960)* (San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica, 2005). El libro bajo la autoría de González no aborda directamente la infancia, sino que se concentra en la maternidad, pero a partir de ahí se puede llegar a algunas conclusiones sobre las características de salud infantil durante la posguerra.

su enfermedad, e, indirectamente, la experiencia de estos en el contexto del sistema de salud costarricense. La delimitación temporal obedece a que la fuente principal a utilizar se publicó entre 1949 y 1956; esta, junto a las estadísticas vitales, permite identificar continuidades y rupturas respecto al período anterior, lo cual expone las ideas que sobre la vida y la infancia manejaban los médicos en el sistema de salud, y brinda un escenario claro de las limitaciones y alcances de ese sistema en relación con los niños/niñas.

Los datos relativos a la mortalidad infantil se tomaron de las estadísticas vitales generadas en Costa Rica anualmente, y cubren las tasas de mortalidad infantil (TMI) y los porcentajes de mortalidad por rangos etarios, asistencia médica y causas. Las sugerencias, las explicaciones y las inquietudes de los médicos se exploraron en el *Suplemento de Puericultura* (de aquí en adelante solo suplemento), publicado por el MSP casi todos los domingos de 1949 a 1956, en el periódico *La Nación*.[14]

El suplemento fue una especie de boletín divulgativo, dirigido abiertamente a las mujeres para la crianza de los niños/niñas (0 a 12 años de edad aproximadamente), y estaba escrito por médicos identificados como tales, por autores anónimos, o por autores que habían publicado en otras instituciones como el Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP). Aquí se asume que todos los autores eran médicos. La publicación estuvo a cargo de tres departamentos distintos del MSP a lo largo del período (Maternal, Materno-Infantil y Educación Sanitaria). Los consejos y las explicaciones ofrecidas en ese espacio consideraban los cuidados del embarazo y el parto, la lactancia, la alimentación de los infantes, la higiene mental, el juego y el desarrollo social bajo parámetros higiénicos y las enfermedades –especialmente infectocontagiosas– de los niños/niñas.

14 El suplemento también se publicó en un periódico de Tres Ríos, La Unión, Cartago.

1. Contexto político y socio-cultural en la década de 1950

La década de 1950 presentó un contexto distinto al de las décadas anteriores, especialmente en términos políticos y culturales. La dimensión política se mantuvo permeada durante todo el período por el discurso bélico de la guerra civil de 1948; tanto calderonistas como figueristas arrastraron los enfrentamientos a la prensa en un juego de mutua culpabilización, rechazo al comunismo y reformulación de alianzas.[15] Parte del rol de las mujeres en esa dinámica post-bélica provino de su organización como colectivo para concretar una amnistía basada en las ideas de armonía familiar.[16] La esfera socio-económica se caracterizó por la diversificación de las producciones nacionales y por la dinamización del sector cafetalero.[17]

El perfil demográfico general en Costa Rica era el siguiente: para 1950 poco más del 65% de la población se podía calificar como rural[18] y el analfabetismo era bajo (78,8% de las personas de 10 o más años de edad sabían leer y escribir),[19] mientras que la tasa global de fertilidad se

15 Kirk Bowman, "Fue el compromiso y consenso de las élites lo que llevó a la consolidación democrática en Costa Rica? Evidencias de la década de 1950", *Revista de Historia*, no. 41 (2000), 91-127; Manuel Gamboa, "Los discursos políticos durante las campañas electorales entre 1953 y 1970 en Costa Rica: la memoria de la Guerra Civil de 1948" (Tesis de Licenciatura em Historia, Universidad de Costa Rica, 2012).

16 Alexia Ugalde, "'Purificarse en las aguas del Jordán". La ruta política y social de la amnistía de 1955 en Costa Rica y la participación de las mujeres", *Diálogos. Revista Electrónica de Historia* 21, no. 1 (2020), 37-66.

17 Jorge Rovira Mas, *Estado y política económica en Costa Rica 1948-1970* (San José: Editorial Porvenir, 1988), 63, 67-69.

18 Iván Molina Jiménez, *Costarricense por dicha: identidad nacional y cambio cultural en Costa Rica durante los siglos XIX-XX* (San José: Editorial UCR, 2015), 83.

19 Iván Molina Jiménez, *La educación en Costa Rica de la época colonial al presente* (San José: EDUPUC, 2016), 335.

mantuvo en 6,7 hijos por mujer durante el período de 1950 a 1955.[20] La tasa de mortalidad general y la TMI se revisarán en el próximo apartado porque son consustanciales al problema que se plantea abordar en este capítulo. Por el momento, valga considerar que la TMI era elevada, a pesar de su reducción continua desde el período anterior, particularmente desde la década de 1940.[21]

Las realidades anteriores convergieron con el ingreso de ideas y productos estadounidenses y con el cuestionamiento a los patrones de recreación y sociabilidad de los jóvenes, quienes, de acuerdo a sus mayores, representaban el deterioro moral de la sociedad.[22] Las ideas y productos importados fueron variados y una parte de esa oferta estaba vinculada a la maternidad y al infante. Esa interacción entre las realidades locales y las ofertas externas se podía encontrar en la venta libre de leche en polvo para la alimentación de los niños/niñas, en películas que se proyectaban en el cine sobre el nacimiento del infante –parto y cesárea– y en los suplementos de instrucción a las madres –entre estos el de puericultura–.[23]

La salud pública en general, y concretamente la infantil, se mantuvo al margen del enfrentamiento entre los partidos que disputaban el apoyo popular y de los programas de modernización económica; sin embargo, el nuevo grupo dirigente que convocó a una Asamblea Constituyente

20 Miguel Gómez, "Antecedentes, justificación y objetivos del estudio", en *Determinantes de la fecundidad en Costa Rica. Análisis longitudinal de tres encuestas*, eds. Luis Rosero Bixby, Miguel Gómez Barrantes y Virginia Rodríguez de Ortega (San José: Dirección General de Estadística y Censos), 11.

21 Pérez Brignoli, *La población de Costa Rica, 1750-2000*, 139-143.

22 Molina Jiménez, *Costarricense por dicha*, 101-102; Alfonso González Ortega, *Mujeres y hombres de la posguerra costarricense (1950-1960)* (San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica, 2005), 87-89.

23 González Ortega, *Mujeres y hombres de la posguerra costarricense (1950-1960)*, 107-158.

después del conflicto reconoció la existencia de un Sistema Nacional de Salud Pública y le otorgó autonomía institucional.[24] El sistema de salud estuvo ramificado en la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) y en el MSP. La primera institución cubría a las personas con seguro social y la segunda veló por la salud de aquellos que no contaban con seguro, aunque el MSP integró a la población en general, pues la salud pública era concebida en su acepción universal, lo cual no la exceptuaba de presentar limitaciones como las que se verán adelante.

El MSP procuró extender sus servicios a toda la población, no solo porque sus funciones se sustentaban en la premisa universalista, sino también porque el seguro social de la CCSS tenía una cobertura de apenas el 12% para el período en estudio. La Segunda República, en ese sentido, no supuso un cambio radical en la atención de la salud pública durante la década de 1950. El personal del sistema de salud de Costa Rica continuó ejerciendo las labores desde las instituciones que se habían establecido en el período anterior, de las cuales quizá la más importante fue la Unidad Sanitaria. Este espacio, conocido como Unidades Sanitarias por su pluralización desde que fue concebido en 1928, se mantuvo y creció en cantidad a lo largo de toda la década de 1950. Las Unidades Sanitarias se ubicaban en los cantones de las provincias y sus servicios fueron muy diversos; respecto a la maternidad y la infancia, las unidades ofrecieron consultas pre y post natales a las mujeres embarazadas y consultas a los niños/niñas.[25]

---

24 Rovira Mas, *Estado y política económica en Costa Rica 1948-1970*, 58-59.

25 Para el período anterior a 1950, véase: Ana Paulina Malavassi Aguilar, "Prevenir es mejor que curar: análisis sobre el trabajo cooperativo en salud pública de la Fundación Rockefeller en Costa Rica y Panamá: décadas 1910-1930" (Tesis de Doctorado, Universidad de Costa Rica, 2011), 291-329. Para la década de 1950, véase: Ministerio de Salubridad Pública, *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública* (San José: Imprenta Nacional, 1955).

Además de las Unidades Sanitarias, el MSP contaba con departamentos vinculados a la salud de los infantes: Departamento de Protección Maternal y Departamento de Protección Infantil, Departamento de Educación Sanitaria, y otros. Los departamentos llevaban un registro de casos y asistencia, brindaban servicios que trascendían las Unidades Sanitarias y procuraban divulgar sus proyectos.[26] El MSP era, entonces, un ente en el cual se articulaban varias unidades dedicadas a múltiples áreas de la salud, entre esas la infantil.

En resumen, la década de 1950 estuvo caracterizada por la tensión política y la propuesta de una nueva política económica; por la ratificación del sistema de salud pública; y, por la constitución de familias amplias, que sugieren la convivencia de varios niños/niñas desenvueltos en una sociedad particularmente rural. La sociedad costarricense, sin embargo, no estuvo exenta de recibir productos y nociones del exterior que incidieron en el consumo, en la sociabilidad, e incluso en la conformación de los proyectos de salud.

2. Mortalidad infantil, asistencia médica y causas

El período que inicia tras la guerra civil de 1948 y la elaboración de la nueva Constitución Política, comenzó a diferenciarse de las décadas pasadas tanto por los procesos mencionados brevemente arriba, como por el comportamiento de la TMI (menores de 1 año de edad). Entre 1949 y 1956, la TMI se redujo en términos generales, pero continuó siendo alta. La magnitud de las muertes infantiles se

26 Ministerio de Salubridad Pública, *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública* (San José: Imprenta Nacional, 1950).

puede confirmar mediante su porcentaje de participación en la mortalidad general y en la comparación con las tasas de otros países. El porcentaje de participación de la mortalidad infantil respecto a la mortalidad general correspondió a 33-40 por ciento durante todo el período (ver Tabla 4.1), esto quiere decir que, junto a las muertes de los niños/niñas entre 1 y 4 años de edad, representaba aproximadamente el 50 por ciento de todos los fallecimientos que por año se registraban en Costa Rica.

La TMI de 1949 a 1956 era baja (ver Gráfico 4.1) en contraposición al promedio de las tasas que presentaban los demás países centroamericanos (Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua) para 1950: 155 muertos por cada mil nacidos vivos.[27] La comparación es distinta a luz de la TMI de México, Argentina y España para 1950: 101, 64,9 y 64 fallecidos por cada mil nacidos vivos, respectivamente.[28] Estas tasas, a las cuales se le une la de Uruguay para 1953 (60 niños muertos por cada mil nacidos vivos), eran más bien similares a las de Costa Rica. La diferencia más extrema, donde por el contrario Costa Rica presenta una TMI alta, se encuentra al revisar las TMI de Estados Unidos e Inglaterra para 1950 (35,5 y 35 muertes por cada mil nacidos vivos) y la de Suiza entre 1951 y 1955 (28,6 fallecimientos por cada mil nacidos vivos).

---

27 Yolanda Baires Martínez, "La situación demográfica de Centroamérica (1950-1980)", *Anuario de Estudios Centroamericanos* 10 (1984), 145.

28 Cecilia Andre Rabell y Mier y Terán Rocha, "El descenso de la mortalidad en México de 1940 a 1980", *Estudios Demográficos y Urbanos* 1, no. 1 (1986), 48; Edith Alejandra Pantelides y Adriana Rofman. "La transición demográfica argentina: un modelo no ortodoxo", *Desarrollo Económico* 22, no. 88 (1983), 517; Rosa Gómez Redondo, "El descenso de la mortalidad infantil en Madrid, 1900-1970", *Revista Española de Investigaciones Sociológicas*, no. 32 (1985), 105.

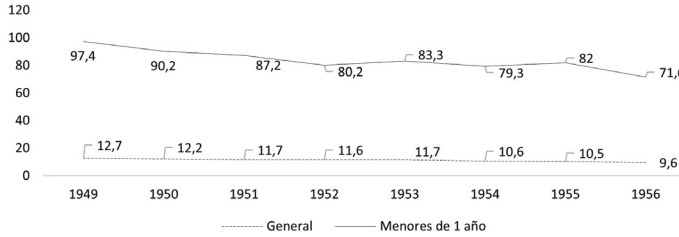
Tabla 4.1
Costa Rica: Mortalidad por rangos de edad (1949-1956)

Años	Menores de 1 año	%*	1-4 años	%	5-9 años	%	10-14 años	%
1949	3346	33,8	1750	17.7	345	3.4	141	1.4
1950	3358	34,3	1588	16.2	299	3	143	1.4
1951	3420	35.5	1511	15.6	320	3.3	128	1.3
1952	3739	37.7	1580	15.9	271	2.7	119	1.2
1953	3956	38.4	1692	16.4	342	3.3	117	1.1
1954	3820	39.2	1560	16.1	331	3.4	120	1.2
1955	4009	40.1	1447	14.5	249	2.5	126	1.3
1956	3685	38.7	1240	13	264	2.8	123	1.3

*Todos los porcentajes han sido calculados respecto a la mortalidad general por año.

Fuente: Ministerio de Economía y Hacienda y Dirección General de Estadística y Censos. Anuario de la Dirección General de Estadística 1949. San José: Ministerio, 1949; Anuario de la Dirección General de Estadística 1950. San José: Ministerio, 1953; Anuario de la Dirección General de Estadística 1951-1952. San José: Ministerio, 1954; Anuario de la Dirección General de Estadística 1953. San José: Ministerio, 1955; Anuario de la Dirección General de Estadística 1955. San José: Ministerio, 1956. Dirección General de Estadística y Censos. Principales hechos vitales ocurridos en Costa Rica, 1954. San José: Imprenta Nacional, 1955; Principales hechos vitales ocurridos en Costa Rica, 1955. San José: Imprenta Nacional, 1956.

Gráfico 4.1
Tasa de mortalidad general y mortalidad infantil por mil (1949-1956)

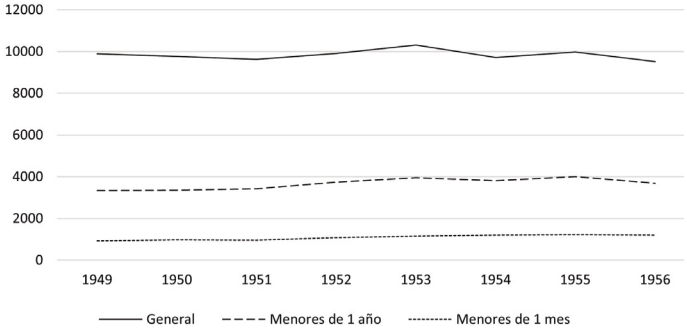


Fuente: Dirección General de Estadística y Censos. *Principales hechos vitales ocurridos en Costa Rica.* San José: Imprenta Nacional, 1957.

La TMI puede confirmarse alta o baja dependiendo de las comparaciones de primera entrada, pero, si se considera que las tasas responden a los determinantes bio-sociales, es más acertado indicar que los sistemas económicos y sanitarios de Costa Rica tenían que recorrer todavía un camino considerable para llegar a las tasas de los países que presentaban estructuras distintas a las suyas en la década de 1950. Además, la tasa de Costa Rica puede considerarse alta por el porcentaje de participación de la mortalidad infantil en la mortalidad general.

Las muertes infantiles, según asistencia médica, permiten observar una parte de los alcances y limitaciones del sistema de salud costarricense. Es cierto que los fallecimientos de los niños/niñas iban decreciendo conforme estos avanzaban en edad (ver Tabla 4.1), de manera que la muerte no los afectaba a todos por igual. La mayor cantidad de infantes afectados se encontraba en el rango de 0 a 1 año de edad. Sin embargo, el Gráfico 4.2 muestra que la desigualdad también se manifestaba dentro del rango de infantes con menos de un año.

Gráfico 4.2
Costa Rica: Mortalidad general y mortalidad infantil de 1949-1956



Fuente: Ministerio de Economía y Dirección General de Estadística. Anuario de la Dirección General de Estadística 1953. San José: Ministerio, 1955; Anuario de la Dirección General de Estadística 1954. San José: Ministerio, 1955; Anuario de la Dirección General de Estadística 1955. San José: Ministerio, 1956; Anuario de la Dirección General de Estadística 1956. San José: Ministerio, 1957.

Las muertes sin asistencia médica fueron más altas que aquellas con asistencia médica durante todo el período en estudio, aunque debe notarse que cada vez más infantes recibieron la asistencia al morir, de ahí que se pueda establecer de manera prematura una relación entre el descenso de la TMI y el servicio de salud. La limitación en la asistencia que recibían los niños/niñas al fallecer, se explica porque los servicios implementados desde los años anteriores –como las Unidades Sanitarias– surtían efectos restringidos, por eso la TMI bajaba continuamente, pero a un ritmo muy lento.[29]

La limitada asistencia médica tampoco se entiende si no se considera que la CCSS, instaurada desde inicios de la década de 1940, cubría a un porcentaje reducido de la población.[30] No podía esperarse que los familiares de todos los infantes acudieran a este servicio al presentarse los síntomas de alguna enfermedad. Finalmente, los niños/niñas de Costa Rica no contaban con un hospital centralizado de especialidades pediátricas; el servicio más cercano lo encontraban en el MSP, ya que el Hospital Nacional de Niños se levantó hasta el decenio de 1960.[31] La insuficiente oferta de servicios gratuitos y estatales se compensaba con las prácticas domésticas de salud.

La mortalidad y su nexo con el sistema de salud, así como el abordaje de las enfermedades infantiles, se comprende con mayor precisión al conocer las causas que la provocaban. Las causas de muerte, de las que se dispone en este trabajo, solo contemplan las estadísticas para menores de 1 año, y dejan por fuera los demás rangos etarios, las regiones geográficas y el sexo. Los años cubiertos para estudiar este problema son 1953, 1954, 1955 y 1956, debido a que la nomenclatura de 1948

29 Pérez Brignoli, *La población de Costa Rica, 1750-2000*, 139.

30 Caja Costarricense de Seguro Social, *Memoria Anual* (San José: CCSS, 1978).

31 Domingo Vargas Azofeifa, "El Hospital Nacional de Niños en el marco de la salud pública costarricense: 1954-1998" (Tesis de Licenciatura en Historia, Universidad de Costa Rica, 2001).

para la clasificación de causas de muerte fue adoptada hasta 1953. Las fuentes revisadas señalan que la clasificación de las causas de muerte en menores de 1 año de edad anterior a 1953 obedeció a la nomenclatura de 1938. La adición de nuevas enfermedades y la coordinación cercana entre el MSP y el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), constituyen criterios para trabajar a partir de 1953.[32]

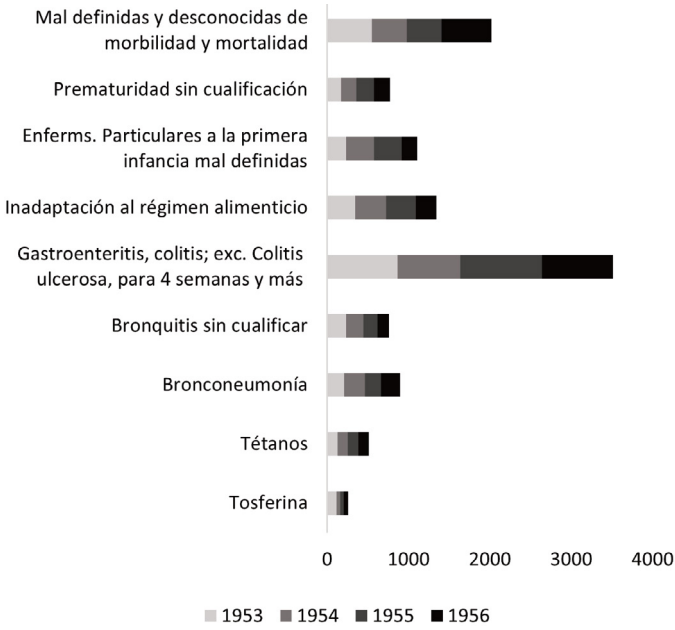
El Gráfico 4.3 muestra que hubo grupos de causas que generaron más de 100 muertes por año y que, de estas, las más importantes eran las enfermedades gástricas, a las cuales siguieron en relevancia las mal definidas o desconocidas y las vinculadas con la inadaptación al régimen alimenticio. Todas estas causas coinciden en que están asociadas a la alimentación y la higiene de los infantes; las estadísticas vitales no lo indican abiertamente, pero la interpretación es válida si se lee a la luz del interés por cubrir esos dos aspectos desde inicios del siglo XX e, incluso, si se toman en consideración las preocupaciones y recomendaciones publicadas en el suplemento (1949-1956). De acuerdo con el suplemento, este fue un período donde la desnutrición y la malnutrición eran problemas; por eso, algunos de sus números estuvieron dedicados a la lactancia y a la explicación científica de los alimentos. La higiene, por su parte, se encontraba en el centro de todos los consejos.[33]

---

32 Antes de adoptarse el código de 1948, las cifras eran agrupadas por las causas principales de muerte, pero, como indica Pérez Brignoli, el problema de este procedimiento era que los encargados de seleccionar las enfermedades u otras causas no contaban con criterios médicos para hacerlo. La información presentada, por tanto, cambiaba anualmente sin justificación clara y quedaban por fuera afecciones que también ocupaban un porcentaje en la mortalidad infantil. La nomenclatura de 1948 agregó 605 causas más que la codificación de 1938. Para otras puntualidades acerca de la nomenclatura y la clasificación durante este y otros períodos, véase: Pérez Brignoli, *La población de Costa Rica, 1750-2000*, 154-155.

33 Nasly Madrigal Serrano, "Cómo ser madre y proteger a la infancia en un contexto de enfermedad y muerte: puericultura desde el Ministerio de

Gráfico 4.3
Costa Rica: Mortalidad infantil según causas (más de 100 muertes anuales) 1953-1956



Fuente: Ministerio de Economía y Dirección General de Estadística. *Anuario de la Dirección General de Estadística* 1953. San José: Ministerio, 1955; *Anuario de la Dirección General de Estadística* 1954. San José: Ministerio, 1955; *Anuario de la Dirección General de Estadística* 1955. San José: Ministerio, 1956; *Anuario de la Dirección General de Estadística* 1956. San José: Ministerio, 1957.

Las otras causas incorporadas en el Gráfico 4.3 indican que los niños/niñas morían en una cantidad nada despreciable por prematuridad, enfermedades respiratorias y otras afecciones como tétanos y tosferina. Las últimas

Salubridad Pública de Costa Rica (1949-1956)" (Tesis de Licenciatura en Historia, Universidad de Costa Rica, 2021).

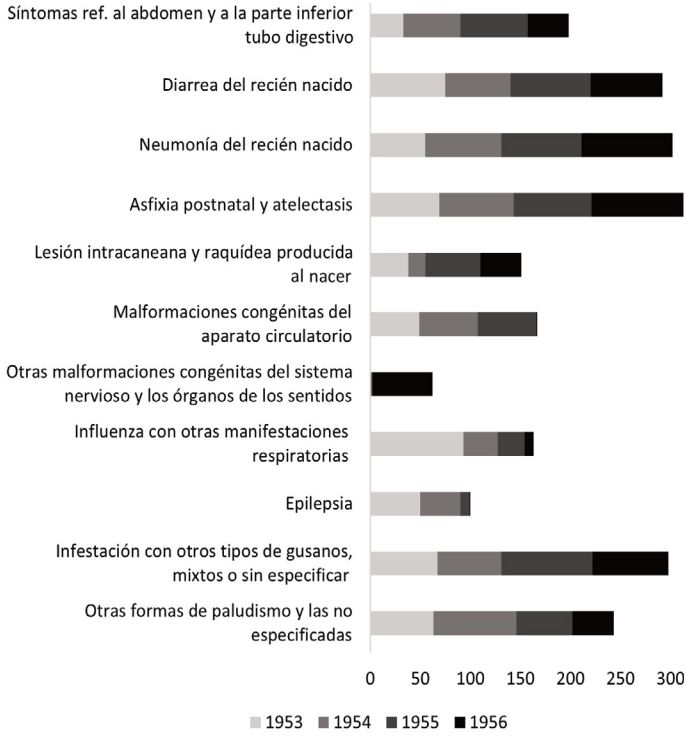
tres causas se retomarán en el próximo apartado. Por el momento, debe aclararse que la prematuridad, al no constituir una enfermedad por sí misma, se dejará por fuera de este análisis; sin embargo, el suplemento deja ver que sí había una preocupación médica, que quiso extenderse a las mujeres mediante los consejos sobre el embarazo y el parto, y la cristalización de una parte de estos –la otra parte era de acatamiento doméstico– en los servicios que brindaban las Unidades Sanitarias.[34] En otra investigación, se concluye que los consejos del MSP no siempre consideraron la realidad de las mujeres del período, es decir, las sugerencias eran inaplicables o los servicios no eran accesibles a todas.[35] Las limitaciones identificadas pueden explicar el lugar destacado de la prematuridad como causa de muerte.

Las causas señaladas en el Gráfico 4.4 muestran una tendencia similar a la anterior, pero, lo que es más importante, terminan de constatar que los infantes fallecían sobre todo por enfermedades exógenas, pues las causas endógenas no presentaban la misma importancia en términos de mortalidad. El predominio de enfermedades/causas exógenas refleja las limitaciones del sistema de salud, puesto que estas dependen sobre todo de factores externos y por tanto son prevenibles. La existencia de una cantidad elevada de muertes por enfermedades infectocontagiosas denota que no todos los infantes menores de un año estaban recibiendo la atención necesaria ni viviendo en condiciones propicias de higiene.

34 Madrigal Serrano, "Cómo ser madre y proteger a la infancia en un contexto de enfermedad y muerte", 52-97.

35 Madrigal Serrano, "Cómo ser madre y proteger a la infancia en un contexto de enfermedad y muerte", 52-97

Gráfico 4.4
Costa Rica: Mortalidad infantil según causas
(entre 50 y 100 muertes por año) 1953-1956 *



* La causa "otras formas de paludismo y las no especificadas" posiblemente está compuesta en mayor medida por las formas no especificadas, ya que en las muertes por *Plasmodium vivax* y por *Plasmodium falciparum*, que no aparecen en este gráfico y sí en las estadísticas vitales, el registro era discontinuo y bajo. La especie causante del deceso del niño/niña seguramente no se lograba determinar.

Fuentes: Dirección General de Estadística. Anuario de la Dirección General de Estadística 1953. *San José: Ministerio, 1954;* Anuario de la Dirección General de Estadística, 1954. *San José: Ministerio, 1955;* Anuario de la Dirección General de Estadística, 1955. *Anuario de la Dirección General de Estadística*, 1955. San José: Ministerio 1956; *Anuario de la Dirección General de Estadística,* 1956. San José: Ministerio, 1957.

La TMI de Costa Rica y Uruguay eran similares, como ha sido mencionado, por lo cual no es extraño encontrar que en ambos países las enfermedades de origen exógeno prevalecieran entre las causas de muerte.[36] Por otro lado, la TMI de Buenos Aires, Argentina, y Suiza era menor en respuesta a la preeminencia de enfermedades endógenas como causantes de muerte en menores de un año durante la década de 1950.[37] En otras palabras, los países con sistemas de salud más eficaces se posicionaron para el decenio de 1950 en la etapa donde predominaban las enfermedades endógenas, porque los agentes externos que provocaban las otras afecciones fueron controlados más tempranamente. Las cifras de mortalidad infantil, útiles para la comparación inicial entre países, demuestran que Costa Rica se encontraba en una fase de ligera transición.

3. El suplemento de puericultura del MSP

El abordaje preventivo de las enfermedades de los niños/niñas en el suplemento comprendía las explicaciones sobre los orígenes de la infección, las manifestaciones de la enfermedad y, en ocasiones, sugerencias para atender al pequeño/pequeña enferma. Las explicaciones en torno a las causas de la enfermedad fueron particulares en cuanto al lenguaje utilizado, pues los médicos propusieron una jerga sencilla y poco técnica para acercar a los padres –especialmente a las madres– al conocimiento epidemiológico y al cuidado científico de sus hijos/hijas. La propuesta se alejaba de las

36 Wanda Cabella, Daniel Ciganda, Ana Fostik y Raquel Pollero, "Evolución de la mortalidad infantil uruguaya (1950-2004): estancamiento y descenso" (ponencia, IX Jornadas Argentinas de Estudios de Población. Asociación de Estudios de Población de la Argentina, Huerta Grande, Córdoba, 2007), 9.

37 Victoria Mazzeo, "La mortalidad de la primera infancia en la Ciudad de Buenos Aires en el periodo 1860-2002", *Papeles de Población*, no. 53 (2007): 269; Luigi Lorenzetti y Perrenoud y Alfred Perrenoud, "Infant and Child mortality in Switzerland in 19th and 20th Centuries", s.f., 9.

publicaciones médicas en revistas científicas, donde más bien la tendencia era, por lo menos antes de la década de 1950, limitar la información al círculo que la producía.

El historiador Dennis Arias ha encontrado que el cuerpo médico exponía a las personas enfermas desde un punto de vista prejuicioso y apático; las fotografías publicadas en artículos científicos y revisadas por el historiador, muestran que los pacientes eran vistos más como objetos de estudio y menos como personas.[38] Los artículos de carácter científico y académico, no obstante, convivieron antes de la década de 1950 con publicaciones de orden divulgativo. Florencia Quesada identificó el uso de lenguaje sencillo en las publicaciones divulgativas de la campaña desarrollada durante la administración de Cleto González Víquez en respuesta al censo de 1904, donde se expresaba una relación entre la ciudad, la pobreza y la mortalidad infantil.[39] Juan José Marín y Steven Palmer, también detectaron la misma tendencia de popularización del conocimiento en el material generado por los entes costarricenses de salubridad y por la Fundación Rockefeller, respectivamente.[40]

La publicación del suplemento, entonces, se unía a la iniciativa para continuar divulgando la información sobre enfermedades que no estaban erradicadas. Las explicaciones de corte sintético pueden encontrarse en los números

38 Arias, *Héroes melancólicos y la odisea del espacio monstruoso*, 106-190.

39 Florencia Quesada Avendaño, "La modernización entre cafetales. San José, Costa Rica, 1880-1930" (Tesis de Doctorado, Universidad de Helsinki, 2007), 115.

40 Juan José Marín Hernández, "Biblias de la higiene. Las cartillas terapéuticas en Costa Rica (1864-1949)", en *Culturas populares y políticas públicas en México y Centroamérica (siglos XIX y XX)*, comps. Francisco Enríquez e Iván Molina (Alajuela: Museo Histórico Cultural Juan Santamaría, 2002), 4-5, 11, 15-16; Steven Palmer, "Salud imperial y educación popular: La Fundación Rockefeller en Costa Rica desde una perspectiva centroamericana", en *Educando a Costa Rica. Alfabetización popular, formación docente y género, 1880-1950*, eds. Iván Molina y Steven Palmer (San José: Porvenir-Plumsock Mesoamerican Studies, 2003).

dedicados a las afecciones respiratorias, como la inflamación de las amígdalas, sobre la cual los médicos indicaban: "son la vanguardia del ejército defensivo contra las infecciones; se inflaman en los resfríos porque encapsulan los microbios procurando destruirlos".[41] Asimismo, indicaron que "al observar la garganta y ver que a cada lado y a modo de centinelas de una puerta, están las amígdalas en plan de capturar cuanto microbio se les ponga por delante".[42] La línea de explicación era semejante para enfermedades como la difteria y el tétanos, cuya etiología también fue expuesta de una forma puntual y sencilla.

La tuberculosis, la tosferina, el sarampión, la rubeola, la tiña y la poliomielitis fueron abordadas desde la misma perspectiva. El efecto del microorganismo causante de la tuberculosis fue explicado de la siguiente forma: "el bacilo de la tuberculosis penetra en el organismo, se localiza en el pulmón y produce una lesión que habitualmente es dominada por las defensas del cuerpo y en consecuencia es de índole benigna".[43] La tosferina era causada, de acuerdo a los médicos, por "un microbio que se encuentra en las mucosidades de la nariz y garganta de los enfermos"[44] y era "altamente contagiosa por medio de las secreciones respiratorias del enfermo o a través de objetos que hayan estado en contacto con él"[45].

Las enfermedades parasitarias y digestivas –en su mayoría causadas por protozoos y helmintos– fueron otro motivo

41 Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 71, 8 de junio de 1952, 40.

42 Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 68, 04-05-1952, 40.

43 Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 73, 22 de junio de 1952, 26.

44 Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 128, 24 de enero de 1954, 38.

45 Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 103, 22 de marzo de 1953, 40.

de preocupación. Estas afecciones también fueron explicadas en términos concisos y libres de tecnicismos. Al igual que en el caso de las enfermedades infectocontagiosas mencionadas anteriormente, el espectro de afecciones parasitarias y digestivas era amplio; en efecto, los cuadros clínicos explicados abarcaron desde la amibiasis, la anquilostomiasis, la tricocefalosis y la ascariosis, hasta la gastroenteritis, la leishmaniosis, la enfermedad de Chagas y la malaria. La diferencia entre las enfermedades provocadas por virus o bacterias y las causadas por protozoos, es que, precisamente por su naturaleza, las últimas motivaron la explicación de las vías de transmisión y, desde luego, las características de los parásitos.

Las madres de los infantes debían atender las explicaciones sobre el origen de la enfermedad parasitaria o digestiva porque, según evaluaban los médicos, se podían prevenir. La particularidad de la explicación parasitaria se observa en el número dedicado a la amibiasis o "ameba histolítica" (*Entamoeba histolytica*); allí se señalaba que el parásito se expulsaba del cuerpo por medio de las heces, que podía adquirir la forma de quiste, lo cual le aportaba resistencia bajo varias condiciones ambientales, y que, al ingresar al organismo, era capaz de penetrar los órganos del niño/niña (huésped).[46] Nótese que el nombre del parásito estaba escrito de una forma simplificada para la lectora.

La uncinariasis, conocida popularmente como anquilostomiasis o enfermedad del cansancio, y prevenida en el sistema de salud costarricense desde inicios del siglo XX mediante la distribución de hojas sueltas, películas, charlas y otros tipos de materiales concernientes a la

46 Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 61, 01 de marzo de 1952, 8; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 183, 22 de mayo de 1955, 48; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 197, 04 de septiembre de 1955, 36.

educación sanitaria,[47] fue explicada de nuevo desde el mecanismo de transmisión. La información fue complementada con las características generales del parásito y el recorrido de este en el cuerpo del humano, recordando que se trataba de una enfermedad que afectaba particularmente a infantes y campesinos. La introducción de uno de los números del suplemento dedicados a la uncinariasis da cuenta de la intención divulgativa referida para otras afecciones:

> "La enfermedad llamada ANQUILOSTOMIASIS o UNCINARIASIS, es una enfermedad producida por unos gusanos pequeñísimos (anquilostomas), que nacen de los huevecillos puestos por ciertas lombrices que viven en el intestino de la persona enferma.
>
> Los gusanos que producen la anquilostomiasis, penetran en el organismo humano a través de la piel de las manos, de las piernas y con más frecuencia entre los dedos de los pies".[48]

La cita anterior, como las otras incluidas para ejemplificar las explicaciones dadas a nivel institucional, era representativa del propósito divulgativo, sin embargo, hubo explicaciones que, si bien ocupaban un espacio reducido, se mostraban más detalladas que las anteriores. Este fue el caso del apartado dedicado a los parásitos denominados por el suplemento como "lombrices" –término popular utilizado

47 Malavassi Aguilar, "Prevenir es mejor que curar", 143-150; Steven Palmer, "Salud imperial y educación popular. La Fundación Rockefeller en Costa Rica desde una perspectiva centroamericana", en *Educando a Costa Rica. Alfabetización popular, formación docente y género, 1880-1950*, eds. Iván Molina y Steven Palmer (San José: Porvenir-Plumsock Mesoamerican Studies, 2003), 225-226, 229-230; Steven Palmer, "Cansancio y nación: el combate precoz de los salubristas costarricenses contra la anquilostomiasis", *Salud Colectiva* 5, no. 3 (2009): 407.

48 Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 142, 09 de mayo de 1954, 43. Las mayúsculas son del documento original.

para referirse a *Ascaris lumbricoides*–. A la explicación de la resistencia y la vía de transmisión del parásito, se añadía su ciclo de vida:

> "Las larvas llegan al intestino y atravesando sus paredes entran al torrente circulatorio y por medio de éste son llevados a los pulmones. De los pulmones pasan a los bronquios y de ahí a la tráquea y luego a la parte superior de las vías respiratorias –nasofaringe– de donde pasan al intestino para convertirse, después de algún tiempo, en lombrices adultas que pronto comienzan a poner huevos que salen al exterior en las heces de las personas enfermas".[49]

La enfermedad de Chagas figuró como otra de las afecciones explicadas detenidamente, porque el número del suplemento era el producto de una adaptación del trabajo publicado por el Dr. Cecilio Romaña, un especialista del Instituto de Medicina Regional de Tucumán, Argentina. La explicación precisaba sobre la propagación de la enfermedad, el hábitat del vector y el contagio de vector a ser humano;[50] más tarde, se publicó otro número sobre la misma enfermedad, pero más resumido que el anterior.[51] También se anotaron las diferencias entre el vector de la malaria y otros mosquitos, así como la vía de transmisión y el ciclo por el cual se reproduce el parásito en el ser humano.[52]

---

49 Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 145, 30 de mayo de 1954, 34.

50 Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 167, 14 de noviembre de 1954, 26.

51 Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 236, 08 de julio de 1956, 50.

52 Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 184, 29 de mayo de 1955, 44.

¿Por qué los médicos dedicaron un espacio a explicar enfermedades que no siempre causaban muertes significativas en niños/niñas menores de un año de edad? La justificación que sustentaba el abordaje de enfermedades exógenas debe encontrarse conjuntamente en la mortalidad, en la incidencia y en la tarea intrínseca institucional de prevenir contagios masivos que podían convertirse en epidemias. La publicación de explicaciones y consejos sobre enfermedades que no causaban altas muertes en menores de un año, también se debía a que la puericultura comprendía teóricamente a todos los niños/niñas (menores y mayores de un año de edad). En otras palabras, algunas enfermedades ya no eran tan importantes como causas de muerte, sino como potenciales peligros después del primer año de vida.

La afirmación de que la mortalidad era la razón del abordaje médico se restringe a algunas enfermedades como la tosferina, el tétanos y las afecciones parasitarias y digestivas. Los datos analizados en el primer apartado corroboran la relación entre la muerte y la cobertura en el sector salud, pero también lo hacen algunas referencias de los médicos, expuestas en el suplemento con el fin de despertar la atención de las madres. La principal y más general alusión a la muerte en términos estadísticos indicaba que: "En el año 1951 murieron cerca de 3500 niños, lo cual viene a representar 87 muertos por cada mil niños que nacen vivos o sea que poco menos de la décima parte de nuestros niños mueren antes de cumplir un año de edad".[53] La mortalidad infantil era bien conocida y concebida como un problema por el personal de salud del MSP.

Las defunciones por tosferina, según los médicos, representaban un 3% de la mortalidad total. La difteria no tenía el mismo peso que la tosferina, pero era tan

53 Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 86, 12 de octubre de 1952, 26.

importante como aquella porque las muertes, pocas, pero al fin al cabo muertes, se daban en los niños menores de un año.[54] Las diarreas eran de capital importancia para los médicos, quienes señalaban que en 1949 habían muerto aproximadamente 1530 niños/niñas por esta causa y que en 1951 habían sido la principal causa de mortalidad –no precisa si infantil (menores de un año de edad), de la niñez (menores de 5 años de edad), o ambas–.[55] Las diarreas eran una de las consecuencias de las enfermedades expuestas en este trabajo, de ahí que los médicos concentraran la atención en prevenirlas. Nótese además que las diarreas, solo en el infante recién nacido, causaban entre 50 y 100 muertes por año (ver Gráfico 4.4).

Las referencias a las epidemias fueron muy escasas en el suplemento; de hecho, se limitan a la mención de las epidemias por gastroenteritis y por poliomielitis. La cantidad de casos tampoco ocupó un espacio considerable en dicho material. Sin embargo, el registro de datos de las memorias anuales del MSP, ayuda a demostrar que la mortalidad no era el único motivo en la base del proyecto divulgativo. Cuatro ejemplos permiten observar este fenómeno: fiebre tifoidea, difteria, poliomielitis y gastroenteritis. Los infantes entre cero y diez años de edad, afectados por fiebre tifoidea y difteria en 1950, contabilizaron, respectivamente, 16 y 246, datos que sobrepasaron en ambos casos la mortalidad de todos los rangos etarios causada por estas enfermedades. Además, es importante considerar que la mayoría de afectados no estuvo en el sub-rango de cero a un

54 Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 62, 09 de marzo de 1952, 32; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 79, 10 de agosto de 1952, 28.

55 Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 52, 08 de diciembre de 1951, 28; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 86, 12 de octubre de 1952, 26.

año de edad,[56] por lo cual esos casos escaparon de las estadísticas revisadas en el primer apartado de este capítulo.

La poliomielitis, por otra parte, causó una epidemia en la década de 1950, lo cual capturó la atención de los autores del suplemento. Si bien los números destinados a esta enfermedad no fueron abundantes, ni antes ni durante la epidemia de 1954, la cantidad de casos también coloca en un segundo lugar a la cantidad de muertes como explicación de la inquietud médica. La epidemia de poliomielitis causó 159 defunciones de niños/niñas menores de un año de edad y más de mil casos de infantes entre cero y cuatro años de edad.[57] Por tanto, su importancia no recayó tanto en la mortalidad sino en los daños al organismo y en la posibilidad de que coexistiera con otra epidemia, o, lo que era aún más real, a que la enfermedad compartiera espacio con otros males que afectaban a los infantes en términos cualitativos y cuantitativos.

La gastroenteritis, perfilada como una de las causas más importantes de la mortalidad infantil, también provocó una epidemia en el decenio de 1950, específicamente en 1952. La epidemia de gastroenteritis se desarrolló de enero a febrero de 1952 en Naranjo y Palmares, causó la muerte de 35 niños/niñas (6 con atención médica y 29 sin atención médica) y la afectación de aproximadamente 600 niños/niñas.[58] El suplemento, como había procedido con las demás enfermedades, explicó las causas e indicó las precauciones de esta enfermedad, pero, a diferencia de otras, involucró a un sector social

56 Ministerio de Salubridad Pública, *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública* (San José: Imprenta Nacional, 1951). Desafortunadamente, estos son los únicos datos de morbilidad infantil que incluyen las Memorias del Ministerio de Salubridad Pública durante el período 1949-1956.

57 Malavassi Aguilar, "Representaciones sobre la epidemia de poliomielitis en el periódico *La Nación*. Costa Rica, 1954", inédito; Malavassi Aguilar, ""Y que no queden rezagados para pedir limosna y acabar así en seres infelices", 93-153.

58 Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 93, 28 de diciembre de 1952, 20.

antes no mencionado: empresarios cafetaleros. El MSP llamó la atención de quienes descuidaban los desechos del café, además de conducir una propaganda y levantar un hospital de emergencia para la atención de los infantes.[59]

Los datos sobre las enfermedades corroboran que en la base de la concepción y publicación del suplemento se hallaba la muerte, la incidencia y las epidemias, y eso demuestra que los médicos estaban al tanto de los padecimientos que afectaban a los infantes. Esto era importante en términos estadísticos para el personal que formaba parte de un entramado institucional que debía atender a los niños/niñas, pero la preocupación trascendía los números. Desde el foco más humano y menos estadístico, después de la muerte, los síntomas causados por los microorganismos eran el daño más importante que se buscaba evitar. Sin embargo, el sistema de salud y los recursos socioeconómicos que enmarcan el proceso de salud y enfermedad podían verse limitados y generar casos de niños/niñas enfermas que, finalmente, sí presentaban sintomatología.

La fase de enfermedad fue cubierta por el suplemento, y sus números permiten comprender por qué la prevención formaba parte de su concepto de salud y cuál era la experiencia generalizada entre los niños/niñas de la década de 1950. La sintomatología presentada por los infantes era diversa, y el suplemento la detalló para cada enfermedad con el propósito de identificar la afección, prevenir el contagio de otras personas y recurrir a la atención privada o pública en caso de agravamiento.

Las manifestaciones de las enfermedades aquí mencionadas incluían fiebre, erupciones cutáneas, parálisis, vómitos, diarreas, deshidratación, calambres, cólicos, escalofríos, aceleración del ritmo cardíaco, convulsiones, entre otras. Algunos de

59 Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 58, 10 de febrero de 1952, 32.

estos síntomas eran excepcionales, como la parálisis en niños/niñas diagnosticados con poliomielitis, mientras que otros no se mostraban graves para el cuerpo médico; sin embargo, se aclaraba que algunas enfermedades podían llegar a complicarse en bronconeumonía –que cobraba la vida de más de 100 niños/niñas menores de 1 año de edad anualmente (ver Gráfico 4.3)–, inflamación de oídos, inflamación de riñones, inflamación del encéfalo u otras manifestaciones.[60]

No obstante las explicaciones sobre los microorganismos y el desarrollo de la enfermedad en cuanto a sus síntomas, el suplemento, en concordancia con el objetivo principal del MSP, enfatizó en las medidas preventivas. Esas medidas se circunscribieron al ámbito privado (el hogar) y al público (el institucional). Los consejos específicos para las enfermedades

60 Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 62, 09 de marzo de 1952, 32; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 69, 21 de mayo de 1952, 8; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 74, 29 de junio de 1952, 28; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 100, 01 de marzo de 1953, 27; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 101, 08 de marzo de 1953, 26; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 102, 15 de marzo de 1953, 26; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 103, 22 de marzo de 1953, 40; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 110, 25 de mayo de 1953, 41; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 115, 12 de julio de 1953, 36; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 116, 02 de agosto de 1952, 49; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 128, 24 de enero de 1954, 38; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 139, 11 de abril de 1954, 30; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 151, 11 de julio de 1954, 34; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 168, 21 de enero de 1954, 52; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 174, 06 de febrero de 1955, 32; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 183, 22 de mayo de 1955, 48; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 184, 29 de mayo de 1955, 44; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 197, 04 de septiembre de 1955, 36; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 248, 28 de octubre de 1956, 46.

vistas en este apartado se abordarán inmediatamente, pero antes es importante comprender que la extensión de las medidas al ámbito doméstico obedecía a que el servicio de salud era insuficiente para cubrir el proceso de salud y enfermedad. Basta recordar que aproximadamente la mitad de los infantes (menores de un año de edad) fallecía sin asistencia médica; es decir, no todos los niños/niñas podían acudir a un médico cuando alcanzaban la etapa aguda de la enfermedad, y cabe suponer que era mucho menos imperativo hacerlo cuando la afección estaba iniciando.

El MSP aprovechó el espacio del suplemento para promover la vacunación entre los niños/niñas. La aplicación de las vacunas para fiebre tifoidea, tétanos, difteria, poliomielitis y viruela –referidas en el suplemento–, también presentó problemas en cuanto a accesibilidad. Una de las limitaciones, pese a que los médicos no la expusieran abiertamente, era la distancia a los centros de salud donde se aplicaban las vacunas, de manera que la dificultad era la misma que enfrentaban los familiares para la atención de la enfermedad o el control de la salud –este era el caso de las mujeres embarazadas–.[61] Los niños/niñas en etapa escolar, al contrario de los infantes menores, contaban con el beneficio de las campañas de vacunación que se desarrollaban en las instancias educativas.[62] Esto facilitaba la sistematización del servicio preventivo, aunque no debe olvidarse que

61 Madrigal Serrano, "Cómo ser madre y proteger a la infancia en un contexto de enfermedad y muerte", 52-97.

62 Ministerio de Salubridad Pública, *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública* (San José: Imprenta Nacional, 1951); *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública* (San José: Imprenta Nacional, 1954); *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública* (San José: Imprenta Nacional, 1955); *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública* (San José: Imprenta Nacional, 1956); *Memoria del Ministerio de Salubridad Pública* (San José: Imprenta Nacional, 1957).

muchas de las vacunas recomendadas por el MSP debían aplicarse en los primeros meses o años de vida.

La segunda problemática que podía impedir la aplicación masiva de las vacunas en los niños/niñas era la falta de información sobre su funcionamiento. De acuerdo con Gabriel Lesac, uno de los autores del suplemento, la vacunación provocaba un temor generalizado, lo cual intervenía en los provechosos beneficios que esta producía.[63] El autor no profundizó al respecto, como tampoco lo hicieron otros números destinados a la inmunización, sin embargo, el temor que manifestaban los padres podía surgir por la reciente aplicación de algunas vacunas. La mayoría de vacunas aplicadas y sugeridas por el MSP –difteria, tétanos, tosferina y poliomielitis– se incorporó a su esquema durante la década de 1950;[64] es decir, no tenían precedente y era natural que surgieran dudas sobre su composición y efectos.

La adopción de la vacuna Salk (contra la poliomielitis), y la incorporación de sus características en el suplemento, debe comprenderse como un indicador de la constante actualización del MSP en cuanto a la salud infantil, pues la vacuna recién se había creado y ya se estaba incluyendo en el esquema.[65] Esta particularidad relativa a la poliomielitis se revela como una continuación de los años anteriores, pues, en el contexto de la epidemia de 1954, el suplemento recogió información publicada por la Fundación Nacional de Parálisis Infantil de Estados Unidos.[66] Había una revisión

63 Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 37, 10 de junio de 1951, 32.

64 Ministerio de Salud Pública, *Norma Nacional de Vacunación 2013* (Costa Rica: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud y Caja Costarricense de Seguro Social, 2013), 6.

65 Malavassi Aguilar, "Representaciones sobre la epidemia de poliomielitis en el periódico", inédito.

66 Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 137, 28 de marzo de 1954, 33. La influencia extranjera sobre el abordaje

constante y justificada de la producción interna y externa de datos relativos a las enfermedades del momento.

La vacunación estuvo acompañada de otros métodos diagnósticos y preventivos, como la cutirreacción, la prueba Schick, la inyección de suero antitetánico y la inyección de suero contra el sarampión.[67] Las opciones que ofrecía el MSP eran amplias y pertinentes si se considera que todas ellas respondían a la prevalencia de las enfermedades aquí revisadas, a su relevancia dentro de la mortalidad y a la cantidad de casos que podían provocar. Sin embargo, el suplemento, como apéndice de dicha institución, no permite determinar si la promoción de los métodos preventivos resultó en una aplicación efectiva. Sí se sabe, en cambio, que, con todo y el esfuerzo de actualización por parte del ente, todavía había niños/niñas que se enfermaban. Las muertes constatan esto, pero también la publicación misma de los síntomas y las recomendaciones para cuidar a las personas enfermas.

Los consejos en la línea curativa demuestran, al igual que los demás aspectos relacionados con la enfermedad, el intento por compartir una responsabilidad institucional con las madres de los niños/niñas. La atención en el hogar fue especificada para cada enfermedad, y, en términos generales, consistía en aislar al infante, desinfectar utensilios y prendas de vestir, abrigar al niño/niña y cuidar sus alimentos, entre otras

---

divulgativo y pragmático de la enfermedad se evidencia en este tipo de publicaciones y en la llegada de un grupo de personas extranjeras a Casa Verde, un centro de rehabilitación creado en el decenio de 1950 para niños/niñas enfermas con poliomielitis. Véase: Malavassi Aguilar, "Representaciones sobre la epidemia de poliomielitis en el periódico", inédito.

67 Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 37, 10 de junio de 1951, 32; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 42, 19 de agosto de 1951, 26; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 80, 17 de agosto de 1952, 32; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 43, 02 de septiembre de 1951, 30; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 130, 7 de enero de 1954, 28.

sugerencias que sin duda estaban sujetas a las condiciones de cada familia.[68] La participación por parte de otras instituciones, aparte de la familia, se manifestó en la campaña contra la malaria, sobre la cual el MSP brindaba las usuales recomendaciones[69] y el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, por sus siglas en inglés) emprendió un programa para la erradicación de los vectores asociados a esta.[70]

El proyecto de UNICEF era cercano a las tareas del MSP, no solo porque ambos entes entraron en contacto para desarrollar el programa mencionado y otro vinculado con la administración de alimentos a los infantes, sino también porque la segunda institución publicó esa iniciativa en el suplemento.[71] La ayuda externa era significativa para el MSP, especialmente porque la malaria, sin ser una enfermedad asociada directamente a la infancia, afectaba a una cantidad nada despreciable de niños/niñas menores de un año de edad (ver Gráfico 4.4).

A pesar de los esfuerzos que desarrollaba el MSP en torno a la salud infantil, la exclusión social en sus muchas formas

68 Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 100, 01 de marzo de 1953, 27; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 40, 22 de julio de 1951, 32; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 73, 22 de junio de 1952, 26; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 139, 11 de abril de 1954, 30; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 140, 25 de abril de 1954, 45; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 83, 21 de septiembre de 1952, 28.

69 Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 184, 29 de mayo de 1955, 44.

70 Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 12, 14 de mayo de 1950, 24.

71 Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 12, 14 de mayo de 1950, 24; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 32, 18 de marzo de 1951, 30.

fue una constante del período. Esto ya ha quedado patente en la asistencia médica al morir, en la propuesta dirigida a la madre y no al padre, y en la existencia de enfermedades que podían evitarse. Sin la intención de señalar al MSP como la única institución responsable de la salud infantil, pues la salud y la enfermedad son problemas multifactoriales, debe indicarse que la distancia tomada por los médicos frente a la madre también se experimentó y manifestó en los consejos sobre el cuidado del niño/niña enferma.

El ejemplo más evidente al respecto, se encuentra en las recomendaciones sobre el uso de purgantes. En ese caso, el suplemento indicaba que los purgantes se utilizaban popularmente para atender cualquier caso de diarrea que presentara el infante. Las madres, de acuerdo con los médicos, "dan hierbas desconocidas a los niños para curar imaginarios 'ataques de lombrices'".[72] La imaginación de las madres, aparentemente sobre-estimulada, obedecía a que confundían la ascariasis (parasitosis causada por *Ascaris lumbricoides*) con otras afecciones que provocaban diarreas. Otro número del suplemento indicaba que, "el pueblo llama 'ataque de lombrices' a una gran mayoría de cuadros febriles representados por anginas, bronquitis y a veces también bronconeumonía".[73] Para los médicos, las soluciones caseras no eran aceptables porque, para empezar, carecían de una base epistemológica sólida.

La práctica casera, de acuerdo con los autores del suplemento, agravaba la deshidratación y producía alteraciones a nivel hepático y renal,[74] de manera que la alarma se debía no

72 Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 70, 01 de junio de 1952, 40.

73 Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 192, 24 de julio de 1955, 36.

74 Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 62, 09 de marzo de 1952, 32; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de

solo al daño que agregaba el suministro de purgantes a un problema que de por sí era grave (las diarreas y las afecciones respiratorias), sino también a que esos purgantes estaban más al alcance de las familias que una consulta médica. El suplemento hacía referencia al agua de achicoria y al agua de amapolas; ambos productos se elaboraban a partir de plantas que posiblemente se adquirían con facilidad en una sociedad que todavía era rural. Los médicos también instaron a las madres a no recurrir al "sobado" ante los cuadros de indigestión, pues no tenía ningún efecto sobre el infante.[75]

La respuesta del MSP a esa evasiva de la supervisión médica por parte de las madres fue recordarles, a través del suplemento, que solo los médicos podían autorizar el uso de purgantes y que los casos de diarreas debían ser atendidos por personal capacitado. La madre debía consultar a la persona idónea cuando se enfrentara a un cuadro de diarrea.[76] Además, esta y toda la información relativa a las enfermedades era complementada con la invitación a asistir a las Consultas del Niño Sano,[77] y con la educación higiénica que priorizaba la lactancia de los niños/niñas y la alimentación desde una perspectiva nutricional científica.[78]

Puericultura, *La Nación*, no. 83, 21 de septiembre de 1952, 28; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 129, 31 de enero de 1954, 40; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 142, 09 de mayo de 1954, 43.

75 Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 70, 01 de junio de 1952, 40; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 134, 07 de marzo de 1954, 40; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 76, 13 de julio de 1952, 40.

76 Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 47, 21 de octubre de 1951, 32; Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 202, 09 de octubre de 1955, 10.

77 Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 90, 16 de noviembre de 1952, 46.

78 Madrigal Serrano, "Cómo ser madre y proteger a la infancia en un contexto de enfermedad y muerte", 99-117.

La práctica que las madres efectuaban se debía a una alternativa de salud extendida, y la diferencia conceptual en la cual se asentaba ese método respondía justamente a la experiencia de estas. Las manifestaciones de los médicos sobre la curación de los infantes, específicamente las diarreas que estos padecían, permite ver que el suplemento entró en un conflicto epistemológico cuyo control era complejo no solo por la tradición que probablemente daba vida a esa práctica, sino también porque sus servicios biomédicos no siempre estaban al alcance de las familias.

El suplemento, que recomendaba a la madre consultar al médico cuando estuviera ante un caso de diarrea,[79] plantea dudas sobre las condiciones que tenía la familia para optar por ese servicio: ¿qué medios de comunicación tenía a su alcance para solicitar ayuda? ¿cuál era la distancia de su casa de habitación al médico o centro más cercano? ¿había una relación de suficiente cercanía entre la madre y el médico como para sobreponer su práctica a la práctica biomédica? En todo caso, la referencia a los daños provocados por los purgantes puede comprenderse como un recurso empleado por los médicos para cultivar en las madres el interés por la prevención y la confianza en la institucionalidad pública de la salud. La intención era esta, aunque no es posible comprobar aquí su concretización.

Vale recordar que los niños/niñas no contaban con una institución centralizada para atender su salud. Algunos de los centros que se acercaban más al concepto de un hospital pediátrico eran la Casa Verde, el pabellón para niños/niñas del Sanatorio Durán, la sección pediátrica del Hospital San Juan de Dios y el Hospital de Niños de Cartago. El primero de estos espacios estaba dedicado a la rehabilitación de niños/niñas que habían

79 Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 202, 09 de octubre de 1955, 10.

padecido poliomielitis,[80] el pabellón del Sanatorio Durán y los otros centros similares tenían como cometido la atención de niños/niñas con tuberculosis,[81] y el tercero y el cuarto buscaban atender desde varias áreas del conocimiento, pero en un espacio restringido, a los infantes.[82] Según Domingo Vargas, los centros existentes presentaban un espacio limitado, duplicación de labores, y escasez de personal, entre otras limitaciones.[83] El panorama nosocomial presentado era el trasfondo de los consejos preventivos y curativos.

Finalmente, debe indicarse que la desacreditación de las prácticas domésticas destinadas al cuidado de los niños/niñas para la atención de las afecciones no era un fenómeno nuevo. Los períodos anteriores también atendieron la intervención médica en ese sentido, ya fuera con el apoyo de información científica o no; este fue el caso de la vigilancia y control sobre las prácticas empíricas de salud, a las cuales acudía la población para atender sus afecciones. Marín ha identificado que entre la segunda mitad del siglo XIX y la década de 1940, los médicos fungieron como agentes del proyecto de civilización propuesto por los gobiernos liberales. El gremio médico, con el apoyo de publicaciones científicas, material divulgativo y legislación, intentó controlar el trabajo de los curanderos y la herbolaria doméstica porque, desde el marco racional en el

80 Malavassi Aguilar, "Y que no queden rezagados para pedir limosna y acabar así en seres infelices", 93-153.

81 Carmela Velázquez Bonilla, "Los niños y el Sanatorio Carlos Durán (1938-1973)", en *Historia de la Infancia en Costa Rica. Cinco aproximaciones*, ed. David Díaz Arias (San José: Editorial Nuevas Perspectivas, 2012), 179-199.

82 Vargas Azofeifa, "El Hospital Nacional de Niños en el marco de la salud pública costarricense: 1954-1998", 162-170. Véase la denuncia hecha por Fernando Rudín sobre las deficiencias de la atención dada a los infantes en el Hospital San Juan de Dios: Fernando Rudín H., "La consulta externa de niños nada tiene que ver con actividades de Salubridad", *La Nación*, 5 setiembre de 1952.

83 Vargas Azofeifa, "El Hospital Nacional de Niños en el marco de la salud pública costarricense: 1954-1998", 104-113, 157, y 164-166.

que creía moverse, las prácticas empíricas conducían a sus usuarios hacia la degeneración física y la desmoralización. Desde luego, la supervisión y sanción de las prácticas no solo surgía por la idea civilizatoria que guiaba el discurso médico y la práctica higiénica, sino también por la búsqueda de proteger al gremio de ocupaciones que interferían en su campo de acción. Fue este el período en que los médicos procuraron oficializar su disciplina e identificarse como miembros de una comunidad científica.[84]

Conclusión

Hasta este punto, quedan sin responder algunas preguntas sobre el origen de la problematización de la salud y la enfermedad de los infantes. La información revisada indica que la inquietud del sector médico surgía de las muertes, la cantidad de casos, la potencial propagación de enfermedades y los síntomas que provocaban los microorganismos en el infante. Pero, ¿cuál era el concepto de salud infantil del estado? ¿Hubo alguna diferencia respecto al período precedente? ¿Qué motivaba, más allá de los problemas mencionados, la intervención estatal sobre la salud de los niños/niñas?

De acuerdo con la información revisada, para la década de 1950 no es clara la posición civilizatoria y moralizadora que han identificado algunos autores con el sistema de salud y beneficencia que se forjó antes de 1949.[85] Sí es

84 Juan José Marín Hernández, "De curanderos a médicos. Una aproximación a la historia social de la medicina en Costa Rica: 1800-1949", *Revista de Historia*, no. 32 (1995): 65-108.

85 Ronny Viales Hurtado, "Construcción, trayectoria y límites del régimen liberal de bienestar en Costa Rica. 1870-1940", *Diálogos. Revista Electrónica de Historia*, número especial (2008): 1408-1438; Juan José Marín Hernández, "Biblias de la higiene. Las cartillas terapéuticas en Costa Rica (1864-1949)", en *Culturas populares y políticas públicas en México y Centroamérica (siglos XIX y XX)*, comps. Francisco Enríquez e Iván Molina (Alajuela: Museo Histórico Cultural Juan Santamaría, 2002), 1-46.

válido afirmar que para los médicos de mediados del siglo XX la desatención de sus recomendaciones por parte de la mujer significaba abandonar la supuesta misión materna que sustentaba el concepto conservador de familia, y eso revela que sus consejos estaban atravesados por ideas ajenas al proceso científico. También es cierto que los médicos reafirmaban su autoridad con sus publicaciones, que desaprobaban las prácticas de salud caseras y que, en algunas ocasiones, las recomendaciones higiénicas estaban determinadas por un concepto de niñez ideal que no se mantenía en los límites científicos o comprobables.[86] Sin embargo, la mayoría de artículos sobre las enfermedades no estuvo mediado por juicios de valor, ni hubo una intención manifiesta de civilizar a los infantes, sino que la información tenía un asidero científico.

La idea de progreso no estuvo del todo ausente durante el período en estudio; de hecho, el primer suplemento indicaba que "conocer y tratar de solucionar los problemas relacionados a la crianza del niño, es acción directamente vinculada al futuro de la Nación".[87] Es evidente que el valor del infante se encontraba en su potencial, y esto sugiere, aunque sin total contundencia, que el progreso referido en la cita podía obedecer a una idea de civilización que se alcanzaba, entre otros caminos, asegurando la fuerza laboral. La cuestión allí es, si este era el único móvil del sistema de salud que se forjaba alrededor de la niñez, si en la década de 1950 continuaba la idea de civilización asociada al período liberal, y si para construir el progreso los médicos buscaban moralizar

86 Nasly Madrigal Serrano, "Cómo ser madre y proteger a la infancia en un contexto de enfermedad y muerte: puericultura desde el Ministerio de Salubridad Pública de Costa Rica (1949-1956)" (Tesis de Licenciatura en Historia, Universidad de Costa Rica, 2021), 98-138.

87 Ministerio de Salubridad Pública, Suplemento de Puericultura, *La Nación*, no. 1, 1 de diciembre de 1949, 12.

a los infantes. Es claro, eso sí, que durante el decenio que interesa, los médicos ya habían interiorizado el concepto de salud como un problema estatal.

Los hallazgos del capítulo sugieren que, a pesar de los proyectos desarrollados a lo largo del régimen liberal de bienestar, el problema de la mortalidad y las enfermedades infantiles no pasó a ser una preocupación secundaria durante la década de 1950, porque todavía había una cantidad considerable de muertes y casos provocados por afecciones prevenibles. Al lado de esto debe reconocerse, sin embargo, que el descenso sostenido de la mortalidad infantil inició antes de 1950[88] y que la insistencia en los servicios de salud a mediados del siglo XX fue una herencia del período liberal que pudo sostenerse por los recursos institucionales, la introducción de métodos de prevención y la producción científica sobre la salud infantil. Sin estas herramientas, probablemente el cuadro epidemiológico hubiera presentado características distintas.

La información que brindó el suplemento para cubrir el conjunto de problemas expuesto evidencia que los médicos recurrían a su propia autoridad y la de su disciplina y que por ese motivo los consejos en general mantenían una justificación científica y actualizada. La actualización del personal que escribía en el suplemento se observa en los datos sobre mortalidad, incidencia y epidemias del período, cuya aparición en este material era esporádica, pero en concordancia con los registros institucionales. La revisión de esos datos y referencias actualizadas, al igual que todos los números dedicados a las enfermedades infantiles, permite asomarse a la realidad de los niños/niñas menores y mayores de un año de edad, que vivieron durante el decenio de 1950. El suplemento no expresa la experiencia directa de los niños/niñas, pero los números reflejan el perfil de salud que presentaba la infancia del período.

88 Pérez Brignoli, *La población de Costa Rica, 1750-2000*, 139-143.

La pertinencia de la información publicada en el suplemento se encuentra también en la vacunación. El proceso no era nuevo, pero la mayoría de vacunas que se estaba aplicando se adoptó durante el período estudiado, y eso ayudó a configurar un esquema de salud infantil, distinto al que se estaba desarrollando antes de 1949, para enfrentar las enfermedades persistentes y prevenibles vistas aquí. La vacunación añadía otra posibilidad preventiva que presentaba limitaciones, como la aplicación de todas las dosis en los momentos oportunos, pero que incorporaba la inmunización como un método efectivo complementario a la higiene seguida en el hogar.

La información analizada muestra que, con todo y las concepciones culturales y la cientificidad que conducía a los médicos, la divulgación tuvo que comprenderse como una estrategia. Los números del suplemento deben entenderse como un intento de aproximación a las familias de los niños/niñas. El objetivo se expresó en el uso de un periódico como medio de publicación, en la insistencia de que la responsabilidad del cuidado de la infancia recaía tanto en las instituciones públicas como en el hogar, en la utilización de un lenguaje sencillo para transmitir las ideas y en las explicaciones concretas sobre microorganismos y cuadros clínicos complejos.

Los consejos en torno a las enfermedades que provocaban o no muertes permiten detenerse a reflexionar sobre el dolor que enfrentaban los niños/niñas del período y la probabilidad siempre presente de perder una vida que podía evitarse con la garantía de condiciones sociales no reducibles a la educación de la madre. La exposición de estos problemas también remite, aunque indirectamente, a la preocupación constante y a la incertidumbre de la familia del niño/niña. Esta, entonces, no es solo una historia institucional; es una historia de la infancia, de la maternidad, de la enfermedad y del dolor.

Los fenómenos de mortalidad y enfermedad de los niños/niñas presentados en este capítulo deben comprenderse desde la medicalización,[89] pues la vida de estos pasó a ser un problema médico, y al hacerlo, permitió que la ciencia se reconstruyera, ya fuera desde la producción de conocimiento o desde su divulgación. En este trabajo no se logró concluir si los consejos fueron aplicados en los hogares, pero eso no impide identificar el intento de los médicos por ajustar la realidad de la madre y el infante a los parámetros higiénicos y científicos. La higiene debía ser un eje central de la infancia. El espacio ocupado por el suplemento era limitado y el acceso al periódico también, pero su información permitió detenerse en parte de la vida de los niños/niñas costarricenses de mediados del siglo XX.

89 Michel Foucault, "Historia de la medicalización", *Educación media y salud* 11, no. 1 (1977): 1-25.

Capítulo 5

Las pandemias olvidadas: el caso de la Gripe Asiática (A/H2N2) en Costa Rica (1957-1959)

Anthony Goebel McDermott

Introducción

La pandemia generada por la COVID-19, sin duda, ha tenido un impacto social, económico, político y psicológico a nivel global -sólo para mencionar algunos ámbitos humanos y sociales- que en muchos aspectos resulta inédito. La impronta de la crisis multidimensional desatada por esta emergencia sanitaria, empero, es muy disímil y divergente entre regiones y países. Al respecto, la COVID-19 ha dejado más expuestas que nunca, las profundas desigualdades sociales y económicas imperantes en el planeta, siendo uno de los indicadores más visibles la resiliencia -o la falta de ella- de los sistemas de salud pública para enfrentar la enfermedad y sus consecuencias. También ha dejado claro que la lógica del gran negocio capitalista de las farmacéuticas y otras empresas globales sigue imperando en la solución inmediata a la crisis sanitaria, lo que se expresa en el acceso diferenciado a las diversas vacunas desarrolladas para el combate de la enfermedad, muy distante de aquel esfuerzo global, coordinado y humanista del que en algún momento se habló, especialmente en los primeros momentos de la pandemia.

En el ámbito económico, y especialmente impulsada por las medidas adoptadas por muchos países (aunque de manera diferenciada) para la contención de la enfermedad en sus fases iniciales (el confinamiento de la población, la restricción de la movilidad local e internacional, el distanciamiento físico, entre otras), ha tenido lugar una ralentización profunda de la actividad económica. Las estrategias de "recuperación" han sido variadas, y en buena medida opuestas: desde el intervencionismo estatal y la implementación de medidas económicas expansivas, hasta las políticas de austeridad y reducción del gasto público de carácter restrictivo, así como un sinnúmero de experimentaciones intermedias, con resultados económicos y sociales igualmente variados.

Las ciencias médicas, por su parte, han adquirido un notable protagonismo en el discurso público. Diversas percepciones y representaciones sociales de la ciencia, sus alcances y sus límites han tendido a polarizar la sociedad entre la fe y confianza absoluta y el descrédito y la desconfianza del conocimiento científico "oficial". Esto ante unas comunidades epistémicas que han reforzado su discurso de verosimilitud, autosuficiencia y objetividad del conocimiento que construyen, sin que se asomen, siquiera, atisbos de una ciencia posnormal, que abogue por la coexistencia de distintos modos de producción científica[1] y que considere a las incertidumbres, la multicausalidad y el entendimiento imperfecto como la base del conocimiento.[2] Es decir, una ciencia que abogue por la inclusión creciente de "participantes legítimos" en el proceso que sirve para asegurar la calidad

1 María Jiménez-Buedo e Irene Ramos Vielba, "¿Más allá de la ciencia académica?: modo 2, ciencia posacadémica y ciencia posnormal", *ARBOR*, Vol. 185, n. 738, (2009): 721-737.

2 Manuel González de Molina y Víctor Manuel Toledo, *Metabolismos, naturaleza e historia. Hacia una teoría de las transformaciones socioecológicas* (Barcelona: Icaria Editorial, 2011).

de los *inputs* científicos,[3] ya que las personas no son simples agentes pasivos del cambio y, consecuentemente, la implementación de esquemas, desarrollados exógenamente, ha generado en el pasado y puede generar en la actualidad, sentimientos y actitudes de rechazo por parte de los propios beneficiaros de los cambios surgidos de dichos esquemas.[4]

La pandemia impactó a los países centroamericanos desde principios de marzo de 2020. Como lo han señalado con claridad Díaz y Viales, desde el ingreso de la enfermedad al territorio centroamericano, las élites la presentaron como un *shock externo* que, sin embargo, ha dejado en evidencia las tendencias negativas que se habían venido manifestando en términos de desigualdad y de pobreza en esta región. De esta manera, "una enfermedad que se propagó por parte de las élites transnacionalizadas y de las clases medias con acceso a los viajes a Asia, Europa y Estados Unidos ha manifestado sus consecuencias más fuertes en los sectores sociales más vulnerables".[5] Estos, a su vez, "han participado en el reforzamiento del contagio, debido a las migraciones laborales que han tenido como destino principal a los Estados Unidos, uno de los principales focos de la pandemia a nivel mundial".[6] Así, "el COVID-19 arribó a un área del mundo profundamente afectada por la 'pandemia' de las

3 Jiménez-Buedo y Ramos Vielva, "¿Más allá de la ciencia académica?"

4 Pablo Díaz, Alberto Rodríguez y Agustín Santana, "Fundamentos del paradigma ecológico en las ciencias sociales, *PASOS. Revista de Turismo y Patrimonio Cultural*, Vol. 10, n. 1, (2012), 169.

5 David Díaz Arias y Ronny Viales Hurtado, "El impacto del COVID-19 y otras 'pandemias' contemporáneas en Centroamérica", *Pandemia y crisis el COVID-19 en América Latina,* coordinado por Gerardo Gutiérrez Cham, Susana Herrera Lima y Jochen Kemner (Guadalajara: Centro María Sibylla Merian de Estudios Iberoamericanos Avanzados en Humanidades y Ciencias Sociales (CALAS); Editorial Universidad de Guadalajara, 2021), 87-88.

6 Díaz y Viales, "El impacto del COVID-19 y otras 'pandemias' contemporáneas en Centroamérica", 87-88.

reformas neoliberales, pero también la del autoritarismo, la de la exclusión social, la de la desigualdad y la de la pobreza".[7]

La pandemia no sólo ha dejado en evidencia las carencias de los sistemas de salud pública en Centroamérica, sino que se ha utilizado para profundizar en el desarrollo de las políticas neoliberales que ya se impulsaban mucho antes de la irrupción de la enfermedad, consolidar algunos personalismos con claros visos autoritarios, e inclusive para perseguir líderes sociales y étnicos. A la vez, con una tendencia polarizante, binaria y frecuentemente simplificada, diversos grupos o individuos con una agenda político-ideológica, en ocasiones clara y a veces velada, han respaldado o cuestionado las estrategias desarrolladas por el gobierno de turno para hacer frente a la emergencia, generándose, además, un debate en torno a la actuación o al estado de las instituciones de salud o asistencia social.

En el caso costarricense, las reformas neoliberales, que ya habían observado una aceleración en la administración del presidente Carlos Alvarado Quesada, tomaron un mayor impulso, amparadas en la notable cercanía de la administración con las cámaras empresariales y el uso político de la pandemia como justificación para la reducción del gasto y la austeridad fiscal, en un momento de recesión económica y urgencia por robustecer las ya debilitadas instituciones sociales del Estado costarricense. Así, la estrategia general para reactivar la economía se ha basado en medidas que tienden a deprimirla, haciendo acopio de un claro dogmatismo neoliberal que parece inapropiado y deja al descubierto el carácter irracional del anti-estatismo de los sectores dominantes costarricenses.

Ahora bien, el carácter inédito de muchos de los impactos generados por la pandemia del COVID-19, relacionados con

7 Díaz y Viales, "El impacto del COVID-19 y otras 'pandemias' contemporáneas en Centroamérica", 88.

el contexto particular que atraviesan los distintos países y regiones del planeta en un mundo globalizado, no nos debe conducir al error: en el pasado, virus respiratorios han generado episodios pandémicos con efectos profundos en la mortalidad, la salud física y mental de la población, así como en la economía y la sociedad a nivel mundial, con efectos diferenciados entre países y regiones. También han impactado los sistemas de salud pública, afectando su trayectoria institucional, al tiempo que la arquitectura institucional de dichos sistemas ha incidido directamente en el combate a la enfermedad. Una particularidad de las pandemias generadas por virus respiratorios, y especialmente las que tuvieron lugar en tiempos relativamente recientes, es lo poco que han sido estudiadas por historiadores y científicos sociales. De hecho, el papel preponderante que en los análisis de las pandemias respiratorias modernas ocupa la denominada "gripe española" o "influenza española" -cuyo impacto fue innegable-[8] fácilmente puede conducir a pensar que esa fue la única pandemia generada por un virus respiratorio en el siglo XX.

Así, han sido poco estudiadas otras pandemias respiratorias como la denominada gripe asiática A (H2N2) (1957-1959) o la gripe de Hong Kong (1968-1970) A (H3N2), aunque su impacto humano y social fue notorio. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), a ambas pandemias se les atribuyen entre 1 y 4 millones de fallecimientos a partir de la estimación del exceso de mortalidad en los años en que ambas enfermedades asolaron a la humanidad, afectando a todos los grupos de edad. Este impacto sociodemográfico es considerablemente mayor, por ejemplo, al de la denominada "gripe porcina" A (H1N1)

8 Christopher J. L. Murray et al., "Estimation of potential global pandemic influenza mortality on the basis of vital registry data from the 1918–20 pandemic: a quantitative analysis", *Lancet* 368, 9554 (2006): 2211–2218.

de 2009-2010, que se estima produjo la muerte de entre 100.000 y 400.000 personas, afectando especialmente a niños y adultos jóvenes.[9] Como lo señala con claridad el historiador británico Niall Ferguson, la gripe asiática de 1957 se constituyó en una de las mayores pandemias de la era moderna, la decimoctava más grande de la historia, y sin embargo ha sido sistemáticamente borrada de la memoria social de la humanidad, a pesar de guardar muchas más semejanzas con la pandemia de la COVID-19 que con la pandemia de la denominada "gripe española" de 1918-1919.[10]

A partir de lo anterior, este capítulo centra su atención en la pandemia de 1957, partiendo del carácter multidimensional, multicausal y complejo de las pandemias como procesos histórico-sociales y a partir de tres ejes analíticos distintos pero complementarios. Así, partimos de la premisa, conceptualizada acertadamente por Carbonetti, Rivero y Herrero al analizar las políticas de salud pública generadas en Buenos Aires, Córdoba y Salta (Argentina) frente a la "Gripe española", según la cual la enfermedad no implica tan sólo la pérdida de homeostasis, sino que se constituye adicionalmente como un fenómeno social. Según estos autores, toda epidemia es un hecho disruptivo, pero no solamente en términos estrictamente biológicos, pues en el seno de la sociedad en la cual se desarrolla, "comienzan a generarse acciones que impactan en la vida cultural, la economía, la política, detonando una ruptura en la cotidianidad que es además potenciada por las medidas que desde el Estado se imponen para combatirla". Además, indican que "si bien la epidemia en sí misma genera una crisis a partir del temor que origina en la población, el desequilibrio se acentúa en el marco del desarrollo de

9 *Organización Mundial de la Salud, Pandemic Influenza Risk Management. WHO Interim Guidance.* (Génova: 2013).

10 Niall Ferguson, *Desastre. Historia y política de las catástrofes* (Barcelona: Penguin Random House Grupo Editorial, 2021).

políticas públicas tendientes a luchar contra la dolencia y de respuestas sociales frente a ellas".[11]

En tiempos recientes y en ocasiones impulsados decididamente por la pandemia de la COVID-19, algunos trabajos han relacionado dimensiones específicas de la vida social y política de algunos países latinoamericanos, como es el caso de Argentina y Colombia, con las pandemias históricas generadas por virus respiratorios, entre las que se encuentra la que aquí se propone analizar.[12] Otras contribuciones recientes que han subrayado el carácter multidimensional de la pandemia generada por el virus SARS-COV 2, han establecido relaciones entre la crisis sanitaria y otras crisis globales. Eleonora Rohland, por ejemplo, ha establecido conexiones históricas entre la crisis climática, la crisis del COVID-19 y la "crisis del supremacismo blanco", partiendo de la premisa de que la explotación extrema de los recursos y la destrucción sistemática de la naturaleza -como prerrequisitos para el cambio climático actual y las pandemias inducidas por zoonosis- están entrelazados con la ideología de la superioridad blanca y el racismo sistémico.[13]

A partir de las premisas recién expuestas, los tres ejes analíticos o dimensiones de la pandemia generada por la gripe asiática de 1957 que guiaron este trabajo son:

---

11 Adrián Carbonetti, María Dolores Rivero y María Belén Herrero, "Políticas de salud frente a la gripe española y respuestas sociales. Una aproximación a los casos de Buenos Aires, Córdoba y Salta a través de la prensa (1918-1919)", *Astrolabio*, Nueva Época n. 13 (2014), 69.

12 Adriana Álvarez, "Los años que vivimos en pandemias: la poliomielitis, la gripe asiática y la gripe de Hong Kong. Semejanzas y diferencias con el coronavirus (Argentina, 1957-2020)", *Prácticas de oficio. Investigación y reflexión en Ciencias Sociales* 25 (2020): 3-15; María Fernanda Durán Sánchez, *La gripe española en Bogotá. La epidemia de 1918*, Trabajo de Grado, Facultad de Ciencias Sociales, Departamento de Historia, (Colombia: Pontificia Universidad Javeriana, 2005).

13 Eleonora Rohland, "COVID-19, Climate, and White Supremacy, Multiple Crises or One?", *Journal for the History of Environment and Society*, 5 (2020): 23–32.

la dimensión propiamente epidemiológica -y su impacto socio-demográfico-, el ámbito institucional -centrado en el sistema de salud pública costarricense y la actuación estatal ante la enfermedad- y la acción de diversos sujetos sociales ante la pandemia. De esta manera, se buscará establecer, en un primer acercamiento, las interrelaciones entre dichos ámbitos, en procura de dar cuenta de cómo la enfermedad afectó a la sociedad y al sistema de salud, y a la vez, cómo la arquitectura institucional y las respuestas sociales hacia la pandemia incidieron a la hora de enfrentar el evento crítico.

Cabe destacar que este capítulo centrará su atención únicamente en dos de los tres ejes mencionados: el ámbito epidemiológico y sociodemográfico y la dimensión institucional de la gripe asiática, a partir del enfoque teórico desarrollado para tal efecto. Las fuentes base de nuestro análisis son los *Anuarios Estadísticos*, con un rango de años de 1950 a 1965. Además, se adicionaron indicadores complementarios que consideramos de gran valía para dimensionar adecuadamente el peso sociodemográfico de la pandemia y tener una perspectiva más amplia del contexto de la mortalidad en el país y su evolución temporal. Entre estos indicadores están la mortalidad general, las defunciones por enfermedades del sistema respiratorio y por neumonía e influenza como proporción del total de fallecimientos, y las tasas de mortalidad por estas mismas causas con barras de error y líneas de tendencia. Finalmente, no desagregamos los datos por grupos de edad pues rebasaba los alcances y posibilidades de este estudio, aunque no dudamos de su relevancia para ser analizado en futuras investigaciones.

Dado que el estudio se centrará en el establecimiento de elementos relacionales entre la pandemia de la gripe asiática y el diseño institucional del sistema de salud costarricense, se analiza tanto la información de carácter político-normativo de las instituciones que conforman

dicho sistema (leyes, decretos, políticas etc.), así como aquellas que dan cuenta de manera específica de la actuación institucional ante el evento pandémico (estrategias de prevención, atención, estudio, divulgación etc.). Todo lo anterior en procura de dimensionar las principales características de la arquitectura institucional del sistema de salud, su accionar, si sufrió alguna modificación por enfrentar la enfermedad, y la agencia histórica de los sujetos en la promoción del cambio o la defensa de la estabilidad del sistema. Para acceder a este tipo de análisis resultarán básicas las memorias de salud del período bajo estudio, ya que en esta fuente se encuentran numerosos informes presentados por instalaciones hospitalarias, departamentos, jefaturas y otros componentes del sistema, al jerarca del Ministerio de Salubridad y nos puede acercar al diseño, organización y operatividad del sistema de salud en el momento histórico analizado.

De esta menara, el análisis de la trayectoria institucional desde la perspectiva del cambio institucional gradual,[14] fue acompañado por un análisis de contenido que se centró en el establecimiento de inferencias e interpretaciones contextualizadas, obtenidas a partir de datos de procedencia diversa, pero mayoritariamente de textos.[15] El análisis

14 James Mahoney y Kathleen Thelen, "A Theory of Gradual Institutional Change", en *Explaining Institutional Change: Ambiguity, Agency, and Power*, ¡ James Mahoney y Kathleen Thelen, eds. (Cambridge: Cambridge University Press, 2009), 1-37; Wolfgang Streeck y Kathleen Thelen, "Introduction: Institutional Change in Advanced Political Economies", *Beyond Continuity: Institutional Change in Advanced Political Economies*, Wolfgang Streeck y Kathleen Thelen. Eds. (Oxford: Oxford University Press, 2005), 1-39; Alicia Gómez, "Enfoques recientes para el análisis del cambio institucional. La teoría distribucional del cambio gradual" Política y gobierno XXII, n. 2 (2015): 391-415.

15 Jaime Andréu Abela, "Las técnicas de Análisis de Contenido: Una revisión actualizada", *Fundación Centro de Estudios Andaluces*, 09 de noviembre de 2001, https://www.centrodeestudiosandaluces.es/publicaciones/tecnicas-de-analisis-de-contenido-una-revision-actualizada

de contenido que aquí se propone es esencialmente sociohermenéutico, o como señala Mercedes Berzal, una "hermenéutica controlada" basada en la deducción y en la búsqueda de inferencias,[16] en el tanto busca acceder a los significados (expresos y ocultos) que los sujetos sociales brindan al mundo que les rodea.

1. Trayectoria del sistema de salud costarricense antes de 1950

En la década de 1950, la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) iniciaba una nueva trayectoria institucional que avanzaba gradualmente hacia la universalización de los servicios de salud pública, dejando poco a poco atrás los rasgos de la estructura anterior, que algunos autores han dado en llamar régimen liberal de bienestar,[17] y que se caracterizaba por una presencia fuerte de la seguridad social residual, propia de los sistemas de beneficencia y filantropía privados, aunque con cada vez mayor presencia del estado. Cabe destacar en este sentido, que la concepción del Estado liberal decimonónico como un estado "mínimo", observante pasivo de las leyes de mercado, y con escasa presencia en la vida social y económica del país, no ha resistido la evidencia empírica. Numerosas investigaciones han evidenciado cómo, para el caso costarricense, las reformas económicas y sociales impulsadas decididamente desde la década de 1940 fueron la continuación e institucionalización

16 Mercedes Berzal, "Del análisis de contenidos al análisis del discurso. Quince años de estudios acerca de los materiales curriculares en la enseñanza de las ciencias biológicas", *Tercer Encuentro de Investigadores en Didáctica de la Biología,* 2005, http://www.adbia.com.ar/eidibi_archivos/aportaciones/com_orales/trabajos_completos/berzal_co.pdf

17 Ronny Viales, "El régimen liberal de bienestar y la institucionalización de la pobreza en Costa Rica 1870-1930", *Pobreza e Historia. Determinantes estructurales y representaciones sociales*, Ronny Viales Hurtado, ed. (San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica, 2005), 71-100.

de políticas y prácticas desarrolladas por los gobiernos liberales que antecedieron a esta "era reformista", y que, en los más variados ámbitos de la vida social del país, parecen haber mostrado un pragmatismo notable.[18]

El caso de la salud pública no es la excepción a lo recién expuesto. Previo a la creación de la CCSS, y la reforma social de amplio alcance que le dio origen, tuvo lugar una temprana participación del estado en el ámbito de la salud a través de diversas acciones, programas, proyectos e instituciones creadas por los gobiernos liberales. Esta temprana participación del estado impulsó la construcción de la salud como un asunto público, con una participación y competencia estatal crecientes.[19] Algunos hitos destacables en este proceso fueron la creación de la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública (1922), la Secretaría de Salubridad y Protección Social (1927), la Caja Costarricense del Seguro Social (1941),

18 Ronny Viales, "Las bases de la política agraria liberal en Costa Rica. 1870-1930. Una invitación para el estudio comparativo de las políticas agrarias en América Latina", *Diálogos Revista Electrónica de Historia* 2, nº 4 (2001): 1-59, Ronny Viales, "La colonización agrícola de la Región Atlántica (Caribe) costarricense entre 1870 y 1930. El peso de la política agraria liberal y de las diversas formas de apropiación territorial", *Anuario de Estudios Centroamericanos* n. 27 (2) (2001): 57-100; Ronny Viales y Patricia Clare, "El Estado, lo transnacional y la construcción de comunidades científicas en la Costa Rica liberal (1870-1930). La construcción de un 'régimen de cientificidad'", *Diálogos Revista Electrónica de Historia* 7, nº 2 (2006): 146; Anthony Goebel, "La política económica liberal y su rol en el consumo de bienes 'monopolizados'. El caso del monopolio del tabaco en Costa Rica (1880-1907)", *Anuario de Estudios Centroamericanos,* 29 n. 1-2 (2003): 147-169.

19 Ana María Botey, *Los orígenes del Estado de Bienestar en Costa Rica: Salud y protección social (1850–1940)* (San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica, 2019); Ana Paulina Malavassi, *Entre la marginalidad social y los orígenes de la salud pública: leprosos, curanderos y facultativos en el Valle Central de Costa Rica (1784-1845)* (San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica, 2003); Juan José Marín, Hernández, "De Curanderos a Médicos. Una aproximación a la Historia Social de la Medicina en Costa Rica: 1800-1949", *Diálogos Revista Electrónica de Historia* 1, n.º 2 (2000): s.p.

y la promulgación del Código Sanitario (1943).[20] De esta manera, como bien lo ha señalado Steven Palmer, las instituciones de previsión y protección social fueron la base para la instauración de proyectos de higiene y salud pública a finales del siglo XIX e inicios del siglo XX,[21] con lo que queda claro que, el régimen liberal de bienestar, del que nos habla Viales, incluía también la salud.

La lógica procesual recién expuesta no resta importancia a las reformas sociales de la década de 1940, sino que más bien las sitúan en un contexto histórico más amplio, como parte de un proceso incremental de cambio institucional de larga data. Conscientes de ello, empero, y por el innegable peso de dichas reformas especialmente en el ámbito de la salud pública, es que, a manera de hipótesis consideraremos al año de 1940 como la coyuntura crítica de nuestro análisis. A partir de lo anterior entendemos nuestro período de estudio como un momento de consolidación inicial de la trayectoria institucional del sistema de salud pública costarricense. En este, las distintas organizaciones que componían el sistema se encontraban en pleno proceso de delimitación de sus funciones y sus respectivos ámbitos de acción, por lo que no es de extrañar la presencia de traslapes y duplicación de funciones entre algunos de sus componentes. Creemos que este momento de "confusión institucional", aún con un camino relativamente bien trazado, condujo a ineficiencias funcionales de los componentes como un todo, al tiempo en que el propio sistema se robustecía y mostraba sus innegables fortalezas. A partir de ello, van a encontrar presencia diversos actores -detractores y defensores del nuevo

20 Botey, *Los orígenes del Estado de Bienestar...*

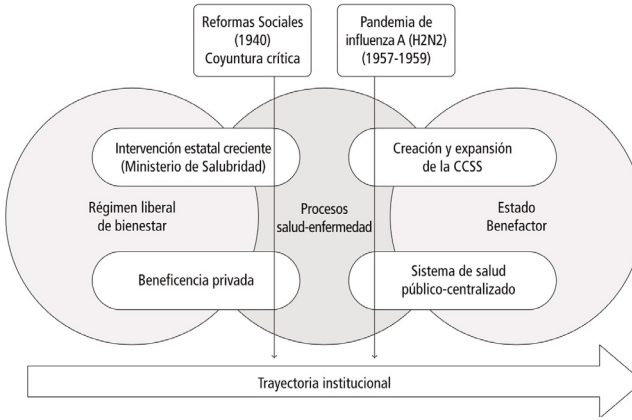
21 Steven Palmer, "Adiós Laissez- Faire: la política social en Costa Rica (1880-1940)", *Revista Historia de América,* n. 124 (1999): 99-117.

arreglo institucional- que van a clamar por el aceleramiento de la reforma o, por el contrario, van a propugnar por un retorno a las formas institucionales preexistentes.

Las mayores superposiciones y duplicaciones se presentaron entre los dos pilares del sistema de salud pública costarricense: la Secretaría de Salubridad Púbica y Protección Social, ente rector de la salud pública y representante del mencionado régimen de bienestar liberal y la CCSS, encargada, como ya se mencionó de la atención en salud en todos sus niveles y especialidades y brazo operativo de las políticas de salud emanadas de la secretaría, pero también representante de la nueva arquitectura institucional. De hecho, nuestro punto de partida es que estas funciones no estaban del todo claras, por el carácter novel de la CCSS y su aún escasa presencia geográfica, operativa y administrativa, que contrastaba con una secretaría de salud dotada todavía de numerosas funciones operativas y administrativas -y no sólo regulatorias- que le habían sido asignadas con el transcurrir de los años antes de las reformas. Partimos, en suma, de que después de 1940 se va a producir un cambio institucional gradual e incremental en el tránsito del régimen liberal de bienestar al Estado de bienestar, en el caso específico del sistema de salud. Los cambios introducidos no sólo se mantendrán en el tiempo, sino que se ampliarán, dando como resultado un nuevo diseño institucional que, sin embargo, mantendrá algunos de los rasgos del precedente, sin retornar a él en ningún momento.

Los elementos recién expuestos y su lógica relacional se pueden observar con claridad en el Esquema 5.1.

Esquema 5.1
Modelo/enfoque de la trayectoria institucional del sistema de salud costarricense en el contexto de la pandemia del virus de influenza A (H2N2)



Fuente: Elaboración propia.

2. Epidemiología e impacto sociodemográfico de la pandemia de la influenza A/H2N2 en Costa Rica

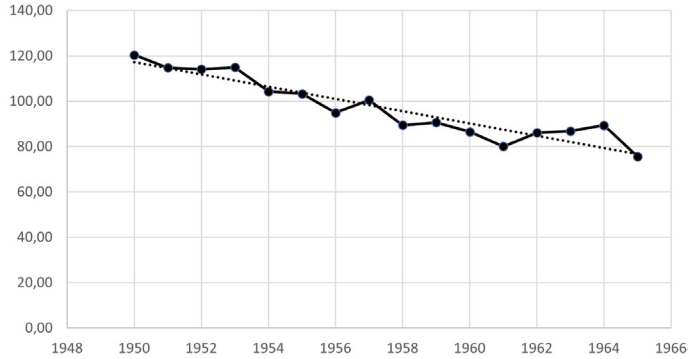
La mayor parte de nuestro análisis, en lo que respecta a la evolución de la pandemia y especialmente su mortalidad asociada, se asentará en las premisas metodológicas desarrolladas por Viboud y otros.[22] Antes de dar inicio a dicho análisis, empero, conviene dar cuenta de algunos elementos contextuales que contribuyen a dimensionar adecuadamente nuestros hallazgos en este eje analítico.

Un elemento que contribuye en este sentido es la tendencia que experimentaba la mortalidad general del país, en un rango temporal más amplio (1950-1965) que el trienio en que tuvo lugar la pandemia, pero que, a la vez, incluye los años

22 Cécile Viboud et al., "Global Mortality Impact of the 1957–1959 Influenza Pandemic", *The Journal of Infectious Diseases* 213, n. 5 (2016): 738-745.

en que arreció la enfermedad. Como se observa en el Gráfico 5.1, aún con ciertas variaciones que denotan algún grado de inestabilidad, la mortalidad general del país estaba en franco descenso, al pasar, en los años extremos, de 120,38/10.000 habitantes en 1950 a 75,62/10.000 habitantes en 1965.

Gráfico 5. 1
Costa Rica: Mortalidad general (tasa por 10.000 hab.) 1950-1965



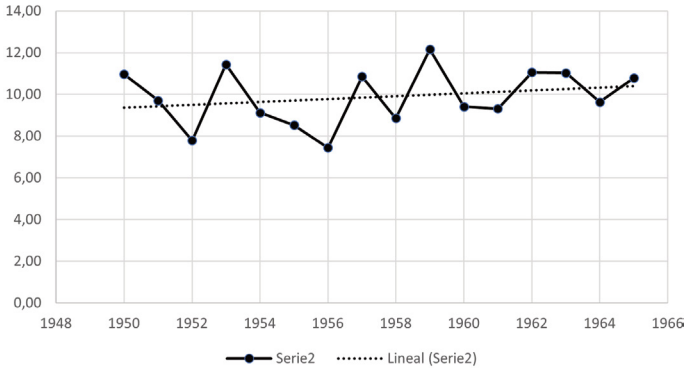
Fuente: Dirección General de Estadística y Censos, *Anuarios Estadísticos, 1950-1965*. Elaboración propia.

De hecho, si bien se puede constatar un leve incremento de la mortalidad en los años en que se presentó la pandemia, este es menor a los que tuvieron lugar en años posteriores, como es el caso de 1963 o 1964, que, hasta donde se tiene conocimiento, no experimentaron brotes de virus respiratorios de importancia. Lo anterior implica que no se puede establecer una relación causal automática entre la pandemia en estudio y la tendencia de la mortalidad general. De hecho, la epidemia parece haber tenido un impacto reducido en la tendencia general de la mortalidad en el país, guiada, entonces, por otras causas de muerte más relevantes. Es por ello que, para dimensionar el impacto de la gripe asiática en Costa Rica,

se deben analizar con más detalle variables específicas como la mortalidad por enfermedades respiratorias y la mortalidad por neumonía e influenza, según las clasificaciones de la época.

Así, el Gráfico 5.2 da cuenta de las defunciones por enfermedades del sistema respiratorio como proporción del total de fallecimientos y muestra una tendencia general al crecimiento (aunque no muy acusado) por este tipo de enfermedades. Pero, lo más importante para el caso que nos ocupa, es que 1959 es el año que presenta el mayor porcentaje de fallecimientos asociados a estas causas de muerte (12,16%), mientras que 1957, año en que dio inicio la pandemia, es el quinto en importancia en el período analizado (10,86%), además del hecho de que representa un incremento sustancial con respecto de los años precedentes en los que tuvo lugar una acusada tendencia al decrecimiento.

Gráfico 5.2
Costa Rica: Defunciones por enfermedades del sistema respiratorio (proporción del total) 1950-1965

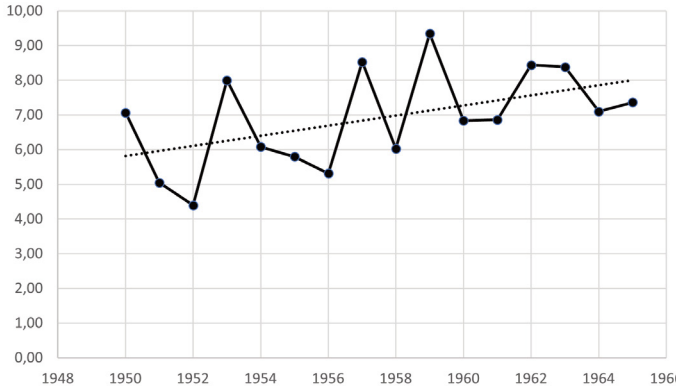


Fuente: Dirección General de Estadística y Censos, *Anuarios Estadísticos, 1950-1965*. Elaboración propia.

Un comportamiento similar muestra la evolución de los porcentajes de "influenza y neumonía" en el total de las defunciones.

En este caso, y como se aprecia en el Gráfico 5.3, el porcentaje de fallecimientos generados por estas enfermedades en 1959 es el mayor de todo el período analizado, con un 9,34% del total de los decesos, mientras que el año 1957 es el segundo en importancia en todo el período con un 8,53%. Un mayor nivel de detalle permite dilucidar que, tanto en el conjunto de fallecimientos por enfermedades del sistema respiratorio como en aquellos relacionados específicamente con neumonía e influenza, la gripe asiática no sólo parece haber estado presente, sino también haber incidido en las tendencias de la mortalidad generadas por estas enfermedades.

Gráfico 5.3
Costa Rica: Defunciones por influenza y neumonía (proporción del total) 1950-1965



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos, *Anuarios Estadísticos, 1950-1965*. Elaboración propia.

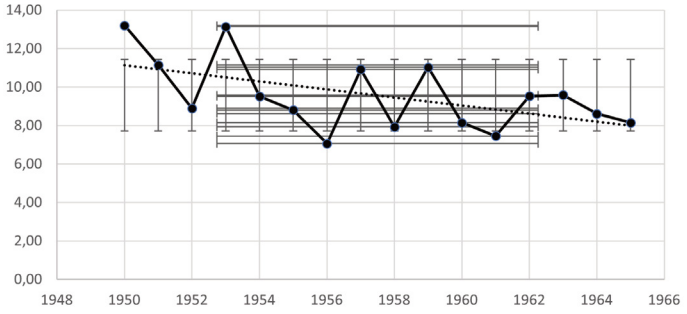
Si se pasa de la proporción de los tipos de padecimientos a las tasas de mortalidad asociadas tanto a las enfermedades del sistema respiratorio como de manera específica a la "influenza y neumonía", (ver Gráficos 5.4 y 5.5), la tendencia general cambia, mostrando un decrecimiento paulatino de

ambas variables, que, sin embargo, no es más pronunciado, por el impacto de algunos años en los que la prevalencia de estas enfermedades fue notable, destacando precisamente aquellos en que tuvo lugar la pandemia de la gripe asiática, especialmente los años 1957 y 1959, y otros años de alta incidencia de padecimientos generados por enfermedades respiratorias, como 1950 y 1953.

En suma, hasta aquí parece quedar claro que, si bien el impacto en la mortalidad general de la pandemia de la gripe asiática no parece haber sido significativo, no se puede decir lo mismo de las enfermedades respiratorias como causa de muerte, donde la incidencia de dicha pandemia fue sustancial, aunque oscurecida por un contexto general de reducción de la mortalidad inherente a las naciones que comenzaban a avanzar en la transición demográfica, y que observaban mejoras sustanciales en los indicadores de salud por la puesta en práctica e institucionalización de políticas de salud pública de alto impacto, el robustecimiento de su infraestructura hospitalaria, y los numerosos avances en la detección y atención de enfermedades de diversa índole.

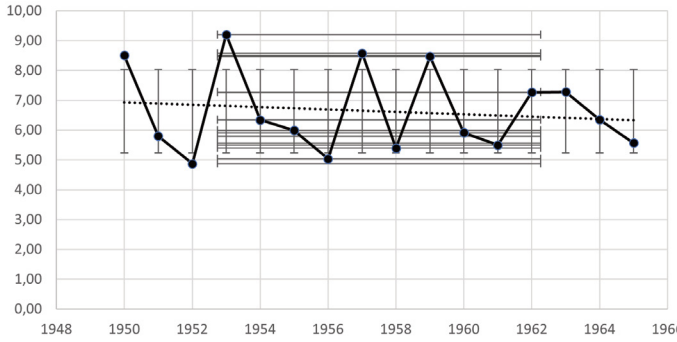
Gráfico 5.4

Costa Rica: Tasa de mortalidad por enfermedades del Sistema respiratorio (tasa por 10,000 hab.) 1950-1965 (con barras de error y línea de tendencia)



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos, *Anuarios Estadísticos, 1950-1965*. Elaboración propia.

Gráfico 5.5
Costa Rica: Tasa de mortalidad por neumonía e influenza (tasa por 10,000 hab.) 1950-1965 (con barras de error y líneas de tendencia



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos, *Anuarios Estadísticos, 1950-1965*. Elaboración propia.

Desde luego que el análisis del exceso de mortalidad permitirá precisar en estas consideraciones, e incluso brindar un primer acercamiento a la cantidad de fallecimientos y la tasa específica de mortalidad generada por la gripe asiática de 1957-1959. En este sentido Viboud y otros señalan con claridad que numerosos países a nivel mundial experimentaron el virus de la influenza pandémica A(H2N2) con una transmisión sostenida desde 1957, y olas recurrentes de actividad pandémica durante varios años. Si embargo, los estudios que han procurado cuantificar el exceso de mortalidad asociados con la pandemia de influenza de 1957 se han limitado a unos pocos países desarrollados, entre los que se encuentran Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Gales, Alemania y Singapur, por lo que el impacto de la pandemia en otras regiones del planeta como América Latina, África, el Medio Oriente o Europa del Este era virtualmente desconocido.[23]

23 Viboud et al., "Global Mortality".

A partir de lo anterior, los investigadores mencionados, tomando como fuente principal una base de datos de mortalidad detallada de la Organización Mundial de la Salud (OMS), consiguieron inferir la carga de mortalidad de la pandemia de influenza de 1957 en 39 países. Además, modelaron la relación entre indicadores de desarrollo de cada país y la mortalidad pandémica, extrapolando esta relación para estimar la carga global de la pandemia de 1957. Nuestro análisis, cabe destacar, únicamente se abocó al primero de estos objetivos, dado que este estudio persigue fines distintos al de los autores mencionados. Es por ello que el señero estudio de Viboud y otros será la base interpretativa del presente trabajo únicamente en lo que respecta a la mortalidad por la pandemia de la gripe asiática, pues los restantes ejes analíticos buscan establecer elementos relacionales entre su impacto sociodemográfico, uso político y percepción social, y la dinámica institucional de la salud pública en el país, que, como se planteó en nuestra hipótesis general, se encontraba en pleno proceso de transición hacia un modelo solidario, universal y guiado por una fuerte intervención estatal característico de los Estados de bienestar que se podrían considerar "exitosos" en el contexto general del desarrollismo de posguerra.

Desde luego que para dimensionar de manera adecuada el impacto de la pandemia de la gripe asiática en el país, la comparación con los casos ya analizados en el estudio mencionado se hace indispensable. Los autores encontraron abismales disparidades en la mortalidad generada por la pandemia en cuestión en los numerosos países analizados, con una diferencia de más de 70 veces en las tasas de exceso de mortalidad por enfermedades respiratorias asociadas a la pandemia en 1957 entre los distintos países. Estas van desde un impacto no medible en Egipto hasta 5,5 muertes/10.000 habitantes en Chile (Tabla 5.1). Los 10 países con el exceso de mortalidad más bajo incluyeron naciones

europeas y Egipto, mientras que los 5 países con el exceso de mortalidad más alto incluyeron naciones de América Latina y Finlandia. Las tasas acumuladas de exceso de mortalidad pandémica para el período 1957-1959 oscilaron entre 0,3 muertes/10.000 habitantes (Egipto) y 9,8 muertes/10.000 habitantes (Chile), una diferencia de 30 veces. De los 39 países, el impacto sobre el exceso de mortalidad en 18 de ellos (44%) se retrasó al segundo o tercer año de circulación del virus pandémico. En Europa y Australia en particular, la mayoría de las muertes relacionadas con la influenza ocurrieron en el tercer año de actividad del virus de la influenza pandémica A(H2N2).[24]

Tabla 5.1

Tasas de exceso de mortalidad en 40 países asociadas con la pandemia de influenza de 1957-59. Estimaciones basadas en las muertes por causas respiratorias. Los países están clasificados según el impacto del exceso de mortalidad de la pandemia en 1957. Los valores en negrita a la derecha resaltan los países que experimentaron un impacto de mortalidad retrasado al segundo o tercer año de circulación del virus pandémico

País	Tamaño poblacional 1957 (M)	Tasa de muertes respiratorias por 10.000					Proporción de exceso de muertes en 1957
		Línea de base de tasa de muerte	1957 exceso en la tasa de muerte	1958 exceso en la tasa de muerte	1959 exceso en la tasa de muerte	Acumulado 1957-59 exceso en la tasa de muerte	
Egipto	10.80	26.80	-0.42	0.15	0.17	0.32	**0.0%**
Inglaterra y Gales	44.91	13.59	0.07	-0.35	1.04	1.11	**6.6%**
Reino Unido	51.43	13.11	0.14	-0.31	1.14	1.28	**10.7%**
Dinamarca	4.49	3.97	0.16	-0.85	0.69	0.84	**18.7%**
Países bajos	11.03	4.62	0.23	0.00	0.64	0.87	**26.2%**

24 Viboud et al., "Global Mortality".

País	Tamaño poblacional 1957 (M)	Tasa de muertes respiratorias por 10.000					Proporción de exceso de muertes en 1957
		Línea de base de tasa de muerte	1957 exceso en la tasa de muerte	1958 exceso en la tasa de muerte	1959 exceso en la tasa de muerte	Acumulado 1957-59 exceso en la tasa de muerte	
Islandia	0.16	6.81	0.23	0.39	2.40	3.03	**7.7%**
Irlanda	2.89	10.17	0.36	-0.96	0.86	1.22	**29.4%**
Noruega	3.49	5.76	0.40	-0.32	0.64	1.03	**38.4%**
Bélgica	8.99	8.57	0.54	-0.91	-1.77	0.54	100.0%
Escocia	5.12	9.72	0.57	0.12	2.05	2.73	**20.8%**
Estados Unidos	170.37	4.35	0.58	0.24	-0.07	0.83	70.5%
Irlanda del Norte	1.40	10.11	0.61	-0.52	1.33	1.94	**31.3%**
Italia	49.18	8.80	0.64	-0.75	-0.88	0.64	100.0%
Australia	9.64	5.47	0.65	-0.26	1.29	1.94	**33.7%**
Israel	1.72	3.14	0.76	0.16	0.18	1.10	69.1%
Checoslo-vaquia	13.36	8.27	0.87	-0.32	1.59	2.46	**35.3%**
Canadá	16.59	4.75	0.92	0.13	0.74	1.79	51.1%
Berlín occidental	2.22	11.23	0.95	0.62	0.46	2.02	**46.8%**
Suiza	5.13	5.52	1.02	-1.23	-0.65	1.02	100.0%
Sri Lanka	9.17	9.12	1.04	-0.08	0.86	1.90	54.7%
Suecia	7.37	5.31	1.13	0.74	0.17	2.04	55.6%
Portugal	8.91	12.01	1.20	-1.96	-0.10	1.20	100.0%
Nueva Zelanda	2.23	7.46	1.42	-0.87	1.30	2.72	52.2%
Uruguay	2.44	4.38	1.46	0.25	0.94	2.65	55.1%
Francia	44.31	9.09	1.48	-1.57	-0.57	1.48	100.0%
Hong Kong	2.73	14.52	1.61	4.28	3.29	9.18	**17.6%**
Alemania	50.46	8.43	1.63	-0.05	-0.82	1.63	100.0%

País	Tamaño poblacional 1957 (M)	Tasa de muertes respiratorias por 10.000					Proporción de exceso de muertes en 1957
		Línea de base de tasa de muerte	1957 exceso en la tasa de muerte	1958 exceso en la tasa de muerte	1959 exceso en la tasa de muerte	Acumulado 1957-59 exceso en la tasa de muerte	
Japón	91.09	5.62	1.74	-0.12	-0.26	1.74	100.0%
Costa Rica	11.40	9.18	1.74	-1.25	1.85	3.59	**33.30%**
Austria	6.97	8.46	1.77	-0.32	0.00	1.77	99.8%
Venezuela	6.58	5.44	2.02	1.00	0.77	3.79	53.3%
Trinidad y Tobago	0.77	9.79	2.15	-1.85	N/A	N/A	N/A
España	29.55	10.62	2.89	-1.19	0.17	3.06	94.6%
Hungría	9.84	9.05	3.13	1.52	3.53	8.18	**38.2%**
México	32.51	20.37	3.19	2.52	0.93	6.64	**48.1%**
Colombia	13.23	14.90	3.19	1.16	1.51	5.86	54.5%
Finlandia	4.32	6.17	3.54	-0.21	-0.48	3.54	100.0%
Panamá	1.02	8.57	3.63	1.70	2.09	7.42	**48.9%**
El Salvador	2.35	8.07	4.80	1.77	-0.16	6.57	73.0%
Chile	7.14	26.24	5.41	0.59	3.79	9.79	55.3%

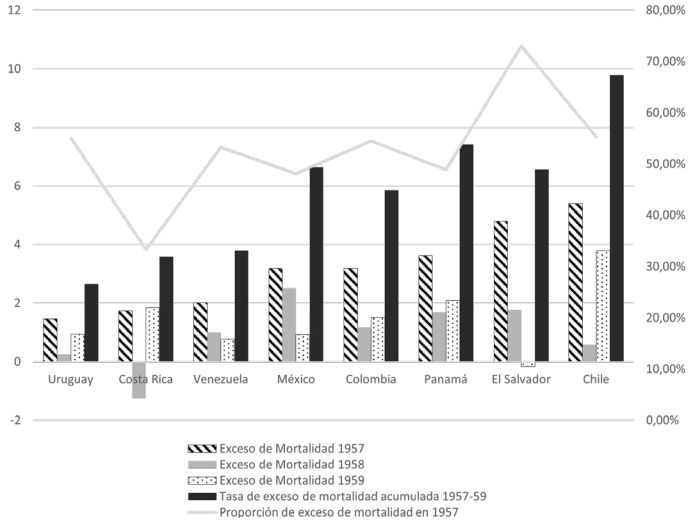
Fuente: Viboud, et. al. (Supplementary Table 2) y Dirección General de Estadística y Censos, *Anuarios Estadísticos, 1950-1965*. Elaboración propia.

El caso de Costa Rica (no incluido en el mencionado estudio) ha sido agregado siguiendo la metodología de Viboud. En este sentido, cabe destacar que, siguiendo la tasa de exceso de mortalidad asociada a la pandemia de la gripe asiática tomando en cuenta el año de 1957, esta es de 1,74, situándose en la posición número diez entre los cuarenta países analizados. Dicha posición, como se observa con claridad en la Tabla 5.1, es relativamente distante de la mayor parte de los países latinoamericanos que se vieron más afectados por la pandemia, como fue el caso de Chile, El Salvador y Panamá. Sin embargo, el impacto del virus en la mortalidad generada

por enfermedades respiratorias en el país es por mucho superior a la experimentada por las naciones que encabezan la lista de los países donde la enfermedad pasó prácticamente desapercibida (al menos en el primer año), como fue el caso de Egipto, Inglaterra y Gales, el Reino Unido, Dinamarca, Países Bajos, Islandia, Irlanda y Noruega, todos ellos con una tasa inferior a 0,5 muertes/10.000 habitantes. Si se toma en cuenta el acumulado de los tres años en los que arreció la pandemia, la posición de Costa Rica se mantiene virtualmente inalterada, siendo el décimo país más afectado, en términos de mortalidad, por la pandemia de la gripe asiática de los cuarenta analizados. Lo anterior se explica por la lógica de la evolución de la mortalidad en los tres años en que la enfermedad arreció a nivel global.

En el primer año, como se analizó con anterioridad, el exceso de mortalidad se situó en 1,74 y aunque se incrementó ligeramente en 1959 hasta arribar a 1,85, en el año 1958 pasó desapercibida, registrando una tasa negativa, (-1,25), lo que implica que no hubo un exceso de mortalidad en las enfermedades respiratorias que sea atribuible a la pandemia como factor incremental de los decesos. Así, la tasa de exceso de mortalidad acumulada se situó en 3,59, por debajo de todos los países latinoamericanos analizados a excepción de Uruguay (ver Gráfico 5.6), aunque muy por encima de aquellos países donde la pandemia pasó prácticamente desapercibida. Así, el perfil epidemiológico de Costa Rica se sitúa a la mitad del camino entre aquellos países cuya mortalidad por enfermedades respiratorias atribuible a la gripe asiática se incrementó desde la primera ola pandémica, y aquellos que fueron afectados especialmente en el segundo o tercer año de la expansión global del virus. Lo anterior en el tanto presentó una tasa similar en los años extremos de 1957 y 1959 y un nulo impacto en 1958, año intermedio de la pandemia.

Gráfico 5.6
Tasas de exceso de mortalidad de varios países latinoamericanos asociadas con la pandemia de influenza de 1957-1959. Estimaciones basadas en muertes por enfermedades del sistema respiratorio



Fuentes: Las mismas de la Tabla 5.1. Elaboración propia.

Según nuestras estimaciones del exceso de mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio, la cantidad total de fallecimientos que pudo haber generado la pandemia de la gripe asiática asciende a 433 personas (ver Tabla 5.2). En el estudio de base ya mencionado, se encontraron diferencias geográficas y predictores pandémicos similares a los recién expuestos a partir del análisis de mortalidad por neumonía e influenza, una variable más específica de análisis que permite detallar, con más precisión, el impacto de la gripe asiática en la mortalidad de los distintos países analizados.

Tabla 5.2
Estimación de exceso de mortalidad, fallecimientos y proporción de muertes por el sistema respiratorio atribuibles a la pandemia de la gripe asiática A(H2N2)

Enfermedades del sistema respiratorio			
Tasa de mortalidad (promedio)		9,57	
Línea de base		9,18	
Año	Exceso de mortalidad	Fallecimientos estimados	Proporción sist. respiratorio (%)
1957	1,74	206	16,55
1958	-1,25	0	0
1959	1,85	227	16,75
Totales	**3,59**	**433**	**33,30**

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos, *Anuarios Estadísticos, 1950-1965*. Elaboración propia.

Se encontraron diferencias de hasta 25 veces, en las tasas de exceso de mortalidad por neumonía e influenza relacionadas con la pandemia de la gripe asiática, durante el período 1957–1959, entre los países analizados. Entre los diez países con las tasas más bajas se encuentran Europa, Estados Unidos, Israel y Egipto, mientras que las tasas superiores de exceso de mortalidad se encontraron, de nuevo, en naciones latinoamericanas, con Chile a la cabeza. La extrapolación realizada por los autores del estudio arrojó una tasa global de exceso de mortalidad por neumonía e influenza de 2,9 muertes/10.000 habitantes (IC 95 %, 2,1–3,8 muertes/10.000 habitantes) durante 1957–1959.[25] De la misma forma, la estimación que hicimos para el caso costarricense, tomando en cuenta el exceso de mortalidad por neumonía e influenza, muestra tendencias y comportamientos similares a los recién expuestos sobre las enfermedades respiratorias en su conjunto.

25 Viboud et al., "Global Mortality".

En 1957, el exceso de mortalidad por las causas de muerte mencionadas ascendió a 2,37, descendiendo hasta -0,80 en 1958, para nuevamente incrementarse en el tercer año de la pandemia, hasta arribar a 2,27, muy similar a la del año inicial de la expansión del virus (Tabla 5.3). El hecho de que la tasa sea mayor que si se toman en cuenta a las enfermedades respiratorias en su conjunto tiene que ver con la mayor sensibilidad de la variable analizada, que toma en cuenta únicamente a aquellas enfermedades en las que mayoritariamente fueron clasificados los casos de gripe asiática, difícil de diferenciar en términos de diagnóstico de otros tipos de gripe identificadas y clasificadas en el país en esa época. Lo anterior también explica, desde nuestra perspectiva, por qué la cantidad estimada de fallecimientos es mayor cuando se extrapola del exceso de mortalidad por neumonía e influenza, que si se estiman a partir de las enfermedades respiratorias. Así, la cantidad de fallecimientos totales por gripe asiática a partir del exceso de mortalidad de neumonía e influenza asciende a 571 personas.

Tabla 5.3
Estimación de exceso de mortalidad, fallecimientos y proporción de muertes por neumonía e influenza atribuibles a la pandemia de la gripe asiática A(H2N2)

Neumonía e influenza			
Tasa de mortalidad (promedio)		6,63	
Línea de base		6,20	
Año	Exceso de mortalidad	Fallecimientos estimados	Proporción neumonía e influenza (%)
1957	2,37	281	28,74
1958	-0,80	-99	0
1959	2,27	290	27,84
Totales	**4,64**	**571**	**56,58**

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos, *Anuarios Estadísticos, 1950-1965*. Elaboración propia.

Del análisis recién expuesto, se puede resumir que, si bien la pandemia de la denominada gripe asiática no trajo consigo una alteración sustantiva en la tendencia de la mortalidad general en el país, sí tuvo un impacto notorio en la evolución de la mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio y, de manera específica, en los decesos agrupados en la categoría neumonía e influenza, situándose entre los primeros 10 países más afectados por el virus de los 40 países analizados por Viboud y otros, según nuestras propias estimaciones. La tasa de mortalidad y la cantidad estimada de decesos, cabe destacar, fue ostensiblemente inferior al de otras epidemias históricas como la del cólera (1856)[26] y otras pandemias globales que afectaron de manera dramática al país como la "gripe española" de 1918-1920. En este último caso, según Héctor Pérez, en 1920 la tasa bruta de mortalidad fue de 46 por mil. Del total de fallecimientos, un 65,5% respondió a enfermedades infecciosas, incluyéndose en ese grupo 2.298 defunciones (un 17% sobre el total de muertes) atribuibles a la pandemia de la gripe española. De hecho, este mismo autor nos revela un patrón que claramente nos parece familiar: en los años de 1918 y 1919 se registraron 142 y 170 decesos respectivamente por dicho padecimiento, lo que implica que la mayor parte de las muertes tuvieron lugar en 1920, tercer año de la pandemia,[27] comportamiento epidemiológico que coincide en buena medida con la lógica y dinámica de los fallecimientos por la gripe asiática recién expuestos. En el caso que nos ocupa, los decesos atribuibles a la gripe asiática representarían cerca de un 1,5% del total de las muertes entre 1957 y 1959, pero su proporción asciende a un 12% aproximadamente si se toman en cuenta únicamente las muertes por enfermedades del sistema respiratorio, y a un 26% si sólo se consideran los fallecimientos por neumonía e influenza.

26 Botey, *Los orígenes del Estado de Bienestar...*

27 Héctor Pérez-Brignoli, *La población de Costa Rica, 1750-2000. Una historia experimental* (San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica, 2010), 156-157.

En suma, la pandemia de la gripe asiática en Costa Rica, ha sido obscurecida, especialmente en términos académicos pero también en otros como el de la memoria social, por su escaso peso en la tendencia general de la mortalidad en el país (en franco decrecimiento), obviando su notoria incidencia en las mencionadas causas de mortalidad específicas, dado que pudo representar hasta la cuarta parte de los decesos atribuidos a enfermedades del sistema respiratorio. Lo anterior no implica, empero, que diversos sujetos que atestiguaron, de manera directa o indirecta la expansión global de la enfermedad, no expresaran públicamente sus preocupaciones ante una alerta sanitaria de tal magnitud, o que la pandemia fuese simplemente ignorada por las autoridades de salud del país.

Lo anterior conduce a las siguientes preguntas: ¿qué impacto tuvo la pandemia de la gripe asiática como *shock externo* en el afianzamiento o modificación de la trayectoria institucional, ya fuese de manera *directa*, por su efecto en la institucionalidad misma (el sistema de salud) o *indirecta*, mediante su instrumentalización (discursiva y práctica) por parte de los tipos de agentes de cambio institucional dominantes? ¿Cuáles fueron las tensiones e interacciones que se presentaron con los rasgos de las instituciones y las características del contexto político? ¿Cuáles fueron las principales respuestas sociales ante la pandemia más allá de su instrumentalización política y la intención explícita o velada de reivindicar o denunciar al modelo de atención en salud vigente?

3. La "gripe asiática" y la salud pública costarricense

Uno de los aspectos que más se destacan en los informes presentados ante el jerarca del Ministerio de Salubridad Pública, y consignados en las Memorias de Salud en los años que aquí se analizan, es la labor de divulgación en distintas áreas de la salud como la epidemiología y la salud mental.

Esta se llevaba adelante mediante publicaciones (boletines, folletos, programas radiales etc.).[28] El Comité Nacional de Salud Mental, por ejemplo, divulgaba diversos aspectos de dicho campo de salud mediante transmisiones de radio en la Radio Universitaria, la Voz de la Víctor, Faro del Caribe entre otras estaciones, además de publicaciones en periódicos de alcance nacional.[29] Destacó, en ese sentido, la campaña de divulgación de la vacunación contra la polio, que tuvo como objetivo concienciar de su importancia a la población, especialmente en zonas rurales, donde parece haberse presentado una mayor resistencia a la inoculación.[30] En este ámbito de la divulgación de las políticas y medidas de salud dirigidas a la totalidad de la población del país, también destacaron en 1956-1957 las conferencias de expertos dirigidas a maestros y padres de familia en escuelas y colegios públicos así como en la Universidad de Costa Rica.[31]

El Ministerio de Salubridad Pública no sólo era el ente rector de la salud en el país, sino que administraba directamente varios establecimientos de salud, cuyos directores informaban de las distintas actividades realizadas, el estado general de la atención de pacientes, el desempeño administrativo y el estado de las finanzas, entre otros aspectos. También las jefaturas de enfermería y de otros departamentos de personal informaban

28 Ministerio de Salubridad Pública, *Memoria Ministerio de Salubridad Pública* 1956-1957, 10.

29 Ministerio de Salubridad Pública, "Informe de las labores que el Comité Nacional de Salud Mental", *Memoria Ministerio de Salubridad Pública* 1956-1957, 11-14.

30 Ministerio de Salubridad Pública, "Informe del Departamento de Educación Sanitaria", *Memoria Ministerio de Salubridad Pública* 1956-1957, 8-12.

31 Ministerio de Salubridad Pública, "Informe de las labores que el Comité Nacional de Salud Mental", *Memoria Ministerio de Salubridad Pública* 1956-1957, 12.

sobre las labores anuales realizadas,[32] como era el caso del Sanatorio Nacional de las Mercedes.[33]

Esta información, muy rica en su contenido para reconstruir la dinámica de las organizaciones mismas, deja claro que a pesar de la existencia de la CCSS, esta institución aún no administraba la totalidad de establecimientos de salud del país. De hecho, no fue sino hasta la década de 1970 que el Ministerio de Salud hizo entrega de la totalidad de los establecimientos de atención en salud a la CCSS, quedando su función rectora del campo claramente definida.

En los establecimientos de salud administrados por el Ministerio de Salubridad, los problemas administrativos, logísticos y financieros eran frecuentes. Esto se muestra en el informe del Departamento de Enfermeras de 1956, presentado por Doris Solórzano S., Subdirectora de dicho Departamento. Con una voz crítica y en visible tono de denuncia, la funcionaria señalaba entre otras falencias presentes en su departamento, el hecho de que si bien este tenía a su cargo la selección, nombramiento y dirección del personal de enfermería del Ministerio, las remuneraciones de las enfermeras provenían de distintos departamentos o unidades presupuestarias (Unidades Sanitarias, Sección Maternal, Sección Escolar, Departamento de Epidemiología) "dando lugar a falta de coordinación, duplicación de servicios etc., lo que suele producir razonamientos innecesarios que dan como resultado final, entorpecimiento de servicios que se brindan al público".[34]

Lo anterior incidía directamente en el ámbito operativo del Departamento, dificultando notablemente llenar vacantes

32 Ministerio de Salubridad Pública, "Informe de las labores del Departamento de Enfermería", *Memoria Ministerio de Salubridad Pública* 1956-1957, 8.

33 Ministerio de Salubridad Pública, *Memoria Ministerio de Salubridad Pública* 1956-1957, 2.

34 Ministerio de Salubridad Pública, "Informe de las labores del Departamento de Enfermería", *Memoria Ministerio de Salubridad Pública* 1956-1957, 1.

o reforzar servicios, pues los movimientos de personal dependían de la voluntad de la unidad presupuestaria donde se encontraba adscrito. La falta de capacitación, el crecimiento desproporcionado y sin planificación de los servicios sin aumentos correspondientes en el presupuesto y el personal del Departamento, el desconocimiento del personal médico del funcionamiento de las Unidades Sanitarias y la falta de supervisoras a nivel nacional eran algunos de los serios problemas que enfrentaba el Departamento en 1956, según el informe de su sub-directora.[35]

El informe de la sub-directora Solórzano mostró entonces: duplicidad y superposición de funciones, una descentralización presupuestaria que ya no parecía ajustarse a las necesidades de un sistema de salud en franco crecimiento y cada vez más interconectado (carencia de un departamento de recursos humanos). Lo que subyace en el discurso de la funcionaria es un clamor a la centralización presupuestaria de su departamento, pero por la magnitud de los problemas denunciados parece evidente que esta suerte de propuesta implícita podría hacerse extensiva al sistema de salud en su conjunto. En otras palabras, el diseño operacional de los establecimientos de atención médica ya no parecía ser compatible con el nuevo modelo de salud pública (crecientemente centralizado, tendiente a la universalización de los servicios y en constante expansión geográfica y operativa) que se abría paso tras las reformas sociales de 1940. Las deficiencias operativas y, sobre todo, las limitaciones presupuestarias en relación con una demanda creciente de diversos servicios de salud continuaron mencionándose en informes posteriores,[36]

35 Ministerio de Salubridad Pública, "Informe de las labores del Departamento de Enfermería", *Memoria Ministerio de Salubridad Pública* 1956-1957, 1-2.

36 Ministerio de Salubridad Pública, *Memoria Ministerio de Salubridad Pública 1957*, (San José: Imprenta Nacional, 1959), 19-24.

lo que deja en evidencia que su resolución fue lenta y presumiblemente incompleta. Sería la CCSS la encargada de consolidar este nuevo modelo subsanando las principales falencias denunciadas por Solórzano y convirtiéndose en el brazo operativo del sistema de salud del país, aunque este sería un proceso incremental y paulatino.

Uno de los elementos centrales del informe es que, aún con los problemas y carencias denunciadas de falta de personal, dificultad de movilizarlo y limitaciones presupuestarias, el personal de su departamento había sido sometido a una carga de trabajo adicional entre los meses de setiembre y diciembre de 1956, por el desarrollo del programa de vacunación contra la polio.[37] No parece caber duda de que, en términos epidemiológicos, la preocupación central de las autoridades de salud del país era la vacunación contra dicha enfermedad a nivel nacional, para lo cual se implementaron campañas de divulgación como las ya reseñadas y un despliegue significativo del personal de salud para inocular a la mayor cantidad de personas posible.

La campaña de vacunación contra este mal fue intensa y debidamente planificada, como queda confirmado en el Informe del Departamento de Educación Sanitaria, que desarrolló múltiples actividades en una campaña general para concientizar, especialmente a los padres y madres de familia, de la importancia de vacunar a sus hijos. Impresión y distribución de hojas sueltas, folletos, cartelones y avisos alusivos a la vacuna Salk (nombre de la vacuna contra la Polio), impresión de tarjetas de vacunación como comprobante para la segunda y tercera dosis, publicaciones periódicas en la prensa escrita, cuñas radiales, artículos y programas transmitidos en las radioemisoras nacionales, y campañas focalizadas en Limón, Puntarenas y la Zona Sur

37 Ministerio de Salubridad Pública, "Informe de las labores del Departamento de Enfermería", *Memoria Ministerio de Salubridad Pública* 1956-1957, 2.

del país fueron sólo algunas de las actividades realizadas por dicho Departamento y orientadas a promover la vacunación masiva contra la polio.[38]

Dicha campaña también recibió el apoyo del Servicio Cooperativo Interamericano de Salubridad Pública, mediante acuerdos firmados entre esta entidad y el Ministerio de Salubridad Pública de Costa Rica. De manera específica, dicha instancia colaboró en la obtención de la licencia de exportación, en Estados Unidos, de la vacuna Salk, requerida para la campaña de la vacunación contra la poliomielitis, que el Ministerio de Salubridad Pública inició en el mes de setiembre. Además, a través de esta instancia de cooperación se adquirió equipo, enseres y se colaboró con la ayuda necesaria para desarrollar esa campaña.[39]

En 1957, la campaña de vacunación contra la polio continuó aparentemente con éxito, incrementando nuevamente la demanda de personal, especialmente de enfermería, para la inoculación contra este mal principalmente fuera del Valle Central. El Ministerio también se ocupaba del control de otras enfermedades que afectaban a la población, como era el caso de la tuberculosis y la lepra, así como la erradicación de la malaria.

En el campo específico de la vacunación contra enfermedades infectocontagiosas, además de la agresiva campaña contra la polio, destacaba la vacunación infantil para la prevención de otros males como la viruela. En 1957, por ejemplo, se reportaba la vacunación de 8.224 niños en centros escolares. También destacaban otras acciones como los tratamientos antiparasitarios que se aplicaron a 18.941 niños ese

38 Ministerio de Salubridad Pública, "Informe del Departamento de Educación Sanitaria", *Memoria Ministerio de Salubridad Pública* 1956-1957, 8-12.

39 Ministerio de Salubridad Pública, "Reporte Anual del Servicio Cooperativo Interamericano de Salubridad Pública ", *Memoria Ministerio de Salubridad Pública* 1956-1957, 1.

mismo año.[40] De hecho se habían estructurado departamentos completos dedicados a la lucha o erradicación de estas enfermedades. Tal fue el caso del "Departamento de lucha antituberculosa", que daba cuenta del éxito de las medidas sanitarias adoptadas desde hacía más de una década para el combate de dicho mal, expresado en la drástica disminución de la mortalidad y la morbilidad asociada a dicha enfermedad. Entre las medidas adoptadas destacan el tratamiento y aislamiento de la población enferma en el Sanatorio Durán, la inauguración del Hospital Nacional para Tuberculosis (que sería re-bautizado en diciembre de 1975 como Hospital Dr. Blanco Cervantes tras su traspaso a la CCSS en octubre de ese mismo año[41]) y la agresiva campaña de vacunación antituberculosa con la vacuna BCG (Bacilo de Calmette-Guérin), desplegada en las provincias de San José, Cartago y Puntarenas con un total de 13.077 personas vacunadas (11.795 en edades de entre 10 y 14 años y 1.282 adultos), destacando, además, que desde el inicio de dicha campaña, en marzo de 1952, se había logrado inocular a un total de 238.215 personas.[42] A la luz de este informe, parece quedar claro que ciertas enfermedades infecto-contagiosas, así como las estrategias de lucha contra ellas, habían sido definitorias en el propio diseño departamental del sistema de salud pública costarricense, con una impronta innegable en las medidas, políticas, y desarrollo infraestructural, una fuerte injerencia del Ministerio de Salubridad Pública en todos los procesos de salud-enfermedad y una participación aún marginal de

40 Ministerio de Salubridad Pública, *Memoria Ministerio de Salubridad Pública 1957*, (San José: Imprenta Nacional, 1959), 25.

41 Asociación Costarricense de Hospitales, *Hospitales de Costa Rica. Órgano oficial de la Asociación Costarricense de Hospitales*, n. 7, Diciembre (1975): 29-30.

42 Ministerio de Salubridad Pública, *Memoria Ministerio de Salubridad Pública 1957*, (San José: Imprenta Nacional, 1959), 39-41.

la CCSS. Para el caso que nos ocupa, cabe destacar que la gripe asiática no pasó desapercibida para las autoridades y el personal de salud del Ministerio. En el informe de labores del Departamento de Enfermería se menciona, en la sección denominada "Programas Especiales", que en agosto el personal había trabajado "intensamente durante la epidemia de influenza que azotó al país".[43]

A pesar de lo escueto de la información, la referencia a una "epidemia de influenza" (no encontramos registros o estadísticas de otro virus respiratorio que "azotara" al país en 1957) no parece dejar dudas de que, aún sin claridad sobre el tipo de influenza de que se tratase, el impacto del virus de influenza A/H2N2 se hizo sentir en la población del país y, consecuentemente, en el personal de salud, que tuvo que trabajar intensamente en la atención de la enfermedad. La referencia también deja claro que el pico de contagios de 1957 se presentó en el mes de agosto, siguiendo una evolución similar al de la mayor parte de los países latinoamericanos estudiados por Viboud y otros. Sin embargo, dado que se trataba de una enfermedad nueva y percibida como un problema coyuntural, no tenía el peso suficiente para conducir a la creación de un departamento especializado para la lucha contra dicho mal, lo cual no implica que no haya tenido lugar un despliegue institucional notable, orientado hacia su vigilancia, prevención y atención.

El informe del Departamento de Epidemiología del Ministerio dedicó un subapartado para informar sobre el origen, expansión y características de la pandemia, así como de las medidas adoptadas para enfrentarla. Según ese informe, en la segunda mitad de abril dio inicio una "epidemia difusa de Influenza en Hong Kong y Singapur. En forma rápida se fue extendiendo hasta invadir otros continentes y transformarse

43 Ministerio de Salubridad Pública, *Memoria Ministerio de Salubridad Pública 1957*, (San José: Imprenta Nacional, 1959), 23.

en pandemia".[44] Asimismo, se indicó que en setiembre de 1957 tuvo lugar un aumento súbito de la incidencia de la enfermedad en Costa Rica, producto del crecimiento vertiginoso en el número de casos que había tenido lugar semanas atrás. Así, se menciona que en la semana comprendida entre el 25 y el 31 de agosto se habían reportado 344 casos "que revelaban el estado pre-epidémico", con un aumento súbito a la semana siguiente cuando se reportaron 1466 casos, culminando una semana después con 3851 casos reportados.[45] Señala el informe que la incidencia de la enfermedad "inició su descenso también en forma rápida, en el curso de cuatro semanas". Uno de los elementos más valiosos de este informe es el establecimiento de un perfil de los síntomas y la evolución de la enfermedad, lo que permitió estimar la cantidad de personas infectadas. Se menciona que al cuerpo médico le enviaron "tarjetas especiales" (presumiblemente con los síntomas actualizados del virus en base a la información científica disponible y estandarizada por la recientemente creada OMS), obteniendo datos de 6766 casos reportados que incluían variables como la localidad, edad y severidad del cuadro clínico entre otras.[46] El análisis de los datos permitió establecer que el 29,84% de dichos casos fueron considerados severos por los médicos que los reportaron. Dicha severidad se manifestó por la presencia de síntomas como epistaxis (hemorragia nasal), seguidos por laringitis o bronquitis intensas. Tras el periodo agudo tenía lugar una convalecencia prolongada, con bronquitis, astenia (cansancio), infecciones focales y la exacerbación de

44 Ministerio de Salubridad Pública, *Memoria Ministerio de Salubridad Pública 1957*, (San José: Imprenta Nacional, 1959), 90.

45 Ministerio de Salubridad Pública, *Memoria Ministerio de Salubridad Pública 1957*, (San José: Imprenta Nacional, 1959), 90.

46 Ministerio de Salubridad Pública, *Memoria Ministerio de Salubridad Pública 1957*, (San José: Imprenta Nacional, 1959), 91.

padecimientos anteriores.[47] Al igual que en otras partes del mundo, la pandemia afectó, especialmente en el primer año de circulación del virus, mayoritariamente a niños, adolescentes y adultos jóvenes. Como se observa en la Tabla 5.4, un 49% de los casos comprendía a personas con edades entre 1 y 19 años, destacando además el hecho de que la incidencia del virus era notablemente baja en niños menores a un año, creciendo de manera vertiginosa en el grupo de 1-9 años, para luego mantener un nivel relativamente estable con tendencia al decrecimiento conforme se avanzaba en los grupos de edad, hasta llegar a 1,58% en personas mayores de 70 años.[48]

Tabla 5.4
Distribución porcentual por edades en 6766 casos de gripe asiática A(H2N2) según el Ministerio de Salubridad Pública, Costa Rica, 1957

-1	1-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70
5,33 %	26,88 %	22,08 %	18,80 %	11,76 %	7,06 %	3,90 %	2,61 %	1,58 %

Fuente: Memoria del Ministerio de Salubridad Pública, Año 1957. Imprenta Nacional, 1959, p. 91. Elaboración propia.

Cabe destacar que el comportamiento por grupo de edad de los casos reportados coincide con la estimación hecha por Viboud y otros, lo que contribuye a validar la metodología y el análisis de dicho estudio. Ahora bien, si se establece la razón de letalidad de los casos (CFR, por su acrónimo en inglés), que estima la proporción de muertes entre los casos confirmados, basándonos en la cantidad de fallecimientos que tuvieron lugar en 1957 (206) por la gripe asiática (exceso de mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio), se obtiene un 3% de

47 Ministerio de Salubridad Pública, *Memoria Ministerio de Salubridad Pública 1957*, (San José: Imprenta Nacional, 1959), 91.

48 Ministerio de Salubridad Pública, *Memoria Ministerio de Salubridad Pública 1957*, (San José: Imprenta Nacional, 1959), 91.

letalidad del total de casos, lo que es a todas luces excesivo, si se toma en cuenta que la mayor parte de los estudios recientes sitúan la letalidad del virus en aproximadamente un 0,2%.[49] Si bien dichos análisis se basan en la totalidad de los años en que se presentó la pandemia y el informe del Ministerio consigna únicamente los datos de 1957, es claro que la cantidad de personas contagiadas reportada en ese año está muy por debajo del dato real, dado que la cantidad de casos confirmados para las muertes que se generaron por la pandemia sería de un poco más de 100.000 personas, es decir el 10% del total de la población en el año analizado. Esto, que merece estudiarse con mayor profundidad a futuro, no resultaría extraño si se toma en cuenta que se ha estimado que, precisamente por su menor letalidad, globalmente hubo mayor cantidad de personas contagiadas de la gripe asiática que de la influenza española de 1918-1920. Además, el contagio en otros países fue notablemente mayor. En Estados Unidos, por ejemplo, estimaciones de la época situaban la cantidad de casos en cerca de 45 millones de personas, lo que representa un 25% de la población de ese país en 1957.[50]

Como se observa en el informe mencionado, el Departamento de Epidemiología hizo un esfuerzo notable por construir un perfil de la enfermedad, su impacto en la población y su sintomatología. Empero, también procuró llevar adelante acciones concretas para atender y contener la pandemia y sus consecuencias. En este sentido el informe señala que la epidemia fue objeto de gran actividad en diferentes Departamentos del Ministerio, pues desde que la enfermedad arribó a Sudamérica se realizaron diversas reuniones entre el ministro y los jefes de Departamento para discutir las medidas

49 World Health Organization, "Pandemic Influenza Risk Management: WHO Interim Guidance", (2013): 19. Otros autores como Vibaud y Simonsen han estimado un CFR aún menor, de 0,1%. Ver: Cécile Viboud y Lone Simonsen, "Timely estimates of influenza A H7N9 infection severity", *The Lancet* 382, n° 9887, (2013): 106–108.

50 Ferguson, *Desastre*.

a tomar para enfrentar el virus. Destaca el documento la labor realizada por el Departamento de Enfermeras, "quienes realizaron más de 3700 visitas a los hogares más afectados".[51] El trabajo del personal de enfermería también fue resaltado por ir más allá de sus deberes, dado que al haber familias donde todos sus miembros se encontraban afectados por la enfermedad, dicho Departamento "organizó por iniciativa propia un servicio asistencial y social, sin omitir esfuerzos para conseguirles alimento y atención, por intermedio de diversas instituciones y congregaciones religiosas".[52]

El informe también indica que los médicos adscritos al Departamento de Unidades Sanitarias dedicaron "la mayor parte de su tiempo a la asistencia de enfermos de influenza durante las semanas de emergencia",[53] lo que no parece dejar dudas de que la gripe fue, tanto severa como temporalmente, localizada en su primer año de circulación. El personal de salud tuvo que avocarse a la atención de los pacientes enfermos por el virus de manera prioritaria, y cumplir al mismo tiempo con la atención regular de pacientes con otros problemas de salud y patologías específicas. El período relativamente reducido en que arreció la enfermedad puede explicar el hecho de que no haya mención alguna sobre contratación de personal de emergencia para atender a los pacientes, o sobre reacomodo o equipamiento de espacios físicos para aislar a los enfermos.

También destacan en el informe las estrategias de divulgación desarrolladas para alertar a la población de los riesgos de la enfermedad y cómo afrontar los síntomas en pacientes con algún grado de severidad. En este sentido, destaca el

51 Ministerio de Salubridad Pública, *Memoria Ministerio de Salubridad Pública 1957*, (San José: Imprenta Nacional, 1959), 91.

52 Ministerio de Salubridad Pública, *Memoria Ministerio de Salubridad Pública 1957*, (San José: Imprenta Nacional, 1959), 91.

53 Ministerio de Salubridad Pública, *Memoria Ministerio de Salubridad Pública 1957*, (San José: Imprenta Nacional, 1959), 91.

Departamento de Educación Sanitaria, que "desplegó su labor en programas de divulgación y preparación de material impreso. Se dieron varias conferencias instructivas por la radio, y la prensa contribuyó publicando instrucciones y medidas útiles para aliviar a los enfermos y prevenir las complicaciones que puede traer la influenza". También se destaca el hecho de que el jefe de la Sección Sanitaria Escolar puso a disposición del Departamento de Epidemiología "tres médicos para la atención de casos graves de personas indigentes".[54]

Finalmente, el informe señala que, ante la "necesidad de conocer la situación nuestra con respecto al 'Virus Asiático' el Laboratorio Bacteriológico y el Departamento de Epidemiología realizaron la toma de material que fue enviado a los Estados Unidos", resultando positivas las pruebas. Esto deja en evidencia una limitación básica del Departamento de Epidemiología: la inexistencia local de una prueba que pudiera dar cuenta de la presencia del virus, y la consecuente dependencia de los desarrollos médico-científicos foráneos para combatir la novel enfermedad. De hecho, resulta llamativo el hecho de que los Estados Unidos contaran con una prueba específica para la influenza A/H2N2, pero, a diferencia de otras pandemias históricas como la "gripe española", el país del norte contaba con nuevas herramientas para el seguimiento del virus y de su expansión a nivel mundial, así como de un notable grado de preparación para enfrentarlo.[55]

Las medidas adoptadas por el ente ministerial ante el arribo al país de este nuevo tipo de influenza no dejan dudas sobre el despliegue interdepartamental que tuvo lugar para la atención de la enfermedad desde el ámbito médico y epidemiológico, pero también desde otras esferas relacionadas con la divulgación científica y la educación sanitaria. Las autoridades

54 Ministerio de Salubridad Pública, *Memoria Ministerio de Salubridad Pública 1957*, (San José: Imprenta Nacional, 1959), 91.

55 Ferguson, *Desastre*.

del Ministerio de Salubridad no tomaron a la ligera los riesgos de un virus con claro potencial pandémico, y los datos expuestos en el informe muestran el carácter actualizado de la información que manejaban, así como de los últimos avances conceptuales y metodológicos en el ámbito de la vigilancia epidemiológica. Empero, un vacío notable en el informe mencionado llama poderosamente la atención: la inexistente mención de la CCSS. En efecto, aun tratándose de un informe interno del Ministerio de Salubridad, la colaboración interinstitucional con la Caja Costarricense del Seguro Social está completamente ausente en lo reportado. De hecho, en toda la acción ministerial expuesta hasta aquí, resalta, al igual que en el caso de otras enfermedades, el papel protagónico del Ministerio de Salubridad en los distintos ámbitos del "combate" contra la "gripe asiática", desde la atención directa de los contagiados, hasta las estrategias de divulgación de las características de la enfermedad, sus riesgos a la salud y la emisión de recomendaciones para la atención de las personas afectadas por el virus. Es decir, la actuación de los distintos departamentos del Ministerio iba mucho más allá de la rectoría de la salud pública en el país, con un papel preponderante en la operacionalización de las políticas públicas de él emanadas.

Lo anterior da cuenta de la transición entre modelos de salud-enfermedad por la que atravesaba el país en el periodo analizado. El hecho de que las unidades sanitarias, primer nivel de atención en salud de la época y con un notable alcance geográfico, estuvieran adscritas al ministerio, contribuía al mantenimiento de ese rol protagónico de la máxima autoridad en salud, pues la CCSS aún no contaba con una infraestructura médica equiparable a la de la autoridad ministerial. A lo anterior se debe agregar la posibilidad de que los jefes departamentales y otras autoridades del Ministerio invisibilizaran la actuación de la CCSS como parte de una estrategia de defensa de un diseño institucional (el régimen liberal de bienestar) que de manera lenta pero creciente

era desplazado, al menos de manera parcial, por un modelo crecientemente centralizado, con mayor participación estatal en la atención en salud, pero a partir de una especialización diferenciada entre la formulación de políticas públicas en salud (Ministerio de Salud) y la operacionalización de dichas políticas (CCSS). Se trataría, en suma de una "persistencia liberal" en el ámbito de la salud pública, en un contexto de reformismo desarrollista, de manera análoga a la persistencia desarrollista en el marco de la continuidad del (contra) reformismo neoliberal, analizado con profundidad por Ronny Viales y Jean Paul Vargas para caracterizar el cambio sociopolítico y socioeconómico de Costa Rica entre 1940 y 2020,[56] como una suerte de resistencia al cambio socio-institucional inherente al modelo de desarrollo dominante.

Luego de 1958, donde los casos de gripe asiática virtualmente desaparecieron y la institucionalidad de salud no observó transformaciones de importancia, 1959 se caracterizó por presentar el exceso de mortalidad y cantidad de defunciones más elevados de los tres años en los que arreció la enfermedad, con un comportamiento general muy similar al de 1957. La actuación institucional del Ministerio de Salubridad, empero, fue muy distinta de la que reseñamos y caracterizamos líneas atrás. Una síntesis general de la Memoria de dicho ministerio deja entrever que, a pesar del cambio de administración, no hubo cambios sustantivos en el diseño institucional. La mayor parte de los departamentos mantuvieron su estructura durante la administración del presidente Mario Echandi Jiménez y su ministro de Salubridad, José Manuel Quirce Morales, aunque hay una notable cantidad de referencias a limitaciones presupuestarias en el ministerio. Sin embargo, continuaron las campañas

56 Ronny Viales Hurtado y Jean Paul Vargas Céspedes, "La persistencia desarrollista durante la continuidad del reformismo neoliberal. Cambio sociopolítico y cambio socioeconómico en la Costa Rica contemporánea. 1940-2020", en *Laberintos y bifurcaciones: historia inmediata de México y América Central, 1940-2020*, editado por Ronny Viales Hurtado (San José: CIHAC, 2021), 321-369.

de lucha contra algunas enfermedades consideradas como de alto impacto para la salud pública del país. La campaña antituberculosa, la vacunación masiva contra la polio (y el inicio de la campaña con la vacuna oral), la campaña de erradicación de la malaria y la lucha contra el cáncer con nuevas herramientas que fueron destacadas en los informes correspondientes, como la quimioterapia y los "rayos x", no dejan dudas de la centralidad de la autoridad de salud en la atención directa de los males.

Fotografía 5.1: "Unidad Móvil Dental para trabajo de conservación de la dentadura de los escolares, visita periódicamente 108 establecimientos escolares con el propósito de suministrarles tratamiento a los niños".

Fuente: Memoria del Ministerio de Salubridad Pública, 1959, p. 43.

Asimismo, es destacable el mantenimiento de campañas de educación sanitaria y de nutrición a la población infantil, así como otras campañas de divulgación de medidas y acciones de salud pública de índole diversa. El desarrollo de nueva infraestructura de salud, como la construcción de nuevas Unidades Sanitarias, y la prestación de servicios de salud de índole diversa, como la ortodoncia infantil, fueron también destacadas en los informes correspondientes, que se caracterizan por un mayor uso de imágenes y fotografías que sus precedentes.

Fotografía 5.2: "Foto de la maqueta del proyecto para la Unidad Sanitaria de Heredia que se proyecta construir el próximo año".

Fuente: Memoria del Ministerio de Salubridad Pública, 1959, p. 6.

Fotografía 5.3: "El Dr. Antonio Peña Chavarría, Director del Hospital San Juan de Dios dando a tomar a los niñitos del Dr. Quirce Morales, Ministro de Salubridad Pública, la vacuna oral contra la Poliomielitis, habiendo sido estos los primeros niños en Costa Rica a quienes se les aplicó".

Fuente: Memoria del Ministerio de Salubridad Pública, 1959, p. 69.

Para el caso que nos ocupa, empero, si hay una notable diferencia en el contenido de la memoria institucional: la ausencia total de referencias sobre la gripe asiática, a pesar de que, como se mencionó fue en 1959 cuando más arreció la enfermedad. Ni siquiera aparece mencionada en el informe específico del Departamento de Epidemiología, por lo que no se desarrolló estrategia alguna para enfrentar al virus, ni se menciona sobre cooperaciones interdepartamentales como las que tuvieron lugar en el primer año de circulación de la enfermedad.

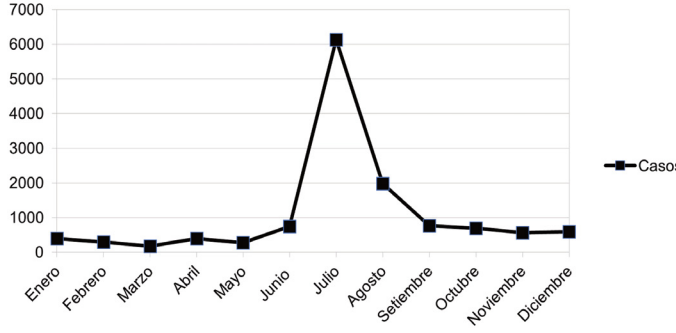
El impacto del virus pandémico, sin embargo, distó mucho de pasar desapercibido. El Departamento de Bioestadística del Ministerio realizó un trabajo notable en la sistematización de los datos de morbilidad y mortalidad por enfermedades infectocontagiosas para 1959. En el análisis del contenido estadístico de dicha información, el reporte de dicho Departamento destaca que la influenza (sin especificar su tipo) registraba el mayor número de casos con respecto a las demás enfermedades infectocontagiosas. De hecho, se menciona que dicha enfermedad registraba en el mes de julio un brote epidémico de 6128 casos, "el cual se inició en junio con 745 casos notificados y continuó con alta incidencia durante los siguientes meses del año". Los grupos etarios más afectado fueron, "como es característico de esta dolencia", los menores de un año y de uno a cuatro, con 1139 y 2358 casos y 118 y 57 defunciones respectivamente.[57]

En el informe se reconoce, entonces, el notable impacto de la influenza, pero sin indicar la presencia específica de la gripe asiática en el país. De hecho, la mención a "lo característico de esta dolencia" parece indicar que en el Departamento consideraron el brote epidémico como uno de influenza estacional, sin darle seguimiento epidemiológico

57 Ministerio de Salubridad Pública, *Informe Anual, año 1959* (San José: 1960), 82.

alguno a la enfermedad. En enero de 1959 sólo se registraron 395 casos de influenza, seguidos por 296 en febrero, 173 en marzo, 390 en abril y 279 en mayo (ver Gráfico 5.7). En junio, empero, hubo un incremento mucho mayor al promedio, alcanzando los 745 casos, para repuntar de manera estrepitosa a 6128 casos en julio y decrecer con 595 casos en diciembre. El total de contagiados ascendió a 13.004 personas, mientras que el total de defunciones fue de 412. Si hemos estimado que la cantidad de fallecimientos por la gripe asiática ascendió a 290 personas para 1959, esto implica que cerca de un 70% de los decesos que el Ministerio atribuyó a la epidemia de influenza correspondían específicamente a la gripe asiática.

Gráfico 5.7
Distribución mensual de los casos de influenza reportados para el año de 1959

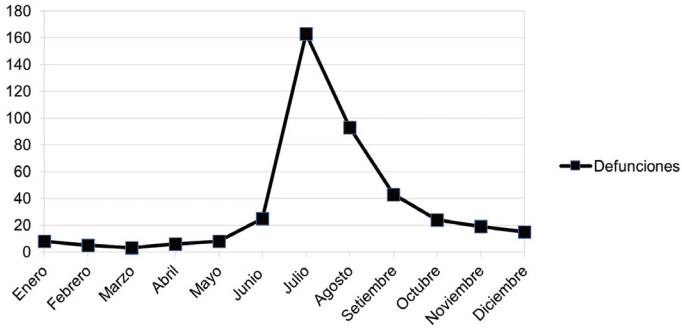


Fuente: Memoria del Ministerio de Salubridad Pública, 1959, p. 85. Elaboración propia.

La cantidad de defunciones observa un comportamiento casi idéntico al de los casos activos (ver Gráfico 5.8). Algo que no se menciona con claridad en el análisis de los datos, aunque sí se puede extraer de estos, es la letalidad de la influenza (aún sin especificar su tipo) por grupo de edad y

el resultado es muy distinto de los datos de contagio. Como se observa en la Tabla 5.5, la letalidad fue notablemente elevada en los grupos etarios extremos (los recién nacidos menores de un año y los adultos de 75 años o más). En el primer caso, alcanzó al 10,36% de los casos, mientras que en el segundo llegó a un 53,76% de los casos. Los grupos de edad intermedios oscilaron entre el 2,5% para los niños en edades entre 1 y 4 años y 3,2% para el caso de los adultos entre 45 y 64 años. Los grupos comprendidos entre los 5 y 44 años no alcanzan el 1% de letalidad por influenza.

Gráfico 5.8
Distribución mensual de defunciones por influenza, año 1959



Fuente: Memoria del Ministerio de Salubridad Pública, 1959, p. 85. Elaboración propia.

Los datos recién expuestos evidencian un contraste entre el impacto de la epidemia de influenza y la acción ministerial. Es plausible que la enfermedad, al haber sido relativamente controlada en 1957 no sólo en el país sino a nivel mundial, tuvo un menor seguimiento por parte de las autoridades sanitarias y la propia OMS, y esto puede explicar en parte la falta de atención, seguimiento y desarrollo de estrategias para combatir una enfermedad a la que finalmente no identificaron.

Tabla 5.5
Distribución por edades de casos y defunciones por influenza con tasa de letalidad según el Ministerio de Salubridad Pública, Costa Rica, 1959

Rango de edades	-1	1-4	5-14	15-24	25-44	45-64	65-74	75
Casos reportados	1139	2238	1928	1763	4909	1387	265	186
Defunciones	118	57	11	6	12	44	60	100
Tasa de letalidad	10,36	2,55	0,57	0,34	0,24	3,17	22,64	53,76

Fuente: Memoria del Ministerio de Salubridad Pública, 1959, pp. 85 y 87. Elaboración propia.

Otra posibilidad, es que el énfasis de las políticas públicas en la atención de ciertos males y el descuido relativo de otros haya pasado factura a la atención de la gripe asiática, dado que la dimensión política e ideológica de la construcción de los regímenes de salud-enfermedad no puede soslayarse. Ambos aspectos, cabe destacar, no son excluyentes entre sí, y su concurso más bien confirmaría la complejidad sociopolítica de los sistemas de salud y sus instituciones. En otras palabras, es plausible plantear que, dado el carácter multidimensional de los procesos de salud-enfermedad en general y de las pandemias en particular, si bien en términos epidemiológicos la gripe asiática estaba más presente que nunca en el país, políticamente (y posiblemente en otros ámbitos) la pandemia se había dado por terminada, al menos por parte de las autoridades de salud.

Conclusión

La pandemia generada por la gripe asiática, fue, al igual que otras emergencias sanitarias globales, un fenómeno multidimensional, multicausal y complejo con múltiples aristas. Se podría afirmar preliminarmente que, si bien la pandemia de la denominada gripe asiática no trajo consigo

una alteración sustantiva en la tendencia de la mortalidad general en el país, sí tuvo un impacto notorio en la evolución de la mortalidad por enfermedades del sistema respiratorio y, de manera específica, en los decesos agrupados en la categoría neumonía e influenza, situándose Costa Rica entre los primeros diez países más afectados por el virus. A pesar de lo anterior, cabe destacar que el impacto sociodemográfico de la gripe asiática fue ostensiblemente inferior al de otras epidemias históricas como la del cólera (1856) y otras pandemias globales que afectaron de manera dramática al país, como la "gripe española" de 1918-1920.

Las medidas adoptadas en 1957 por el Ministerio de Salubridad ante el arribo al país de la gripe asiática llevaron a un despliegue interdepartamental para la atención de la enfermedad desde el ámbito médico y epidemiológico, así como desde otras esferas relacionadas con la divulgación científica y la educación sanitaria, aunque es destacable el hecho de que, al igual que en el caso estadounidense, el ente ministerial parece haber abandonado cualquier estrategia agresiva de prevención de contagios.[58] Las autoridades de salubridad, empero, no tomaron a la ligera los riesgos de un virus con claro potencial pandémico, y los datos expuestos en los informes departamentales no parecen dejar dudas del carácter actualizado de la información de que disponían, así como del manejo, por parte de las autoridades de salud, de los últimos avances conceptuales y metodológicos en el ámbito de la vigilancia epidemiológica.

Cabe destacar que, aun tratándose de un informe interno del Ministerio de Salubridad, la colaboración interinstitucional con la CCSS está completamente ausente en los reportes. Lo anterior parece dar cuenta de que la actuación de los distintos departamentos del Ministerio iba mucho más allá de la rectoría de la salud pública en el país, con un papel

58 Ferguson, *Desastre*.

preponderante en la operacionalización de las políticas públicas de él emanadas, lo que es congruente con la transición entre modelos de salud-enfermedad por la que atravesaba el país en el periodo analizado. El hecho de que las unidades sanitarias, primer nivel de atención en salud de la época y con un notable alcance geográfico, estuvieran adscritas al ministerio, contribuía al mantenimiento de ese rol protagónico de la máxima autoridad en salud, pues la CCSS aún no contaba con una infraestructura médica equiparable a la de la autoridad ministerial. A lo anterior se debe agregar la posibilidad de que los jefes departamentales y otras autoridades del ministerio invisibilizaran la actuación de la CCSS como parte de una estrategia de defensa de un diseño institucional (el régimen liberal de bienestar) que, de manera lenta pero creciente, era desplazado por un modelo centralizado, con mayor participación estatal en la atención en salud, pero a partir de una especialización diferenciada entre la formulación de políticas públicas en salud (Ministerio de Salud) y la operacionalización de dichas políticas (CCSS).

Luego de 1958, cuando los casos de gripe asiática virtualmente desaparecieron y la institucionalidad de salud no observó transformaciones de importancia, 1959 se caracterizó por presentar el exceso de mortalidad y cantidad de defunciones más elevados de los tres años en los que arreció la enfermedad, con un comportamiento general muy similar al de 1957. La actuación institucional del Ministerio de Salubridad, empero, contrastó ostensiblemente con las medidas y acciones tomadas en 1957: la gripe asiática simplemente desapareció en los informes ministeriales, a pesar de su innegable presencia en el desbordado pico de influenza (sin especificar su tipo), que azotó al país entre junio y diciembre de 1959.

Se ha planteado que este contraste entre la acción gubernamental y la evolución del virus en 1959 pudo haberse debido a que la enfermedad, al haber sido relativamente

controlada en 1957 no sólo en el país sino a nivel mundial, tuvo un menor seguimiento por parte de las autoridades sanitarias y la propia OMS. También se sostiene que la posibilidad de que el énfasis de las políticas públicas en la atención de ciertos males y el descuido relativo de otros haya pasado factura a la atención de la gripe asiática. Estas posibles explicaciones no son excluyentes entre sí, y su concurso más bien confirmaría la complejidad sociopolítica de los sistemas de salud y sus instituciones. En otras palabras, es plausible plantear que, dado el carácter multidimensional de los procesos de salud-enfermedad en general y de las pandemias en particular, si bien en términos epidemiológicos la gripe asiática estaba más presente que nunca en el país, políticamente (y posiblemente en otros ámbitos) la pandemia se había dado por terminada, al menos por parte de las autoridades de salud. Los paralelismos presentes en esta relación entre lo político y la enfermedad en la pandemia de la gripe asiática y en la de la COVID-19 son notorios, lo que lleva a matizar la idea generalizada del carácter excepcional e inédito de la actual crisis sanitaria y el contenido ideológico-político de la actuación gubernamental en un contexto de cambio de administración.

En lo referente de manera específica a la trayectoria institucional del sistema de salud costarricense, se puede concluir, provisionalmente, que la atención del virus promovió una mayor cooperación interdepartamental en el Ministerio de Salubridad, con lo que la gripe asiática en 1957 parece haber sido funcional al cambio orientado hacia una mayor centralización de los servicios de salud guiada por el estado y una definición más clara de las funciones de los entes que componen el sistema. Esta propensión al cambio en la arquitectura institucional, que los actores institucionales además promovían, parece haber retrocedido con el cambio de gobierno y de las autoridades de salud en 1958, lo que parece guardar relación con la carencia de

medidas y estrategias de atención y prevención específicas, ante el repunte de la gripe asiática en 1959, tras un año de virtual desaparición del virus. En suma, la transformación institucional que pudo haberse acelerado con la "coyuntura pandémica" como evento externo, fue contrapesada por el cambio político. Esto confirma el peso innegable del contexto político en el cambio institucional gradual e incremental que guía este análisis, así como de las tensiones e interacciones entre actores con intereses contrapuestos que promueven el cambio institucional o se resisten a él.

Capítulo 6

Entre la autonomía y la subordinación: el papel de la Junta Directiva de la CCSS ante la primera etapa de la reforma neoliberal (1986-1990)

Erika Revelo

Introducción

Ante el impacto social que generan eventos disruptivos tales como guerras, crisis económicas, y, en el contexto más reciente, la pandemia por COVID-19, contar con una institucionalidad robusta, que contribuya a sobrellevar los efectos más inmediatos de estos hechos, ha demostrado ser la línea de defensa de salud más efectiva para la población de un país, y especialmente para los sectores de más bajos recursos.[1] En Costa Rica, por efecto de esa pandemia, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) ha afrontado una labor de gran envergadura para hacerle frente a la detección y tratamiento de los contagios. Estos esfuerzos han sido resaltados por la opinión pública nacional y extranjera, y han

1 Alicia Bárcena y Carissa F. Etienne, "Salud y economía: una convergencia necesaria para enfrentar el Covid-19 y retomar la senda hacia el desarrollo sostenible en América Latina y el Caribe", Conferencia de prensa, Santiago, CEPAL y OPS, 30 de julio de 2020. https://repositorio.cepal.org/handle/11362/46431?locale-attribute=es (revisado: 6 de abril de 2022).

contribuido a afirmar el discurso de la excepcionalidad del sistema de seguridad social costarricense.[2]

A pesar lo indicado y de su amplio reconocimiento por ser un sistema universal, solidario, e igualitario, tanto en el contexto de pandemia como antes de este, la CCSS no ha estado exenta de sufrir cuestionamientos y amenazas a su institucionalidad. Este capítulo analiza el período (1986-1990), un momento de coyuntura crítica en el cual la institución afrontó un tiempo de incertidumbre y presión para implementar una reforma que redujera su estructura y apostara por un cambio en el modelo de atención en salud, basado principalmente en el pago por consulta. Dicho contexto puso de relieve la dicotomía entre la autonomía institucional a nivel técnico y administrativo y la subordinación a las directrices del gobierno en materia de ley. La Junta Directiva de la CCSS (de ahora en adelante junta), al ser un actor de primer orden para decidir en materia de seguridad social en el país, tuvo que lidiar con dicha disyuntiva y los intereses de actores, internos y externos a la institución, por tener voz en la reforma. Las decisiones tomadas por este órgano marcaron una trayectoria institucional de apertura hacia la compra de servicios, a partir de un sistema mixto, que prevalece hasta la actualidad.

---

2 CIEP, *Informe de resultados del estudio de opinión sociopolítica*. Abril 2021. San José, CIEP, 2021. https://ciep.ucr.ac.cr/wp-content/uploads/2021/05/Informe-de-Resultados-del-Estudio-de-Opinio%CC%81n-Sociopoli%CC%81tica-Abril-2021.pdf (revisado: 6 de abril de 2022); Noticias ONU, "Cinco razones por las que Costa Rica afronta con éxito la pandemia de coronavirus" 11 de junio de 2020. https://news.un.org/es/story/2020/06/1475862_(revisado: 6 de abril de 2022); Juliana Martínez y Diego Sánchez-Ancochea, *La búsqueda de una política social universal en el Sur: actores, ideas y arquitecturas* (San José: Editorial UCR, 2019), 15-19; Shiri Noy, *Banking on Health: The World Bank and Health Sector Reform in Latin America* (S.L. Palgrave Macmillan, 2017), 145; Atul Gawande, "Costa Ricans live longer than we do. What's the secret?", *The New Yorker,* 30 agosto de 2021, https://www.newyorker.com/magazine/2021/08/30/costa-ricans-live-longer-than-we-do-whats-the-secret

En dicho periodo, el papel de los miembros de la junta fue fundamental para personificar una resiliencia institucional que se articuló como un contrapeso ante el impulso de medidas cuyos efectos podían afectar la prestación de los servicios ofrecidos por la CCSS. A pesar de que la transformación institucional se vio moldeada por ciertas directrices del gobierno supeditadas a intereses macroeconómicos de la restructuración del sector público, y a intereses de profesionales de la salud, la junta logró mantener la dirección del cambio institucional ante diversos actores que presionaron por asumir mayores cuotas de poder dentro del liderazgo de la reforma.

Esta junta tenía un alto grado de cohesión debido a que compartía una visión sobre lo que era la seguridad social nacional, además de contar con un liderazgo efectivo; estos factores le permitieron reunir las cuotas de poder de sus miembros -también llamados representantes o directores- y funcionar como un solo bloque que articuló diversos mecanismos para posicionar su concepción de seguridad social, en una coyuntura crítica marcada por la incertidumbre y la apertura al cambio. Estas características de la junta fueron un recurso valioso cuando se trató de articular una posición defensiva; sin embargo, dicha cohesión resultó menos efectiva para tomar una posición más proactiva sobre el diseño e implementación del cambio institucional.

A continuación, se expone la discusión y posición de los miembros de la junta del período 1986-1990, ante las medidas de cambio impuestas por el gobierno dentro del reformismo neoliberal. Para esto, se abordan dos momentos concretos que expusieron presiones políticas externas para obtener un resultado específico de la institución. Por una parte, se considera la posición de la junta ante las medidas de restricción al gasto y las medidas que

limitaban el crecimiento de la planilla, y la eliminación de plazas como resultado de la reestructuración económica y administrativa del sector público. Seguidamente, se aborda la posición de la junta ante la solicitud de financiamiento del proyecto de vivienda de la administración de Óscar Arias Sánchez. Por otra parte, se aborda la discusión en torno al concepto de privatización que manejaban los directores y sus posiciones ante la compra de servicios, en el marco de auge de la descentralización y desconcentración como conceptos claves para la transformación del estado.

Para este análisis se utilizan principalmente las actas de la Junta Directiva, memorias institucionales y anuarios estadísticos, artículos periodísticos de *La Nación, La República* y *La Prensa Libre* y documentos de las comisiones especiales que evaluaron la seguridad social costarricense entre 1982 y 1990. Con el objetivo de conocer las posiciones de los directores de la junta y la administración superior, en la Tabla 6.1 se detallan sus nombres y cargos. La junta está conformada por nueve miembros: tres representantes del Poder Ejecutivo, tres del sector patronal y tres del sector laboral, quienes tienen voz y voto; sin embargo, a las sesiones también deben asistir las cabezas de cada gerencia y de auditoría de la CCSS, con derecho a voz pero no a voto.[3] Cuando no se detalla el cargo de alguna persona mencionada, se hace referencia a un director; de lo contrario se detallan los cargos correspondientes. En algunas ocasiones se hace mención a la junta de 1990-1994, pero estudiar el papel de esos actores trasciende el objetivo de este capítulo.

3 Esta composición de la junta está hecha a partir del reglamento para el período 1986-1990. La estructura de la administración superior ha variado con el tiempo.

Tabla 6.1
Junta Directiva de la CCSS de 1986 a 1 junio de 1990

Cargo	Nombre
Presidente ejecutivo	Guido Miranda Gutiérrez
Representante del Ejecutivo	Alfonso Carro Zúñiga
Representante del Ejecutivo	Alberto Cañas Escalante
Representante de los trabajadores (solidarismo)	Claudio Solano Cerdas
Representante de los trabajadores (cooperativismo)	Miguel Calderón Sandí
Representante de los trabajadores (sindicatos)	Álvaro Chaves Gómez
Representante de los patronos	Roberto Quirós Coronado
Representante de los patronos	Rodolfo Salas Salas
Representante de los patronos	Eugenio Pignataro Pacheco (Hasta diciembre 1986) Harry Odio Jiménez (Hasta abril 1989) Juan Carlos Ulate Quirós
Gerente División Administrativa	Salomón Rodríguez Lobo
Gerente División Financiera	Jorge Hernández Castañeda
Gerente División Médica	Óscar Fallas Camacho (hasta abril 1987) Edgar Cabezas Solera
Auditor	Carlos Guillermo Schmidt Gamboa

Fuente: Memoria Institucional de 1986.

1. La contracción del estado y la CCSS

Tanto los gobiernos de Luis Alberto Monge Álvarez (1982-1986) y Óscar Arias Sánchez (1986-1990), ambos del Partido Liberación Nacional (PLN), como el de Rafael Calderón Fournier, del Partido Unidad Social Cristiana (PUSC), demandaron constricción del gasto público, lo que conllevó a la creación de un tope en el crecimiento del sector público, la prohibición de creación de plazas y la disminución de las que ya existían. En el contexto de negociación de un convenio con

el Fondo Monetario Internacional (FMI), el vicepresidente de la República (1986-1990), Jorge Manuel Dengo, se refirió a la posición económica de su gobierno enfatizando que seguiría las regulaciones de ese organismo para incrementar los mecanismos de producción y exportación limitando el gasto en servicios. Estas declaraciones crearon confusión en el presidente ejecutivo de la CCSS, Guido Miranda,[4] quien preguntó ¿qué línea debía seguir de ahí en adelante la CCSS?, pues, "en la administración anterior quedó siempre claramente establecido que en lo que corresponde a salud y a educación no habría restricciones de crecimiento".[5]

A pesar de la diferencia recalcada por Miranda, la administración Arias fue más bien concebida como una continuidad de la administración Monge. Eduardo Lizano Fait siguió estableciendo las bases de la política económica desde la dirección del Banco Central y los presidentes ejecutivos del Instituto Costarricense de Electricidad (ICE), de la Refinadora Costarricense de Petróleo (RECOPE), del Instituto Costarricense de Ferrocarriles (INCOFER), del Instituto Costarricense de Turismo (ICT), del Consejo Nacional de Producción (CNP), de Acueductos y Alcantarillados (AyA) y de la CCSS también fueron reelectos. Arias explicó su decisión basándose en la excelente labor desempeñada por esas personas, las sugerencias de los sectores interesados y en "no cambiar de caballo a mitad del río".[6] No obstante, a pesar de la continuidad, hay que tener presente que en 1984 la administración Monge firmó el primer Programa de Ajuste Estructural (PAE), que consistía en un préstamo del Banco Mundial (BM) dirigido a transformar macroeconómicamente

4 Guido Miranda ocupó la presidencia ejecutiva de la CCSS en el período (1982-1986) y (1986-1990).

5 CCSS, Actas de la Junta Directiva, 22 de mayo 1986, Archivo Nacional de Costa Rica (ANCR), Signatura 103, f. 71.

6 "Fueron reelegidos ocho presidentes de autónomas", *La Nación*, 3 de mayo 1986, 6A.

al país.[7] Así, el gobierno se comprometió a constreñir el gasto, específicamente disminuir el déficit del CNP y reducir la cantidad de empleados en el sector público, manteniendo el porcentaje de estos en los niveles de 1982.

A inicios de 1986, el gobierno de Monge no había logrado cumplir con esas metas; debido a esto, el BM no desembolsó un préstamo por $40 millones. Otro desembolso de la AID por $30 millones también estaba siendo retenido, pues estaba supeditado a las metas del BM, por lo que la administración Arias tuvo que asumirlas. Según Juan Manuel Villasuso, ambas agendas, la del FMI y la del BM, eran complementarias, aunque con alcances diferenciados: la del BM procuraba medidas orientadas al mediano plazo, mientras que las del FMI buscaban una estabilización a largo plazo.[8] La estrategia de Arias fue la renegociación y la implementación gradual de esas medidas, puesto que, cumplir a cabalidad con los lineamientos exigidos, iba a implicar "trastornos de tipo social".[9] El ministro de Hacienda, Fernando Naranjo describió las negociaciones con el FMI de la siguiente forma:

> "Ellos (el FMI) van más allá de nuestras posibilidades reales. En esto el enfrentamiento es fuerte, debido a que piden una reforma inicial demasiado drástica. Nosotros hemos explicado que las correcciones no se pueden hacer fácilmente, porque hay leyes y convenciones colectivas que deben respetarse, y que las medidas de contención requerirán tiempo".[10]

---

7 Justo Aguilar, "Reforma y modernización del Estado en Costa Rica 1982-2004: antecedentes, desarrollo y perspectivas", *ICAP-Revista Centroamericana de Administración Pública*, 56-57 (2009): 183.

8 "Las discrepancias con organismos internacionales", *La Nación,* 5 de mayo 1986, 14A; Juan Villasuso, *Reformas estructurales y política económica en Costa Rica.* Serie Reformas Económicas 64 (San José: IICE, 2000), 12.

9 "Arias confía en comprensión del Banco Mundial", *La Nación,* 1 de mayo 1986, 4A.

10 "Hacienda prepara recorte en gasto", *La Nación,* 1 julio 1986, 4A; "Pedirán flexibilidad al FMI y al Banco Mundial", *La Nación,* 4 junio 1986, 4A.

La política económica de la administración Arias para las instituciones autónomas quedó clara en la reunión del Consejo Económico el 4 de junio de 1986. Para el gobierno era indispensable reducir el número de empleados, que en vez de haber disminuido como lo planteaba el BM, había aumentado en 5000 plazas. La directriz era entonces que para 1989 hubiese el mismo número que en 1984, lo cual implicaba una reducción de 1500 plazas en un período de tres años.[11] Esta medida significaba que la CCSS no iba a poder contratar personal nuevo y debía, más bien, buscar formas de reducirlo.

Para agosto, la disposición de crecimiento del sector público se especificó en 8% y se fijó un tope en las inversiones. Sin embargo, el crecimiento proyectado por la CCSS iba a rondar el 22%, y esta cifra sobrepasaba los ₡20.000 millones y representaba el 50% del presupuesto nacional.[12] Dicho porcentaje era una cifra de crecimiento excepcional. Téngase en cuenta que, para 1986, la institución había superado la crisis económica de 1981-1982 y se encontraba en crecimiento. Ceñirse al 8% de crecimiento resultaba una paradoja, pues la institución contaba con los recursos y las previsiones para suplir la demanda de servicios y desarrollar los programas que se tenían contemplados. El presidente ejecutivo, Miranda, valoró negativamente este tope para la institución, pues implicaba dejar de brindar servicios a la población y, en un contexto de constricción del gasto desde otras instituciones públicas, él veía en la CCSS la institución de donde podrían crearse nuevos programas.[13]

Para Miranda era esencial mantener el crecimiento y los programas de la institución, por lo que, en su respuesta al gobierno, planteó valorar "[…] que un país joven como este, en crecimiento, no puede tener una contracción del

11 CCSS, Actas de la Junta Directiva, 5 de junio 1986, ANCR, Signatura 103, f. 106.

12 CCSS, Actas de la Junta Directiva, 9 de agosto 1986, ANCR, Signatura 103, f. 302.

13 CCSS, Actas de la Junta Directiva, 9 de agosto 1986, ANCR, Signatura 103, f. 302.

Estado de esa forma porque algunos sectores tienen que seguir ampliando su marco de servicios como seguridad pública, educación, salud, etc." Según Miranda, era menos dañino reducir el gasto en otros ámbitos, aunque era preferible estudiar otras opciones que no contemplaran reducir plazas, sino buscar la forma de "transformar algunas áreas del sector público en empresas mixtas de autogestión o bien estudiar la posibilidad de suscribir convenios con el sector privado, con el objetivo de evitar el crecimiento del sector público". Esta opción mantendría el crecimiento sin tener que incrementar las plazas.[14] La posición de Miranda planteaba reducir el aparato institucional del estado sin sacrificar su función social.[15] Para este fin Arias formó un grupo encargado de analizar la posibilidad de trasladar actividades a cargo de instituciones autónomas a la empresa privada, y para ello eligió en la coordinación a Miranda.[16]

La viceministra de Hacienda mencionó que la situación financiera del estado para 1987 iba a ser crítica. Ante esa alarma, Miranda presentó una propuesta de convenio a la junta –que fue aprobada por unanimidad- en la que estipulaba las relaciones financieras de la CCSS con el estado, planteaba arreglos de pago y plazos por dos años.[17] También presentó el "Plan quinquenal de la Caja Costarricense de Seguro Social 1986-1990", que fue un proyecto que nació de las visitas del economista del servicio de salud inglés, Brian Abel Smith, con el propósito de prever las posibles limitaciones económicas, humanas o técnicas que pudieran afectar la prestación de servicios.[18]

---

14 CCSS, Actas de la Junta Directiva, 5 de junio 1986, ANCR, Signatura 103, f. 106.

15 Roy Rivera, *Descentralización y la metáfora de la reforma del Estado* (San José: FLACSO-Programa Costa Rica, 1995), 148-149.

16 "Piden austeridad a las autónomas" *La Nación,* 5 de junio 1986, 4A.

17 CCSS, Actas de la Junta Directiva, ANCR, 6 de noviembre 1986, Signatura 104, f. 80-81.

18 CCSS, Actas de la Junta Directiva, ANCR, 20 de noviembre 1986, Signatura 104, f. 93.

La creación de estos dos instrumentos buscaba dotar a la institución de mecanismos que garantizaran sus ingresos y funcionamiento, para hacerle frente al acelerado endeudamiento del estado con la CCSS y el futuro incierto que se aproximaba. La posición de Miranda -compartida por el resto de miembros de su junta- de no limitar los servicios en seguridad social y más bien hacer de esta un bastión del que se pudieran brindar políticas sociales compensadoras de las limitantes restructuradoras y su iniciativa de brindar una herramienta para proteger a la institución de la política económica del gobierno, dan muestra de su capacidad para leer su contexto, su compromiso institucional y planteaba ya el tipo de reforma que defenderían para su sector.

A pesar de los esfuerzos de la junta por evadir los límites al presupuesto institucional, estos no pudieron ser evitados. Producto de las medidas restrictivas del gasto en el sector público, la CCSS cerró 1986 con un ahorro bruto de ₡4433 millones. Este monto significó el 64,3% del ahorro de las empresas públicas de servicios (rubro que se usaba antes de 1987 para agrupar a instituciones como la CCSS, Asignaciones Familiares y el Instituto Mixto de Ayuda Social o IMAS).[19] Esta situación es ejemplo de la disyuntiva de las instituciones autónomas, pues, a pesar del grado de independencia administrativa que ostentan, están sujetas a la ley en materia de gobierno, por lo que en el caso analizado, a pesar de contar con los recursos, la CCSS tuvo que limitar su gasto.

Sin embargo, consciente de que estos recortes alterarían la prestación de servicios, la junta (1986-1990) redireccionó el recorte hacia rubros que no tuvieran un impacto inmediato en las personas aseguradas, afectando proyectos de infraestructura a mediano plazo, mientras que la junta del período siguiente, a la cual también se le emitió directriz de

19 CGR, Memoria Anual de 1986, p.120.

reducción del presupuesto del 5% para 1991, lo hizo en la partida de préstamos hipotecarios otorgados a las personas trabajadoras de la institución.[20] Las directrices de reducción de presupuesto en el período estudiado, dan muestra de una relación colaborativa entre la junta directiva y el gobierno central, no obstante otras solicitudes y temas dibujan otro tipo de vínculos.

2. La planilla de la CCSS y la escasez de profesionales de la salud

En el contexto de reforma del estado, además de las directrices para impedir el crecimiento presupuestario, las limitantes para la creación de nuevas plazas y la eliminación de las existentes fueron características de las instituciones públicas. En el caso de la CCSS, esta directriz afectó la partida de salarios extraordinarios y, muy probablemente -aunque no exista un instrumento de medición-, la calidad de los servicios. El pago de horas extra fue la solución que encontraron las juntas directivas para funcionar sin la cantidad necesaria de profesionales en ciencias médicas y enfermería. En 1981 el pago por salarios extraordinarios representaba el 11,81% de los gastos, mientras que en 1989 en pleno contexto de restructuración neoliberal, la cifra había aumentado a 17,24%.[21]

Los límites impuestos por la Autoridad Presupuestaria a la CCSS llevaron a que los miembros de la junta discutieran constantemente su injerencia en el desarrollo de la institución, afirmando que la Autoridad Presupuestaria estaba erosionando la autonomía de la CCSS. Una opción que se valoró para limitar su involucramiento fue la de acudir a la Sala Cuarta; sin embargo, no llegaron hasta ese nivel porque, al estar

20 CCSS, Actas de la Junta Directiva, 16 de agosto 1990, ANCR, Signatura 114, f. 407.

21 CCSS, Actas de la Junta Directiva, 31 de mayo de 1990, ANCR, Signatura 114, f. 81-82, 114.

la institución supeditada al sector público, la CCSS estaba obligada a cumplir la directriz de reducción del déficit fiscal que era monitoreada de cerca por organismos financieros internacionales.[22] Miranda describió la situación como una paradoja:

> "En el sector público no se puede crear plazas pero, por ejemplo en el caso de la Caja, para cubrir sus necesidades más apremiantes se tiene que recurrir al pago de horas extras y los rubros que por ese concepto se pagan alcanzan cifras muy elevadas, mayores que lo que representa la creación de plazas nuevas".[23]

Por efecto de la crisis económica, la planilla de la CCSS había sufrido una baja de 1703 personas que renunciaron para acogerse al programa de pago de prestaciones legales impulsado por el gobierno entre 1981-1983, pasando de 22093 a 20390 el número de trabajadores de la institución.[24] Esta reducción de personal se relaciona directamente con los datos de un estudio de 1989, que señalaba que, para convertir el tiempo extra en plazas nuevas, se debían crear alrededor de 1500 plazas; sin embargo, se debe tomar en cuenta que no todas esas plazas se congelaron o eliminaron en los mismos grupos ocupacionales en los que se requerían al terminar la década.[25]

Con el propósito de disminuir la cantidad de trabajadores del sector público, el gobierno reavivó el programa de pago de prestaciones legales a quienes decidieran rescindir sus contratos. Si bien dicho programa había permaneció

22 Actas de la Junta Directiva de la CCSS, ANCR, Signatura 117, f. 318-319.

23 CCSS, Actas de la Junta Directiva, ANCR, 15 de diciembre 1986, Signatura 104, f. 186.

24 CCSS, Memoria Institucional de 1983, p.26.

25 CCSS, Actas de la Junta Directiva, ANCR, 15 de diciembre 1986, Signatura 104, f. 185.

abierto desde 1981, la junta se reservaba la aprobación de acuerdo a las necesidades de las plazas ocupadas, por lo que la mayoría de las gestiones habían sido denegadas, pues, como señaló Miranda, "la Caja ha llegado a un límite de personal que no puede reducir más".[26] No obstante, con el impulso del nuevo gobierno, se habían creado expectativas en muchos trabajadores por apegarse al programa, pero la junta no acató dicha directriz. Miranda argumentó que "las circunstancias institucionales son exactamente las mismas, no hay áreas en donde puedan considerarse el pago de prestaciones, por tanto cualquier trabajador que se vaya de cualquier nivel causa dificultades". Según el gerente médico Óscar Fallas, "al abrirse el pago de prestaciones de la Caja [entre 1981 y 1983] sin limitación alguna, se fue el personal altamente calificado y ahora la institución afronta innumerables dificultades".[27]

La negativa de la junta a permitir una reducción de la planilla, se puede explicar principalmente a partir de la relación inversa que se creó entre el crecimiento de la cobertura a partir del proceso de universalización y la escasez del recurso humano especializado en ciencias de la salud. La falta de profesionales y auxiliares en enfermería y de profesionales en ciencias de la salud fue un tema recurrente en las reuniones de las juntas directivas de 1986-1994. Sin embargo, su posicionamiento como un tema central en la agenda, se dio entre 1989 y 1990 y como producto de la solicitud de los profesionales en enfermería para que se les incluyeran las horas extra dentro del cálculo de su salario base.[28]

---

26 CCSS, Actas de la Junta Directiva, ANCR, 15 de diciembre 1986, Signatura 104, f. 185.

27 CCSS, Actas de la Junta Directiva, ANCR, 15 de diciembre 1986, Signatura 104, f. 185.

28 "Hospitales enfrentan déficit de enfermeras" *La Nación*, 12 de febrero de 1987, 8A; "Crisis por falta de personal: Hospitales reducen horas de atención" *La Nación,* 10 de junio de 1986, 12A.

A pesar de que los actores diferían en cuanto a la cantidad de enfermeras que se necesitaban -la Asociación Nacional de Profesionales en Enfermería (ANPE) calculaba mil nuevas enfermeras mientras que la Gerencia Médica calculaba 500-, sí estaba clara la necesidad de contar con más profesionales en esa área. En el Cuadro 6.1 se puede observar la cantidad de profesionales en enfermería en la CCSS entre 1980 y 1994.

Cuadro 6.1
Personal de enfermería de la CCSS (1980-1994)

Año	Profesionales en enfermería	Auxiliares de enfermería	Enfermeras por 1000 habitantes
1980	1 068	3 085	0,46
1981	1 224	3 499	0,51
1982	1 184	3 168	0,48
1983	1 152	3 036	0,46
1984	1 173	2 996	0,45
1985	1 196	3 049	0,45
1986	1 218	3 017	0,44
1987	1 260	3 017	0,45
1988	1 255	2 972	0,43
1989	1 369	3 259	0,46
1990	1 404	3 291	0,46
1991	1 543	3 254	0,49
1992	1 557	3 306	0,49
1993	1 584	3 334	0,48
1994	1 725	3 619	0,51

Fuente: elaboración propia a partir de las Memorias Institucionales (1980-1994). Para efectos de este cuadro, se han agrupado los grados de enfermera licenciada, bachiller y diplomado dentro del rubro de profesionales en enfermería en contraposición con el grupo de auxiliares de enfermería. A partir de 2009, la CCSS hizo una distinción entre enfermera bachiller o con diplomado y enfermera licenciada, clasificando esta última dentro de la categoría de profesionales en ciencias médicas.

El Cuadro 6.1 expone la escasez de este recurso humano en el país y en la CCSS; así, del total de este grupo la mayor parte trabajaba para la CCSS.[29] También se puede observar que este déficit se vio agravado a partir de 1981, y no fue sino hasta 1994 cuando se pudo recuperar el nivel de 1981. Esta reducción obedeció a tres factores: a la disminución de graduadas durante la década de 1980, a los efectos de la crisis económica de 1981-1982, pues en aras de reducir el gasto las autoridades de la CCSS lanzaron el programa de pago de prestaciones legales para quienes renunciaran a la institución, y a la migración de estas profesionales hacia Estados Unidos y Belice en busca de mejores condiciones laborales.[30]

A pesar de que la cantidad de graduadas en enfermería fue tradicionalmente baja para suplir la demanda de la CCSS, desde 1979 se inició un fenómeno gradual y consistente de mayor descenso, pasando de 951 graduadas en la década de 1970 a 597 en el decenio siguiente. Según datos de la junta, para finales de 1980 se graduaban alrededor de sesenta profesionales en esa área.[31] Esta disminución, durante la década de 1980, obedeció a un cambio introducido al programa curricular que redujo la cantidad de personas graduadas, ya que se introdujo una mayor rigurosidad académica en la formación del estudiantado, lo que aumentó el tiempo de duración de la carrera; como resultado, según Miranda, con un poco más de tiempo de estudios se podía

29 Elvia Solís Marín, *Rescate histórico de la enfermería en Costa Rica* (San José: EDNASSS-CCSS, 2000), 54.

30 Yency Chacón, Azaria Durán, Karla Godoy y Wendy Marín, "Reconstrucción histórica de la enseñanza de enfermería en Costa Rica en el período comprendido entre el año 1898 al 1980" (Tesis de Licenciatura en Enfermería, Universidad de Costa Rica, 2010), 128-180.

31 CCSS, Actas de la Junta Directiva, ANCR, 31 de agosto 1986, Signatura 111, f. 283-284; Olga Marta Solano, "Políticas nacionales de salud y su relación con la educación superior en enfermería en Costa Rica, período 1970-1988" (Tesis de Maestría en Educación, Universidad de Costa Rica, 1994), 111.

obtener otros títulos con mayor renombre social y beneficio económico como el de farmacéutico, por ejemplo.[32]

Según Elvia Solís, ya existía una crisis de profesionales en enfermería en pleno proceso de universalización de la seguridad social. Fue por esto que las autoridades de la CCSS participaron del impulso a la profesionalización de la enfermería y el crecimiento en la cantidad de profesionales en esa área. Para eso, se trasladó la Escuela de Enfermería al campus de la UCR en 1967 y a partir de 1972 el Consejo Universitario integró la carrera como parte del currículo institucional bajo el grado de bachillerato. La necesidad era tal que durante 1970, la CCSS, la Junta de Protección Social y el Hospital Nacional de Niños (HNN) financiaron mediante becas a 188 de 203 estudiantes de la Escuela de Enfermería.[33]

De igual forma, para agilizar la formación del recurso en esta área y poder seguir brindando servicios de atención en salud, durante la década de 1970 se decidió crear el diplomado en enfermería con una duración de tres años. Durante los doce años que duró el programa, se otorgaron en total 1233 diplomados en enfermería. A pesar de que la Universidad Autónoma de Centroamérica (UACA) se sumó a la formación de estos profesionales, creando la primera escuela privada de enfermería en 1982, la escasez de ese recurso en la CCSS no se subsanó.[34]

En marzo de 1990, la ANPE sugirió declarar una emergencia nacional por la escasez de profesionales en esta área y señaló que la necesidad era tal que, en el HNN las 22 camas en cuidados intensivos sólo tenían dos o tres profesionales

32 CCSS, Actas de la Junta Directiva, ANCR, 4 de enero 1990, Signatura 112, f. 300-302.

33 Solís, *Rescate histórico de la enfermería en Costa Rica,* 72-79; Chacón et al, "Reconstrucción histórica de la enseñanza…,"128-180; Solano, "Políticas nacionales de salud…," 114-118.

34 Chacón et al, "Reconstrucción histórica de la enseñanza…,"128-180.

por turno, lo cual equivalía a ocho u once pacientes por enfermera(o), contrario a las normas internacionales que en ese tipo de servicio recomendaban una enfermera(o) por paciente. Esta relación deficitaria entre la población y la cantidad de profesionales en enfermería ocasionaba un recargo excesivo de trabajo, lo que hacía que una jornada laboral pudiera llegar a dieciséis horas diarias.[35] En un estudio realizado por el Colegio de Enfermeras en la década de 1980, se determinó que el 59,3% de los y las enfermeras hospitalarias aspiraban a emigrar. Casi un 20% cambiaría su profesión, el 87% describió su salario como regular, muy malo o malo y casi dos terceras partes dijeron estar en un régimen de trabajo excesivo o con recargo de funciones.[36]

El renglón de pago de horas extra en el área de enfermería fue de los más altos. Según el gerente administrativo, Salomón Rodríguez, el personal no hacía las horas extra por gusto, sino porque prácticamente se les obligaba a laborar más allá de su jornada. En el Hospital San Juan de Dios, el 66% del personal de enfermería laboraba su jornada ordinaria en un tercer turno y trabajaba todo el primer turno como horas extras. En los hospitales periféricos como Los Chiles y Ciudad Neily, prácticamente el 100% trabajaban de 6 a.m. a 10 p.m., en jornada ininterrumpida. Según cálculos de la gerencia médica, en 1989 se estaban pagando 101.875 horas extra en enfermería por mes, para un costo de ₡20 millones mensuales.[37]

Además de la situación de la falta de profesionales en enfermería durante el período abordado, también se reportó escasez de profesionales en ciencias médicas, tal como se

35 CCSS, Actas de la Junta Directiva, ANCR, 8 de marzo 1990, Signatura 113, f. 81-82.

36 Solano, "Políticas nacionales de salud…," 146.

37 CCSS, Actas de la Junta Directiva, ANCR, 9 de noviembre 1989, Signatura 112, f. 97.

puede observar en el Cuadro 6.2. En la década de 1980, se calculaba que el país necesitaba 120 médicos por año para poder crecer de acuerdo con las necesidades de la población; sin embargo, a modo de ejemplo, en 1989 se graduaron únicamente 80 médicos.[38] La falta de especialistas médicos generó congestión en las listas de espera; para Miranda, el problema radicaba en su formación, pues este proceso se había dado más lentamente que la expansión de la cobertura y señaló que "si la institución se tuviera que esperar a que los especialistas estén listos, es probable que todavía estuviéramos en la cobertura del 10 o 15% de la población".[39]

Para establecer la relación de médicos por mil habitantes, se toman en cuenta únicamente a los médicos practicantes, definidos como aquellos médicos que prestan servicios de atención en salud directamente a los pacientes. Los datos de médicos en funciones administrativas entre 1980 y 1983, se obtuvieron a partir de una proyección mediante la tasa de crecimiento exponencial.

Fue hasta el 2009 que el país alcanzó la proporción de un médico por cada mil habitantes, la cual aumentó ligeramente a 1.16 en 2015. Poniendo estas cifras en el contexto internacional, países como Chile, México, Japón, Polonia y Turquía contaban con 2.5 doctores por cada 1000 habitantes en 2017, mientras que en países como España la relación era de 3.9, en Alemania de 4.1 y en Suecia de 4.2. El promedio de médicos por mil habitantes en los países de la OCDE en 2017 fue de 3.4.[40]

38 CCSS, Actas de la Junta Directiva, ANCR, 9 de noviembre 1989, Signatura 112, f. 69-72.

39 CCSS, Actas de la Junta Directiva, ANCR, 24 de septiembre 1987, Signatura 106, f. 70; Si bien en enfermería y medicina la población de nuevos graduados era baja, otras áreas experimentaron un aumento; según Miranda existían mil alumnos en la carrera de psicología y apenas 60 en enfermería.

40 OECD, "Health at a Glance 2019: OECD Indicators" (Paris: 2019), 172.

Cuadro 6.2
Profesionales en medicina de la CCSS (1980-1994)

Año	En funciones sanitarias	En funciones administrativas	Por mil habitantes
1980	1 550	222	0,67
1981	1 591	242	0,67
1982	1 924	264	0,78
1983	1 793	287	0,71
1984	1 499	313	0,58
1985	1 540	341	0,58
1986	1 623	328	0,59
1987	1 685	331	0,60
1988	1 602	354	0,55
1989	1 867	377	0,63
1990	1 925	397	0,63
1991	1 970	454	0,63
1992	2 008	455	0,63
1993	2 062	467	0,63
1994	2 278	461	0,67

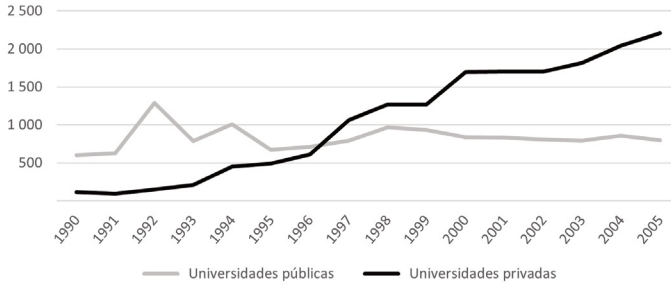
Fuente: elaboración propia a partir de las Memorias Institucionales (1980-1994).

Hasta 1982, la formación de profesionales en ciencias de la salud estuvo a cargo exclusivamente de la UCR; en ese año, como ya se indicó, la UACA creo su propia escuela de enfermería. A pesar de eso, la formación siguió siendo escasa en tanto la CCSS necesitaba más profesionales de los que esas dos universidades podían formar. Esta situación deficitaria en la formación empezó a mejorar a finales de la década de 1990, cuando se incorporaron las primeras generaciones en enfermería graduadas de la Universidad Santa Lucía, la Universidad de Iberoamérica

(Unibe) y la Universidad Latina; asimismo, la Unibe contribuyó también en el crecimiento de profesionales en enfermería, medicina y cirugía general, mientras que la Universidad de Ciencias Médicas (Ucimed) se concentró únicamente en medicina y cirugía.

Si bien la UCR sigue siendo la institución que gradúa más profesionales en ciencias de la salud, las universidades privadas en conjunto la han superado.[41] Esta incorporación de nuevas universidades ha contribuido a suplir el déficit de profesionales en salud de las décadas anteriores.[42] En el Gráfico 6.1 se observa el crecimiento de la cantidad de graduados en ciencias de la salud por sector público y privado a partir de mediados de la década de 1990. Estos datos dibujan un panorama parcial en tanto no se ha podido constatar en qué sector se ubicaron esos nuevos graduados, pues las agrupaciones profesionales no cuentan con esa información.

Gráfico 6.1
Graduados en ciencias de la salud por sector público y privado (1990-2005)



Fuente: elaboración propia a partir de datos de Conare.

41 Datos de Conare proporcionados por comunicación personal.

42 Juan Rafael Vargas, Yanira Xinirachs-Salazar y Natalia Carvajal Sancho, "Costa Rica: oferta de formación de profesionales en salud" (Ponencia en la XXXV Jornadas de economía de la salud, Granada, 2015).

Además de la falta de profesionales en ciencias de la salud, se presentaba el problema de su concentración en cuatro hospitales en San José: el HNN, el Hospital San Juan de Dios, el Hospital Calderón Guardia y el Hospital México. De los 2178 médicos que trabajaban para la CCSS en 1987 -equivalente al 84% de estos profesionales en el país-, 869 lo hacían para esos hospitales, es decir un 40%. De 296 microbiólogos de la institución, 119 se concentraban en esos cuatro centros, al igual que el resto de profesionales, equivalente a un 40%. Entre estos cuatro hospitales también había diferencias importantes, pues el HNN contaba con el 30% de los médicos y microbiólogos.[43]

Las autoridades de la institución procuraron otorgar becas y beneficios para quienes quisieran estudiar la carrera de enfermería o llevar el curso para convertirse en auxiliares. Por otra parte, la junta solicitó a la Autoridad Presupuestaria la apertura de 300 plazas para enfermería, de las cuales únicamente fueron aprobadas 119. Para desconcentrar al personal médico por fuera del Gran Área Metropolitana (GAM), las autoridades de la CCSS ofrecieron ciertos incentivos; sin embargo, no se obtuvieron resultados importantes.[44] La escasez de profesionales en enfermería se mantiene durante el siglo XXI viéndose afectada aún por la migración hacia otros países como Estados Unidos y Canadá; asimismo, el recargo de funciones y los bajos salarios siguen siendo sus características.[45]

---

43 "Médicos se concentran en cuatro hospitales", *La Nación*, 27 de abril de 1987, 5A. Según el CMC en el país había 1 médico por cada 934 habitantes (2 416,809). Los datos del periódico (basados en el CMC) son ligeramente mayores que los reportados por las fuentes de la CCSS.

44 "Médicos se concentran en cuatro hospitales", *La Nación*, 27 de abril de 1987, 5A.

45 OPS, "Migración de enfermeras de América Latina: área de América Central, México y el Caribe Latino" (OPS: Washington D.C., 2011), 54.

Entre 1978 Y 1994, el aumento en la planilla de la CCSS fue de 7673 nuevos trabajadores, pasando de 17.583 a 25.256 en un período de dieciséis de años, mientras que la cobertura se amplió a tal punto que, como se puede ver en el Cuadro 6.3, de 1970 a 1980 aumentó en un 37%, siendo esa la década de mayor crecimiento histórico de la cobertura de la población, la cual se dio por medio del proceso de universalización de la CCSS.[46]

Cuadro 6.3
Porcentaje de personas cubiertas por la CCSS por década

	1950	1960	1970	1980	1990	2000	2010
Cobertura	7,12	14,81	36,94	73,86	85,37	88,42	92,47
Asegurados directos	7,12	7,38	11,35	22,73	23,63	29,90	31,68
Dependientes de asegurados directos	0	7,42	25,54	51,16	44,90	47,84	40,60
Asegurados por el Estado	0	0	0	0	9,79	12,33	10,74
Asegurados por regímenes especiales, IVM, RNC y dependientes de pensionados	0	0	0	0	6,73	9,92	9,42

Fuente: elaboración propia a partir de las Memorias Institucionales (1978-2015).

Hasta el momento, se han abordado dos directrices de gobierno para el sector público que buscaban contraer la expansión institucional, representando una amenaza y paradoja para el funcionamiento de la CCSS, pues, por una parte, sus finanzas estaban lo suficientemente estables como para invertir en diversos rubros incrementando el presupuesto y, por otro lado,

46 Para profundizar en la metodología utilizada para la construcción del Cuadro 6.3, véase: Erika Revelo, "Los actores y el cambio institucional de la seguridad social costarricense (1986-1994)" (Tesis de Maestría en Historia, Universidad de Costa Rica, 2021), 75-76.

a pesar del crecimiento en cobertura, la institución no podía contratar más personal. En el caso del recorte presupuestal, la junta lo ejecutó redistribuyendo los límites a las áreas de impacto a largo plazo; sin embargo, ante la directriz de reducción de personal, la junta se opuso a la medida. A continuación, analizamos una solicitud un tanto diferente de las ya estudiadas, pues no implicaba recorte presupuestario ni de personal, sino el financiamiento de un programa de gobierno.

3. "Una cruzada por la vivienda"

Las presiones para que la CCSS comprara bonos de otras instituciones del Estado, diera préstamos y destinara fondos a distintos programas fueron constantes durante el período analizado.[47] Sin embargo, la solicitud del presidente Arias a la Caja para que financiara un banco para la vivienda es un tema que merece profundizarse, pues permite visibilizar la relación entre la presidencia y la junta, en torno a una petición que, a diferencia de las analizadas hasta ahora, no era parte de un compromiso mayor regido por los organismos financieros internacionales, sino que se originaba a partir de la política nacional.

Abordamos brevemente aquí el caso del financiamiento del programa de vivienda por las implicaciones económicas que acarreó para la CCSS y el sector salud. Sin embargo vivienda no fue el único sector que obtuvo ingresos de la CCSS; incluso dentro del mismo sector salud, la institución contribuyó para financiar otros programas, especialmente algunos de vacunación del Ministerio de Salud.[48] En esta investigación se sostiene que las transferencias de la CCSS a otras instituciones dentro y fuera del sector salud, si bien no

47 CCSS, Actas de la Junta Directiva, ANCR, 12 de marzo 1987, Signatura 104, f. 97.

48 CCSS, Actas de la Junta Directiva, ANCR, 27 de noviembre 1986, Signatura 104, f. 114.

significaron un desbalance en las cuentas de la institución, sí implicaron detener el crecimiento institucional y no poder mejorar la calidad de los servicios.

El proyecto del Fondo Nacional para Vivienda (Fonavi) se puso en discusión en la Asamblea Legislativa desde mayo hasta noviembre de 1986; su objetivo era fomentar el ahorro y la inversión para recaudar recursos financieros que sirvieran para solucionar el problema habitacional del país. Este fondo buscaba financiarse a partir de la administración de los fondos del Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte (IVM).[49] Para Miranda, las disposiciones de dicha ley constituían "el típico asalto a los fondos de la seguridad social", lo que significaba "ni más ni menos que traspasar el régimen del IVM al sistema financiero nacional para la vivienda".[50] Según el dictamen jurídico de la CCSS, desde el momento en el que la institución aceptara ser parte del sistema, cercenaba su autonomía porque quedaba sujeta no solo a la fiscalización, sino a directrices vinculantes del sistema de vivienda, resaltando que los beneficios que obtendría la institución serían pocos.[51] Los miembros de la junta coincidieron en que la institución no debía involucrarse en la solución de vivienda popular, porque los recursos del régimen del IVM debían devengar una rentabilidad adecuada. De ocurrir esa situación, manifestaron que saldrían a defender su posición.[52]

Como parte del Fonavi se encontraba el Fondo de Subsidios para Vivienda (Fosuvi), el cual se iba a financiar con fondos de otras instituciones como el Departamento Central de Ahorro y Préstamo (Decap); de Asignaciones Familiares se pensaba obtener mil millones iniciales y el

49 CCSS, Actas de la Junta Directiva, ANCR, 22 de mayo 1986, Signatura 103, f. 71.

50 CCSS, Actas de la Junta Directiva, ANCR, 22 de mayo 1986, Signatura 103, f. 71.

51 CCSS, Actas de la Junta Directiva, ANCR, 30 de octubre 1986, Signatura 104, f. 32.

52 CCSS, Actas de la Junta Directiva, ANCR, 28 de agosto 1986, Signatura 103, f. 365.

33,33% de su presupuesto anual, el 3% del presupuesto nacional, presupuestos extraordinarios y donaciones. Para dar una idea, los ingresos efectivos de Asignaciones Familiares en 1985 fueron de ₡2816 millones;[53] el director de este programa se manifestó en contra, mientras que en lo referente a la CCSS, Miranda lo calificó de inconstitucional.[54]

¿Cómo se puede explicar el hecho de que el gobierno de Arias le diera tal prioridad al tema de la vivienda para desfinanciar otros programas de asistencia social y destinar los intereses del IVM a dicho fin? Además de su programa de paz, el tema de la vivienda fue el eje central de la campaña presidencial de Arias. Según Héctor Pérez, en el país la migración del campo a la ciudad se había intensificado y "la presión por la tierra era un hecho cotidiano".[55] Para Patricia Badilla y José Manuel Cerdas, desde finales de la década de 1970 surgieron movimientos locales espontáneos que se instalaron en lotes vacíos en San José y otras ciudades, como resultado de un proceso de deterioro de la calidad de vida de sectores medios y bajos de la población, a raíz de la crisis económica. Según esos autores, estas personas encontraron formas para articular sus demandas de vivienda en estructuras organizativas de alcance regional y nacional a las cuales se les conoció como los "frentes de vivienda".

Para Badilla y Cerdas, la estrategia del PLN fue crear el Frente Democrático de la Vivienda (FDV) para cooptar ese movimiento, asegurándole al partido un mayor caudal electoral entre sectores pobres urbanos y evitar así que el otro frente principal, el Comité Patriótico Nacional (COPAN), dirigiera la lucha, esto debido a sus vínculos con partidos de izquierda y al convulso contexto centroamericano que podía

53 CGR, Memoria anual de 1986, p.119.

54 "Caja no financiará banco de vivienda" *La Nación,* 1 junio 1986, 8A.

55 Héctor Pérez Brignoli, *Breve historia contemporánea de Costa Rica* (México: Fondo de Cultura Económica, 1997), 212.

extenderse hacia Costa Rica. El PLN decidió institucionalizar el problema de la vivienda, lo cual empezó desde la administración Monge, pero se concretó hasta el gobierno de Arias.[56] La importancia del proyecto de vivienda para la administración Arias se evidencia en las constantes presiones políticas que hizo a los distintos miembros de la junta,[57] y en el hecho de que no sólo deseaba captar los intereses del IVM para el sector vivienda, sino también algunos recursos del Seguro de Enfermedad y Maternidad (SEM), además de una constante presión para que la CCSS comprara bonos al Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo (INVU).[58] Arias denominó su proyecto como una "cruzada por la vivienda".[59]

En octubre de 1986, Miranda señaló a la junta que Arias, en su interés de cumplir con el programa de vivienda, estaba buscando la forma de que fondos de la CCSS se dedicaran a medicina preventiva o, como Arias le había denominado, "medicina preventiva en vivienda". Miranda explicó que, debido a que por vía legal no se podían obtener recursos del SEM, el gobierno pretendía destinar un 33% de recursos de Asignaciones Familiares y que los programas sociales desfinanciados por ese porcentaje fueran financiados por el SEM, entre ellos programas de comedores escolares, Centros de Educación y Nutrición (CEN) y Centros Infantiles de Atención Integral (CINAI). A su vez, la propuesta del

56 Patricia Badilla y José Manuel Cerdas, "Movimientos pro vivienda en San José: una clientela movilizada (1980-1990)", *Revista de Historia,* no. 67 (enero-junio 2013): 125-127.

57 CCSS, Actas de la Junta Directiva, ANCR, 6 de noviembre 1986, Signatura 104, f.60. Algunos miembros de la junta -Carro Zúñiga, Solano Cerdas y Rodríguez Lobo- señalaron que se encontraron con Arias en diversos eventos y que el presidente les expresó la necesidad de que la CCSS aportara recursos para los programas de vivienda, ya que eso era primordial dentro del programa de trabajo de su administración.

58 CCSS, Actas de la Junta Directiva, ANCR, 22 de mayo 1986, Signatura 103, f. 77.

59 "Arias sugiere una cruzada de vivienda", *La Nación,* 14 de junio 1986, 4A.

gobierno planteaba que el SEM financiara algunos gastos del Ministerio de Salud, con el objetivo de que ese Ministerio pudiera tener fondos libres para dedicarlos a vivienda.[60]

La junta empezó rechazando el proyecto, explicando a Arias su carácter inconstitucional, y resaltando los aportes de la CCSS en inversiones en vivienda a través de los años. A pesar del rotundo rechazo inicial, la posición de Miranda cambió en el proceso de discusión del proyecto. Después de una reunión con el mandatario y la junta el 23 de octubre de 1986 -en la que Arias resaltó los tres problemas de mayor envergadura que afrontaba el país, los cuales eran, la situación en Centroamérica que podía tener gran repercusión en Costa Rica, la difícil situación económica del país y el programa de vivienda que era una promesa de campaña y que debía llevarse a cabo para aminorar los efectos sociales de la crisis-, Miranda le reafirmó a Arias la disposición de la junta de ayudar al máximo en los programas de acción del gobierno. No se encuentra en las actas ninguna posición de duda, postergación, o negativa expresada a Arias.[61]

Esta posición de Miranda se puede corroborar una semana después de esa reunión, cuando empezó a evidenciar una postura a favor del proyecto, y señaló a la junta que, debido a la situación "actual", el programa de vivienda iba a constituir un apoyo para crear trabajos, impulsar la economía y un mecanismo de retorno para la institución por el incremento en las cuotas aportadas por trabajadores y patrones y un valor diferido, que era el fomento de la salud y un incentivo para mejorar la producción nacional; "por consiguiente el programa de vivienda parece mostrar más aspectos positivos que negativos".[62]

60 CCSS, Actas de la Junta Directiva, ANCR, 23 de octubre 1986, Signatura 104, f. 14.

61 CCSS, Actas de la Junta Directiva, ANCR, 23 de octubre 1986, Signatura 104, f.16.

62 CCSS, Actas de la Junta Directiva, ANCR, 30 de octubre 1986, Signatura 104, f. 32-33.

La aprobación de Fonavi se dio el 31 de octubre de 1986 en la Asamblea Legislativa. Esta nueva institución empezó a trabajar en 1987, con un fondo de ₡4400 millones, de los cuales mil millones provenían del gobierno, 1400 millones de Asignaciones Familiares, mil millones de la lotería instantánea y mil millones de las inversiones transitorias del IVM, así como una donación esperada de la AID por 50 millones.[63] El financiamiento del Fonavi sigue siendo el mismo de su creación, obteniendo principalmente sus recursos del IVM, para lo cual la CCSS mantiene en depósitos a plazo emitidos por el Banco, un monto mínimo equivalente al 25% de su cartera de inversiones transitorias.[64]

El programa de vivienda desfinanció a la CCSS en dos sentidos: por un lado, debía destinar los recursos establecidos por ley a dicho banco, y, por otro lado, tuvo que suplir las deficiencias de las otras instituciones que también tuvieron que destinar recursos para el Fonavi. En enero de 1987, el faltante de los recursos traspasados de Asignaciones Familiares y el Ministerio de Salud al fondo de vivienda empezó a hacerse notar. El ministro de salud Edgar Mohs, le comentó a Miranda que ese ministerio iba a necesitar alrededor de unos ₡400 millones para completar programas de inmunización, medicamentos y diferentes servicios y le solicitó a Miranda que la CCSS aportara ese monto para poder cumplir con los programas. La junta aceptó donar esos recursos.[65]

Con la disminución del 45% de sus ingresos para financiar el banco de vivienda, Asignaciones Familiares sólo disponía de dinero para el pago de salarios, pero no para que operaran

63 "Aprobada creación de Banco de la Vivienda", *La Nación*, 31 de octubre 1986, 6A, "Banco de la vivienda empezará a trabajar con 4500 millones", La Nación, 22 enero 1987, 2A.

64 Ley 7052, Ley del Sistema Financiero Nacional para la Vivienda y creación del BANHVI (Banco Hipotecario de la Vivienda), 11 de noviembre de 1986 con reformas en 1995.

65 CCSS, Actas de la Junta Directiva, ANCR, 15 de enero 1987, Signatura 104, f. 243.

los proyectos.[66] En febrero de 1987, los efectos de la disminución en su presupuesto conllevaron a que 200 comedores escolares se quedaran sin alimentos.[67] Las autoridades de ese programa pidieron ayuda a la CCSS presentando varias propuestas. La junta también aprobó esa ayuda, la cual consistía en la incorporación del 5% correspondiente a Asignaciones Familiares dentro de los arreglos de pago que se formalizaran entre patronos y la CCSS, así como su recaudación. Los miembros reconocieron que el proyecto de vivienda estaba forzando la estructura del país y de la CCSS;[68] sin embargo, explicaron la importancia de su financiamiento a partir de la labor social de la CCSS, como lo indicó el director Carro Zúñiga:

> "Sabemos que la Caja no se puede aislar de la realidad política del país, somos parte de un contexto público y tenemos la responsabilidad de guiar la barca hacia adelante no dentro de una tormenta sino dentro de aguas agitadas que no podemos controlar, no podemos aislarnos y cerrar las puertas de la institución".[69]

4. El concepto de privatización

El período 1986-1990 estuvo impregnado por la idea de cambio, pero sin rutas claras para conquistarlo. La privatización, en su concepción más tradicional de transferencia de la provisión de un bien brindado por el estado

66 STAP, "Consolidación funcional del gasto 1987" (San José: Ministerio de Hacienda, 1989).

67 Silvia Castillo, "Revelan anomalías en Asignaciones Familiares" *La Nación,* 8 de febrero de 1987, 6A; "Preocupan finanzas de Asignaciones Familiares", *La Nación*, 1 de abril de 1987, 4A.

68 CCSS, Actas de la Junta Directiva, ANCR, 29 de enero 1987, Signatura 104, f. 280-281.

69 CCSS, Actas de la Junta Directiva, ANCR, 29 de enero 1987, Signatura 104, f. 280-281.

a la empresa privada, no fue una opción dentro del menú. No se presentó un cuestionamiento de peso o generalizado sobre el carácter público de servicios como la salud o la educación; lo que diversos sectores estaban cuestionando era el desempeño del estado en la oferta de esos servicios. Esto se inscribe en un contexto de agudos cuestionamientos a la extendida concepción que partía de la premisa de que si la provisión de un bien era público también debía serlo la producción del mismo.[70] Para finales del siglo XX, el concepto de privatización se resignificó de diversas formas que flexibilizaban y separaban la regulación, provisión y producción de un bien o servicio.[71]

El discurso sobre el deterioro de la calidad de los servicios ofrecidos por la CCSS no estuvo necesariamente acompañado de propuestas privatizadoras concretas, que plantearan el traslado de los servicios de la CCSS a empresas privadas. Los profesionales en ciencias médicas fueron el principal grupo de presión que, mediante los diferentes sindicatos de la CCSS, Unión Médica Nacional (UMN) y los medios de comunicación, intentaron moldear una reforma de salud que les permitiera obtener mayor independencia de la CCSS e incentivos salariales, pero se mostraron distantes de un sistema privado. Sobre las exposiciones de medicina privada en el "Seminario evaluación de los servicios médicos" organizado por UMN en febrero de 1989, el gerente administrativo, Salomón Rodríguez, señaló que estuvieron a la expectativa de las conferencias "y creíamos que se presentarían proyectos concretos" pero se terminaron exponiendo ideas "desarticuladas".[72]

70 Andrés Sanz, "Las privatizaciones. Algunos aspectos generales" *Cuadernos de Relaciones Laborales*, no. 13 (1998): 21-22.

71 Sanz, "Las privatizaciones. Algunos aspectos generales", 21-22.

72 Archivo de la Asamblea Legislativa, Archivado 8128, Expediente 10048 (1986) Acta No. 6, f. 00280-00302; CCSS, Actas de la Junta Directiva, ANCR, 9 de noviembre 1989, Signatura 109, f. 409.

El veto a la privatización en su forma más ortodoxa, se puede explicar a partir del tamaño de la medicina privada en el país en la década de 1980. La oferta de centros prestadores de servicios de salud privada era restringida, contando únicamente con tres clínicas que se centraban en servicios ambulatorios y partos,[73] y, como ya se expuso en esta investigación, el recurso humano especializado en ciencias de la salud era escaso debido a las limitantes de la oferta en su formación (únicamente dos universidades).

Si además se toma en cuenta lo extendido de la práctica dual en el país -aunque no es exclusivo de Costa Rica, sino que se presenta en países de altos, medios y bajos ingresos- con un 40,19% de médicos que laboraban para las tres clínicas privadas más importantes (Hospital Clínica Bíblica, Hospital CIMA y Hospital Clínica Católica), que a su vez aparecían en las planillas de la CCSS en 2013,[74] podríamos sugerir que la privatización no resultaba beneficiosa para el personal médico, en tanto su gremio estaba indisolublemente atado al régimen laboral de la CCSS. Además de esos factores, se debe traer al análisis el rechazo de la opinión pública a la privatización de la oferta de servicios de consulta externa de la CCSS, que entre 1988 y 2011 se mantuvo en un 70% de oposición.[75]

El debate se centró entonces en la forma de plasmar la transformación, definiendo el peso y papel que se le debía dar al sector privado, lo cual significó discutir ampliamente los conceptos de descentralización y desconcentración que

---

73 Martínez y Sánchez-Ancochea, *La búsqueda de una política social universal en el Sur*, 195.

74 Ximena Alvarenga et al., "Política inclusiva y servicios privados de salud en Costa Rica: encuentros, desencuentros y retos" (Memoria de Seminario de graduación para optar por el grado de Licenciatura en Ciencias Políticas, Universidad de Costa Rica, 2018), 22-24.

75 Jorge Poltronieri, "Proyecto de Investigación Estructuras de la Opinión Pública," Encuesta de opinión pública XXIII - Panorama global (San José: CIMPA/UCR, 2011): 15-16.

se posicionaban como la forma más eficiente de reestructurar al sector público, aplicando elementos de la lógica del sector privado. Miranda analizó la situación de la siguiente forma:

> "Cada vez se vuelve más fuerte la idea de que tienen que surgir los servicios privados en el país, como opción tendiente a mejorar los servicios, no surge esto como una variedad de servicios sino injertada dentro de los servicios de la CCSS. Hasta ahora no han surgido grupos de médicos que decidan dejar la institución para establecer una clínica y vender servicios, se busca más bien dentro de la CCSS cobrar los servicios por parte de los médicos, la institución subsidiaría el costo de atención y los profesionales cobrarían los honorarios".[76]

La lectura de Miranda tenía asidero. En la sesión del 22 de octubre de 1986 de la Comisión Especial de la Asamblea Legislativa para analizar los informes que había producido la comisión anterior, compareció el presidente de la UMN, Manuel Piza Escalante, para explicar las declaraciones de la UMN con respecto a los servicios de la CCSS en diferentes periódicos. Piza Escalante aseguró que la UMN no intentaba desestabilizar la institución con sus denuncias en la prensa, ni tampoco quería que esta perdiera sus fundamentos y fuera cambiada por un sistema de medicina privada. Piza Escalante señaló:

> "Yo quiero que quede constancia de que nosotros estamos plenamente conscientes de que la solución de la medicina privada no funciona en Costa Rica ni en ninguna parte del mundo, porque es sumamente

76 CCSS, Actas de la Junta Directiva, ANCR, 9 de noviembre 1989, Signatura 112, f. 293.

> cara y tiene grandes vicios de ineficiencia, pudiendo ser financiada únicamente por una pequeña elite".[77]

Para este médico la problemática fundamental de la mala calidad de los servicios era administrativa, para lo cual era necesario que todas las decisiones se dejaran de tomar en el nivel central y que se delegaran funciones a las regiones. Según Piza Escalante, con la universalización el médico había perdido prestigio dentro del sistema de seguridad social y se había convertido en "asalariado mal pagado y al cual se le niegan los instrumentos necesarios para realizar adecuadamente su labor".[78]

Para estos profesionales en ciencias de la salud, las opciones de cambio más eficientes eran sistemas mixtos, sistemas de libre elección médica, y cuartos de hospital semiprivados. En este sentido, proponían que los servicios siguieran siendo producidos por la CCSS, pero se abrieran espacios de cobros adicionales para que "quienes tienen ingresos medios y altos paguen más para recibir un mejor servicio", lo cual cumpliría con sus aspiraciones salariales e incidiría directamente en la calidad del servicio.[79]

La idea de crear medios de diferenciación entre las personas aseguradas esgrimida por la UMN, surgió en el contexto de rechazo a la estandarización de los servicios y auge de lo que Wolfgang Streeck ha llamado la "diversificación comercializada", la cual consiste en el "desplazamiento de

---

77 Comisión de la Asamblea Legislativa para estudiar la seguridad social costarricense, Archivo de la Asamblea Legislativa, 1986, Archivado 8128, Expediente 10048, Acta No. 5, f. 00273; Acta No. 6, f. 00280-00302.

78 Comisión de la Asamblea Legislativa para estudiar la seguridad social costarricense, Archivo de la Asamblea Legislativa, 1986, Archivado 8128, Expediente 10048, Acta No. 5, f. 00273; Acta No. 6, f. 00280-00302.

79 Manuel Piza Escalante, "A propósito del biombo" *La Prensa Libre*, 29 de agosto de 1986, 11; "Biombo" lo origina deficiencia del servicio, asegura un médico", *La Nación*, 2 de septiembre de 1986, 20.

los mercados y las relaciones comerciales, de la satisfacción de necesidades a la de apetitos".[80] Por ello, no resulta raro que las propuestas provenientes de los gremios médicos contemplaran un servicio diferenciado con mejor calidad para quienes pudieran pagarlo, beneficiando así al personal médico, quienes obtendrían una mejor remuneración.

Con el fin de posicionar su propuesta en la opinión pública, se tuvo conocimiento de que un grupo de médicos había visitado el periódico *La Nación*. Los directores de la junta hicieron notar, en enero de 1990, que en período de campaña presidencial las noticias sobre malos manejos e ineficiencia en la CCSS aumentaban. El propósito era obtener apoyo político de miembros del nuevo gobierno para realizar cambios en el sistema, que permitieran mayores ingresos para médicos y grupos del sector privado.[81] La intención de posicionar sus planteamientos fue plasmada en el interés de este grupo de profesionales por tener mayores cuotas de poder en la toma de decisiones de la CCSS.

En junio de 1990, el Colegio de Médicos y Cirujanos (CMC) buscó tener representación dentro de la junta por medio de un proyecto de ley en la Asamblea Legislativa. La respuesta de la junta fue contraria al proyecto, argumentando que la institución estaba formada por tres pilares fundamentales: trabajadores, patronos y el estado, por lo que ese grupo ya tenía representación al ser trabajadores, además de que esto sentaría un precedente para que otros grupos de trabajadores también buscaran tener una representación más directa. De igual forma, la mayoría de diputados se opusieron al proyecto. El Sindicato de Profesionales en Ciencias Médicas de la Caja (Siprocimeca) también buscó

80 Wolfgang Streeck, "Los ciudadanos como clientes", en *New Left Review* 76 (septiembre-octubre 2012), 29.

81 CCSS, Actas de la Junta Directiva, ANCR, 9 de noviembre 1989, Signatura 112, f. 291-293.

mayores cuotas de poder, pidiendo copia certificada de todas las actas de las sesiones de la junta mediante un recurso de amparo; sin embargo, la Sala Constitucional determinó que la CCSS únicamente debía proporcionarles copia de aquellas actas que abordaran temas relacionados directamente con ese sindicato, para no violar la privacidad de terceros.

En el contexto de la reforma neoliberal, la posición del personal médico estuvo en congruencia con la de las autoridades del sector, por lo que apoyaron la demanda de que el nivel central dejara de concentrar todas las funciones. Así, los conceptos de descentralización y desconcentración, a la orden del día en los escenarios internacionales, generaron un consenso en las autoridades técnicas y políticas del período.[82] Para Mary Clark, la descentralización era el objetivo principal de la transformación institucional y una tendencia regional que contemplaba la redistribución del poder político y toma de decisión dentro de las instituciones, mientras que la desconcentración aludía a la redistribución del poder administrativo central y sus funciones hacia el resto de unidades que prestaban directamente los servicios médicos dentro de la institución.[83]

La posición de las autoridades de la CCSS era la misma de la administración que promovía la descentralización "desde arriba".[84] Tomando en cuenta los resultados del proceso, Clark explica que, ante la imposibilidad de lograr una verdadera descentralización, la experiencia costarricense se ciñó

82 Comisión de la Asamblea Legislativa para estudiar la seguridad social costarricense, "Informe de mayoría de la Comisión Especial que estudió la problemática de la Caja Costarricense de Seguro Social", Archivo de la Asamblea Legislativa, 1982, Archivado 8128, Expediente 9310.

83 Mary Clark, "Health Sector Reform in Costa Rica: Reinforcing a Public System", ponencia preparada para Woodrow Wilson Center sobre políticas educativas y reformas en salud (Washington D.C, 2002), 13.

84 Roy Rivera, *Descentralización y la metáfora de la reforma del Estado* (San José: FLACSO-Programa Costa Rica, 1995), 14, 119-182.

más en la desconcentración.[85] Sin embargo, las discusiones de la junta evidencian que sus miembros no tenían un alcance extendido del significado más técnico de esos conceptos y que cada miembro construía su propia interpretación. A continuación, se contemplan algunas de esas interpretaciones intentando exponer las posiciones de los miembros en torno, principalmente, a la compra de servicios. Esto en tanto la desconcentración administrativa en lo correspondiente a un manejo más independiente de los presupuestos y manejo de recursos de los hospitales era comúnmente aceptado; sin embargo, otras áreas que involucraban la compra de servicios de salud al sector privado todavía eran discutidas, posicionándose como una opción factible ante el contexto de restricción al crecimiento y gasto y deterioro de la calidad de los servicios.[86]

El cuestionamiento pasaba por la premisa de si se estaban privatizando los servicios de la CCSS al transferir la producción de los servicios de salud a la empresa privada. Para las juntas directivas (1986-1994), la transferencia en la prestación de servicios de salud al sector privado no implicaba una privatización en tanto fuera controlada: restringiéndola a servicios concretos por períodos determinados y a partir de circunstancias institucionales particulares que imposibilitaran que la misma CCSS pudiera dar el servicio. A diferencia del gremio médico, estas juntas directivas concibieron la compra de servicios como un alivio sobre la demanda infinita de los servicios públicos. El presidente ejecutivo de la

85 Rivera, *Descentralización y la metáfora de la reforma del Estado*, 119-182. La ley de desconcentración de hospitales que les permitió funcionar con figuras jurídicas independientes de la matriz central, se materializó hasta 1998, por lo que el período aquí abordado da cuenta del inicio de la discusión que, en términos de su formulación, duró poco más de una década para concretarse.

86 CCSS, Actas de la Junta Directiva, ANCR, 6 de noviembre 1986, Signatura 104, f. 59.

administración 1990-1994, Elías Jiménez Fonseca, señaló que era importante que los hospitales pudieran liberarse de las cirugías más simples que demandaban tiempo y espacio.[87]

Las juntas directivas del periodo 1986-1994 coincidieron en la necesidad de contratar servicios de farmacias privadas, para que expendieran medicinas con el fin de bajar los tiempos de espera, hecho que se materializó con la compra de servicios de distribución de medicamentos a la farmacia Fischel, al igual que un contrato con la Clínica Católica para la práctica de cirugía ambulatoria en poco más de mil pacientes durante 1991, a raíz de la remodelación del HNN. Miranda planteó la posibilidad de desarrollar un proyecto de compra de servicios médico-quirúrgicos y de ginecobstetricia debido a las largas listas de espera para cirugía ambulatoria (1200 pacientes).[88]

En este proyecto los pacientes recibirían cierta ayuda económica y pagarían el diferencial para ser atendidos fuera de la CCSS, lo cual aliviaría la presión sobre la institución en algunas áreas. Esta propuesta, al igual que la de la UMN, contemplaba la creación de un pago extra voluntario. Para Miranda la economía mixta era una realidad y convenía considerarla; al respecto, él pensaba en introducir elementos de la lógica privada dentro de la estructura pública, tales como la tercerización de los servicios y la creación de servicios de mejor calidad para quienes pudieran y desearan pagarlos.

Para el director Quirós Coronado, la propuesta significaba que ellos como grupo no habían podido encontrar una respuesta interna a las fallas del sistema. Además, alertó sobre la creación de dos tipos de asegurados: aquellos con los recursos para hacer un pago extra voluntario con el objetivo

87 CCSS, Actas de la Junta Directiva, ANCR, 5 de diciembre 1991, Signatura 119, f. 67.

88 CCSS, Actas de la Junta Directiva, ANCR, 27 de julio 1989, Signatura 111, f. 98-105.

de obtener un servicio más rápido y de mejor calidad, y asegurados de segunda categoría. Ante eso, Miranda señaló:

> "Es preciso entender que para que yo después de tantos años haya venido a hacer este tipo de propuesta requiere haber pensado y 'digerido' muchas cosas. Durante muchos años me opuse a muchas de estas formas pero hay que reconocer ciertas realidades que ahí están y valorarlas en su dimensión. A esos médicos no les estaríamos fabricando la clientela porque esos pacientes que están dispuestos a pagar en su mayoría ya están pagando, muchos canalizados en los biombos. Esto nos permitiría liquidar los biombos".[89]

La discusión sobre la posibilidad de crear un pago por un servicio diferenciado-voluntario da muestra de la coyuntura crítica en la que se encontraron las redes normativas y protectoras en las décadas de 1980 y 1990. Para Zygmunt Bauman la irrupción de la individualidad, como un eje transversal de la sociedad "moderna fluida", transformó las estructuras económicas, políticas y sociales. En este sentido "los males son individuales (…) las preocupaciones son privadas, y también lo son los medios para combatirlas".[90]

Los directores Ulate Quirós y Quirós Coronado -ambos representantes del sector patronal- propusieron valorar otras opciones, como las cooperativas médicas, antes de introducir la posibilidad del pago extra voluntario. El gerente de operaciones, gerencia creada a partir de 1990, señaló que existía un lastre institucional de pensamiento que planteaba que "en la Caja podemos hacerlo mejor"; sin embargo, ya ese

89 CCSS, Actas de la Junta Directiva, ANCR, 27 de julio 1989, Signatura 111, f. 98-105.

90 Zygmunt Bauman, *Modernidad líquida* (Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica, 2002), 70-71.

tiempo para que la institución demostrara su capacidad había caducado, no porque la administración pública fuese ineficiente *per se*, sino por las instituciones que limitaban su desempeño como los laudos, la administración financiera, el esquema de pensamiento de los funcionarios y la CGR.[91]

La posición de Miranda era favorable a una mayor participación del sector privado dentro del público: "a nosotros nos agradaría que en muchas de las funciones que se desempeñan actualmente en el sector salud, el sector privado pudiera participar".[92] Su planteamiento no partía de que considerara que los servicios privados eran mejores o porque los servicios públicos fuesen ineficientes, sino porque la demanda estaba resultando infinita para unos recursos limitados, en medio de una coyuntura de constricción del sector público. Sin embargo, para Miranda esa participación debía ser cautelosa, lo cual se evidencia en los proyectos que impulsó para reformar los servicios de consulta externa, que fueron precavidos y moderaron la intención de lucro.

Esta compra de servicios originada en las deficiencias del sistema público y, esgrimida por algunos miembros de las juntas directivas del período estudiado, según sostienen Juliana Martínez y Diego Sánchez-Ancochea, fue el principal motor para el crecimiento de la opción privada externa a partir de la década de 1990, especialmente a raíz del fracaso de la reforma administrativa que debilitó aún más la capacidad estatal para proveer servicios de calidad.[93] A diferencia del profundo rechazo de la población costarricense a la privatización de los servicios de la CCSS entre 1988 y 2011, la compra de servicios -a pesar de que no se cuenta con datos del periodo 1988-2000- presentó una posición

91 Actas de la Junta Directiva, ANCR, 27 de julio 1989, Signatura 111, f. 98-105.

92 CCSS, Actas de la Junta Directiva, ANCR, 22 de mayo 1986, Signatura 103, f. 71.

93 Martínez y Sánchez-Ancochea, *La búsqueda de una política social*, 177.

más dividida. Mientras que en 2001 un 45% apoyaba la compra de servicios y un 30% la rechazaba, ya para 2011 las posiciones se habían casi que igualado, siendo ligeramente mayor el 40% a favor.[94]

La junta del periodo 1986-1990 discutió, con base en experiencias internacionales, las posibles consecuencias de una descentralización por medio de la compra de servicios. Se brindaron ejemplos de experiencias vividas en Brasil y Chile donde los resultados de la descentralización habían sido negativos. Se contempló la posibilidad de que los resultados de la descentralización divergieran de los principios de su puesta en marcha. El gerente médico Óscar Fallas lo señaló así:

> "Bajo cualquier circunstancia la compra de servicios resulta difícil, teóricamente se puede diseñar un modelo ideal pero en la práctica los resultados a veces no son los esperados pues cuando interviene el lucro se presentan dificultades y la experiencia que en algunas oportunidades ha tenido la Caja es que ese pago resulta incontrolado ya que no todos los profesionales manejan el asunto con la misma honestidad".[95]

Las posiciones aquí señaladas dan cuenta de las inquietudes que generaba el diseño e implementación de una transformación institucional, a partir de la descentralización basada en la compra de servicios. Estas inquietudes surgían del desconocimiento sobre la forma de aplicar estos conceptos al funcionamiento de la CCSS y las consecuencias que podrían tener en la estructura del sistema, lo cual se

94 Jorge Poltronieri, "Proyecto de Investigación Estructuras de la Opinión Pública," Encuesta de opinión pública XXIII - Panorama global (San José: CIMPA/UCR, 2011): 17.

95 CCSS, Actas de la Junta Directiva, ANCR, 6 de noviembre 1986, Signatura 104, f. 60-61.

debía a la falta de precedentes que produjeran experiencias concretas para sistemas universales como el caso costarricense. La incertidumbre que generaban estas nuevas tendencias es muestra de la resignificación que estaba experimentando el concepto de privatización para finales del siglo XX.

Conclusión

La información analizada en este capítulo buscó retratar el panorama en el que se encontró la CCSS con la implementación de ciertas medidas de reestructuración del estado, durante la segunda mitad de la década de 1980. Dicho contexto fue propicio para abordar la relación entre la Junta Directiva de la CCSS y otros actores como presidencia de la República, otras instituciones públicas y sindicatos y agrupaciones de profesionales de la salud. Se demostró cómo el papel de la junta del periodo 1986-1990 fue decisivo para mantener el control del proceso de reforma ante los intereses de diversos actores internos y externos a la institución. Sin embargo, mantener el liderazgo de la reforma implicó también negociar y acatar directrices del gobierno central que le atañen a la CCSS, como parte del sector público, pues está sujeta a la ley en materia de gobierno, a pesar de que como institución autónoma goza de independencia para ejecutar su gestión administrativa y técnica.

Tal y como sostienen Martínez y Sánchez-Ancochea para explicar el grado de unificación de la arquitectura de política pública en seguridad social, tanto los fracasos como los éxitos se pueden explicar en parte por la capacidad de los actores y la coherencia de sus agendas.[96] En este sentido, a pesar de ser un actor de primer orden para moldear la política de seguridad social, en este capítulo se analizaron dos elementos que contribuyen a explicar el papel de

96 Martínez y Sánchez-Ancochea, *La búsqueda de una política social*, 28.

la junta para dirigir el cambio institucional: cohesión y liderazgo efectivo. Estas características le ayudaron a la junta a definir el grado de impacto de las medidas de reducción del sector público, a frenar la reaparición del programa de pago de prestaciones que buscaba reducir la planilla de la CCSS mediante el cierre de plazas, y, en términos generales, a no afectar la prestación de servicios a pesar de las directrices de contracción del sector público.

Por otra parte, la solicitud del Poder Ejecutivo de financiamiento del programa de vivienda de la administración Arias fue un caso particular, que demostró que un solo proceso de toma de decisión puede generar varios tipos de relaciones. La relación inicial fue conflictiva, pues la junta y su presidente ejecutivo rechazaron financiar el proyecto; sin embargo, terminaron aprobándolo, principalmente debido al papel de intermediario que tuvo Miranda, pues su liderazgo efectivo contribuyó a moldear el cambio de opinión del resto de la junta. De igual forma, el peso que ejerció el proyecto de vivienda como eje central de la campaña electoral y del gobierno de Arias, también pudo haber incidido en una actitud favorable, a pesar de que, para explicar su decisión, la junta señalara la importancia de que la CCSS participara en otras áreas de la política social, en una coyuntura en la que esta se iba a ver fuertemente afectada a raíz de los cambios macroeconómicos impulsados como parte de la contracción del estado.

El alto grado de cohesión que demostró la junta se puede explicar a partir de la identidad institucional y la concepción de seguridad social que compartían sus miembros, quienes se concibieron a sí mismos como los defensores de un sistema vulnerable acechado por múltiples intereses e interpretaron el momento histórico en el que se encontraron como un punto de quiebre en el que las decisiones tomadas impactarían profundamente el futuro de la sociedad costarricense. Esto se observa en las largas y profundas discusiones que sostuvieron sobre la seguridad social y las reformas que se estaban

implementando en el mundo. Compartir una misma visión los llevó a funcionar como un solo bloque que reunió las cuotas de poder de sus miembros, con un claro liderazgo de la figura de Miranda, quien a partir de su conocimiento técnico, popularidad en el sector, tanto nacional como internacional, y la confianza al haber estado a cargo de la CCSS durante la crisis de 1981-1982, contribuyó a articular dicho grado de unificación entre los miembros.

Las medidas de contracción del estado, percibidas por los miembros como una amenaza para la continuidad en la prestación de los servicios, generaron una agenda defensiva. Por otra parte, la articulación de posibles vías de cambio, abordadas en el último apartado, evidencia cómo las diferencias se hicieron más notables a partir de la construcción de una política de cambio institucional. Esto debido a que los directores tenían concepciones diferenciadas en torno a la forma de implementar la descentralización de la institución, además de que no tenían claras las posibles consecuencias que estos procesos podían generar en el sistema.

La articulación coordinada de fuerzas de los directores en torno a una posición unificada de rechazo a las medidas de contracción institucional, también puede ser explicada a partir de la configuración administrativa y el tamaño de la CCSS en dicho periodo, pues la capacidad de gobernanza era más unificada y sólida en tanto la línea de mando era menos diferenciada, pues había menos gerencias y la cantidad de trabajadores y unidades administrativas y de prestación de servicios era más reducida. Mientras que entre 1986 y 1990 existían tres gerencias (administrativa, médica y financiera), a partir de 1990 estas empezaron a crecer progresivamente en cada administración hasta llegar a siete en 2020. La cantidad de trabajadores pasó de 21134 en 1986 a 60913 en 2020.

De igual forma, las características limitadas de la oferta de salud privada pudieron haber incidido en la gobernanza cohesionada que demostró la junta. Durante el período abordado,

el mercado privado era reducido. Los estudios sostienen que a partir de la década de 1990 se empezó a presentar un incremento sostenido y significativo en el gasto en salud privada, lo cual ha robustecido este subsector multiplicando la oferta y sus intereses.[97] La participación marginal de la oferta privada en la década de 1980 conllevó intereses limitados de este subsector por influir en la política de salud, lo que puede contribuir a explicar la cohesión de la línea de mando.

Este capítulo da cuenta de la resignificación del concepto de privatización para finales del siglo XX, cuando esa palabra dejó de hacer referencia únicamente a una transferencia de las distintas partes que intervienen en la provisión y producción de un bien público, a referirse a ciertas partes del proceso, con lo cual se amplió su significado, creando confusión, incertidumbre y desconocimiento entre los actores analizados. Para ellos, la descentralización, mediante la transferencia de la atención de los servicios de salud a la empresa privada, no significaba una privatización si la institución no podía brindar el servicio, si esta se hacía de forma controlada y restringiéndola a ciertas áreas y por tiempo limitado. En este sentido, para algunos miembros de la junta esta compra de servicios era una forma de aliviar la presión sobre los servicios públicos, creando una sinergia entre el sistema público y el privado, es decir, un sistema mixto.

El análisis del papel de la junta en una coyuntura crítica como lo fue el período 1986-1994, y sus vínculos con

97 Gustavo Picado, Edwin Acuña y Javier Santacruz, *Gasto y financiamiento de la salud en Costa Rica: situación actual, tendencias y retos* (San José: OPS, 2003), 5, 11-12, 16-17; Fernando Herrero y Andrea Collado, "El gasto en el sector salud de Costa Rica. Un acercamiento a las cuentas nacionales de salud" (San José: Procesos, 2001), 29; Fernando Herrero y Fabio Durán, "El sector privado en el sistema de salud de Costa Rica" (Chile: CEPAL, 2001), 5, 8. Según este estudio, en el 2000 alrededor de un 30% del gasto en salud fue provisto por el sector privado y se financiaba principalmente con desembolsos directamente realizados por los usuarios al momento de recibir el servicio.

otros actores internos y externos a la CCSS, brinda algunos elementos que pueden ser utilizados como punto de partida para comprender la toma de decisiones institucionales en otros períodos. Tomando en cuenta que la independencia de la junta ha sido cuestionada, debido a que la cabeza de la CCSS es elegida por la presidencia de la República, el análisis expuesto señala que, en el contexto de la reforma de salud, la junta tuvo ciertos elementos a su favor que le permitieron liderar dicho proceso y que se generaron diversos tipos de relaciones con el Poder Ejecutivo y otros actores; por eso, es necesario profundizar en las características históricas concretas de determinado proceso de toma de decisión y sus actores, para comprender cómo se han tejido las relaciones en otros períodos.

Por razones de espacio esta investigación no incorpora al análisis la continuidad de los miembros de la junta como categoría de análisis.[98] Sin embargo, es necesario señalar que además de la presidencia ejecutiva de la CCSS, el resto de miembros de la junta también pueden moldear las decisiones de esta, especialmente cuando, debido a su permanencia en el cargo, se convierten en *inside members,* es decir, miembros que, debido a su experiencia y conocimiento técnico y administrativo de la institución, pueden proveer información experta para la toma de decisiones y pueden ratificar y evaluar los objetivos institucionales a largo plazo.[99] Por eso, sería un error invisibilizar el trabajo y desempeño de los representantes del sector laboral y patronal, además de que sería limitado verles como medios de la relación entre presidencia ejecutiva y presidencia de la República, pues también en otros contextos (como en el período 1990-1994) han demostrado contar con su propia agencia.

98 Véase: Revelo, "Los actores y el cambio institucional", capítulo 3.

99 April Klein, "Firm Performance and Board Committee Structure", *The Journal of Law & Economics* 41, no. 1 (1998): 275–304.

Finalmente, similar a la posición de la junta de 1986-1990 por mantener los servicios funcionando a pesar de las directrices de contracción del sector público, durante la pandemia por COVID-19, la toma de decisiones institucionales ha estado dirigida a preservar la vida y realizar los esfuerzos necesarios para contener el virus, por lo que el contexto pandémico también pareciera haber construido una actitud defensiva por parte de las autoridades sectoriales de salud. Sin embargo, es una tarea pendiente profundizar en la forma en la que esas condiciones adversas que ha representado la pandemia, incidieron en los procesos de toma de decisión; de igual manera se hace necesario estudiar las características de las juntas y las relaciones que se establecen con otros actores, con base en las características históricas concretas que presentan periodos más recientes.

Capítulo 7

Historia del cáncer gástrico en Costa Rica: institucionalización, atención y políticas de salud (1957-2020)[1]

Vanessa Ramírez Mayorga

Introducción

Hace menos de un siglo el cáncer gástrico (CG)[2] era el más común a nivel mundial, pero la incidencia y mortalidad por esta patología han ido disminuyendo gradualmente desde 1950, aunque el CG sigue contribuyendo significativamente a la carga global por cáncer.[3] La infección crónica con la bacteria *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) es el factor principal asociado al 65%-80% de todos los casos de ese cáncer, y existen otros factores que aumentan el riesgo de desarrollarlo como la alta ingesta de sal en la dieta, el consumo de alcohol, el fumado, el bajo consumo

1 La autora agradece profundamente a sus estimables asistentes, Donovan España Alvarado y José Daniel Monge Jiménez, por el extraordinario esfuerzo y dedicación mostrado durante el proceso de recolección y procesamiento de las fuentes de las que se alimentó este capítulo, así como por las acuciosas observaciones realizadas en diferentes etapas de su redacción.

2 El término mayoritariamente usado a nivel internacional para definir a los tumores de estómago es "cáncer gástrico", razón por la cual se utilizará en lugar del término tumor de estómago o cáncer de estómago que se usa en las memorias del Ministerio de Salud.

3 Yushi Lin et al., "Global Patterns and Trends in Gastric Cancer Incidence Rates (1988–2012) and Predictions to 2030", *Gastroenterology* 161, no. 1 (2021): 116-127.

de frutas y vegetales o los niveles de higiene, muchos de estos factores asociados a un bajo nivel socioeconómico.[4]

El "Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study" (GBD) de 2017 informó que, entre 1990 y 2017, la tasa de incidencia estandarizada por edad de CG disminuyó en 28%. Además, a nivel mundial y regional, existe una fuerte correlación entre las mejoras en el índice sociodemográfico (ISD) y la disminución en la tasa de mortalidad por CG.[5] A pesar de esto, en el 2020 el número de casos nuevos de CG globalmente fue de 1.089.103 (5,6% de todos los casos nuevos de cáncer) y las muertes alcanzaron el número de 768.793 (7,7% de todas las muertes por cáncer), haciendo de este el quinto cáncer en incidencia y el cuarto en mortalidad.[6]

En Centroamérica, el CG es la principal causa de muerte por cáncer y las tasas de incidencia de CG en la región también se encuentran entre las más altas del mundo, con riesgos particularmente elevados en personas que habitan las regiones montañosas altas.[7] Dentro de esta región, Costa Rica tiene las tasas de incidencia y mortalidad por CG más altas,[8] aunque esos números han ido disminuyendo.[9]

---

4 Lin et al., "Global Patterns and Trends in Gastric Cancer Incidence Rates (1988–2012) and Predictions to 2030"; Martin C.S. Wong et al., "Global Incidence and Mortality of Gastric Cancer, 1980-2018," *JAMA Network Open*, 2021.

5 Angelica Petrillo and Elizabeth C. Smyth, "27 Years of Stomach Cancer: Painting a Global Picture", *The Lancet Gastroenterology and Hepatology* 5, no. 1 (2020): 5–6. El IDS se compone de variables relacionadas con la fertilidad, la educación y los ingresos; por lo tanto, la mortalidad por CG podría mejorar tanto con medidas indirectas, como con medidas específicas.

6 Bray F Ferlay J, Ervik M, Lam F, Colombet M, Mery L, Piñeros M, Znaor A, Soerjomataram I, "Source: Globocan 2020", *Globocan 2020* 419 (2020): 3–4.

7 Freddie Bray and Marion Piñeros, "Cancer Patterns, Trends and Projections in Latin America and the Caribbean: A Global Context", *Salud Pública de México* 58, no. 2 (2016): 104–117.

8 Global Cancer Observatory, "Estimated Age-Standardized Incidence and Mortality Rates (World) in 2020" 2022, https://gco.iarc.fr/today.

9 Bray and Piñeros, "Cancer Patterns, Trends and Projections in Latin America and the Caribbean: A Global Context".

En 1961 los tumores representaban la tercera causa de mortalidad en Costa Rica, pero ya en 1972 se convirtieron en la segunda causa de mortalidad, lugar que ocupó hasta 2020. Según estimaciones de la IARC, para 2022, en Costa Rica el CG se ubica en el cuarto lugar de incidencia[10] y segundo lugar de mortalidad a nivel general; en el caso de las mujeres se trata del quinto lugar en incidencia y el tercer lugar en mortalidad y, en el de los hombres se ubica en el tercer lugar de incidencia y el primer lugar en mortalidad.[11] Este capítulo tiene como fin reconstruir la trayectoria histórica del cáncer gástrico, su institucionalización y atención a partir de las políticas emitidas desde el Ministerio de Salud entre 1957-2020.

1. Metodología

Para desarrollar este capítulo, se revisaron las memorias del Ministerio de Salud entre 1957 y 2020 que están disponibles en línea,[12] los documentos al respecto en el Registro Nacional de Tumores (RNT) de Costa Rica, los datos del Centro Centroamericano de Población de la Universidad de Costa Rica (CCP), del Instituto Nacional de Estadística y Censos de Costa Rica (INEC) y del Sistema Costarricense de Información Jurídica (SINALEVI). Por razones de viabilidad logística no se incluyeron las memorias de la Caja Costarricense de Seguridad Social (CCSS). Del RNT se obtuvieron en línea algunos datos de incidencia y mortalidad

10 Debido a que los indicadores no son comparables al 100%, se ha preferido omitir el dato para no confundir a los lectores. No obstante, los datos del Global Cancer Observatory son confiables y sirven para contextualizar esta enfermedad.

11 Global Cancer Observatory, "Estimated Age-Standardized Incidence and Mortality Rates (World) in 2020" 2022, https://gco.iarc.fr/today.

12 http://www.asamblea.go.cr/sd/memoriasgobierno/forms/allitems.aspx

por cáncer,[13] pero, lamentablemente, se encontraron muchos vacíos, por lo que se solicitó la información pública en versión impresa a funcionarios del RNT, aunque las medidas sanitarias implementadas para la mitigación de la pandemia por la COVID-19 hicieron que ese acceso a la información fuera limitado. A inicios del 2022, por efecto de una mayor apertura de las medidas sanitarias contra la COVID-19, se tuvo acceso a información impresa adicional por parte del RNT.

Con esos datos, se hizo una reconstrucción histórica de las tasas brutas de incidencia y mortalidad por CG, para lo que se usaron, en primera instancia, las tasas brutas de incidencia y de mortalidad proporcionadas por el RNT y por las memorias del Ministerio de Salud y de otras fuentes secundarias.[14] En los casos en que no se pudieron utilizar las tasas brutas, se usó el número de casos informados en las fuentes y se calcularon las tasas brutas tomando el dato poblacional para Costa Rica al 1 de julio de cada año. Es importante recalcar que se trata de una reconstrucción histórica con datos de diferentes fuentes, por lo que pueden existir diferencias mínimas dependiendo de la fuente utilizada. Aun así, las tendencias que se obtuvieron son sistemáticas y reveladoras.

La tasa bruta de incidencia de CG para la población general, para hombres y mujeres, fue elaborada con los datos disponibles que comprenden el periodo 1980-2016.[15]

---

13 Aquí se utiliza el término "cáncer" para referirse a los tumores o cánceres malignos. En las memorias del MS el término "cáncer" se usa indistintamente para cáncer benigno o maligno. Para los cánceres "malignos" el término que utilizan es tumores malignos.

14 R. Sierra, "Incidencia y mortalidad por cáncer en Costa Rica" (Tesis de Licenciatura, Universidad de Costa Rica, 1986); R. Sierra, "Ecología y epidemiología del cáncer gástrico en Costa Rica" (Tesis de Maestría, Universidad de Costa Rica, 1981); R. Sierra, et al. *Cáncer en Costa Rica. Epidemiología descriptiva* (San José: Editorial Universidad de Costa Rica, 1995).

15 El mejor estudio sobre los cambios demográficos poblacionales costarricenses en la larga duración es: Héctor Pérez Brignoli, *La población de Costa Rica, 1750-2000: una historia experimental* (San José: EUCR, 2010).

Para efectos de dimensionar la carga que representa el CG en relación con otros cánceres, se incluyeron las tasas brutas de cánceres que la autora consideró relevantes en su incidencia en hombres y mujeres para el mismo período. Debido a la alta tasa de mortalidad por CG a lo largo de los años, se encontraron datos que permitieron reconstruir la tasa bruta de mortalidad por CG para la población general, así como para hombres y mujeres, entre 1961-2020; al igual que con la incidencia, se incluyeron las tasas brutas de mortalidad de otros cánceres en hombres y en mujeres entre 1970 y 2020.

Las memorias de Ministerio de Salud y la legislación promulgada entre 1957-2020 (leyes, decretos ejecutivos, convenios internacionales, reglamentos y demás normas de aplicación general) fueron fundamentales para contextualizar los datos obtenidos, así como la información normativa y jurisprudencial en forma integrada. Al respecto, es importante indicar que existen algunos vacíos, principalmente para el periodo 1957-1969.

2. Los albores de la lucha contra el cáncer

En 1949, la Junta Fundadora de la Segunda República emitió la Ley 809 Código Sanitario,[16] que en su artículo 1 definió a la salud pública como una "función del Estado", y la puso a cargo del Poder Ejecutivo, por medio del Ministerio de Salubridad Pública. Ese ministerio contaba con diferentes departamentos, uno de los cuales era el Departamento de Lucha Contra el Cáncer (DLCC) (art. 6, inc. l). Ese departamento fue creado por la Ley No. 787, del 1 de noviembre de 1949 Reforma al Código, con el fin de realizar "la prevención del cáncer y otros tumores de carácter maligno, por todos los medios que indique la ciencia" (art. 1).

Antes de eso, en 1942 se había creado el Instituto Nacional del Cáncer (INC), por medio de las leyes No. 48

16 República de Costa Rica, *Código Sanitario*, Ley No.809 (San José: 1949).

de 14 de junio de 1940 y No. 33 de 23 de diciembre de 1942, pero, según consta en los considerandos al artículo 1 de la Ley 787, el INC "no ha llenado satisfactoriamente las necesidades que de su organización se esperaba".[17]A pesar de su intrascendencia, la creación del INC es un indicio de la importancia que se le daba en el país a la "prevención del cáncer y otros tumores de carácter maligno".[18] El Departamento de Lucha contra el Cáncer (DLCC) fue otra institución relevante, creada según la Ley 787 (art. 1), que asumió las funciones del INC, derogado en la misma ley (art. 10).[19] Según la Ley 809: "todas las instituciones Sanitario-Asistenciales del país quedan en la obligación de colaborar con el Departamento de Lucha contra el Cáncer" (art. 225).[20] También se indica en el art. 229 que: "Los servicios que preste el Departamento de Lucha contra el Cáncer serán gratuitos para todos los habitantes de la República no asegurados por la Caja Costarricense de Seguro Social"[21] y para el funcionamiento de dicho Departamento se establece una "subvención del estado asignada de conformidad con las Leyes de Ordenanza Fiscal, en virtud de las rentas creadas por leyes especiales para esa campaña" (art. 228).[22] En ese mismo artículo se indicó que los fondos del INC se pondrían en el Banco Nacional de Costa Rica, en una cuenta especial denominada "DLCC"; fondos que se podían ejecutar con la firma conjunta del director general de Asistencia y el Ministro de Salubridad. Asimismo, "los bienes inmuebles inscritos en el Registro

17 República de Costa, *Reforma al Código Sanitario*, Ley No.787 (San José: 1949).

18 República de Costa Rica, *Código Sanitario*, Ley No.809, (San José: 1949).

19 República de Costa, *Reforma al Código Sanitario*, Ley No.787 (San José: 1949).

20 República de Costa Rica, *Código Sanitario*, Ley No.809 (San José: 1949).

21 República de Costa Rica, *Código Sanitario*, Ley No.809 (San José: 1949).

22 República de Costa Rica, *Código Sanitario*, Ley No.809 (San José: 1949).

General de la Propiedad, a nombre del Instituto Nacional del Cáncer, serán traspasados, por aquella Oficina al Departamento de Lucha contra el Cáncer" (art. 230). [23]

Para finales de la década de 1950, en Costa Rica prevalecía una estructura en contra de las "enfermedades sociales", para lo que se establecieron diferentes departamentos o luchas, entre las que se encontraban la lucha contra las enfermedades venéreas, la DLCC y la lucha contra la tuberculosis. La DLCC contaba con una Clínica de Tumores (CT) en donde se atendía a las personas con sospecha de cáncer. Inicialmente, esa clínica se encontraba ubicada en el Hospital San Juan de Dios, pero en 1956 se trasladó a un edificio situado en Calle 5, Avenidas 5 y 7 y fue renombrada para llamarse Clínica de Tumores Dr. Marcial Fallas Díaz.[24]

En relación con la incidencia o mortalidad por cáncer en general, y en particular por causa del CG, los únicos datos con los que se cuenta indican que entre 1950 y 1959 la CT atendió a 1017 personas con cáncer en estado inicial y a 1733 personas con cáncer avanzado con metástasis. Exceptuando el cáncer de piel, que se analiza por aparte del resto de cánceres dada su alta incidencia y baja mortalidad, en 1950 se registraron cuatro casos de cáncer de mama (CM) y cinco de cuello uterino (CCU); posteriormente, en 1959 se registraron ocho casos de CM, 21 CCU, uno de tiroides (CTir), uno de pulmón (CTBP) y tres de estómago (CG).[25] Es necesario recordar que el DLCC no cubría al 100% del territorio nacional y que los reportes por cáncer no eran de declaración obligatoria, por lo que el subregistro al respecto debe ser muy importante.

---

23 República de Costa Rica, *Código Sanitario*, Ley No.809 (San José: 1949).

24 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1957 (San José: Imprenta Nacional, 1958); Ministerio de Salud, *Memoria*, 1959 (San José: Imprenta Nacional, 1960).

25 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1959 (San José: Imprenta Nacional, 1960).

Aunque no se cuenta con un desglose anual de los datos, el CCU fue considerado como el cáncer más prevaleciente durante la década de 1950; justo por eso, se explica el interés especial y el trabajo que se desarrolló en torno a este padecimiento, del que quedó constancia en las memorias de salud de los siguientes periodos. El programa más importante de la CT era "proveer a cada mujer que consulte a la Clínica por cualquier síntoma, de un examen vaginal citológico que nos facilita la categorización de un número grande de pacientes, las cuales son vigiladas en la Clínica bajo el punto de vista preventivo". Asimismo, se indicó que se recibían enfermos de todas partes del país y "que algunos de los casos malignos llegan en fase temprana, mucho menos avanzada que en el estado en que llegaban en años anteriores cuando todavía no se había creado mucha conciencia sobre el cáncer en nuestro país".[26] Lo anterior representa un logro importante en esta materia.

Durante este decenio, el DLCC tuvo tres ejes de trabajo (estrategias o políticas) para el control del cáncer,[27] a saber:

a. Prevención: contemplaba actividades de divulgación de conocimientos prácticos sobre el cáncer en la prensa nacional (en todos los diarios de la capital), conferencias radiales, la distribución de material divulgativo en los barrios adyacentes al área metropolitana, visitas informativas a colegios e instituciones, así como la semana de divulgación del cáncer y exámenes de prevención.

b. Descubrimiento y diagnóstico precoz: se realizaban exámenes diagnósticos, exámenes clínicos, endoscópicos y citológicos.

---

26 Informe presentado por el Dr. Carlos Manuel Gutiérrez Cañas, director DLCC, al Dr. don Máximo Terán Valls Ministro de Salubridad Pública, San José, enero de 1957. Ministerio de Salud, *Memoria*, 1957 (San José: Imprenta Nacional, 1958).

27 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1957 (San José: Imprenta Nacional, 1958); Ministerio de Salud, *Memoria*, 1959 (San José: Imprenta Nacional, 1960).

c. Tratamiento: en esa época, el tratamiento consistía en rayos X y en intervención quirúrgica según correspondiera. También se realizaban exámenes de control a pacientes tratados.

El DLCC realizaba el trabajo de prevención y diagnóstico precoz del cáncer en la CT, un edificio que estaba adecuadamente condicionado, dado que contaba con personal técnico, equipo quirúrgico para intervenciones pequeñas (biopsias y escisiones locales) y facilidades para efectuar exámenes de prevención y diagnóstico, así como algunos exámenes clínicos, endoscópicos y citológicos. La CT facilitaba servicios de consulta a todos los médicos que los solicitaran y a médicos especialistas de consulta interna en el Hospital San Juan de Dios, para armonizar el criterio sobre tratamiento de los enfermos cancerosos internados en los diferentes servicios de ese centro.[28] Es muy posible que la CT llevara un registro de los casos de cáncer confirmados por anatomopatología, pero no existe en las fuentes un desglose sobre la localización anatómica de los canceres.

Además, existía en este periodo una estrecha colaboración entre diferentes departamentos: el DLCC se encargaba de la detección, el diagnóstico precoz y el tratamiento; el Departamento de Enfermería (DEnf) realizaba visitas domiciliares a pacientes con cáncer (lamentablemente no se tienen datos sobre el tipo de cáncer que presentaban estos pacientes); y el Departamento de Educación sanitaria colaboraba con la prevención del cáncer a través de la divulgación de conocimientos prácticos sobre la enfermedad.

28 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1957 (San José: Imprenta Nacional, 1958); Ministerio de Salud, *Memoria*, 1959 (San José: Imprenta Nacional, 1960).

3. La institucionalización de la lucha contra el cáncer

Durante la década de 1960, se le dio continuidad a las estrategias implementadas en contra de las "enfermedades sociales". En esos años, el país experimentó un aumento paulatino de la población total (con una proporción de hombres y mujeres similar) y de la esperanza de vida, la disminución en las tasas de crecimiento, mortalidad general y fecundidad, mientras que la mortalidad infantil presentó fluctuaciones con tendencia a la baja.[29] En las memorias de salud hay menciones muy vagas con respecto a las causas de muerte en el país,[30] pero, con respecto al cáncer, en 1964 se ubicó a esa patología como la tercera causa de muerte nacional.[31] Pero no fue sino hasta 1972,[32] que se hizo referencia a las cinco primeras causas de muerte para el año 1961, siendo estas las siguientes en orden descendente:

1. Gastroenteritis y colitis.
2. Enfermedades del aparato circulatorio.
3. Tumores.
4. Neumonías y bronconeumonías.
5. Enfermedades del sistema nervioso.

Según algunos estudios, "entre 1952 y 1960 el CG fue el responsable del 34.5% de todas las muertes por cáncer".[33] Los datos de mortalidad general por CG (Gráfico 7.1) indican que durante este periodo se produjo una disminución gradual

29 Instituto Nacional de Estadística y Censos y Centro Centroamericano de Población, "Estimaciones y Proyecciones de Población Por Sexo y Edad 1950 - 2050" (San José, 2013).

30 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1960 (San José: Imprenta Nacional, 1961); Ministerio de Salud, *Memoria*, 1961 (San José: Imprenta Nacional, 1962); Ministerio de Salud, *Memoria*, 1963 (San José: Imprenta Nacional, 1964).

31 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1964 (San José: Imprenta Nacional, 1965).

32 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1972 (San José: Imprenta Nacional, 1973).

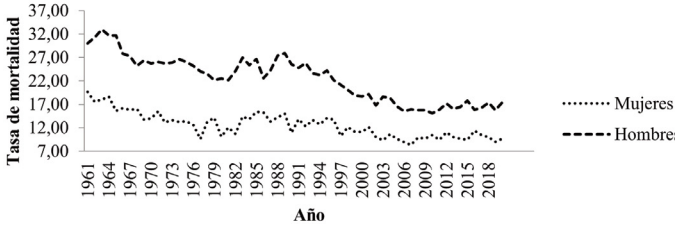
33 Sierra, "Ecología y epidemiología del cáncer gástrico en Costa Rica".

en las tasas brutas de mortalidad por 100.000 habitantes para toda la población (de 22,90 a 19,99), así como en hombres (de 30,00 a 26,40) y en mujeres (de 19,60 a 13,70) (Gráfico 7.2, Cuadro 7.1).

Gráfico 7.1
Costa Rica: Mortalidad general por cáncer gástrico, 1961-2020
-Tasas brutas por 100.000 habitantes-

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos Registro Nacional de Tumores, Depto. centro de información, Ministerio de Salud, años: 1992-2020, Memorias del Ministerio de Salud, año: 1991, Cáncer en Costa Rica. Epidemiología descriptiva, años: 1970-1990, Ecología y epidemiología del cáncer gástrico en Costa Rica, años: 1961-1969. Elaboración propia.

Gráfico 7.2
Costa Rica: Mortalidad por cáncer gástrico según sexo, 1961-2020
-Tasas brutas por 100.000 habitantes-



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos Registro Nacional de Tumores, Depto. centro de información, Ministerio de Salud, años: 1992-2020, Memorias del Ministerio de Salud, año: 1991, Cáncer en Costa Rica. Epidemiología descriptiva, años: 1970-1990, Ecología y epidemiología del cáncer gástrico en Costa Rica, años: 1961-1969. Elaboración propia.

Cuadro 7.1
Costa Rica: Mortalidad por cáncer gástrico, 1961-2020
(tasas brutas por 100.000 habitantes)

Año	Población	Mujeres	Hombres
1961	22,90	19,60	30,00
1962	22,62	17,50	31,30
1963	24,29	18,00	33,00
1964	24,46	18,60	31,70
1965	23,81	15,60	31,70
1966	22,18	16,20	27,80
1967	21,58	15,80	27,30
1968	26,98	16,00	25,20
1969	19,99	13,70	26,40
1970	19,85	14,00	25,70
1971	21,03	15,50	26,00
1972	21,88	13,10	25,70
1973	19,69	13,60	25,90
1974	19,69	13,20	26,60
1975	19,35	13,40	26,00
1976	18,51	12,60	25,20
1977	16,95	9,60	24,00
1978	18,14	13,20	23,50
1979	18,04	14,14	22,16
1980	16,19	10,10	22,50
1981	16,96	12,00	22,20
1982	17,23	10,70	24,10
1983	20,48	14,40	27,00
1984	19,66	13,80	25,40
1985	21,01	15,40	26,60
1986	18,86	15,20	22,60
1987	18,76	13,30	24,30
1988	20,77	14,20	27,40
1989	21,42	15,00	27,90
1990	18,22	10,90	25,50

Año	Población	Mujeres	Hombres
1991	19,28	13,80	24,80
1992	19,08	12,30	25,80
1993	18,64	13,64	23,62
1994	17,88	12,67	23,29
1995	18,84	14,02	24,16
1996	17,61	13,74	22,18
1997	16,09	10,30	21,18
1998	16,43	12,14	20,06
1999	15,32	11,13	18,89
2000	14,67	11,11	18,71
2001	15,91	12,13	19,13
2002	13,67	10,00	16,78
2003	14,32	9,32	18,58
2004	14,86	10,59	18,33
2005	13,43	9,55	16,50
2006	12,60	8,87	15,50
2007	12,58	8,32	15,95
2008	13,01	9,94	15,72
2009	12,89	9,68	15,78
2010	12,84	10,40	15,04
2011	12,72	9,40	15,81
2012	14,10	10,99	17,14
2013	13,05	10,03	16,00
2014	13,07	9,65	16,43
2015	13,62	9,40	17,75
2016	13,60	11,35	15,80
2017	13,38	10,44	16,27
2018	13,71	10,04	17,32
2019	12,38	8,97	15,73
2020	13,60	9,66	17,47

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos Registro Nacional de Tumores, Depto. centro de información, Ministerio de Salud, años: 1992-2020, Memorias del Ministerio de Salud, año: 1991, Cáncer en Costa Rica. Epidemiología descriptiva, años: 1970-1990, Ecología y epidemiología del cáncer gástrico en Costa Rica, años: 1961-1969. Elaboración propia.

Durante la década de 1960, la CT continuó su labor aumentando el número de pacientes; sin embargo, no existe un desglose sobre el número de cánceres ni sobre su localización anatómica. En términos de políticas de salud, en esos años se reestructuró la organización del MS y eso provocó una adecuación de sus funciones que, de manera secundaria, contribuyó con la prevención, detección, diagnóstico y tratamiento contra el cáncer.[34]

A partir de 1964, el DLCC formó parte del Departamento de Epidemiología (DE) que, a su vez, definió sus objetivos, estrategias y actividades que venían desarrollándose, de manera oficiosa: a. prevención, b. descubrimiento y diagnóstico precoz, c. tratamiento.[35] Esos objetivos se privilegiaron, con algunas modificaciones, hasta 1969.[36] Durante los primeros años, el énfasis estaba en la prevención en el primer nivel, lo que se expresó en las campañas anuales y de divulgación en los diferentes medios. A partir de 1964,[37] las campañas educativas se dirigieron a grupos específicos (como colegios y grupos cívicos locales), se compraron tratamientos anticancerígenos, hormonales (para la población general) y antileucémicos para niños. También se establecieron dos actividades importantes que sentaron las bases para tener una visión amplia y precisa sobre la epidemiología del cáncer

34 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1962 (San José: Imprenta Nacional, 1963).

35 En las memorias revisadas no se encontró ninguna directriz institucional, por lo que las funciones fueron reconstruidas y agrupadas con base en las labores que se realizaban de rutina en el DLCC y teniendo como guía las funciones que se otorgaron a este departamento durante su creación (Ley No. 787 de 1 de noviembre de 1949).

36 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1965 (San José: Imprenta Nacional, 1966); Ministerio de Salud, *Memoria*, 1966 (San José: Imprenta Nacional, 1967); Ministerio de Salud, *Memoria*, 1967 (San José: Imprenta Nacional, 1968); Ministerio de Salud, *Memoria*, 1968 (San José: Imprenta Nacional, 1969); Ministerio de Salud, *Memoria*, 1969 (San José: Imprenta Nacional, 1970).

37 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1964 (San José: Imprenta Nacional, 1965).

del país: a. un registro nacional de todos los casos tumorales comprobados por medio de biopsias llevadas a cabo entre el DLCC y el HSJD y b. el establecimiento e inicio de un estudio estadístico permanente sobre incidencia, prevalencia, morbilidad y mortalidad por cáncer. El preludio de un registro de tumores con datos de buena calidad, que permitiera comparar los cánceres nacionales con los de otros países, apareció en 1965[38] con el desglose de casos nuevos de cáncer diagnosticados en la CT, según sitio anatómico y distribuidos por grupos etarios.

En 1966,[39] se establecieron las directrices para la selección del tratamiento del cáncer; para eso, se basaron exclusivamente en el estado de la enfermedad a partir del establecimiento de tres niveles: a. curativo, b. paliativo y c. sintomático o terminal. En ese último nivel se incluyeron los cuidados caseros, de hospitales regionales, de servicio social y del asilo de incurables. Este mismo año se inició el tratamiento con quimioterapia. En 1968-1969,[40] el DLCC dejó de lado las actividades divulgativas, para iniciar actividades educativas enfocadas en los profesionales en salud que trabajaban con cáncer.

4. La creación del Registro Nacional de Tumores y el establecimiento de la notificación obligatoria del cáncer

Desde la década de 1960 se venía esbozando el planteamiento sobre la estrecha relación entre el concepto de salud, entendido como "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia

38 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1965 (San José: Imprenta Nacional, 1966).

39 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1966 (San José: Imprenta Nacional, 1967).

40 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1968 (San José: Imprenta Nacional, 1969); Ministerio de Salud, *Memoria*, 1969 (San José: Imprenta Nacional, 1970).

de enfermedad",[41] el tipo de enfermedades y la estructura de la población.[42]En esos años, Costa Rica era el país con la tasa de mortalidad general más baja de Latinoamérica, ocupaba el cuarto lugar más bajo de mortalidad infantil, tenía un ingreso *per cápita* medio y su población tenía una expectativa de vida alta. Esas características demográficas se representaban bien en el perfil de enfermedades de la población que se exponía en una pirámide epidemiológica de transición: las enfermedades infectocontagiosas empezaron a disminuir gradualmente, y las enfermedades propias de los países desarrollados (enfermedades del aparato circulatorio y tumores) comenzaban a ser más prevalentes, generando nuevos desafíos al sistema de salud.[43] Estas condiciones definieron en parte las acciones y prioridades de los programas en materia de salud en la década de 1970.[44]

En la década de 1970 se inició otra restructuración del sistema de salud, a partir de un diagnóstico de la situación del sector, cuya información sirvió para guiar parte de la política de salud del gobierno de José Figueres Ferrer (1970-1974). Así, se inició la redacción de un nuevo Código Sanitario que, en 1973, dio origen a la Ley Orgánica del Ministerio de Salud. Además, se procuró

41 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1970 (San José: Imprenta Nacional, 1971).

42 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1971 (San José: Imprenta Nacional, 1972); Ministerio de Salud, *Memoria*, 1973 (San José: Imprenta Nacional, 1974); Ministerio de Salud, *Memoria*, 1974 (San José: Imprenta Nacional, 1975).

43 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1977 (San José: Imprenta Nacional, 1978); Ministerio de Salud, *Memoria*, 1974 (San José: Imprenta Nacional, 1975).

44 En 1970 se establecieron tres criterios para el control de las enfermedades reducibles: a) Magnitud: número de muertes producidas por la enfermedad, b) Trascendencia: impacto del daño en la sociedad como consecuencia de afectar con más o menos intensidad a niños, adultos o ancianos, c) Vulnerabilidad: capacidad técnica y económica para disminuir el número de enfermos y muertos.

coordinar las acciones entre el MS, la CCSS y otros prestatarios del sector salud, con el fin de evitar la multiparidad de servicios, optimizar los recursos y mejorar el nivel de salud del país.[45]

En 1973, con la ley No. 5349 sobre la Universalización del seguro de enfermedad y maternidad, se inició el traslado de los hospitales a la CCSS; en apenas tres años y medio, la CCSS se encargaba ya de 29 hospitales y solo se exceptuaba el Hospital Carlos Luis Valverde Vega, de San Ramón de Alajuela, que fue trasladado a sus manos en 1984.[46] Con esta ley, se aseguró que se estaba "aboliendo el concepto de caridad y transformándolo por el concepto de derecho",[47] para toda la población que habitaba el país. Esta medida permitió un incremento en los programas de salud rural, medicina preventiva y nutrición en niños, llegando a cubrir un 68% de la población rural dispersa, que nunca había gozado de servicios de salud.

En 1972, el cáncer pasó de ser la tercera a convertirse en la segunda causa de mortalidad en el país.[48] A partir de ese año, y durante el resto del periodo de este estudio, el cáncer ha seguido siendo la segunda causa de muerte en Costa Rica. Los datos de mortalidad por CG (Gráfico 7.1) indican que durante esta etapa se produjo una disminución en las tasas brutas de mortalidad en toda la población (de 19,85 a 18,04), y también en términos de sexo: en hombres de 25,70 a 22,16 y en mujeres de 14,00 a 14,14 (Gráfico 7.2, Cuadro 7.1).

Los datos de cáncer se han seguido presentando de forma desagregada y por su localización anatómica; pero solo los

45 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1972 (San José: Imprenta Nacional, 1973).

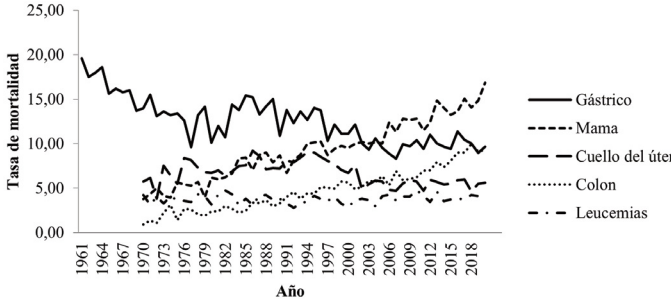
46 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1984 (San José: Imprenta Nacional, 1985).

47 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1977 (San José: Imprenta Nacional, 1978).

48 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1972 (San José: Imprenta Nacional, 1973).

CCU y CM son los únicos que se mencionan de manera explícita en las memorias del MS. Con los datos recolectados,[49] se realizó una reconstrucción de la mortalidad para algunos cánceres relevantes por sexo. En el caso de las mujeres se tomaron en consideración los CM, CCU, colon (CCR) y leucemias (CLeu); se nota, inmediatamente, que los cánceres más mortales corresponden a CG, CU y CM (Gráfico 7.3).

Gráfico 7.3
Costa Rica: Mortalidad por cáncer gástrico, mama, cuello del útero, colon y leucemias en mujeres, según localización anatómica y año de ocurrencia, 1961-2020
-Tasas brutas por 100.000 mujeres-



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos Registro Nacional de Tumores, Depto. centro de información, Ministerio de Salud, años: 1992-2020, Memorias del Ministerio de Salud, año: 1991, Cáncer en Costa Rica. Epidemiología descriptiva, años: 1970-1990, Ecología y epidemiología del cáncer gástrico en Costa Rica, años: 1961-1969. Elaboración propia.

Asimismo, los datos muestran que, con excepción del CG y del CCU, los cánceres femeninos experimentan fluctuaciones año con año, pero con una tendencia al aumento en la mortalidad (Cuadro 7.2).

49 Es importante señalar que no se cuenta con datos suficientes para todos los cánceres seleccionados en la población general, por lo que no se hizo la reconstrucción histórica de estos para ninguno de los periodos en estudio.

Cuadro 7.2
Costa Rica: Mortalidad por cáncer gástrico, cuello del útero, mama, colon, tiroides, 1961-2020 (tasas brutas por 100.000 mujeres)

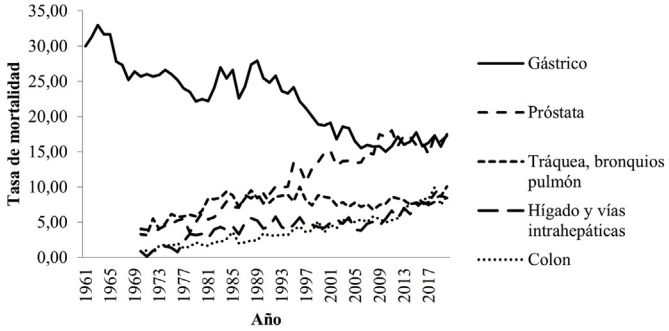
Año	Gástrico	Mama	Cuello del útero	Colon	Leucemias
1961	19,60	-	-	-	-
1962	17,50	-	-	-	-
1963	18,00	-	-	-	-
1964	18,60	-	-	-	-
1965	15,60	-	-	-	-
1966	16,20	-	-	-	-
1967	15,80	-	-	-	-
1968	16,00	-	-	-	-
1969	13,70	-	-	-	-
1970	14,00	3,78	5,73	0,92	4,24
1971	15,50	4,36	6,14	1,34	3,13
1972	13,10	5,01	3,81	1,09	4,03
1973	13,60	4,15	7,55	2,23	3,30
1974	13,20	3,94	6,43	3,11	4,05
1975	13,40	5,67	5,47	1,42	3,65
1976	12,60	5,42	8,38	2,66	3,55
1977	9,60	5,28	8,16	2,59	3,46
1978	13,20	5,69	7,28	2,05	4,29
1979	14,14	3,99	6,80	1,90	4,08
1980	10,10	6,16	6,69	2,38	3,17
1981	12,00	5,99	7,02	2,40	4,28
1982	10,70	6,24	6,40	2,99	4,74
1983	14,40	6,63	6,87	2,67	4,29
1984	13,80	8,34	7,48	2,20	3,07
1985	15,40	8,42	7,58	2,45	3,83
1986	15,20	7,06	9,21	3,34	3,12
1987	13,30	8,74	8,59	3,32	4,19
1988	14,20	9,00	7,10	3,66	4,22
1989	15,00	7,88	7,26	2,95	3,70
1990	10,90	8,69	7,22	3,27	3,81

Año	Gástrico	Mama	Cuello del útero	Colon	Leucemias
1991	13,80	6,70	8,10	4,00	3,30
1992	12,30	8,10	7,90	4,60	2,80
1993	13,64	8,76	8,45	3,82	3,19
1994	12,67	9,98	9,06	4,41	3,55
1995	14,02	10,13	8,99	4,37	4,14
1996	13,74	10,22	8,51	5,11	3,76
1997	10,30	8,71	8,05	5,04	3,56
1998	12,14	9,41	7,70	4,97	4,01
1999	11,13	9,72	7,06	5,75	3,24
2000	11,11	9,54	6,71	5,66	2,88
2001	12,13	10,00	7,62	4,87	3,66
2002	10,00	10,20	4,83	5,18	3,83
2003	9,32	10,01	5,47	5,81	3,66
2004	10,59	10,15	5,84	5,70	2,97
2005	9,55	10,02	5,74	6,35	4,09
2006	8,87	12,39	4,81	5,32	4,25
2007	8,32	11,32	4,73	6,91	3,59
2008	9,94	12,82	5,52	5,88	4,06
2009	9,68	12,69	5,94	6,03	4,05
2010	10,40	12,80	5,74	6,22	4,76
2011	9,40	11,51	4,70	6,94	4,13
2012	10,99	12,38	5,95	7,00	3,43
2013	10,03	14,84	5,70	7,93	4,59
2014	9,65	14,01	5,42	7,36	3,51
2015	9,40	13,25	5,47	8,07	3,72
2016	11,35	13,62	5,90	9,00	3,76
2017	10,44	15,05	5,96	9,01	3,83
2018	10,04	14,07	4,64	9,96	4,23
2019	8,97	14,83	5,50	9,13	4,11
2020	9,66	16,84	5,6	9,27	4,26

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos Registro Nacional de Tumores, Depto. centro de información, Ministerio de Salud, años: 1992-2020, Memorias del Ministerio de Salud, año: 1991, Cáncer en Costa Rica. Epidemiología descriptiva, años: 1970-1990, Ecología y epidemiología del cáncer gástrico en Costa Rica, años: 1961-1969. Elaboración propia.

Para el caso de los hombres, se tomaron en consideración los cánceres de próstata (CP), tráquea, bronquios y pulmón (CTBP), hígado y vías intrahepáticas (CHVH) y CCR y se encontró que los cánceres más mortales son CG, CTBP y CP (Gráfico 7.4).

Gráfico 7.4
Costa Rica: Mortalidad por cáncer gástrico, próstata, tráquea, bronquios y pulmón, hígado y vías intrahepáticas y colon en hombres, según localización anatómica y año de ocurrencia, 1961-2020
-Tasas brutas por 100.000 hombres-



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos Registro Nacional de Tumores, Depto. centro de información, Ministerio de Salud, años: 1992-2020, Memorias del Ministerio de Salud, año: 1991, Cáncer en Costa Rica. Epidemiología descriptiva, años: 1970-1990, Ecología y epidemiología del cáncer gástrico en Costa Rica, años: 1961-1969. Elaboración propia.

Como ocurre en el caso de las mujeres, se observa que, con excepción del CG, los CTBP, CHVH y CCR produjeron un aumento en la mortalidad. Asimismo, la mortalidad por causa de CP fluctuó con una tendencia al aumento en la mortalidad (Cuadro 7.3).

Cuadro 7.3
Costa Rica: Mortalidad por cáncer gástrico, de próstata, de tráquea, de bronquios y de pulmón, de colon y de vejiga urinaria en hombres, 1980-2016 (tasas brutas por 100.000 hombres)

Año	Gástrico	Próstata	Tráquea, bronquios y pulmón	Hígado y vías intrahepáticas	Colon
1961	30,00	-	-	-	-
1962	31,30	-	-	-	-
1963	33,00	-	-	-	-
1964	31,70	-	-	-	-
1965	31,70	-	-	-	-
1966	27,80	-	-	-	-
1967	27,30	-	-	-	-
1968	25,20	-	-	-	-
1969	26,40	-	-	-	-
1970	25,70	4,04	3,26	0,90	0,90
1971	26,00	3,93	3,16	0,11	0,98
1972	25,70	3,50	5,52	0,95	0,64
1973	25,90	4,03	4,03	1,55	1,65
1974	26,60	4,52	4,82	1,61	1,81
1975	26,00	4,79	6,16	1,37	1,66
1976	25,20	5,24	5,72	0,76	2,00
1977	24,00	5,48	5,85	2,23	1,30
1978	23,50	3,53	6,06	3,35	1,54
1979	22,16	5,02	5,81	3,17	2,11
1980	22,50	6,33	6,67	3,34	1,80
1981	22,20	5,41	8,32	2,75	1,66
1982	24,10	5,75	8,26	3,97	2,19
1983	27,00	6,78	8,51	4,33	2,21
1984	25,40	7,98	9,36	3,91	2,61
1985	26,60	7,17	8,81	4,40	3,58
1986	22,60	7,10	7,17	3,26	2,03
1987	24,30	8,88	8,39	4,93	2,11
1988	27,40	8,37	9,54	5,56	2,40
1989	27,90	9,16	8,42	5,22	2,41

Año	Gástrico	Próstata	Tráquea, bronquios y pulmón	Hígado y vías intrahepáticas	Colon
1990	25,50	7,70	9,10	4,10	3,40
1991	24,80	9,00	7,80	4,40	3,10
1992	25,80	10,10	8,60	5,80	3,10
1993	23,62	9,91	8,75	4,28	3,24
1994	23,29	10,06	8,86	3,89	3,17
1995	24,16	13,43	7,97	4,63	3,99
1996	22,18	12,81	10,00	5,69	4,37
1997	21,18	10,72	8,14	4,42	3,61
1998	20,06	12,63	7,42	4,63	3,84
1999	18,89	13,53	8,80	4,32	5,15
2000	18,71	14,82	8,62	4,20	3,52
2001	19,13	15,16	8,44	4,91	4,61
2002	16,78	13,03	7,40	5,38	4,13
2003	18,58	13,67	7,83	4,81	5,28
2004	18,33	13,75	7,17	5,65	5,28
2005	16,50	13,41	7,77	3,91	5,00
2006	15,50	13,49	7,19	3,84	5,41
2007	15,95	14,94	7,56	4,79	5,01
2008	15,72	14,66	6,73	5,05	5,84
2009	15,78	17,49	7,48	4,55	5,46
2010	15,04	17,07	7,65	5,44	4,97
2011	15,81	18,03	8,59	6,67	5,30
2012	17,14	15,87	8,38	5,57	5,57
2013	16,00	17,3	8,11	7,01	6,76
2014	16,43	17,09	7,51	6,18	7,68
2015	17,75	15,95	7,79	7,13	7,50
2016	15,80	16,37	7,58	7,90	8,35
2017	16,27	14,62	7,85	7,45	8,29
2018	17,32	17,20	9,12	7,93	9,99
2019	15,73	16,47	8,67	8,75	7,49
2020	17,47	17,28	10,06	8,46	8,70

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos Registro Nacional de Tumores, Depto. centro de información, Ministerio de Salud, años: 1992-2020, Memorias del Ministerio de Salud, año: 1991, Cáncer en Costa Rica. Epidemiología descriptiva, años: 1970-1990, Ecología y epidemiología del cáncer gástrico en Costa Rica, años: 1961-1969. Elaboración propia.

En 1975 se presentó una iniciativa determinante para el control y estudio del cáncer en Costa Rica, cuando se creó "un proyecto de organización de un Registro Nacional de Tumores (RNT), que permita contar con la información necesaria al respecto"[50] por parte de la oficina de planificación del MS. Esta idea fue producto de la necesidad de tener documentación y datos completos sobre mortalidad, incidencia y prevalencia por cáncer en el país, que permitieran establecer planes de control y medidas de prevención, un proceso de toma de consciencia institucional y nacional que culminó en 1976 con la declaración del cáncer como una enfermedad de notificación obligatoria, y la creación del RNT como una oficina dependiente del MS, bajo la dirección técnica de los Departamentos de la DLCC y el Departamento de Estadística (DE). De esa forma, se comenzó con "la recolección de datos para el Registro de Tumores, con base en los informes de enfermos egresados del Sistema Hospitalario Nacional".[51]

En 1978 se definieron las principales funciones del RNT, así como se presentaron los primeros datos desagregados de cáncer. De acuerdo con el reglamento, eran funciones del RNT obtener datos sobre: "a. La incidencia y prevalencia del cáncer según sexo, edad, ocupación y área geográfica, localización anatómica; b. La distribución y calidad de la atención médica prestada a las personas que padecen de cáncer; y c. Todos los casos de tumores malignos que se diagnostiquen en el territorio nacional".[52] Desafortunadamente, no todos los establecimientos de salud acataron el Decreto Ejecutivo No. 6584 SPPS, en lo referente a la obligatoriedad de reportar los casos de cánceres que se presentaban, por lo que prevalece un subregistro importante al respecto.

El propósito del DLCC no varió con respecto al establecido en la década de 1960 y se continuaron realizando

50 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1975 (San José: Imprenta Nacional, 1976).

51 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1976 (San José: Imprenta Nacional, 1977).

52 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1978 (San José: Imprenta Nacional, 1979).

las mismas actividades.Sin embargo, en 1979 se definió el objetivo de:

> "disminuir la mortalidad, de prolongar la vida de los individuos, así, como prevenir, tratar y finalmente rehabilitar todas aquellas incapacidades físicas que puedan resultar de aquellas aplicaciones terapéuticas adecuadas para restituir en lo posible la capacidad física perdida y así poder reducir las molestias al paciente canceroso".[53]

Para realizar sus funciones, el DLCC cuenta con personal técnico capacitado en el Laboratorio de Citología Exfoliativa (LCE), en el RNT y en la Consulta Externa del Servicio de Oncología.

5. La formulación de protocolos

Debido al cambio en el perfil epidemiológico poblacional que pasó de enfermedades infectocontagiosas a padecimientos crónicos,[54] el MS procedió a crear, en febrero de 1979, un departamento de enfermedades crónicas (DEC) que "se encargara de estos nuevos problemas, fundamentalmente para fijar prioridades, establecer guías para prevenir estos padecimientos, diagnosticarles precozmente, uniformizar tratamientos y dar seguimiento a los casos que por su característica de crónicos son de larga duración".[55]

En 1980, durante la administración de Rodrigo Carazo Odio (1978-1982), el país enfrentó una imponente crisis económica,[56] que produjo una fuerte devaluación del colón.

---

53 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1979 (San José: Imprenta Nacional, 1980).

54 Los padecimientos crónicos incluyen: enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes mellitus, padecimientos pulmonares crónicos, reumáticos, etc.

55 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1980 (San José: Imprenta Nacional, 1981).

56 Entre 1970 y 1979 el tipo de cambio era fijo de ¢8,60 por dólar. En diciembre de 1980 el tipo de cambio pasó a ¢14,31 por dólar.

Esta retracción económica impactó en la siguiente década muchos aspectos de la vida de los costarricenses.[57] Esta crisis fue acompañada con un flujo considerable de refugiados e indocumentados centroamericanos que se desplazaron a Costa Rica en un intento por escapar del conflicto social-militar dentro de sus países.[58]

En 1984, se avanzó en el establecimiento de un sistema integrado de servicios entre la CCSS y el MS, basado en la atención primaria y el fomento de las acciones preventivas a nivel nacional, con cobertura poblacional y sin discriminación de ninguna índole, y enfocado en brindar servicios a las áreas rurales pobres y a las suburbanas marginadas. Como ya se indicó, en ese año se traspasó el último hospital (Hospital Carlos Luis Valverde Vega, de San Ramón de Alajuela) a la CCSS, de manera que la Caja se enfocara en las funciones de recuperación y de rehabilitación, mientras que el MS se dedicaba a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad. La estrategia para la integración de los servicios de salud se basó en el desarrollo regional y local, por lo que confirió a las unidades que lo integraban una adecuada desconcentración y capacidad administrativa para llevar a cabo sus funciones, así como permitió revisar y ajustar el esquema general de los niveles de atención en salud y delimitar y coordinar las funciones que les competían a cada institución.[59]

---

57 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1981 (San José: Imprenta Nacional, 1982); David. Díaz Arias, *Chicago Boys Del Trópico: Historia del Neoliberalismo en Costa Rica (1965-2000)* (San José: EUCR, 2021); Ronny J. Viales Hurtado, *El Final de La Utopía Del Desarrollo. La Crisis Económica de 1980 En América Central En Perspectiva Global (1970-1990)* (San José: Universidad de Costa Rica, Centro de Investigaciones Históricas de América Central, Academia de Geografía e Historia de Costa Rica, 2022).

58 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1982 (San José: Imprenta Nacional, 1983); Ministerio de Salud, *Memoria*, 1983 (San José: Imprenta Nacional, 1984). Sobre los migrantes y la institucionalidad costarricense de esos años, ver: Mónica Brenes Montoya, "Migrantes y refugiados salvadoreños y nicaragüenses", *Ahí me van a matar. Cultura, violencia y Guerra Fría en Costa Rica (1979-1990),* Iván Molina Jiménez y David Díaz Arias, eds. (San José: EUNED, 2018): 165-208.

59 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1984 (San José: Imprenta Nacional, 1985).

A pesar de la difícil situación económica por la que atravesaba el país, durante esos años se continuaron las reformas del sector salud y, más aún, el país logró superar las metas que se había impuesto en salud para la década, así como alcanzó la mayoría de los objetivos para el año 2000 a nivel mundial, propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (cuadro 7.4).[60]

Cuadro 7.4
Comparación entre las metas de salud propuestas por la OMS para el año 2000 y las metas alcanzadas por el sistema de salud de Costa Rica en 1985

Meta	Propuesta (OMS, 2000)	Alcances (Costa Rica, 1985)
Esperanza de vida al nacer	Mayor a 70 años	73, 5 años, igual que en los países desarrollados
Mortalidad infantil en menores de 1 año	Inferior o igual a 30,0 por 1000 nacidos vivos	18,3 por cada 1000 nacidos vivos
Mortalidad en niños de 1 a 4 años	Inferior o igual a 2,4 por 1000	1 por 1000
Mortalidad general	La OMS no da esta cifra	3,8 muertes por 1000 habitantes. Más baja que en USA y URSS
Inmunizaciones. Vacunación múltiple para todos los lactantes	Disponibilidad de vacunación múltiple para todos los lactantes	El 87 % de los niños pequeños (no solo lactantes) reciben vacunación múltiple
Acceso a los servicios de salud	De toda la población	El 98 % de la población está protegida por la acción combinada del MS y la CCSS
Oportunidad de acceso a servicios de abastecimiento de agua potable y evacuación de desechos (cloacas, letrinas, etc.)	Para toda la población	El 98 % de la población en el área urbana está abastecida con agua, y el 70 % en el área rural. Las excretas tienen una cobertura urbana de 96 %y rural de 85 %
Peso mínimo al nacer de 2.500 g.	Para el 90 % de los niños	El 92 % de los niños tienen ese peso como mínimo al nacer

Fuente: Tomado con modificaciones de Ministerio de Salud, *Memoria*, 1985 (San José: Imprenta Nacional, 1986) pág. 8.

60 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1985 (San José: Imprenta Nacional, 1986).

La "Política Nacional de Salud 1986-1990" del gobierno de Oscar Arias Sánchez (1986-1990) tuvo como norte la "equidad en la distribución de los servicios de salud".[61] Se planteó así el Sistema Nacional de Servicios de Salud, donde el MS ejerció una función de rectoría con la participación permanente de instituciones, públicas y privadas, que integraban el sector, así como de las organizaciones científicas, académicas, profesionales y de los organismos representativos de los trabajadores de la salud.[62]El perfil demográfico y poblacional del país varió mucho entre 1957 y 1989: se triplicó la población (Cuadro 7.5) y se produjo un descenso en las tasas de natalidad (de 46,3 a 28,2 por mil habitantes), mortalidad general (de 9,4 a 3,8 por mil habitantes), e infantil (de 80,3 a 13,9 por mil habitantes), global de fecundidad (de 7,0 a 3,4 por mil habitantes) y crecimiento (de 3,8 a 2,6 por mil habitantes) (ver Gráfico 7.5).

La esperanza de vida al nacer aumentó considerablemente al pasar de 62,2 años en 1957 a 76,4 en 1989 para la población general, y de 60,5 a 74,4 años en el caso de los hombres y de 63,80 a 78,5 años en el caso de las mujeres (Gráfico 7.6). Este cambio, al que se le sumaron una mejor nutrición infantil, la disminución de la mortalidad por enfermedades infecciosas y parasitarias y la consolidación de una cobertura del seguro social al 80% de la población, llevó a Costa Rica a tener índices de un país desarrollado en materia de salud.[63]

---

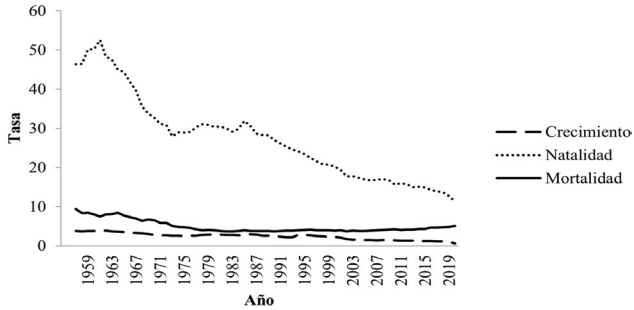
61 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1986 (San José: Imprenta Nacional, 1987).

62 Este plan tenía como fin humanizar los servicios de salud y continuar fomentando la participación de la comunidad, para autodeterminar sus necesidades en salud, promover el autocuidado de la salud, las medidas preventivas y las prácticas higiénicas. Es interesante el planteamiento con respecto a que los índices alcanzados en el país son el producto de la atención brindada en tres sectores sociales: educación, salud y vivienda, siendo la educación primaria universal el primer actor social impulsado en el país. La igualdad de oportunidades de toda la población elevó el nivel educativo. Es interesante la preocupación por la satisfacción de las necesidades de vivienda en el país, mostrada en la primera administración de Arias Sánchez, lo que va a ser una promesa de campaña del PLN, que lo llevan a ganar la presidencia para el periodo 1994-1998 (Ministerio de Salud, *Memoria*, 1988 (San José: Imprenta Nacional, 1989).

63 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1982 (San José: Imprenta Nacional, 1983).

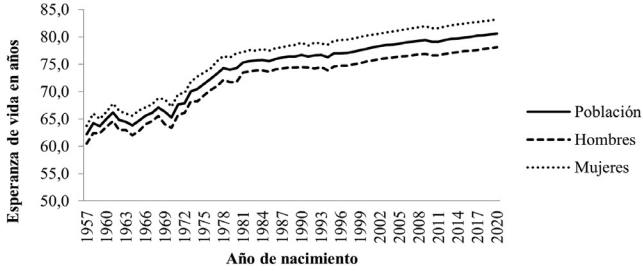
En 1985, el país se adelantó a la mayoría de los países en vías de desarrollo, y a algunos desarrollados, al alcanzar y superar las metas de salud propuestas por la OMS para el año 2000.[64]

Gráfico 7.5
Costa Rica: Indicadores demográficos de natalidad, mortalidad general y crecimiento, 1957-2020
-Tasas brutas por 1000 habitantes-



Fuente: INEC, 2013. Estimaciones y Proyecciones de Población por sexo y edad 1950 - 2050. Instituto Nacional de Estadística y Censos; Centro Centroamericano de Población. 1ed San José, C.R. Elaboración propia.

Gráfico 7.6
Costa Rica: Esperanza de vida al nacer, 1957-2020

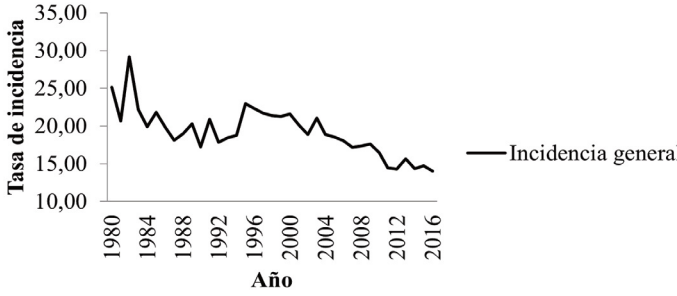


Fuente: INEC, 2013. Estimaciones y Proyecciones de Población por sexo y edad 1950 - 2050. Instituto Nacional de Estadística y Censos; Centro Centroamericano de Población. 1ed San José, C.R. Elaboración propia.

64 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1985 (San José: Imprenta Nacional, 1986).

La década de 1980 se caracteriza, además, por un repunte, hacia el final del periodo, en la mortalidad por CG en la población general (pasando en 1980 de 16,19 a 21,42 en 1989), en mujeres (10,10 a 15,00) y en hombres (22,50 a 27,90). En relación con la mortalidad por otros cánceres en mujeres, se presentó un aumento en la tasa de mortalidad, pero lo mismo se observa en los hombres, quienes experimentaron un aumento en la mortalidad en todos los cánceres mencionados en este capítulo. En 1980 se empiezan a tener los primeros datos sistematizados de incidencia de CG, así como de otros tipos de cáncer. En el caso del CG se observa una disminución gradual (Gráfico 7.7) a nivel poblacional (pasando de 25,13 en 1980 a 20,3 en 1989), tanto en hombres (de 33,3 a 27,9), como en mujeres (de 17,4 a 12,5) (Gráfico 7.8).

Gráfico 7.7
Costa Rica: Incidencia general por cáncer gástrico, 1961-2020
-Tasas brutas por 100.000 habitantes-

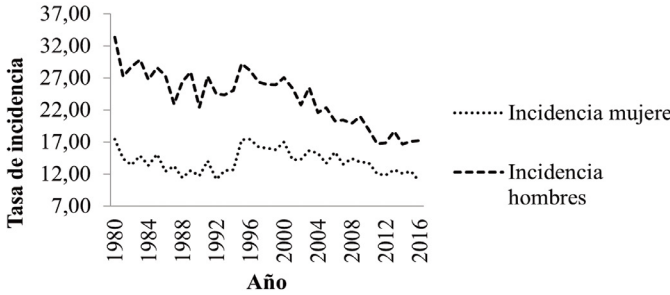


Fuente: Dirección General de Estadística y Censos Registro Nacional de Tumores, Depto. centro de información, Ministerio de Salud, años: 1992-2016, Memorias del Ministerio de Salud, años: 1980-1991. Elaboración propia.

En el caso de las mujeres, los cánceres más incidentes en orden descendiente corresponden al CCU, CM y el CG. La incidencia por CCU fluctuó durante todo el periodo con una tendencia a la baja, mientras que la de CM se

mantuvo estable. Lamentablemente, no se tienen datos sobre la incidencia de CCR y CTir (Cuadro 7.5).

Gráfico 7.8
Costa Rica: Incidencia de cáncer gástrico según sexo, 1980-2016
-Tasas brutas por 100.000 habitantes-



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos Registro Nacional de Tumores, Depto. centro de información, Ministerio de Salud, años: 1992-2016, Memorias del Ministerio de Salud, años: 1980-1991. Elaboración propia.

Cuadro 7.5
Costa Rica: Incidencia de cáncer gástrico,
cuello del útero, mama, colon, y tiroides, 1980-2016
(tasas brutas por 100.000 mujeres)

Año	Cuello del útero	Mama	Gástrico	Colon	Tiroides
1980	33,30	20,60	17,40	-	-
1981	35,60	18,70	14,40	-	-
1982	30,50	18,80	13,40	-	-
1983	23,20	19,60	14,80	-	-
1984	17,80	18,40	13,30	-	-
1985	19,10	17,80	15,10	-	-
1986	24,70	18,60	12,40	-	-
1987	23,50	17,60	13,20	-	-
1988	30,30	19,20	11,40	-	-

Año	Cuello del útero	Mama	Gástrico	Colon	Tiroides
1989	22,70	21,00	12,50	-	-
1990	22,40	18,00	11,70	-	-
1991	18,70	20,00	14,00	-	-
1992	31,93	21,05	11,13	-	-
1993	38,79	24,15	12,51	-	-
1994	41,19	23,91	12,67	-	-
1995	39,07	23,91	17,32	-	-
1996	39,28	24,90	17,38	-	-
1997	45,63	24,54	16,22	6,41	6,35
1998	46,43	30,06	15,99	6,21	5,78
1999	50,29	31,36	15,79	7,00	5,96
2000	50,64	33,03	16,93	6,87	8,91
2001	47,20	45,85	14,21	8,17	8,32
2002	45,88	33,93	14,28	6,82	9,60
2003	49,93	36,40	15,62	8,39	10,83
2004	41,67	37,69	15,23	9,72	10,92
2005	44,54	37,44	13,64	9,17	12,46
2006	37,65	39,72	15,40	7,89	14,74
2007	33,40	41,82	13,51	9,62	13,60
2008	29,01	43,10	14,41	9,71	16,83
2009	31,73	43,07	13,86	10,76	18,27
2010	36,28	44,32	13,78	10,49	19,38
2011	29,44	42,54	12,04	9,58	20,92
2012	29,76	44,58	11,78	9,60	22,46
2013	32,11	51,24	12,65	12,26	24,91
2014	29,33	55,87	12,06	11,85	28,40
2015	30,09	54,95	12,41	11,99	23,28
2016	24,64	55,19	10,77	12,51	24,97

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos Registro Nacional de Tumores, Depto. centro de información, Ministerio de Salud, años: 1992-2016, Memorias del Ministerio de Salud, años: 1980-1991. Elaboración propia.

El CG muestra una disminución en la incidencia entre 1980 y 1989, al pasar de 33,3 a 27,9 por 100.000 hombres, mientras que el cáncer de próstata se mantuvo relativamente estable, con tasas que oscilan entre 11,0 y 12,8. Infortunadamente, no se tienen datos sobre la incidencia de CTBP, de CCR, ni cáncer de vejiga urinaria (CVU) (Cuadro 7.6).

Cuadro 7.6
Costa Rica: Incidencia de cáncer gástrico, próstata, tráquea, bronquios y pulmón, colon y vejiga urinaria en hombres, 1980-2016 (tasas brutas por 100.000 hombres)

Año	Gástrico	Próstata	Tráquea, bronquios y pulmón	Colon	Vejiga urinaria
1980	33,30	11,00	-	-	-
1981	27,20	12,60	-	-	-
1982	28,70	12,90	-	-	-
1983	29,80	13,00	-	-	-
1984	26,70	12,00	-	-	-
1985	28,60	12,90	-	-	-
1986	27,30	12,70	-	-	-
1987	22,90	12,00	-	-	-
1988	26,40	11,90	-	-	-
1989	27,90	12,80	-	-	-
1990	22,40	11,70	-	-	-
1991	27,20	12,60	-	-	-
1992	24,47	17,03	5,63	-	-
1993	24,30	15,05	6,06	-	-
1994	25,03	19,28	7,60	-	-
1995	29,20	23,40	8,03	-	-
1996	28,16	23,39	9,02	-	-
1997	26,30	21,61	7,87	4,9	3,83
1998	25,95	26,32	7,84	5,95	4,74

Año	Gástrico	Próstata	Tráquea, bronquios y pulmón	Colon	Vejiga urinaria
1999	25,88	35,35	8,90	5,71	4,12
2000	27,01	35,11	8,62	5,20	4,10
2001	25,35	36,07	8,75	7,71	4,42
2002	22,74	41,15	7,64	7,16	4,09
2003	25,46	43,48	8,53	7,87	4,29
2004	21,56	40,68	7,78	7,96	4,40
2005	22,32	39,46	8,41	7,59	4,32
2006	20,26	41,80	9,47	7,29	4,55
2007	20,38	44,49	8,13	8,66	4,35
2008	19,88	49,15	6,95	8,28	4,47
2009	20,94	48,48	8,83	9,05	4,37
2010	18,93	44,85	8,64	9,07	4,49
2011	16,71	51,58	6,41	8,76	4,36
2012	16,80	41,30	6,85	8,17	4,76
2013	18,65	40,32	6,13	12,26	1,76
2014	16,64	41,70	5,73	9,92	6,31
2015	17,05	41,65	6,15	10,45	5,45
2016	17,18	42,30	5,31	9,36	5,71

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos Registro Nacional de Tumores, Depto. centro de información, Ministerio de Salud, años: 1992-2016, Memorias del Ministerio de Salud, años: 1980-1991. Elaboración propia.

Sobre las acciones implementadas en torno al cáncer, el "RNT amplió su cobertura a tumores malignos de pacientes no hospitalizados a través de biopsias recibidas".[65] Además, se modificó la forma de presentar los nuevos casos de cáncer, desglosándolos por localización, grupo y sexo,[66] lo cual permitió un mejor estudio y comprensión de la histopatología

65 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1980 (San José: Imprenta Nacional, 1981).

66 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1983 (San José: Imprenta Nacional, 1984).

de la enfermedad. Dado que el CG es una patología que se detecta, en la mayoría de los casos, en edades tardías (más de 50 años), en 1984 el MS creó un programa nacional interinstitucional para la tercera edad, con el propósito de detectar de forma temprana este cáncer.[67]

Entre 1984-1985, el Consejo Nacional de Cáncer (CNC),[68] con la colaboración de varios oncólogos, redactó una serie de protocolos para unificar los criterios de diagnóstico y tratamiento de cáncer de pulmón, urológico, de ovarios, de tumores del sistema nervioso y tumores primarios de hueso y también se revisaron las normas de CG.[69] Posteriormente,[70] se socializaron las nuevas normas de toma de citología y de tratamiento para todo tipo de cáncer, que debían aplicarse en todos los servicios de asistencia médica del país.[71] Hacia 1988, los médicos de los centros de integración de salud realizaban detección de cáncer,[72] pero se desconoce si se detectaban todos los cánceres, debido a que la atención primaria a través de programas de atención de planificación familiar y de salud materno-infantil tenía especial interés en el sector educativo, la prevención y la detección de los CM y CCU.[73]

---

67 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1984 (San José: Imprenta Nacional, 1985).

68 Se hace mención de este CNC por primera vez en la *Memoria*, 1983, p. 138; sin embargo, no se encuentra fecha de su creación. En el SINALEVI, en fecha posterior se encuentra la creación de un CNC en: República de Costa Rica, *Crea Consejo Nacional de Cáncer como órgano adscrito al Despacho Ministerial de la cartera de salud y declara de interés público y nacional el problema que representa el cáncer*, Ley No.33271 (San José: 2006).

69 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1986 (San José: Imprenta Nacional, 1987).

70 Como parte de los órganos dependientes y adscritos al despacho del ministro, aparecen por dos años consecutivos (1986-1987) las investigaciones sobre cáncer (entre otras) realizadas en el programa de epidemiología del cáncer del Instituto de Investigaciones en Salud (INISA), de la Universidad de Costa Rica (UCR).

71 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1987 (San José: Imprenta Nacional, 1988).

72 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1988 (San José: Imprenta Nacional, 1989).

73 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1989 (San José: Imprenta Nacional, 1990).

6. Los sistemas de vigilancia epidemiológica del cáncer

En la década de 1990 se fortalecieron las acciones en Atención Primaria de Salud[74] y experimentaron dos reformas del sector salud: la primera durante el gobierno de Rafael Ángel Calderón Fournier (1990-1994)[75] y la segunda bajo la administración de José María Figueres Olsen (1994-1998).[76]

El Plan de Desarrollo Sostenido con Justicia Social 1990-1994 del Partido Unidad Social Cristiana (PUSC) cambió el paradigma en salud, que pasó de definirse como prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, a fomentar la salud, los estilos de vida que evitan la enfermedad y auspiciar el autocuidado en todos los niveles. Como acciones estratégicas para el cuatrienio 1990-1994, su programa propuso abarcar ocho áreas prioritarias y, dentro de ellas, el cáncer estaba incluido en la promoción de la salud y control de enfermedades y en la atención a grupos especiales.[77]

En 1994 se priorizó la educación y la salud, promoviendo un modelo de salud basado en la atención integral y continua del individuo, la familia, la comunidad y el ambiente. El interés de las autoridades se centró en la modernización y rectoría del sector salud, con una reorientación de algunas actividades como las campañas contra el dengue, el cólera, la malaria y los programas de inmunizaciones. Asimismo, se puso una atención especial al fortalecimiento del Programa de Atención Primaria, a través del establecimiento de 800 Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud (EBAIS),

---

74 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1990 (San José: Imprenta Nacional, 1991).

75 En 1990, el PUSC convocó a un equipo de trabajo para definir la estructura organizativa del Sector Salud que respondía al Programa de Reforma del Estado dentro del Plan: Desarrollo Sostenido con Justicia Social 1990-1994.

76 Se diseñaron el Plan de Desarrollo Económico y Social 1994-1998 y el Plan Nacional de Lucha contra la Pobreza 1994-1998.

77 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1990 (San José: Imprenta Nacional, 1991).

proyecto que fue compartido por el MS y la CCSS. El Plan de Desarrollo Económico y Social 1994-1998 y el Plan Nacional de Lucha contra la Pobreza 1994-1998 no contienen ningún objetivo específico para CG; sin embargo, al igual que en años anteriores, existía una acción y una meta dirigidas al CCU.[78]

Debido al comportamiento epidemiológico de la región, a inicios de la década el país hizo frente a situaciones sanitarias emergentes, como la epidemia de cólera que azotó a América Latina[79] o los brotes de malaria y sarampión.[80] A pesar de esto, los índices de salud se mantuvieron o mejoraron, de forma que, en 1997, Costa Rica fue el segundo país latinoamericano (solo superado por Chile) con el mayor índice de desarrollo humano (IDH),[81] con una población mayor de 60 años menor al 8%.[82] Debido al envejecimiento de la población, el grupo de 65 y más años se perfiló como prioritario dentro de las políticas nacionales de salud, y eso se reflejó también en que las cardiopatías, los cánceres y las enfermedades cerebrovasculares fueron las principales causas de defunción. A finales de la década de 1990 se hizo frente al Huracán Mitch y, gracias a acciones conjuntas entre el MS y la CCSS, se enfrentó de buena manera la entrada de enfermedades transmisibles (cólera o brotes epidémicos) relacionadas a esa circunstancia.[83]

A finales del siglo XX, el cáncer continuó ocupando el segundo lugar como causa de muerte (> 21% de las muertes),[84] y el CG era el más mortal para la población general,

78 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1995 (San José: Imprenta Nacional, 1996).

79 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1993 (San José: Imprenta Nacional, 1994).

80 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1991 (San José: Imprenta Nacional, 1992).

81 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1997 (San José: Imprenta Nacional, 1998).

82 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1998 (San José: Imprenta Nacional, 1999).

83 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1998 (San José: Imprenta Nacional, 1999).

84 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1990 (San José: Imprenta Nacional, 1991).

y en mujeres y en hombres. A inicios de la década de 1990 se desconocían los factores condicionantes para el CG y no se disponía de medidas preventivas efectivas, ni de medios asequibles para la detección temprana.[85] A partir de 1992, y durante el resto del periodo, se tomaron una serie de acciones para el control del cáncer en general.

En relación con la mortalidad por otros cánceres en mujeres, se produjo un aumento en la tasa de mortalidad de CM y CCR, mientras que la CLeu se mantuvo relativamente estable y la mortalidad por CCU empezó a disminuir. En el caso de los hombres, la mortalidad por CG empezó a disminuir, el CTBP se mantuvo relativamente estable y hubo un aumento en la mortalidad por CP, CHCV y CCR. En comparación con la década de 1980, a partir de 1995 la incidencia por CG tuvo un aumento a nivel poblacional (pasando de 17,26 en 1990 a 21,26 en 1999), tanto en hombres (de 22,40 a 25,88) como en mujeres (de 11,70 a 15,79). En el caso de las mujeres, la incidencia por CCU y CM aumentó. En hombres la incidencia por CP y CTBP creció a partir de 1992.

En 1995 se creó el Centro de Informática (CI) para dar soporte al MS.[86] Asimismo, se estableció el objetivo de "determinar Sistemas de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer", para lo que se creó el Programa Nacional de Detección y Control del CCU (PRONACAN), con lo que se buscaba dar un diagnóstico precoz y tratar el CCU y el CM.[87] En 1994, el MS participó en el Proyecto Epidemiológico Guanacaste, donde todas las mujeres diagnosticadas con lesiones de alto grado recibieron el tratamiento correspondiente en la CCSS. En lo referente a educación para la salud y comunicación

85 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1991 (San José: Imprenta Nacional, 1992).

86 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1995 (San José: Imprenta Nacional, 1996).

87 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1992 (San José: Imprenta Nacional, 1993).

social, el MS participó y coordinó con la Asociación Liga Contra el Cáncer en actividades comunales, grupos y centros de trabajo. Asimismo, participó en las actividades ordinarias del Consejo Nacional de Cáncer y en la redacción del decreto sobre manejo de drogas citotóxicas.[88]

Dado el incremento de la incidencia y la mortalidad por cáncer y debido a que la atención de los pacientes implicaba un tratamiento prolongado, de alta complejidad y costos, a mediados de la década de 1990 se elaboró un programa nacional de control del cáncer con participación del MS, la CCSS y de Organismos no gubernamentales (ONGs). Como parte del proceso de la reforma, y según lo estipulado en los convenios de préstamo con el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) y el Banco Mundial (BM), a inicios de 1995 el MS empezó a transferir a la CCSS el servicio de atención del cáncer. En 1996 se puso en marcha una iniciativa para desarrollar un programa nacional contra el cáncer,[89] que integraba elementos de promoción de la salud y prevención y tratamiento en los diferentes niveles de atención del sistema. Eso permitió que se desarrollaran proyectos de investigación e intervención sobre cáncer con organismos internacionales. Uno de esos estudios, sobre el CG, fue realizado en colaboración con el Gobierno de Japón y en colaboración con el Programa de Epidemiología del Cáncer del Instituto de Investigaciones en Salud de la Universidad de Costa Rica (INISA/UCR), desarrollado en una zona de alta incidencia de esta patología.[90]

En 1998 se actualizó y modernizó el RNT, además de que se incrementó el recurso físico y humano. El MS, la CCSS

88 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1994 (San José: Imprenta Nacional, 1995).

89 Este programa se menciona por primera vez en la Memoria de 1996 y aparece en las siguientes Memorias, pero no se tiene detalle del contenido del plan.

90 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1996 (San José: Imprenta Nacional, 1997).

y la Oficina de la Primera Dama de la República pusieron a funcionar el Laboratorio Nacional de Citología Cervicouterino, además de desarrollar la política nacional de lucha contra el cáncer en la mujer. Se inició el programa de detección precoz de CCU en Limón, que luego se extendió a Puntarenas con la esperanza de aplicarlo al resto del país. En el área de tratamiento contra el cáncer, el MS, la CCSS y la OPS emprendieron la modernización del equipo de radioterapia del país (esto incluyó asesoría, capacitación, equipamiento, control de calidad, normatización y vigilancia).[91] En 1999 se consolidaron las acciones para la implementación de la política nacional para mejorar la sobrevida y facilitar el manejo para el paciente. Asimismo, mediante un convenio con el Instituto del Cáncer de Canadá, se sentaron las bases para la creación de una clínica de cuidados paliativos y de control del dolor.[92] Lo que llama la atención es que, a lo largo de los años, siempre se dio énfasis al cáncer de mama y al cáncer de cérvix, por encima del cáncer más incidente y mortal de la época, es decir, el CG.

7. La institucionalización del Sistema Oncológico Nacional

A inicios del siglo XXI, se completó la nueva reestructuración del MS propuesta por el gobierno de Miguel Ángel Rodríguez Echeverría (1998-2002), que buscaba fortalecer la función rectora del MS, y se consolidó el Consejo Nacional del Sector Salud (CNSS), creado por decreto ejecutivo N- 27446-5 del 8 de setiembre de 1998,[93] como un ente de "asesoría y secretaría técnica". En ese momento se evaluó la reforma del sector salud que había iniciado

91 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1998 (San José: Imprenta Nacional, 1999).

92 Ministerio de Salud, *Memoria*, 1999 (San José: Imprenta Nacional, 2000).

93 Ministerio de Salud, *Memoria*, 2000 (San José: Imprenta Nacional, 2001).

en la década de 1970 y Alberto Infante Campos, asesor de OPS-Organización Mundial de la Salud (OMS), la consideró como una de las de mayor avance en América Latina, por ser la única que evidenciaba un mejoramiento en todas las categorías (equidad, cobertura, sostenibilidad y participación social) analizadas.[94]

Durante el gobierno de Abel Pacheco de la Espriella (2002-2006), la Política Nacional de Salud 2002-2006[95] estableció un enfoque de atención integral dirigido a la promoción de estilos de vida saludables, a fortalecer la atención primaria mediante la detección y prevención de las enfermedades a través de la visita domiciliar y la participación social. Dentro de esta política, se identificó como prioritaria la detección precoz del cáncer.[96]

En 2006, el país se planteó otro modelo de gestión de la salud durante la segunda administración de Arias Sánchez (2006-2010).[97] En este caso, el modelo partía de un proceso salud-enfermedad determinado por múltiples factores: biológicos, económicos, culturales, y ambientales entre otros. Durante el segundo semestre de 2006, el MS, en coordinación con el Ministerio de Planificación (MIDEPLAN), se abocó a la formulación del componente de salud del Plan Nacional de Desarrollo 2006-2010 "Ingeniero Jorge Manuel Dengo Obregón", donde se definieron ocho funciones sustantivas para la rectoría de la producción social de la salud. Dentro de las acciones en contra del cáncer, el Despacho de la Viceministra de Salud apoyó la elaboración del documento preliminar del Plan Nacional de Cáncer, coordinado por

94 Ministerio de Salud, *Memoria*, 2001 (San José: Imprenta Nacional, 2002).

95 Regida por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, ética, calidad e inclusión social; con ejes transversales de enfoque de género, de derechos y participación social.

96 Ministerio de Salud, *Memoria*, 2002 (San José: Imprenta Nacional, 2003).

97 Ministerio de Salud, *Memoria*, 2006 (San José: Imprenta Nacional, 2007).

el Instituto Costarricense Contra el Cáncer (ICCC)[98] y con la participación de diversos actores.[99]

La población, ciertamente, había cambiado desde la década de 1950. Así, si en 1957 la estructura por edad representaba una pirámide perfecta en la que la mayor proporción de personas correspondía a menores de 19 años, en 2009 el país ya enfrentaba un proceso gradual de envejecimiento de su población, con un aumento de las personas mayores de 65 años. A ese ritmo, se proyecta que en 2035 el país tendrá una población envejecida, con las correspondientes consecuencias en el gasto en salud y en la oferta de servicios.[100]

En los inicios del presente siglo, el perfil epidemiológico del cáncer se caracterizó por un descenso en la mortalidad por CG[101] en la población general (14,64-12,89), tendencia que se mantuvo en mujeres (11,11-10,40) y en hombres (18,71-15,78). En cuanto al comportamiento de la mortalidad por otros cánceres, en mujeres el CM ocupó el primer lugar a mediados de la primera década del siglo, la mortalidad por CCR y CLeu aumentó y el CCU continuó disminuyendo. En hombres continuó el ascenso del CP y se produjo un aumento menos marcado de la mortalidad por CCR. El CHVH permaneció relativamente estable y la mortalidad por CTBP disminuyó. Es muy probable, que la detección temprana y el tratamiento afectaran la curva de mortalidad al aumentar la sobrevida de los casos.[102]

---

98 República de Costa Rica, *Creación de Instituto Costarricense contra el Cáncer,* Ley No.7765(San José: 1998)

99 Ministerio de Salud, *Memoria*, 2006 (San José: Imprenta Nacional, 2007).

100 Ministerio de Salud, *Memoria*, 2006-2009 (San José: Imprenta Nacional, 2010).

101 Ministerio de Salud, *Memoria*, 2002-2006 (San José: Imprenta Nacional, 2007); Ministerio de Salud, *Memoria*, 2008 (San José: Imprenta Nacional, 2009); Ministerio de Salud, *Memoria*, 2006-2009 (San José: Imprenta Nacional, 2010).

102 Ministerio de Salud, *Memoria*, 2002 (San José: Imprenta Nacional, 2003).

En cuanto al CG, la tendencia de la incidencia para la población general, así como en ambos sexos, continuó descendiendo de manera constante, por efecto, muy probablemente, del mejoramiento en las condiciones de vida de la población.[103] En el caso de las mujeres, la incidencia por CM, CCR y CTir aumentó, mientras que la incidencia por CCU disminuyó drásticamente. En hombres, la incidencia por CP y CCR creció, y la incidencia por CTBP y CVU se mantuvo relativamente estable.

A inicios de este siglo, el MS dirigió y coordinó la política, los proyectos, las normas de prevención y control del cáncer, al tiempo en que, con el apoyo directo de la Casa Presidencial, le dio prioridad nacional al programa de cáncer. Así, se describió por primera vez al Sistema Oncológico Nacional, conformado por el ICCC, el CNC, el RNT y la CCSS. A pesar de los programas de prevención y control del CCU y de CM, la mortalidad continuó siendo alta, al igual que la mortalidad por CG y por cáncer de próstata. Eso se debió a la falta de un programa sistematizado de detección temprana de cáncer, el atraso tecnológico en radioterapia, equipos de braquiterapia y de terapia superficial (que tenían un atraso de más de 20 años) y la deficiencia en los servicios de radioterapia.[104]

Para mitigar esto, la CCSS gestionó acciones para dar tratamiento a las personas con cáncer. Sin embargo, el sistema continuó sobrecargado, con listas de espera en los hospitales San Juan de Dios y Calderón Guardia. El ICCC[105] apoyó el programa nacional de detección temprana de cáncer cérvico-uterino, contrató personal capacitado, apoyó el programa de detección temprana del CG en el

103 Ministerio de Salud, *Memoria*, 2002 (San José: Imprenta Nacional, 2003).

104 Ministerio de Salud, *Memoria*, 2000 (San José: Imprenta Nacional, 2001).

105 República de Costa Rica, *Creación de Instituto Costarricense contra el Cáncer*, Ley No. 7765, (San José: 1998).

Hospital de Cartago, e inició la planificación para realizar el programa en cáncer de pulmón y de próstata en 2001. La ley N°7765 de 1998 contemplaba la construcción de un hospital oncológico especializado y destinado a pacientes graves de cáncer; sin embargo, debido a dificultades no especificadas, la Asamblea Legislativa tenía en estudio un nuevo proyecto para complementar esa ley.[106]

En 2001 se llevaron a cabo otras acciones en la lucha contra el cáncer en general: se consolidó el Comité Técnico Científico (CTC) para el RNT, se mejoró el registro de tumores, se establecieron cartas de intenciones para la cooperación técnica entre el MS, el ICCC y la Organización Internacional de Energía Atómica (OIEA) en áreas relacionadas con cáncer, y se dio continuidad al Programa Nacional de Prevención y Atención Integral del Cáncer Cérvico Uterino. Las acciones específicas contra el CG consistieron en el análisis de la implementación de un programa nacional para la detección temprana y tratamiento precoz del CG, así como la realización de dos asesorías en Japón sobre

106 La ley No. 7765 fue anulada mediante resolución de la Sala Constitucional N° 1572-08 del 30 de enero del 2008. El voto No. 08-1572 de las 2:54 horas del 30 de enero del 2008, indicó: "Se declara con lugar la acción por violación de trámites sustanciales en el procedimiento de la Ley número 7765 de diecisiete de abril de mil novecientos noventa y ocho. En consecuencia se declara inconstitucional y se anula la Ley de Creación del Instituto Costarricense contra el Cáncer, que es la número 7765. Esta sentencia tiene efectos declarativos y retroactivos a la fecha de vigencia de la norma anulada, sea, el cuatro de julio de mil novecientos noventa y ocho, sin perjuicio de derechos adquiridos de buena fe. De conformidad con lo dispuesto por el artículo 91 de la Ley de la Jurisdicción Constitucional, se dimensionan los efectos de este fallo en el sentido de que el Instituto Costarricense Contra el Cáncer podrá continuar operando hasta por un plazo de tres años a partir de la notificación de esta sentencia, plazo que se concede para que la Asamblea Legislativa defina, en ley debidamente tramitada y promulgada, la creación de dicho Instituto, y de no ser así, se tomen por parte del Ministerio de Salud, las medidas necesarias para asegurar una ordenada transición administrativa de todos los recursos humanos y materiales así como los derechos y obligaciones, del Instituto a la Caja Costarricense de Seguro Social".

los lineamientos para la elaboración de un plan nacional de tamizaje de CG y la producción de una aproximación epidemiológica en la prevención comunal contra el cáncer.[107]

Durante el cuatrienio 2002-2006, el RNT[108] revisó las estadísticas de cáncer, lo que permitió tener una de las bases de datos más completa y detallada de América al respecto. Por la calidad de su información, Costa Rica es el único país de Latinoamérica en publicar datos nacionales de cáncer en las ediciones de la Agencia Internacional de Investigaciones contra el cáncer de la OMS.[109] Entre otros aspectos, continuó la logística para la elaboración de las normas de atención integral del CM, así como las normas y procedimientos de atención integral para la prevención y manejo del cáncer de cuello de útero, en el primer y segundo nivel de atención. Además, en coordinación con el INCC se constituyó la comisión para la elaboración del Plan Nacional de Control del Cáncer (PNCC), y se emprendieron acciones de diferentes subcomisiones para la elaboración de los diferentes capítulos de ese plan.[110]

En 2007, se planteó la formulación del PNCC, coordinado por el Despacho de la Dra. Lidieth Carballo, entonces viceministra de Salud y el ICCC, con participación de la CCSS, la UCR, la OPS/OMS y otros actores sociales, con el fin de fortalecer y dirigir los esfuerzos que se realizaban en el abordaje integral de esta problemática.[111] La versión

107 Ministerio de Salud, *Memoria*, 2001 (San José: Imprenta Nacional, 2002).

108 El RNT es reconocido a nivel nacional e internacional por ser un registro poblacional con cobertura nacional, con alrededor de 80% de los casos confirmados histológicamente, lo que le da una relativa confiabilidad a los datos y lo coloca entre los mejores registros a nivel mundial. También se ingresan los datos provenientes del Registro Civil de defunciones por cáncer y luego se realiza una verificación de los datos por información cruzada.

109 Ministerio de Salud, *Memoria*, 2002-2006 (San José: Imprenta Nacional, 2007).

110 Ministerio de Salud, *Memoria*, 2002-2006 (San José: Imprenta Nacional, 2007).

111 Ministerio de Salud, *Memoria*, 2006-2009 (San José: Imprenta Nacional, 2010).

oficial del PNCC 2007-2016 se dio a conocer el 7 de agosto del 2007;[112] en ese proyecto se incluyeron medidas que pretendían reducir la incidencia y mortalidad del cáncer. Con relación a este tema, también se publicó el decreto ejecutivo No 33650-S: Manual de Normas y Procedimientos de Atención Integral a la Mujer para la Prevención y Manejo del Cáncer de Cuello de Útero, I, II y III Nivel de Atención, y las Normas del Laboratorio de Citología. Con la metodología de trazadoras, el MS evaluó la norma de atención a las personas con cáncer de cérvix.[113]

En noviembre de 2008, se presentó el proyecto de fortalecimiento de la Red Oncológica Nacional (RON), con acciones prioritarias en la atención del CM, cáncer de cérvix, CG y cáncer de próstata. El objetivo era optimizar la atención del paciente con cáncer mediante el mejoramiento de las condiciones de atención y el fortalecimiento de la capacidad resolutiva de la RON, para la prevención, la detección temprana, el tratamiento oportuno del cáncer, la rehabilitación y el cuidado paliativo de los pacientes terminales.[114]

8. El necesario marco normativo para la atención del cáncer

En 2007, se planteó el PNCC y el gobierno propuso como meta, dentro del Plan Nacional de Desarrollo, ejecutar un 70% del PNCC para el final de la administración, dejando el resto para los siguientes seis años, de manera que este plan adquiriese un carácter de "Política de Estado".[115] Durante la administración de Laura Chinchilla Miranda (2010-2014), se postuló el Plan de Desarrollo 2011–2014, en el cual se

112 Ministerio de Salud, *Memoria*, 2007 (San José: Imprenta Nacional, 2008).

113 Ministerio de Salud, *Memoria*, 2007 (San José: Imprenta Nacional, 2008).

114 Ministerio de Salud, *Memoria*, 2008 (San José: Imprenta Nacional, 2009).

115 Ministerio de Salud, *Memoria*, 2007 (San José: Imprenta Nacional, 2008).

precisó que la estrategia del MS consistiría en "avanzar en la atención de la enfermedad hacia la promoción de la salud, posicionando la salud como valor social y dirigiendo y conduciendo las intervenciones de los actores sociales hacia la vigilancia y el control de los determinantes de salud, basados en evidencia y equidad".[116] A finales de la administración Chinchilla se implementó la "Estrategia Nacional para el Abordaje Integral de las Enfermedades Crónicas no Transmisibles y Obesidad 2013-2021", cuyo propósito era "reducir la morbilidad, la mortalidad prematura y la discapacidad causada por las principales enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT): cardiovasculares, diferentes tipos de cáncer, diabetes, hipertensión, obesidad, así como sus principales factores de riesgo como el sedentarismo, consumo nocivo de alcohol, consumo de tabaco, estados nocivos a la salud mental: depresión, estrés y contaminantes ambientales".[117]

En el Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018 "Alberto Cañas Escalante" del gobierno de Luis Guillermo Solís Rivera (2014-2018), se reestructuraron las políticas generales del MS y las políticas de rectoría de la producción social de la salud, de forma que se determinaron 15 principios generales que establecieron los límites dentro de los cuales puede operar el MS.[118] Durante todo el mandato de Carlos Alvarado Quesada (2018-2022), se mantuvieron esos principios generales,[119] pero se agregaron dos principios más en 2020: uno sobre la implementación del teletrabajo y el otro sobre discapacidad e inclusión.[120] Al gobierno de Alvarado Quesada

116 Ministerio de Salud, *Memoria*, 2010 (San José: Imprenta Nacional, 2011).

117 Ministerio de Salud, *Memoria*, 2014 (San José: Imprenta Nacional, 2015).

118 Ministerio de Salud, *Memoria*, 2016 (San José: Imprenta Nacional, 2017).

119 Ministerio de Salud, *Memoria*, 2018 (San José: Imprenta Nacional, 2019); Ministerio de Salud, *Memoria*, 2019 (San José: Imprenta Nacional, 2020); Ministerio de Salud, *Memoria*, 2020 (San José: Imprenta Nacional, 2021)..

120 Ministerio de Salud, *Memoria*, 2020 (San José: Imprenta Nacional, 2021).

le correspondió hacer frente a la pandemia por SARS-CoV2 a partir de marzo de 2020. Después de haberse registrado el primer caso de COVID-19 en el país, el MS continuó coordinando, con diferentes sectores y actores nacionales e internacionales, el manejo integral de la pandemia. Dentro de las acciones realizadas, el MS fortaleció el marco legal para la atención de la pandemia por la COVID-19 al emitir 115 Decretos al respecto durante el 2020.[121]

En 2012 se comenzó a agrupar a las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes y las enfermedades pulmonares crónicas como enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT), las que en conjunto constituyen la principal causa de mortalidad a nivel mundial, causando alrededor del 25% de las muertes prematuras (entre 30 y 69 años).[122] Durante esa década, la mortalidad prematura por ECNT a nivel mundial aumentó, causando el 40% de las muertes prematuras en 2015,[123] tendencia que también se presenta en Costa Rica, por lo que la OMS propuso, como meta mundial para el año 2025, la reducción de un 25% de las ECNT.[124]

En esta etapa, la mortalidad por CG presentó fluctuaciones para la población general, y para mujeres y hombres, con una tendencia a aumentar, excepto en las mujeres. En relación con la mortalidad por otros cánceres, en mujeres se observa el aumento en la tasa de mortalidad de CM y CCR, mientras que la mortalidad por CCU y CLeu se mantiene relativamente estable. En el caso de los hombres, el CTBP se mantiene relativamente estable hasta mediados de la década de 2010, donde se empieza a alternar los lugares de mortalidad con el CCR y CHVH, cánceres que van

121 Ministerio de Salud, *Memoria*, 2020 (San José: Imprenta Nacional, 2021).

122 Ministerio de Salud, *Memoria*, 2012 (San José: Imprenta Nacional, 2013).

123 Ministerio de Salud, *Memoria*, 2015 (San José: Imprenta Nacional, 2016).

124 Ministerio de Salud, *Memoria*, 2012 (San José: Imprenta Nacional, 2013).

en aumento. El CP, a pesar de ciertas fluctuaciones, continúa en aumento, alternando el primer lugar en mortalidad con el CG cuya mortalidad creció en este periodo. La incidencia por CG disminuye en este periodo a nivel poblacional, en hombres y en mujeres. En el caso de las mujeres, la incidencia por CM, CCR y CTir aumentó, mientras que la incidencia de CCU continuó disminuyendo. En hombres, la incidencia por CP y CTBP disminuyó, mientras que la incidencia por CCR y CVU aumentó levemente.

Debido a la declaración del cáncer como enfermedad de notificación obligatoria mediante decreto ejecutivo vigente desde 1976, se tiene una notificación constante del cáncer.[125] Entre las actividades que se registran al respecto, se menciona el "diseño de un sistema de información automatizado (SIRNAT), que brinde información relevante oportuna y de calidad, para dirigir las estrategias de promoción, prevención, atención y rehabilitación".[126] El Artículo 22 de la Ley No. 9028, "Ley General y Reglamento de Control de Tabaco y sus Efectos Nocivos en la Salud", dispuso la creación de un impuesto específico para los cigarrillos y productos similares, y se estableció que los recursos que se recaudasen se deberían destinar en un 60% a la CCSS, para que fuesen utilizados en el diagnóstico, el tratamiento y la prevención de enfermedades asociadas al tabaquismo, entre ellas el cáncer".[127] También se produjo la ampliación y mantenimiento del Sistema Nacional de Vigilancia en la Salud (SINAVIS), para el mejoramiento de la capacidad de análisis de la información del RNT.[128] El Observatorio Geográfico en Salud (OGES) constituye una iniciativa del

125 Ministerio de Salud, *Memoria*, 2015 (San José: Imprenta Nacional, 2016).

126 Ministerio de Salud, *Memoria*, 2012 (San José: Imprenta Nacional, 2013).

127 Ministerio de Salud, *Memoria*, 2010-2014 (San José: Imprenta Nacional, 2015).

128 Ministerio de Salud, *Memoria*, 2015 (San José: Imprenta Nacional, 2016).

Ministerio de Salud, en colaboración con la Universidad Estatal a Distancia (UNED), dirigida a brindar acceso ciudadano, continuo, sistemático y con datos de calidad, a la información en salud. La plataforma digital interactiva del OGES cuenta con 17 mapas temáticos sobre cáncer.[129]

En el Plan Nacional de Desarrollo 2015-2018: "Alberto Cañas Escalante", conscientes del aporte del cáncer a la mortalidad del país (33,3% de todas las defunciones), esta patología se aborda a nivel institucional por medio de apoyo al CNCC, el seguimiento del PNCC 2011-2017, la elaboración de normas y la emisión de decretos ejecutivos diversos.[130] Al final de la administración Solís Rivera, entre los logros obtenidos en el tema de cáncer se mencionan: "La incorporación de Costa Rica al programa CONCORD: estudio mundial sobre la supervivencia de cáncer".[131] Además se señalan los desafíos pendientes: "1) Fortalecimiento de la coordinación intra e interinstitucional en el abordaje del cáncer. 2) Creación una red de ONGs que trabajan con pacientes con cáncer. 3) Reducción de la incidencia y mortalidad por cáncer en la población. 4) Mejora del acceso a los servicios de diagnóstico y tratamiento del cáncer. 5) Fortalecimiento de los programas y campañas de prevención y control. 6) Fortalecer el Sistema de Información actual, mediante mayor disponibilidad de personal para lograr calidad y eficiencia en el suministro de la información".[132]

Durante la administración Alvarado Quesada, dentro de los logros en relación con el cáncer se mencionan los resultados obtenidos en el Programa 63102 "Control del Tabaco y sus Efectos Nocivos a la Salud", por ser el fumado uno

129 Ministerio de Salud, *Memoria*, 2016 (San José: Imprenta Nacional, 2017).

130 Ministerio de Salud, *Memoria*, 2016 (San José: Imprenta Nacional, 2017).

131 Ministerio de Salud, *Memoria*, 2016 (San José: Imprenta Nacional, 2017).

132 Ministerio de Salud, *Memoria*, 2016 (San José: Imprenta Nacional, 2017).

de los factores de riesgo para las ECNT, causa principal de mortalidad en CR.[133] Según encuestas realizadas tanto por el Ministerio de Salud como por el IAFA, se ha determinado que el tabaquismo en Costa Rica ha ido disminuyendo.[134] Otros de los resultados obtenidos incluyeron la elaboración del "Diagnóstico de las Unidades de Cuidados Paliativos y Control del Dolor", que surgen por la relación de estos con el manejo del cáncer en sus últimas etapas y cuidados paliativos no oncológicos.

En 2019 se impulsó una "Estrategia Nacional de Enfermedades No Transmisibles y Obesidad, 2013-2021", desde un enfoque integral".[135] Además, en 2020, a pesar de la pandemia por la COVID-19, se obtuvieron logros y avances en relación con el cáncer, ya que se elaboraron dos normas de atención que definen las condiciones esenciales para la obtención de una atención de salud de calidad. También hay que destacar la participación activa de Costa Rica en el proyecto *CanScreen*, de la OPS, para la implementación de programas de tamizaje para distintos tipos de cáncer.[136]

Conclusión

Este capítulo ha mostrado cómo el perfil de mortalidad e incidencia del cáncer en hombres y mujeres cambió en Costa Rica entre 1957 y el 2020. Entre 1970 y 2001 el CG era el cáncer más mortal en mujeres, pero fue desplazado al segundo lugar por el CM a partir de 2002. Entre 1970 y 2008 el cáncer más mortal en hombres fue el CG, pero entre 2009 y 2020 el CG y el CP han ocupado intermitentemente el primer y segundo lugar. En relación con la incidencia, entre 1980 y 2006

133 Ministerio de Salud, *Memoria*, 2018 (San José: Imprenta Nacional, 2019).

134 Ministerio de Salud, *Memoria*, 2016 (San José: Imprenta Nacional, 2017).

135 Ministerio de Salud, *Memoria*, 2019 (San José: Imprenta Nacional, 2020).

136 Ministerio de Salud, *Memoria*, 2020 (San José: Imprenta Nacional, 2021).

el CG era el tercer cáncer más frecuente en mujeres, ocupando el cuarto lugar en 2007 y ubicándose en quinto lugar en 2016. En el caso de los hombres, entre 1980 y 1997 el CG ocupó el primer lugar de incidencia, siendo desplazado al segundo lugar después de 1998 (Cuadro 7.7).

Cuadro 7.7
Costa Rica: perfil de mortalidad e incidencia del cáncer en mujeres y hombres

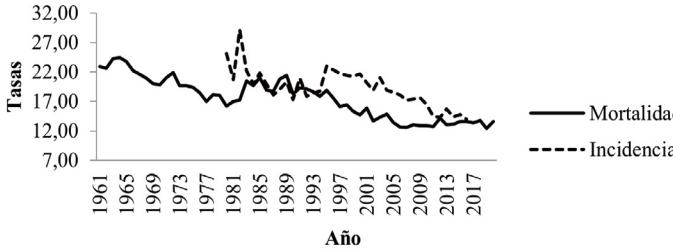
	Mortalidad		Incidencia	
	1970	2020	1997	2016
Mujeres	CG CCU CLeu CM CCR	CM CG CCR CCU CLeu	CCU CM CG CCR CTir	CM CTir CCU CCR CG
Hombres	CG CP CTBP CHVH CCR	CG CP CTBP CCR CHVH	CG CP CTBP CCR CVU	CP CG CCR CVU CTBP

Fuente: Dirección General de Estadística y Censos Registro Nacional de Tumores, Depto. centro de información, Ministerio de Salud, años: 1992-2020, Memorias del Ministerio de Salud, año: 1991, Cáncer en Costa Rica. Epidemiología descriptiva, años: 1970-1990, Ecología y epidemiología del cáncer gástrico en Costa Rica, años: 1961-1969. Elaboración propia

En el caso del CG, tanto la mortalidad como la incidencia han ido disminuyendo gradualmente. Entre 1961 y 2020 la mortalidad general por CG pasó de 22,90 a 13,60 por 100.000 habitantes; igual tendencia se observó cuando se estudió en mujeres (de 19,60 a 9,66 por 100.000 mujeres) y en hombres (de 30,00 a 17,47 por 100.000 hombres). En relación con la incidencia general por CG, entre 1980-2016 pasó de 25,13 a 14,01 por 100.000 habitantes (Gráfico 7.9), e igual tendencia se observó cuando se

estudió en mujeres (de 17,40 a 10,77 por 100.000 mujeres) y en hombres (de 33,30 a 17,18 por 100.000 hombres).

Gráfico 7.9
Costa Rica: Historia de la mortalidad e incidencia por cáncer gástrico, 1961-2020
-Tasas brutas por 100.000 habitantes-



Fuente: Dirección General de Estadística y Censos Registro Nacional de Tumores, Depto. centro de información, Ministerio de Salud, años: 1992-2020, Memorias del Ministerio de Salud, año: 1991, Cáncer en Costa Rica. Epidemiología descriptiva, años: 1970-1990, Ecología y epidemiología del cáncer gástrico en Costa Rica, años: 1961-1969. Elaboración propia

A lo largo de este capítulo, se han evidenciado pocas acciones políticas de salud directas emitidas desde el MS, tendientes a la prevención, diagnóstico y tratamiento del CG. Existen políticas para el cáncer como una agrupación de patologías diversas y los esfuerzos se han concentrado principalmente en el CCU, CM y CTBP. En términos de salud, lo ideal es que disminuyan las tasas de incidencia y de mortalidad por cáncer, sin embargo, esta no es la realidad. El siguiente escenario, es tener una incidencia alta o moderada con una baja mortalidad, como es el caso de Japón o la República de Corea, que ocupan el segundo y tercer lugar de incidencia por CG (31,6 y 27,9)[137] a nivel

137 Global Cancer Observatory, "Estimated Age-Standardized Incidence and Mortality Rates (World) in 2020" 2022, https://gco.iarc.fr/today.

mundial[138] y que debido a las políticas implementadas en materia de salud así como las condiciones geológicas y socioeconómicas redujeron la mortalidad por CG drásticamente (Japón: 8,2; República de Corea: 6,1).[139]

Como estrategia para disminuir la mortalidad por cáncer, en Costa Rica se ha tratado de controlar los factores de riesgo, eliminar sustancias contaminantes, ampliar la promoción de la salud, promover el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno del cáncer. Estas medidas en conjunto parecen haber colaborado en la disminución de la mortalidad e incidencia por CG observada. Al respecto, se pueden precisar también las decisiones institucionales que han contribuido en esta lucha:

- La institucionalización de los objetivos, estrategias o actividades del DLCC: a) prevención, b) descubrimiento y diagnóstico precoz, c) tratamiento del cáncer (1964).
- El preludio de un registro de tumores con datos de buena calidad, mediante: a) el establecimiento de un registro nacional de todos los casos tumorales comprobados por medio de biopsias llevado a cabo entre el DLCC y el Hospital San Juan de Dios (HSJD) y b) el establecimiento e inicio de un estudio estadístico permanente sobre incidencia, prevalencia, morbilidad y mortalidad por cáncer (1964).
- La restructuración del Sistema de Salud de 1970, y la redacción del nuevo Código Sanitario que en 1973 dio origen a la Ley Orgánica del Ministerio de Salud.
- La ley No. 5349 sobre la Universalización del seguro de enfermedad y maternidad (1973); que permitió un incremento

138 El primer lugar en incidencia (32,5 por 100.000 habitantes) y mortalidad (24,6 por 100.000 habitantes) por CG lo ostenta Mongolia.

139 Global Cancer Observatory, "Estimated Age-Standardized Incidence and Mortality Rates (World) in 2020, All Cancers, Both Sexes, All Ages, Western Europe."

en los programas de Salud Rural, Medicina Preventiva y Nutrición en niños, cubriendo un 68% de la población rural dispersa que nunca había gozado de servicios de salud.

- La declaración del cáncer como una enfermedad de notificación obligatoria, y la creación del Registro Nacional de Tumores (Decreto Ejecutivo No. 6584 SPPS, 1976).
- La creación de protocolos que unificaron los criterios de diagnóstico y tratamiento para CG, CM y CCU (1984).
- El establecimiento de un Sistema Integrado de Servicios, a mediados de la década de 1980, basado en la atención primaria y el fomento de las acciones preventivas a nivel nacional, con cobertura poblacional y enfocada en dar servicios a las áreas rurales pobres y suburbanas marginadas.
- En 1992 la determinación de los Sistemas de Vigilancia Epidemiológica del Cáncer.
- El fortalecimiento del Programa de Atención Primaria, a través del establecimiento de 800 Equipos Básicos de Atención Integral de la Salud (EBAIS) en 1994.
- La promulgación de la ley de Regulación del Fumado.[140]
- La implementación, en 2013, del Sistema de Información del RNT.
- Las acciones que permitieron la institucionalización del Sistema Oncológico Nacional (2000-2009) y el establecimiento del marco normativo para la atención del cáncer (2010-2020).

Una experiencia interesante y única en la región centroamericana fue la iniciativa del gobierno de Costa Rica, la Agencia de Cooperación Internacional de Japón (JICA), el Programa de Epidemiología del Cáncer de INISA/UCR y la CCSS

140 República de Costa Rica, *Regulación del Fumado*, Ley No.7501, (San José: 1995).

de implementar, entre 1996 y 2000, un Programa de Detección Temprana de CG en el Hospital Max Peralta de Cartago, con el fin de evaluar el impacto de una intervención con tamizaje de rayos X para reducir la mortalidad por CG en una región de alto riesgo de Costa Rica. En este estudio, se redujo a la mitad la mortalidad por CG en la población tamizada, los CG detectados se realizaban en etapas tempranas, lo que tuvo un efecto en la sobrevida de la población tamizada cinco años después del diagnóstico, que fue de 85%, muy superior al 12% en una población no tamizada.[141] Con esta intervención, el costo por vida salvada fue de $300.000.[142] El alto costo de esta intervención pudo haber sido una limitante para extender el programa al resto del país.

La tendencia a una disminución global y local de la incidencia por CG observada a través del tiempo puede deberse a la implementación de medidas sanitarias (letrinización, acceso a agua potable, condiciones higiénicas adecuadas), que disminuyen el riesgo aumentado de CG. La reducción de la prevalencia del fumado (principalmente en hombres) en muchas regiones y poblaciones del mundo corresponde con la disminución de la incidencia por CG. Esto es importante, principalmente en hombres y en países de Asia del este que tienen una alta prevalencia de fumado.[143] En China y Japón la tendencia a la disminución de la incidencia de CG puede deberse también a una disminución de la ingesta de sal en las comidas.[144] Otros factores

141 L. Rosero-Bixby and R. Sierra, "X-Ray Screening Seems to Reduce Gastric Cancer Mortality by Half in a Community-Controlled Trial in Costa Rica", *British Journal of Cancer* 97, no. 7 (2007): 837–43.

142 Albert Schram, "Análisis de Costo-Efectividad y Costo-Beneficio Programa de Detección Temprana de Cáncer Gástrico En Costa Rica", *Población y Salud en Mesoamérica* 6, no. 2 (2005): 1–16.

143 Petrillo and Smyth, "27 Years of Stomach Cancer: Painting a Global Picture."

144 Wong et al., "Global Incidence and Mortality of Gastric Cancer, 1980-2018."

que contribuyen a la disminución de este cáncer son las mejoras en las tecnologías para la preservación de los alimentos y la disponibilidad de frutas y vegetales frescos, las medidas de detección temprana del CG, y los avances en cirugía y oncología. Así, mejores condiciones sociales y acceso a la atención médica han reducido sustancialmente la mortalidad y la morbilidad asociadas con el CG.[145]

Para mantener la tendencia a la baja de estos indicadores, es indispensable contar con mejores y más agresivas estrategias de prevención, así como dar máxima prioridad a las guías en todos los niveles de atención, especialmente entre la población más joven donde se ha evidenciado un aumento en los indicadores.[146] Las políticas de salud pública deben monitorear los factores de riesgo, como la infección por *H. pylori*, el tabaquismo, el consumo de alcohol y los malos hábitos alimenticios. La detección temprana e intervención en individuos en alto riesgo reduciría el impacto por esta patología en el bienestar de las personas que lo sufren, así como en el de sus familias y en la productividad social. Las acciones y estrategias del pasado construyeron los índices de salud que tenemos hoy, por lo que nuestras acciones en el presente sentarán las bases de la salud de los pobladores de la Costa Rica del futuro.

145 Petrillo and Smyth, "27 Years of Stomach Cancer: Painting a Global Picture."

146 Wong et al., "Global Incidence and Mortality of Gastric Cancer, 1980-2018"; Yuheng Qin et al., "Global Burden and Trends in Incidence, Mortality, and Disability of Stomach Cancer From 1990 to 2017".

Capítulo 8
Costa Rica (1980-2022): de la crisis económica a la crisis pandémica y la crisis político-social

David Díaz Arias
Ronny Viales Hurtado

Introducción

El 8 de mayo del 2018, Carlos Alvarado Quesada juró como el 48º presidente de Costa Rica. En su discurso, durante la ceremonia del traspaso de poderes, Alvarado hizo énfasis en el hecho de que su gobierno estaría encargado de celebrar el bicentenario de la independencia en el año 2021, por lo que, al respecto, indicó:

> "Hoy, recibo esta banda con plena consciencia de que es el mayor honor que se puede recibir y de la enorme responsabilidad que tengo con todos ustedes y con nuestra Patria. Juro respetar y defender la Constitución de nuestra República y sus leyes, así como ser la mejor versión de mí mismo para llevar adelante los asuntos más importantes del país. Lo haré procurando el bienestar de todas las personas, y las más humildes tendrán un especial eco en mi conciencia.
>
> Lo haré teniendo claro de dónde venimos y de cómo hemos construido este país excepcional, para que trabajemos juntos en retomar el camino y lograr que la celebración del Bicentenario de

> vida independiente que festejaremos en 2021 nos encuentre avanzando a paso firme, hombro a hombro, mano a mano, por la senda del progreso y el bienestar compartido que le han labrado un nombre propio a Costa Rica".[1]

La imagen de Costa Rica como "país excepcional" utilizada por Alvarado es de larga data. De hecho, puede ser rastreada hasta la independencia misma, cuando se decantó una narrativa particular para explicar la paz con que este territorio había conseguido liberarse de la monarquía española.[2] Para conciliar esa paz con la gallardía (usualmente masculinizada) con que debían erigirse las naciones, desde el siglo XIX la emancipación fue conjugada con la guerra contra los filibusteros de 1856-1857, de forma que esta segunda sellaba con sangre a la primera. Asimismo, aunque se siguió el decreto de la República Federal de Centroamérica para celebrar el 15 de setiembre, la fiesta de la independencia se nacionalizó en Costa Rica desde muy temprano y sirvió para consolidar la imagen de país especial en el contexto centroamericano.[3] Así, hacia la primera mitad del siglo XX, la sociedad costarricense seguía legitimando la construcción social de la paz, la democracia y la defensa nacionalista del país como conceptos fundamentales de su nación, a partir de la visión de las elites.

Esos conceptos de paz, a los que se agregaron los de progreso, desde una óptica liberal, y de bienestar, desde una

1 Mónica Matarrita y Randall Sandoval, "Este es el discurso completo de Carlos Alvarado", *La Prensa Libre*, 8 de mayo del 2018, en línea: http://www.laprensalibre.cr/Noticias/detalle/134007/este-es-el-discurso-completo-de-carlos-alvarado (revisado el 5 de febrero del 2019).

2 Vicente Gómez Murillo, "El futuro del Estado y los estados futuros: conceptos de Estado e imaginación del futuro en Costa Rica, 1821-1848" (Tesis de Maestría Académica en Historia, Universidad de Costa Rica, 2018).

3 David Díaz Arias, *La fiesta de la independencia en Costa Rica, 1821-1921* (San José, Editorial de la Universidad de Costa Rica, 2007).

visión socialdemócrata, sin embargo, entraron en una crisis a partir de la década de 1980 y han continuado así hasta la actualidad. De esa forma, las elecciones presidenciales de 2018 mostraron a un país dividido por visiones morales que se suponían sepultadas en el siglo XIX.[4] La cuestión se volvió más compleja por efecto de la crisis de salud por la epidemia/sindemia provocada por la COVID-19, las elecciones presidenciales de 2022 y la tremenda crisis económica de ese año, que tenía dimensiones mundiales.

En ese contexto, en este ensayo se desarrollan algunas reflexiones sobre la Costa Rica del periodo 1980-2022. El objetivo consiste en identificar cómo la coyuntura de crisis con que inició ese periodo, y las soluciones que se plantearon para afrontarla, alteraron las formas de convivencia social y la visión sobre el estado costarricense que aparecieron en el siglo XIX y se consolidaron durante el siglo XX. De esa forma, la Costa Rica de los últimos 45 años crea dudas y abre posibilidades con respecto a su futuro.

1. La crisis original

A mediados del siglo XX, luego de la guerra civil de 1948, la sociedad costarricense estaba dividida en términos políticos y había experimentado rupturas muy serias en su cotidianidad,[5] pero esa crisis no llevó, como en otras partes de América Latina, a que el país entrara en una vorágine que legitimara dictaduras, aparatos militares represivos, golpes de estado, persecución política de estudiantes y jóvenes, o a presenciar

4 Iván Molina Jiménez, "Shangri La en peligro. Las elecciones costarricenses del año 2018", *¿Cuándo pasará el temblor? Crisis, violencia y paz en la América Latina contemporánea* David Díaz Arias y Christine Hatzky, eds. (San José, Centro de Investigaciones Históricas de América Central, 2019): 187-202

5 David Díaz Arias, *Crisis social y memorias en lucha: guerra civil en Costa Rica, 1940-1948* (San José: Editorial Universidad de Costa Rica, 2015), 279-330;

masacres motivadas por identidades políticas.[6] La Guerra Fría costarricense fue, con algunas puntuales excepciones, una carrera entre un estado socialdemócrata que acentuaba y universalizaba la reforma social producida en 1940-1943, fundamentada en el desarrollismo, con el fin de evitar el "contagio" comunista, y un grupo opositor que soñaba con un liberalismo conservador en términos de políticas públicas y, particularmente, en términos de servicios de salud y bancarios.[7] En ese contexto, la izquierda costarricense se identificó con la idea de una Costa Rica diferente y democrática, en la que la lucha no se podía pensar en términos revolucionarios sino en términos electorales y de debate en la Asamblea Legislativa y, aunque hubo movimientos de izquierda y de derecha radicales, como el Movimiento Costa Rica Libre, sus acciones fueron muy reducidas y limitadas.[8]

Pero, desde hace más de 40 años, se insiste en que Costa Rica está en crisis; ciertamente, esa imagen fue producto de la profunda crisis económica de inicios de la década de 1980, la cual dejó en evidencia la problemática de la deuda externa contraída durante el apogeo del Estado empresario y la falta de una coherencia en la política económica del gobierno de Rodrigo Carazo Odio (1978-1982), así como el impacto del rencor político que se vivía en la Asamblea Legislativa y que evitaba alcanzar claridad y sensatez en las

6 Ronny Viales Hurtado y Jean Paul Vargas Céspedes, *Costa Rica: entre el cambio y la persistencia. Una historia reciente (1940-2020, antes de la COVID-19)* (San José: CIHAC, 2020), 14-20.

7 Iván Molina Jiménez y David Díaz Arias, eds., *El verdadero anticomunismo. Política, género y Guerra Fría en Costa Rica (1948-1973)* (San José, Editorial Universidad Estatal a Distancia, 2017); David Díaz Arias, ed. *Imperios, agentes y revoluciones: la Larga Guerra Fría en Costa Rica (1928-1986)* (San José: CIHAC, 2022).

8 Iván Molina Jiménez y David Díaz Arias, eds., *Ahí me van a matar. Cultura, violencia y Guerra Fría en Costa Rica (1979-1990)* (San José, Editorial Universidad Estatal a Distancia, 2018).

discusiones sobre los proyectos y las decisiones económicas fundamentales para el país. Carazo asumió el poder en mayo de 1978 y durante sus dos primeros años de gobierno contó con la colaboración de economistas y pensadores neoliberales, quienes se ubicaron principalmente en el Ministerio de Hacienda y en el Banco Central y desde esas posiciones comenzaron su intento por reformar la economía nacional, pero no tuvieron éxito debido a la fuerte estructura intervencionista del estado costarricense.[9] Desde el inicio, el presidente se percató de que la crisis fiscal era, inevitablemente, un problema que se debía atender pero, empeñado en su colaboración en la lucha contra Somoza en Nicaragua,[10] esperó más de un año para dedicarse a ese asunto inminente. No fue sino hasta el 13 de julio de 1979, que el presidente autorizó al Ministro de Hacienda, Hernán Sáenz, para que enviara el proyecto de Ley de Reforma Tributaria a la Asamblea Legislativa, en donde fue recibido por un bloque de oposición impenetrable e imponente, ideológicamente sostenido por lo que Carazo llamó "solidaridad plutocrática".[11]

La misma suerte corrió, en abril de 1981, su proyecto de reforma integral que pretendía gravar bienes inmuebles, mejorar la recaudación del impuesto de la renta y la distribución de la carga tributaria.[12] El entorpecimiento de estas iniciativas, cuyo objetivo era remozar las finanzas del estado, puso al gobierno contra las cuerdas en cuanto al pago de la deuda externa y la posibilidad de negociar

9 Antonio Luis Hidalgo Capitán, *Costa Rica en evolución. Política económica, desarrollo y cambio estructural del sistema socioeconómico costarricense (1980-2002)* (San José: EUCR, 2003), p. 72.

10 Óscar Aguilar Bulgarelli, *Carazo: el último presidente* (San José: Progreso Editorial, 2018), pp. 213-295.

11 Rodrigo Carazo Odio, *Carazo. Tiempo y marcha* (San José: EUNED, 2012), pp. 321-322.

12 Aguilar Bulgarelli, *Carazo*, p. 335.

créditos internacionales, en el contexto de condicionalidad cruzada impuesto por los organismos financieros internacionales.[13] A fines de 1980, en un informe de la Academia de Centroamérica que fue financiado por la Agencia para el Desarrollo Internacional (AID) de los Estados Unidos, varios economistas advirtieron que:

> "La década de los 80s podría traerle a Costa Rica estancamiento, desempleo e inflación. La magnitud de los problemas es tal que, de no afrontarse de lleno y eficazmente, podría ponerse en peligro, no sólo la viabilidad del sistema económico, sino también la estabilidad social y política, ejemplo para el mundo, que los costarricenses tanto valoran".[14]

En 1980 se estancó la producción nacional y, un año después, empezó una caída en picada. La tasa de crecimiento económico fue de -3% entre 1980 y 1982 y el salario promedio real se redujo en más de 40% en esos dos años. La inflación pasó de un 17,8% en 1980 a 81,8% en 1982 y el tipo de cambio pasó de 8,6 colones por dólar en septiembre de 1980 a 60 colones por dólar en julio de 1982. La deuda externa se triplicó en 1982 en comparación con el periodo 1976-1979.[15]

El gasto público pasó de 5.919 millones de colones (valor corriente de 1978) a 16.294,2 millones en 1982; la inversión pública se elevó de 30% en 1978 a 36% en 1978-1981; el uso del crédito por parte del gobierno central pasó de 36% en 1978 a 65% en 1980 y a un 40,2% en 1982;

13 Ronny Viales Hurtado, *El final de la utopía del desarrollo. La crisis económica de 1980 en América Central en perspectiva global (1970-1990)* (San José: CIHAC, 2022), 21-31.

14 La Academia de Centroamérica, *Costa Rica: problemas económicos para la década de los 80* (San José, 1980), p. xx.

15 Jorge Rovira Mas, *Costa Rica en los años '80* (San José: Editorial Porvenir, 1989), p. 45.

el ahorro público bajó del 15% en 1978 a 3,1% en 1981. El desempleo también creció: de menos de 35 mil desocupados en marzo de 1980, se pasó a 79 mil en marzo de 1982, alcanzando el máximo incremento de desocupación entre noviembre de 1980 y julio de 1981; así, la tasa de desempleo subió de 4,6% en marzo de 1980 a 9,6% en marzo de 1982.[16] Todo esto llevó el país a una recesión económica.[17]

El sector agrícola fue el que experimentó una reducción más fuerte, en un periodo más corto, en su fuerza de trabajo, mientras que el sector industrial tuvo un crecimiento mínimo que no compensó esa drástica caída en la agricultura y los sectores básicos; el sector comercio y el sector de servicios personales prácticamente se mantuvieron en las mismas cifras entre 1976 y 1980.[18] A esa situación se sumó la concentración de la tierra que fue un proceso sostenido después de 1950, pero agravado a partir de 1963.[19] Por su parte, el sector industrial se caracterizaba por ser tremendamente oligopólico.[20]

En 1980, Carazo intentó obtener apoyo financiero del Fondo Monetario Internacional (FMI), negociando un crédito *stand-by*, con el objetivo de lograr estabilizar la economía, bajo una noción de estabilidad que no se preocupaba

16 Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica, *Costa Rica: el empleo en la crisis actual, 1980-1982* (San José: 1983), p. ix.

17 Rafael A. Sánchez Sánchez, *Estado de bienestar, crisis económica y ajuste estructural en Costa Rica* (San José: EUNED, 2004), p. 103.

18 Miguel Sobrado y Miguel Gutiérrez, "Costa Rica: indicadores socioeconómicos de la crisis", *Revista de Ciencias Sociales*, No. 24 (1982), pp. 19-32; datos citados en las pp. 21-22.

19 Sergio Reuben Soto y Guillermo Zúñiga Chaves, "Elementos para la comprensión de la crisis actual del capitalismo en Costa Rica", en: *Trabajo. Revista del Comité Central del Partido Vanguardia Popular*, No. 2 (1980), pp. 10-28, especialmente pp. 16-18.

20 Helio Fallas, *Crisis económica en Costa Rica. Un análisis de los últimos 20 años* (San José: Editorial Nueva Década, 1982), p. 116.

de manera directa por los incrementos en la informalidad y la pobreza. Para aprobar ese préstamo, el FMI exigió una reducción del déficit fiscal, la devaluación de la moneda, la reducción de aranceles y de la protección industrial, el retiro del control de precios, restringir el incremento de salarios y fomentar la inversión productiva.[21] Estas reformas, fueron avaladas e impulsadas por un grupo que, dentro del gobierno, había asumido principios neoliberales, que las planteaban como el único camino posible para salir de la crisis. Se pensó en dos etapas: una de estabilización, con serias consecuencias para las personas más desfavorecidas de la sociedad, y otra de reactivación. Pero, pronto, se toparon con la realidad de ponerlos en práctica y el gobierno incumplió con varios de los compromisos asumidos. ¿Por qué? De acuerdo con Eugenio Rivera Urrutia:

> "[…] la imposibilidad de aplicar el programa de estabilización no constituía un problema técnico, sino que remitía a un problema político de fondo […], los neoliberales sobreestimaron el margen de maniobra de que disponían al haberse afianzado al interior del equipo económico […] y por contar con el apoyo del FMI. No consideraron la oposición que encontrarían en las otras esferas gubernamentales. Menos aún las posibilidades de presión de los trabajadores públicos y con la fuerza que aún tenían los sectores que apoyaban las actividades del llamado Estado-empresario. Tampoco tuvieron suficientemente en cuenta la oposición que encontrarían en la Asamblea Legislativa en lo relativo a la ley que creaba la Autoridad Presupuestaria […]. Al programa de estabilización se le oponían los derechos adquiridos de los empresarios que por ejemplo disfrutaban de exoneraciones tributarias, la norma constitucional que

21 Sánchez Sánchez, *Estado de bienestar*, p. 107.

> aseguraba un determinado porcentaje del presupuesto nacional a las Universidades del Estado, las disposiciones legales que garantizaban transferencias para el financiamiento de programas especiales, etc. El convenio aprobado por el FMI, que constituía un nuevo paso para transformar la economía de acuerdo a los intereses del capital financiero internacional representado por el FMI y de acuerdo a los intereses del capital financiero nacional, representado por el grupo neoliberal chocaba en suma con una sociedad que buscaba mantener las bases fundamentales de su organización social".[22]

Ciertamente, el choque interno remitía a la lucha que venía desarrollándose desde las elecciones de 1978 y que exponía dos estilos económicos y de estado en franca oposición. La situación del país animó a los contendientes a culparse mutuamente y a señalar sus respectivas visiones sobre la economía como el origen de la grave crisis. Lo cierto es que, a partir de entonces, la palabra crisis se convirtió en un concepto recurrente para referirse a la situación del país, como recurso electoral, y como forma de presión para profundizar la reforma del estado y el cambio económico hacia un nuevo aperturismo orientado al comercio exterior.[23]

2. La crisis que se arrastró

La campaña electoral de 1981-1982 se alimentó crecientemente de la crisis y se utilizó como caballo de batalla por parte de los dos frentes principales de enfrentamiento: el Partido Liberación Nacional (PLN) y la llamada Coalición Unidad.

22 Eugenio Rivera Urrutia, *El Fondo Monetario Internacional y Costa Rica 1978-1982. Política económica y crisis* (San José: DEI, 1982), pp. 117-119.

23 Ronny Viales Hurtado y Jorge León Sáenz, "Población, economía y capitalismo agrario", en Molina Jiménez, Iván (Edit.) *Costa Rica (1821-2021). De la Independencia a su Bicentenario* (San José: EDUPUC, 2021), 3-26.

La crisis fue particularmente importante para el PLN y sus intereses electorales, pues esa agrupación pudo, sin dificultad, achacar el origen y las consecuencias del deterioro económico a las decisiones de Carazo y la Unidad. La Unidad, por su parte, se arriesgó a avanzar en una discusión más profunda sobre la génesis de la crisis y defendió una reforma neoliberal como el único camino para sacar al país de aquel terrible agujero.[24]

Luis Alberto Monge Álvarez ganó sin dificultad las elecciones de 1982, con la promesa de volver a las raíces de las políticas económicas y sociales del PLN. Sin embargo, una vez en el poder, tuvo que hacer frente a la crisis poniendo en práctica las reformas a la estructura del estado.[25] No sería esa la última vez que un candidato liberacionista ganara las elecciones con un discurso socialdemócrata de vuelta al pasado y luego debiera avanzar en otra dirección, la neoliberal, con las políticas de su gobierno.

Las negociaciones con los entes internacionales, entre 1982 y 1985, fueron muy difíciles y llevaron al gobierno a producir la primera política de *shock* neoliberal, cuyo fin era convencer a esas instituciones de que Costa Rica volvía a tener credibilidad crediticia. El gran esfuerzo de 1983 logró el milagro, que luego se complementó con la llegada de Eduardo Lizano Fait a la presidencia del Banco Central de Costa Rica (BCCR) y la confianza que llevó a los organismos de crédito internacionales.[26] Lizano puso en ejecución todo su talento económico y convirtió al BCCR

24 David Díaz Arias, *Chicago Boys del trópico: historia del neoliberalismo en Costa Rica, 1965-2000* (San José, Editorial Universidad de Costa Rica, 2021).

25 Víctor Hugo Céspedes, Claudio González y Ronulfo Jiménez, *Costa Rica frente a la crisis. Políticas y resultados* (San José: Academia de Centroamérica, 1990), 119-120.

26 Rafael A. Sánchez Sánchez, *Estado de bienestar, crisis económica y ajuste estructural en Costa Rica* (San José: EUNED, 2004), 202.

en la punta de lanza de la reforma neoliberal a mitad de la década de 1980, lo que llevó al país a lograr créditos del FMI y del Banco Mundial (BM) que, sin embargo, fueron afectados por el incumplimiento de las promesas de contención del gasto por parte de la administración Monge, en vista de que se abrieron los fuegos electorales.

Los proponentes del giro estatal local eran economistas formados en el extranjero, con un pie en la acera empresarial y otro en la política. Su primera versión, empero, se presentó como básicamente técnica, de forma que aparecía para supuestamente resolver la crisis producida por la deuda externa a inicios de la década de 1980. La confluencia entre crisis, recesión y cuestionamiento político no tuvo en Costa Rica un efecto directo en las elecciones, porque el PLN supo torcer la interpretación sobre los orígenes de la crisis, para culpar, por haberla producido, a los neoliberales del gobierno de Carazo y a su supuesto intento fallido de cambio de modelo de estado. El contexto regional centroamericano también los favorecía. Así, los liberacionistas dominaron la década de 1980, gobernando por ocho años, en una Centroamérica en guerra civil y con una Costa Rica que servía como ejemplo de democracia. Aun así, la crisis se enfrentó de la misma forma que en otras partes del globo: con políticas dirigidas a paliar el gasto público, a disminuir el tamaño del estado, a impulsar la apertura comercial y la multiplicación de bancos privados y a diversificar la producción nacional.[27]

Ciertamente, los entes financieros internacionales jugaron un papel central en la definición de esas políticas, en vista de que el pago de la deuda externa les dio la posibilidad de imponer su agenda neoliberal sobre los países deudores y en bancarrota. El PLN no pudo escapar de esa situación y sus programas políticos de 1982-1986 y 1986-1990 fueron

27 Eduardo Lizano Fait, *Programa de Ajuste Estructural en Costa Rica* (San José: Academia de Centroamérica, 1990).

impactados por una tremenda contradicción: se presentaron a los votantes como proyectos de políticas socialdemócratas que ofrecían volver al país pre-crisis, pero terminaron ejecutando los programas de ajuste estructural demandados por el FMI y el BM, pero también atizados por los economistas neoliberales nacionales, que vieron cumplida su profecía de que el estado keynesiano y su versión cepalina local habían "muerto" y que solamente las reformas neoliberales podrían salvar la barca de estrellarse contra las piedras.[28] No obstante, los liberacionistas sobrevivieron a ese periodo sin muchos desajustes entre su pasado y su presente y sosteniendo un fiel electorado, puesto que la ayuda financiera de Estados Unidos a Costa Rica era muy generosa en su intento por arruinar la Revolución Sandinista en Nicaragua. Se puede decir que el difícil contexto de guerra civil centroamericano financió el costo social de los dos primeros ajustes estructurales de Costa Rica.

La dependencia de esa ayuda, que procedía de Washington, quedó evidenciada cuando finalizó como consecuencia de la derrota electoral de los sandinistas en 1990 y el cambio en la política internacional y el papel geopolítico de Centroamérica, al caer el socialismo realmente existente.[29] En las nuevas condiciones, en cierta medida, fue una dicha para los liberacionistas no ganar las elecciones frente a Rafael Ángel Calderón Fournier en 1990, pues el panorama internacional no permitía ya alimentar su ambigüedad con respecto a la reforma del estado. De esa forma, la primera década de la reforma estatal ocurrió en un escenario nacional con poca atención con respecto a los grandes cambios de timón que involucraba la transformación que paliaría la crisis de 1980-1981.

---

28 Wilburg Jiménez Castro, *Préstamos y programas de ajuste estructural de Costa Rica* (San José: EUNED, 2000), 217-219.

29 José Antonio Sanahuja Perales, "La ayuda norteamericana en Centroamérica, 1980-1992" (Tesis de Doctorado en Derecho Internacional Público y Relaciones Internacionales, Universidad Complutense de Madrid, 1996), 319.

Los viejos socialdemócratas comenzaron a perder terreno en las decisiones económicas de la primera década de la reforma neoliberal. En cambio, ese espacio lo ganaron los jóvenes entusiastas que abogaban por las transformaciones y que compartían la idea de producir una revolución para transformar la institucionalidad democrática costarricense. Su lenguaje y sus ímpetus técnicos se pueden identificar muy bien en la manera coordinada con que asumieron su papel histórico o aquel papel que se imaginaron para sí mismos. Afortunadamente para ellos, contaban también con la guía de viejos economistas con mucha experiencia en la evaluación del contexto internacional y nacional y que compartían la atracción por poner en práctica un nuevo modelo de estado que pusiera fin a lo que consideraban los vicios que no hacían despegar la economía costarricense. Entre ellos, Lizano fue el principal líder en las filas liberacionistas, mientras que Miguel Ángel Rodríguez Echeverría se convirtió en el político-economista más importante de los socialcristianos. Así que la primera década de la reforma hizo que el grupo de economistas neoliberales se consolidara, madurara, desarrollara sus primeros experimentos, llevara a cabo discusiones fuertes en la prensa y asumiera el papel del liderazgo técnico de la economía, evitando, a su vez, que su trabajo fuera identificado con intereses políticos, empresariales o de clase. Lo cierto es que las amenazas de políticos y de economistas conservadores de que la crisis estaba a la vuelta de la esquina sirvieron como forma de contención de las críticas y como corolario de la inevitabilidad de los cambios.

3. La crisis que no cesó

La década de 1990 terminó de perfilar la idea construida de la inevitabilidad de los cambios. El gobierno de Rafael Ángel Calderón Fournier (1990-1994) comenzó con la fuerza que recibía de las elecciones. Ese entusiasmo hizo que

economistas como Thelmo Vargas o Jorge Guardia pensaran que el escenario era el mismo en que operaban los neoliberales liberacionistas y no valoraron el creciente anti-neoliberalismo que se observaba ya en otros economistas, científicos sociales, humanistas y políticos, de orientación ideológica de centro-izquierda, que habían crecido académicamente en medio de la reforma pero apuntando al pasado, a los que se sumaban líderes políticos de izquierda o viejos liberacionistas y los movimientos sindicales que, además, recibían información internacional sobre movimientos anti-neoliberales en otras partes de América Latina.[30]

Vargas, procedía de las mismas minas donde se forjaron los otros economistas neoliberales y, como ministro de Hacienda, se empeñó en aplicar una terapia de choque que permitiera aplicar los puntos medulares de la segunda parte de la reforma neoliberal, aunque eso significara dilapidar todo el capital electoral del calderonismo. Pero no contó con todo lo indicado, ni con que el capital se acabaría más rápido de lo previsto; es decir, no supo leer el contexto. Además, el lenguaje directo y prepotente de Vargas no calzaba con la forma con que el líder socialcristiano, Calderón Fournier, se comunicaba con la gente. Ese distanciamiento hizo que se produjera un quiebre entre la presidencia y el ministerio de Hacienda, quizás parecido a otros choques del pasado, pero nuevo en el sentido en que los grupos anti-neoliberales lo expusieron como dos formas de gobierno: una nacional, la de Calderón, y otra multinacional del FMI y el BM, la de Vargas.[31] Además, se derrumbó el velo utilizado en el pasado para vestir la cara de la reforma como producida por tecnócratas y sus opositores comenzaron a identificar intereses personales, familiares, grupales y políticos en las

30 Díaz Arias, *Chicago Boys del trópico*.

31 Díaz Arias, *Chicago Boys del trópico*.

reformas propuestas por los neoliberales. Puestos en esos diferentes vagones y con las calles llenas de grupos que protestaban contra la movilidad laboral, la reforma fiscal, el recorte presupuestario o los planes de venta de empresas públicas, Calderón interrumpió la terapia de choque y optó por arrastrar la pelota del PAE 3 hacia la próxima administración.[32]

Es contradictorio que, justo en los años en que estaban mejor integrados como grupo, en que se publicaban las principales obras de pensadores como Lizano y Rodríguez, en que la Academia de Centroamérica organizaba seminarios internacionales de evaluación de las transformaciones nacionales y en que el FMI y el BM presionaban desde Washington a favor del neoliberalismo, los neoliberales costarricenses enfrentaran su primera gran derrota con la salida de Vargas del gobierno de Calderón y, peor aún, al perder las elecciones de 1994 en contra de un político inexperto, pero que representaba a la elite política socialdemócrata, que apostaba por volver al pasado anterior a la reforma neoliberal. Así, cuando José María Figueres Olsen llegó a la presidencia, los economistas y pensadores neoliberales costarricenses no podían creer que en el electorado nacional siguiera teniendo tanto peso el modelo de estado liberacionista histórico.

El triunfo de Figueres Olsen fue un duro golpe para los neoliberales, que se reforzó cuando este rechazó el PAE 3, propuesto por los calderonistas, y encumbró a un grupo de jóvenes economistas opuestos al estilo de negociación política del pasado y decididos a parar la reforma neoliberal, a la vez que la denunciaban como una estrategia oportunista para que ciertos empresarios se apoderaran de los jugosos negocios que eran monopolio del estado. La vuelta del PLN fue similar a la expuesta en 1982 y utilizó el mismo lenguaje persuasivo

32 Ciska Raventós, "The Construction of an Order: Structural Adjustment in Costa Rica (1985-1995)" (New York: Ph.D. Dissertation, The New School for Social Research, 1995).

del estado benefactor y ahora denunciando que el país estaba en crisis por efecto de las políticas neoliberales y que era necesario, por eso, volver al modelo anterior a 1978. Lo irónico es que, al igual que en 1982, el ropaje que venía del pasado se rasgó una vez que se enfrentó con la realidad de negociar con los entes financieros internacionales. Así, apenas unos meses después de su triunfo, Figueres tuvo que aceptar que sus planes de recuperar la socialdemocracia costarricense de la década de 1970 no se podían cumplir, como tampoco era viable gobernar sin pactar con el calderonismo.

La reforma neoliberal consolidó el bipartidismo, al propiciar un pacto entre Calderón y Figueres para aprobar el PAE 3.[33] Al mismo tiempo, le puso una sentencia de muerte, pues hizo que el electorado que antes, al menos en términos propagandísticos, observaba diferencias entre el PLN y el Partido Unidad Social Cristiana (PUSC), ahora los interpretara como iguales. Ciertamente, el neoliberalismo monopolizaba el espectro electoral entre el centro izquierda, el centro y el centro derecha y, por eso, el electorado decidió castigar en las urnas esa identidad absoluta, pero no decantándose por nuevos partidos, sino por el abstencionismo.[34] Así, la crisis económica fue también directamente responsable de la crisis ideológica, especialmente del liberacionismo, que llevó al inicio de la crisis del sistema bipartidista costarricense.

Una ironía de la década de 1990 fue la llegada al poder de Miguel Ángel Rodríguez Echeverría en ese momento de distorsión entre las identidades partidarias. Rodríguez había sido uno de los economistas más estudiosos del país y sus ánimos por tomar las riendas del estado se pueden rastrear

33 Raventós, "The Construction of an Order", 145-197.

34 Alfonso González Ortega y Manuel Solís Avendaño, *Entre el desarraigo y el despojo: Costa Rica en el fin de siglo* (San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica, 2001), 398-420.

muchos años antes de 1998. Además, era el economista neoliberal que había realizado la interpretación más original de su grupo acerca del desarrollo histórico costarricense, aplicando la idea del estatismo como una ruta de servidumbre y sofocación de la libertad individual que procedía del clásico texto de Friedrich Hayek. Para Rodríguez, el estado socialdemócrata que sucedió a la Guerra Civil de 1948 había mutilado las libertades que habían tenido los costarricenses antes de ese conflicto y, por eso, su objetivo era recobrarlas. La principal reforma propuesta por Rodríguez, desde finales de la década de 1980, había sido la aprobación de unas garantías económicas que se añadirían a la Constitución Política, pero ese proyecto fue frenado por la Sala IV y luego se volvió imposible consolidarlo.[35] Así, la posibilidad de imponer constitucionalmente la reforma neoliberal se sepultó momentáneamente.

La lucha contra el llamado Combo-ICE marcó el final de la primera era neoliberal del Estado costarricense. El tono de derrota con que se leen los artículos sobre el naufragio del Combo-ICE de quienes habían apoyado la reforma del estado, es una evidencia contundente de que la reforma había chocado con un muro y que precisaban cambiar su estrategia para seguir adelante. Justamente, ese cambio ocurrió casi en el mismo momento en que se comenzó a negociar el Cafta (Tratado de Libre Comercio entre Centroamérica, República Dominicana y Estados Unidos) que fue aprobado en Costa Rica en el 2007 y que permitió al neoliberalismo volver a colocar su agenda en las decisiones políticas centrales del país. Ese fue el momento de otra grave crisis política y social que involucró un choque entre dos grupos (el del Sí y el del No al Cafta).[36] En ese sentido, en apenas siete

35 Díaz Arias, *Chicago Boys del trópico*.

36 Ciska Raventós Vorst, *Mi corazón dice no. El movimiento de oposición al TLC en Costa Rica* (San José: EUCR, 2018).

años (2000-2007), el país experimentó dos graves crisis sociales y políticas que profundizaron el desencanto con la política, alentaron la aparición de múltiples partidos políticos y dejaron en evidencia a un país quebrado en su identidad.

4. La crisis perenne

La visión de que el bipartidismo se había diluido para aplicar la reforma neoliberal favoreció la creación de un variopinto grupo social, que se opuso radicalmente a los cambios incluidos en el acuerdo entre Figueres y Calderón. El movimiento más importante fue la huelga del Magisterio Nacional que se extendió por cinco semanas entre julio y agosto de 1995, pero que, además, se combinó con otras luchas en proceso y forjó una unidad en las protestas que no había ocurrido en el pasado.[37] El periodista Rafael A. Ugalde, del *Semanario Universidad*, lo advirtió así a fines de julio de 1995: "Entre 5.000 y 7.000 maestros en la calle, universidades públicas paralizadas, empleados judiciales en huelga y campesinos cartagineses en pie de lucha, son muestras innegables de que los defensores de la política neoliberal ingresaron a un camino que podría carecer de salida".[38] Unos días después, el periodista subrayó que "el cogobierno" incitaba al caos social.[39] No obstante, algunos líderes políticos de izquierda, como el Dr. Rodrigo Gutiérrez Sáenz,

37 Rogelio Cedeño Castro, "La huelga magisterial de julio-agosto de 1995: los trabajadores en lucha contra la exclusión y el hambre", en: *Revista ABRA* (Heredia), Vol. 16, Nos. 21-22 (1995), pp. 113-126; Mauricio Menjívar Ochoa, "La otra sociedad civil: acción política magisterial entre la hegemonía y la alteridad" (San José: Universidad de Costa Rica, Tesis de Maestría en Ciencias Políticas, 1999); Sindy Mora Solano, *La política de la calle. Organización y autonomía en la Costa Rica contemporánea* (San José: EUCR, 2016).

38 Rafael A. Ugalde, "Y el pueblo ganó las calles", *Semanario Universidad*, 21 de julio de 1995, p. 2.

39 Rafael A. Ugalde, "Cogobierno incita al caos social", *Semanario Universidad*, 4 de agosto de 1995, pp. 2-3.

vaticinaron que: "El proceso de shock y la toma de medidas económicas tan drásticas como las que se desprenden del pacto Figueres-Calderón nadie lo detiene, por más marchas y protestas que hagamos".[40]

En setiembre de 1995, las fiestas de celebración de la independencia sufrieron el impacto de la gran huelga del Magisterio Nacional en contra de la reforma a su sistema de pensiones.[41] Así, debido a que muchos maestros del país se opusieron a participar del rito conmemorativo, la tradicional marcha de la antorcha no fue organizada por las escuelas y colegios, sino por las municipalidades, y las personas que llevaron la antorcha no fueron solo jóvenes sino "atletas, padres de familia y vecinos".[42] El 15 de septiembre, en San José, al finalizar la ceremonia oficial frente al Monumento Nacional, unos jóvenes colegiales se acercaron a entregarle un documento a Figueres en el que manifestaban su oposición a la privatización de la enseñanza en el país; la conversación que iniciaron con el presidente se fue crispando hasta que terminó en insultos, empujones y golpes entre el mandatario y los estudiantes.[43] Unos días después, miles de ciudadanos realizaron un acto de desagravio al llegar a la Casa Presidencial en Zapote a manifestar su apoyo al presidente.[44]

Asimismo, la fiesta de celebración del 11 de abril entró en una serie de cuestionamientos a finales de la década de 1990. En gran medida, hay que anotarlo, la clase de crítica

40 William Vargas, "El 'shock' no se detiene", *Semanario Universidad*, 4 de agosto de 1995, p. 4.

41 Emilia Mora Gamboa, "Fiestas patrias siguen adelante", *La República*, 14 de setiembre de 1995, p. 5A.

42 José Luis Fuentes, "Fervor patriótico", *La República*, 15 de setiembre de 1995, p. 4A.

43 Emilia Mora Gamboa, "Estudiantes deslucieron fiesta", *La República*, 16 de setiembre de 1995, p. 4A.

44 Emilia Mora Gamboa, "Realizan acto de desagravio a Figueres", *La República*, 24 de setiembre de 1995, p. 8A.

que generó la forma en que se estaban festejando las fiestas cívicas pertenece a una corriente de análisis social que se activa en determinadas coyunturas y que enfatiza en la desnaturalización de las conmemoraciones patrias como una estrategia para criticar al gobierno y señalar la pérdida de valores cívicos. En esta etapa, la iniciativa la emprendió el químico y escritor Fernando Durán Ayanegui, quien publicó un artículo sumamente crítico del desfile del 11 de abril del 2003:

> "No asistí a los actos cívicos conmemorativos de la Batalla de Rivas que tuvieron lugar el pasado 11 de abril en Alajuela, pero me resultó inevitable observar una parte de ellos en la transmisión completa que ofreció el SINART. En realidad, no pensaba dispensarle a la noticia más de diez segundos de atención antes de proceder al zapping que es de rigor cuando algo comienza a provocarme aburrimiento o vergüenza ajena, pero durante largo rato mi pulgar se negó a golpear la tecla de cambio de canal, no a causa de una parálisis reumática sino porque mis desgastadas neuronas quedaron paralizadas tan pronto como calaron que el civismo costarricense se expresa ahora en un estilo rítmico inspirado, más que en la grandeza de la hazaña independentista protagonizada por nuestros abuelos cuando se enfrentaron al ataque preventivo y civilizador que los filibusteros del siglo XIX lanzaron contra la errónea y salvaje Centroamérica, sino en el estímulo sinuoso, agelatinado y gluteico del programa de televisión titulado 'A todo dar'.
>
> Travestis de pasarela. Muchas veces he leído o escuchado a quienes se preguntan en qué consiste esa chanfaina semicastrense y semicarnavalesca que los profesores de educación física les enseñan a nuestros estudiantes para que la ejecuten el 11 de abril y, hasta donde recuerdo, nunca ha habido repuesta del Ministerio de Educación o de cualquier otra entidad

> o persona vinculada a las ridículas carnestolendas que nos recetan el Día de *El Erizo*. Interroguemos, entonces, de nuevo, a los espíritus del viento para ver si nos aclaran un par de cosas como, por ejemplo, a qué viene eso de que los alumnos de las escuelas públicas costarricenses desfilen moviendo las nalgas como trasvestis de pasarela al compás de marchas militares características de las fuerzas armadas de Estados Unidos y, como ocurrió esta vez, qué pretendían los genios de la educación cívica que pusieron a las alumnas de cierto establecimiento escolar a desfilar, delante de la estatua de Juan Santamaría, coquetamente ataviadas con una ridícula indumentaria tejana que más bien parecía un homenaje a los mercenarios reclutados por William Walker".

El artículo de Durán Ayanegui continuaba cuestionando la forma en que los desfiles escolares y la política costarricense se enlazaban. En ese sentido, hasta la ausencia en los ritos conmemorativos del presidente Abel Pacheco de la Espriella (1998-2002) podía interpretarse como una parte del plan de desmantelamiento de la fiesta del 11 de abril y de su significado:

> "¿Se trata, por azar, en ambos casos, de ingeniosas metáforas relacionadas con la sumisión internacional de nuestro gobierno a las políticas imperiales del tejano míster Bush tan admirado por nuestro inefable míster Pacheco? Después de todo, da mucho que pensar la coincidencia de que el mismo 11 de abril los presidentes de los cinco estados cuya independencia pretendían suprimir William Walker y sus financiadores se encontraran en Washington dando los que podrían ser los primeros pasos hacia la anexión blanda, blanca y definitiva de los five or none… ¿cómo condados de Texas o Florida?

> A como van las cosas... Muy a mi pesar, mientras observaba el ambiguo espectáculo de contoneantes soldaditos de ballet y de lolitas chirliderescas, pensé que quizás todo aquello no era sino el resultado de una conjura urdida por empresarios manudos de la industria del turismo para lograr que Alajuela le haga exitosa competencia al carnaval de Limón.
>
> [...] Por supuesto, hay que tener en cuenta que, a como van las cosas en este país, en la de menos el canciller Tovar Faja declarará el 11 de abril del 2006 día de duelo por la derrota de William Walker y los rifleros del coronel Sanders. (Dicho sea de paso, el 99 por ciento de los ticos cree que el mercenario Sanders fue el inventor del pollo frito y no un lugarteniente de Walter. Lo juro: hice un sondeo entre universitarios)".[45]

Aunque el uso de minifaldas, marchas marciales y bailes cadenciosos no habían comenzado con el siglo XXI, sino que ya eran parte de los desfiles desde la década de 1970,[46] no fue sino en este contexto político y social de desarticulación de las identidades políticas y aplicación de las reformas neoliberales que provocó un eco en las autoridades estatales. En ese sentido, el golpe más evidente a las identidades político-electorales de la segunda mitad del siglo XX se expresó en el ascenso del abstencionismo desde finales de la década de 1990, la multiplicación de opciones políticas nuevas pero ambiguas ideológicamente, la organización de una segunda ronda electoral presidencial y, finalmente, la derrota

45 Fernando Durán Ayanegui, "El A todo Dar del Civismo", *La Nación*, 16 de abril del 2003. El Presidente Pacheco no asistió a esta celebración del 11 de abril porque se encontraba en Washington, junto con los otros presidentes de Centroamérica, comenzando las negociaciones acerca del Cafta con ¡ Estados Unidos.

46 David Díaz Arias, *Historia del 11 de abril. Juan Santamaría entre el pasado y el presente, 1915-2006* (San José: EUCR, 2006).

del liberacionismo y el calderonismo en las elecciones del 2014 que consolidaron el ascenso del Partido Acción Ciudadana (PAC) como el partido del "cambio",[47] aunque realmente su acceso al poder debería entenderse coyunturalmente como el triunfo del "mal menor". En lugar de contribuir a la participación ciudadana, el gobierno de Luis Guillermo Solís Rivera desperdició todo su capital político, no avanzó en la confianza del electorado y fue fútil en el manejo de las finanzas públicas hasta volverlas un cartucho de dinamita encendido que pasó a su sucesor.

La insatisfacción ciudadana, combinada con nuevas luchas culturales, llevó en 2018 al planteamiento de un proyecto político neopentecostal que reñía con las principales tradiciones republicanas costarricenses afirmadas después de 1823 y en contra del modelo de democracia reformado a partir de la década de 1880 y afianzado en la primera mitad del siglo XX.[48] Carlos Alvarado Quesada, un político del PAC con una trayectoria inicial, sin un proyecto de estado explícito, con poca experiencia y con una visión instrumental de la política, con varias acciones orientadas a su visibilidad internacional, ganó las elecciones de 2018. Lamentablemente para el país, una vez más, la amenaza de una crisis fiscal fue utilizada por Alvarado para emprender una reforma fiscal no progresiva.

La tradición de uso de la crisis como excusa para emprender reformas, se engarzó muy bien con la forma en que,

47 Ciska Raventós Vorst y otros, *Abstencionistas en Costa Rica. ¿Quiénes son y por qué no votan?* (San José: EUCR, 2005), 105-236; Rotsay Rosales Valladares, "Elecciones Costa Rica 2014: el aparente giro hacia el progresismo de izquierda mediante el triunfo del Partido Acción Ciudadana y el ascenso del Frente Amplio", *Anuario CIEP*, vol. 6, 2015, 155-175; Ilka Treminio Sánchez, "El PAC al poder: elecciones 2014 y los principales cambios en el sistema político costarricense", *Península*, vol. XI, no. 1, enero-junio de 2016, 103-126.

48 Iván Molina Jiménez, *Demoperfectocracia. La democracia pre-reformada en Costa Rica (1885-1948)* (Heredia: EUNA, 2005).

desde finales de la década de 1970, una parte de la prensa nacional y de los políticos locales contribuyeron a tejer una imagen del trabajador público como torpe, vago y negligente y del sector público como ineficiente y como obstáculo para el crecimiento económico, al incrementar el gasto público, a pesar de que la inversión social y la política social han constituido un límite para el conflicto social y un umbral para el bienestar, desde finales del siglo XIX. En el año 2015, en el contexto de ruptura con el bipartidismo tradicional y la presión por una reforma del empleo público, el diputado libertario Otto Guevara logró añadir otro parche a aquel tejido: además de todo aquello, los trabajadores públicos eran representados como extremadamente "caros" y sus salarios como "abusivos".[49] Guevara, para añadir condimento a su denuncia, comenzó a utilizar sus cuentas en los servicios de redes sociales para revelar planillas de empleados de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), del Instituto Costarricense de Electricidad (ICE), del Instituto Nacional de Seguros (INS), de la Junta Administradora Portuaria de la Vertiente Atlántica (JAPDEVA), de la Refinería Costarricense de Petróleo (RECOPE) y de las universidades públicas, con datos de salarios brutos de las personas que tenían los mejores salarios, con lo que dejaba de lado la contribución al bienestar por parte de los empleados públicos, en general, por medio del pago de impuestos y del cumplimiento con las cargas sociales, sin tomar en cuenta, además, las deudas y compromisos de estos, contraídos, en un contexto donde se evidenciaba la creciente evasión y elusión fiscal por parte de un sector del empresariado del país. Por eso, una por una, las instituciones públicas y sus convenciones colectivas fueron

49 Luis Manuel Madrigal, "Otto Guevara pide convocar a extraordinarias el proyecto de Ley de Empleo Público", *elmundo.cr*, 29 de julio del 2015: https://www.elmundo.cr/costa-rica/otto-guevara-pide-convocar-a-extraordinarias-el-proyecto-de-ley-de-empleo-publico/ (revisado el 22 de junio del 2021).

cuestionadas debido a sus regímenes salariales, pero Guevara no atacó de igual manera la evasión y la elusión fiscal, de ahí que la construcción social de los trabajadores públicos como el enemigo, se hizo de manera tendenciosa porque la propuesta de un nuevo pacto social en el país requiere del sacrificio de todos los sectores sociales.

Una visión así fue explotada por la prensa ya indicada y por algunas plataformas políticas, en un contexto de creciente desigualdad y de pobreza sostenida. Fue el mismo contexto en que, aliados con el gobierno de Solís (2014-2018), muchos sindicalistas decidieron pactar una tregua y bajar el volumen en las protestas públicas[50] y, ciertamente, nadie salió a discutir con propiedad contra aquel discurso.

En ese contexto ya descrito, apareció la nueva reforma fiscal que pronto se mutiló en la Asamblea Legislativa con exoneraciones a favor de grandes empresarios. Para combatir esa reforma, a finales de agosto de 2018, los sindicatos de la CCSS, el INS, el ICE, RECOPE, JAPDEVA y los sindicatos de maestros y profesores llamaron a una huelga indefinida.[51] Antes de que comenzara la huelga, empero, Alvarado apareció en cadena nacional de televisión el 9 de septiembre del 2018, con gestos de enojo y amenazantes contra quienes todavía no habían comenzado las protestas.[52]

---

50 Instituto de Investigaciones Sociales, "La protesta social en el gobierno de Luis Guillermo Solís (2014-2018)", trabajo inédito subido al repositorio Kerwá de la Universidad de Costa Rica: https://repositorio.iis.ucr.ac.cr/bitstream/handle/123456789/140/LA_PROTESTA_SOCIAL_EN_EL_GOBIERNO_DE_LUI.pdf;jsessionid=94E4C5E3DD6C0E2A975A11D12D1C0092?sequence=1 (revisado el 22 de junio del 2021).

51 Esteban Arrieta, "Sindicatos declaran huelga indefinida por paquete fiscal", *La República.net*, 30 de agosto de 2018: https://www.larepublica.net/noticia/sindicatos-declaran-huelga-indefinida-por-paquete-fiscal (revisado el 22 de junio del 2021).

52 La cadena de televisión, que duró tres minutos, se puede ver en este vínculo a la cuenta oficial del presidente Alvarado en Facebook: https://www.facebook.com/watch/?v=2144402982489815 (revisado el 22 de junio del 2021).

Ese fue el momento en que quedaron delimitadas las nuevas fronteras políticas y se rompió el tenue pacto electoral que llevó al triunfo del PAC.

En esas condiciones, el movimiento sindical se plegó a su propuesta más radical (sacar la reforma fiscal de la corriente electoral), mientras que el Ejecutivo, dominado por la figura del socialcristiano Rodolfo Piza, se amarró a la idea de que contaría con mayor respaldo popular si pasaba por encima de los huelguistas. La huelga comenzó el 10 de septiembre del 2018 y la situación social fue muy tensa durante los primeros diez días de sus manifestaciones, cuando quienes protestaban cerraron vías nacionales con marchas, impidieron el paso de camiones que abastecerían de gasolina el Valle Central, pusieron sus instituciones en paro total o parcial y tuvieron encontronazos con la policía, particularmente en los puertos del Caribe, donde grupos de antimotines lanzaron gases lacrimógenos contra quienes protestaban.[53]

El 21 de septiembre, el Centro de Investigaciones y Estudios Políticos (CIEP) de la UCR publicó una encuesta con la que midió el apoyo a la huelga y a la reforma fiscal de Alvarado. Los datos de esa encuesta eran contundentes: el 65% de los encuestados consideraba que se debía pausar y renegociar el trámite del proyecto de ley en la Asamblea Legislativa, el 21% lo rechazaba y apenas el 14% lo aprobaba. El 52,3% apoyaba la huelga, pero la mayoría de los consultados rechazaba los bloqueos, las afectaciones a la distribución de combustibles, y la suspensión de servicios médicos y de clases en escuelas y colegios. El 73% de los consultados estaba en contra del

53 Álvaro Murillo, "Costa Rica, atrapada en la mayor huelga en casi dos décadas", *El País*, 20 de septiembre del 2018: https://elpais.com/internacional/2018/09/20/america/1537408351_248571.html (revisado el 22 de junio del 2021).

uso de la fuerza policial para dispersar los bloqueos y el 68% de que se declarara ilegal la huelga.[54]

El conflicto social se extendió por semanas, pero, al desgastarse, muchos sindicatos abandonaron la lucha que, a finales de octubre, quedó enteramente en manos de los maestros y profesores del Magisterio Nacional.[55] Durante días, bajo el sol y la lluvia, centenares de docentes marcharon sobre las calles de la capital exigiendo al presidente negociar; entre sus carteles se leían consignas como: "Esta es una lucha de trabajadores, no entre trabajadores", "Ni un paso atrás", "Impuestos al gran capital, no a la clase trabajadora", y "No más impuestos a los alimentos del pueblo". De esa forma, el presidente Alvarado fue identificado por parte de los sectores populares y por un sector de la intelectualidad, como amigo del gran capital nacional y opositor de la clase trabajadora.

En el pasado, en momentos de crisis social, como la que se vivió entre septiembre y diciembre del 2018, los gobiernos aceptaban negociar cara a cara con los sindicatos, de forma que se podía llegar a acuerdos entre las partes. De esa manera se negoció el fin de la huelga de empleados públicos contra la agresiva reforma neoliberal liderada por Thelmo Vargas en octubre de 1991, se llegó a acuerdos para deponer la gran huelga del Magisterio Nacional en agosto de 1995 y se aceptó negociar sobre el llamado Combo ICE en abril del 2000, todos esos movimientos en diferentes gobiernos del PLN y del PUSC.[56] Pero esa

54 Andrea Méndez Montero, "Encuesta del CIEP: costarricenses proponen renegociar el proyecto fiscal", *Noticias UCR*, 21 de septiembre del 2018: https://www.ucr.ac.cr/noticias/2018/09/21/encuesta-del-ciep-costarricenses-proponen-renegociar-el-proyecto-fiscal.html (revisado el 22 de junio del 2021).

55 Álvaro Murillo, "La huelga de funcionarios en Costa Rica cumple un mes y medio sostenida por los maestros", El País, 24 de octubre del 2018: https://elpais.com/internacional/2018/10/24/america/1540407033_246843.html (revisado el 22 de junio del 2021).

56 Díaz Arias, *Chicago Boys del trópico*, pp. 118-234.

tradición de pactar para evitar el descarrilamiento político y la confrontación social ya formaba parte de la llamada "diferencia costarricense" desde antes de la década de 1990 y solo se había roto en 1948 con la guerra civil[57] y durante la dictadura de Federico Tinoco Granados (1917-1919).[58] En lugar de echar mano de esa tradición, el presidente Alvarado utilizó otra estrategia: públicamente aceptó a la Iglesia católica como negociadora y llamó al diálogo, pero no se presentó a la mesa de negociaciones ni una sola vez y en su lugar envió a ministros o vice-ministros, mientras él continuó argumentando públicamente que la huelga de los maestros era ilegal y siguió adelante con el proyecto de ley de reforma fiscal. Ese precedente sentó las bases del tratamiento que Alvarado le daría a todo tipo de movimiento social durante su administración.[59]

La huelga se desgastó con el pasar de las semanas, pero los docentes no cejaron en su protesta. Finalmente, la huelga acabó el 10 de diciembre de 2018;[60] su final fue también un duro golpe contra el sindicalismo público y representó, en diferentes vías, un triunfo para la estrategia de Alvarado de no pactar con los movimientos sociales y de afirmar cada vez más sus lazos con los empresarios nacionales. La regresiva reforma fiscal fue aprobada el 3 de diciembre del 2018 y publicada en *La Gaceta* un

57 Fabrice E. Lehoucq, "Class Conflict, Political Crisis and the Breakdown of Democratic Practices in Costa Rica: Reassessing the Origins of the 1948 Civil War", *Journal of Latin American Studies*, vol. 23, no. 1, febrero, 1991, pp. 37-60.

58 Eduardo Oconitrillo, *Los Tinoco, 1917-1919*. San José: Editorial Costa Rica, 1980.

59 David Díaz Arias, "Descontento y protesta", *El gobierno de Carlos Alvarado y la contrarrevolución neoliberal en Costa Rica*, Iván Molina Jiménez y David Díaz Arias, eds. (San José: CIHAC, 2021), 121-142.

60 Luis Madrigal, "Sindicatos ponen fin a la huelga más larga de la historia reciente de Costa Rica", *Delfino*, 11 de diciembre del 2018: https://delfino.cr/2018/12/sindicatos-ponen-fin-a-la-huelga-mas-larga-de-la-historia-reciente-de-costa-rica (revisado el 22 de junio del 2021).

día después.[61] De esa forma, dos años antes de que se produjera la crisis por la COVID-19, la sociedad costarricense, especialmente su clase asalariada, había sufrido un impacto en sus ingresos, gracias a esa reforma. La desigualdad social encontraba otro nicho para crecer.

5. La crisis por la COVID-19 y el presente

El 16 de marzo de 2020, después de haberse identificado tres casos de COVID-19, el gobierno declaró estado de emergencia. Dos días después, se cerraron las fronteras, inicialmente hasta el 12 de abril de ese año, pero el cierre se prolongó varias veces.[62] Asimismo, siguiendo las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Ministro de Salud Pública, Daniel Salas, ordenó a los ciudadanos quedarse en casa y practicar el "distanciamiento social", en realidad distanciamiento físico con el riesgo de aumentar la brecha social, como estrategias para disminuir la expansión del virus. Las escuelas y colegios públicos y privados se cerraron, así como los parques nacionales, piscinas, gimnasios, escuelas de natación y otros espacios. Se prohibieron las actividades que involucraban contacto cercano entre las personas y las reuniones masivas como los conciertos y los partidos de fútbol. Además, se recomendó adoptar la opción de trabajo remoto y se prohibió el uso de vehículos después de las 5 p.m. En lo más alto de la temporada turística, los hoteles y las playas también se cerraron.[63]

---

61 "Alcance No. 202", *La Gaceta*, 12 de diciembre de 2018: https://www.hacienda.go.cr/docs/5c07dd2965e11_ALCA202_04_12_2018.pdf (revisado el 22 de junio del 2021).

62 Sobre la pandemia, sus olas en Costa Rica e impacto político, ver: Iván Molina Jiménez, "COVID-19 Waves and Politics in Costa Rica", *COVID-19 and a World of Ad Hoc Geographies*, Vol. 1, Stanley D. Brunn y Dina Gilbreath, edits. (Cham: Springer, 2022), 269-282.

63 David Díaz Arias y Ronny Viales Hurtado, "Emergencia sanitaria, neoliberalismo y desigualdades en la Centroamérica del contexto pandémico global

En una medida para proteger a los trabajadores, el 17 de abril Alvarado firmó la ley denominada "Bono Proteger", que consistía en un bono monetario para las familias afectadas por la crisis laboral producida por las restricciones, incluyendo a los trabajadores que fueron cesados o cuyas jornadas laborales se redujeron, aunque el origen de esas medidas también fue transnacional, porque hasta el FMI recomendó mantener los ingresos de la población, pero para que el consumo no cayera todavía más.[64]

Para finales de mayo de 2020, los nuevos casos diarios de COVID-19 se redujeron a un dígito. Por eso, Costa Rica fue reconocida como un ejemplo de combate efectivo a la pandemia; empero, en junio comenzaron a reportarse subidas cada vez más drásticas en el número de casos y para julio el ministro Salas advirtió que el país estaba atravesando una segunda ola de contagios. El 10 de julio, la OMS informó que, en Costa Rica, ya se estaba dando la transmisión comunitaria del virus. A pesar de eso, fue imposible para el gobierno volver a cerrar completamente el país; en octubre, el número de casos diarios alcanzó las 1.300 personas. En diciembre, los contagios comenzaron a descender nuevamente; además, a inicios de enero de 2021, Costa Rica recibió el primer lote de dosis de la vacuna Pfizer/BioNTech contra la COVID-19. Esa situación hizo que se relajaran las medidas individuales y grupales para evitar los contagios, lo que llevó a una nueva ola de casos en abril y en esa ocasión el sistema hospitalario costarricense casi colapsa. Afortunadamente, la campaña de vacunación continuó y en junio de 2022 se comunicó que el

por Covid-19", *Historia de la microbiología en contexto global. Estudios de caso de Costa Rica, Argentina y España*, Ronny Viales Hurtado y César Rodríguez, eds. (San José: CIHAC, 2021), 331-364.

64 Gobierno de la República de Costa Rica (2020). "Creación del Bono Proteger". Ley disponible en: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=91073&nValor3=120159&strTipM=TC (consultado el 15 de mayo del 2020).

sistema de salud de Costa Rica había administrado cerca de 11.017.624 dosis de las vacunas y que un 90% de la población había recibido ya los tres refuerzos.[65]

A medida que se expandía, la pandemia hizo que las movilizaciones sociales desaparecieran en 2020. En ese contexto, con la excusa de proteger la economía nacional y argumentando que la crisis solo estaba impactando al sector privado, la mayoría de los diputados de la Asamblea Legislativa emprendieron una fuerte iniciativa para tramitar varias reformas neoliberales. Pero, en agosto de 2020, un nuevo movimiento de protestas comenzó bajo el nombre de Movimiento de Rescate Nacional (MRN) integrado por comerciantes, agricultores, transportistas, empresarios, pescadores y estudiantes, quienes bloquearon diversas autopistas y calles en el país y exigieron la renuncia del presidente Alvarado y que se detuvieran las negociaciones que había llevado adelante el gobierno con el FMI para un nuevo préstamo. Las protestas se extendieron por varias semanas, pero se desarticularon sin alcanzar sus objetivos.[66]

Lo cierto es que el desprestigio del gobierno de Alvarado creció también por la restricción del derecho de protesta y de huelga y por la aprobación de un préstamo con el Fondo Monetario Internacional (FMI) por $1.750 millones para "rescatar" la economía tras las consecuencias de la pandemia del COVID-19, incrementando la carga de la deuda que supuestamente iba a combatir. A esto se sumó la regla fiscal, con restricciones para el crecimiento del gasto público cuando el endeudamiento supere el 60% del Producto Interno Bruto (PIB), que ha tenido un fuerte impacto sobre la política social y sobre la política económica del país y la firma de una ley marco de empleo público, donde los puntos

65 David Díaz Arias, "Costa Rica: History", *South America, Central America and the Caribbean 2023* (Routledge, 2022).

66 Díaz Arias, "Descontento y protesta".

de vista de los empleados públicos han sido minimizados. Todo esto llevó a que el PAC sufriera una gran derrota electoral en febrero de 2022 cuando, en las elecciones presidenciales y de diputados, ese partido no logró elegir ni un solo diputado y su candidato a la presidencia apenas recibió unos miles de votos. El triunfo posterior de Rodrigo Chaves, candidato del Partido Progreso Social Democrático, de corte neoliberal, en la segunda ronda electoral el 3 de abril de 2022, significó también la consolidación de una crisis de las identidades políticas, del abstencionismo y del modelo de estado de la segunda mitad del siglo XX. El gobierno de Chaves anuló el uso obligatorio de mascarilla en espacios públicos cerrados e intentó desautorizar las vacunas contra la COVID-19. Así, la crisis que comenzó en 1980 sigue pasando factura a la sociedad costarricense.

Conclusión

El 10 de agosto de 2022, dos años y medio después de que iniciara la emergencia nacional por efecto de la aparición de los primeros casos por COVID-19 en el país, el presidente Chaves decretó el final de la pandemia. En su declaración pública, el mandatario indicó:

> "Afortunadamente, nuestro sistema de salud permitió proteger a la población. Hoy, como lo recomienda la Comisión Nacional de Emergencias, es hora de decretar el final de esta situación. Los tratamientos seguirán estando disponibles, a la vez que se mantiene la posibilidad de vacunarse como una opción. Ya no habrá cierre de comercios, ni restricción de tránsito para las personas de ninguna manera".[67]

67 Esteban Arrieta, "Rodrigo Chaves decreta fin de la emergencia por la Covid-19", LaRepública.net, 10 de agosto de 2022; en: https://www.larepublica.net/noticia/rodrigo-chaves-decreta-fin-de-la-emergencia-por-la-covid-19 (revisado el 1 de octubre de 2022).

De esa forma, como si se tratara de un partido de fútbol, la pandemia ya había terminado oficialmente en el país. Pero la crisis apenas comenzaba. En los primeros meses de 2022, la economía de Costa Rica mostraba signos de recuperación. Empero, la invasión rusa a Ucrania impactó directamente en el mercado energético mundial y en Costa Rica implicó el incremento desproporcionado en los precios de la gasolina y el diésel, así como de otros bienes y servicios de los que la economía pequeña y abierta depende, debido al estilo de crecimiento imperante. Asimismo, el tipo de cambio del dólar en relación con el colón subió en las primeras semanas de forma acelerada, hasta alcanzar récords históricos, lo que implicó una subida en los precios de los productos de la canasta básica y del costo de vida, por el impacto de la inflación creciente, que no se había vivido de esta manera desde hacía varios años.

En Costa Rica, la crisis de 2022 deja claro que ese concepto no dejó de llenarse de contenidos nuevos desde su continua aparición pública en 1980. Así, pasó de ser una crisis económica, una recesión, y una constante para producir miedo ante su retorno, a ser un sinónimo de legitimación de la reforma del estado, de descalificación de los trabajadores públicos, de justificación para la aprobación del TLC, hasta convertirse en una realidad terrorífica por el impacto social, político y económico de la COVID-19. Lejos de replegarse, el concepto de crisis se volvió perenne, pero, más de 40 años después de iniciar la transformación interna para paliarla, el neoliberalismo no se preocupó por atenuar sus referencias; al contrario, ratificó que el país siempre está en crisis.

El estilo de crecimiento de Costa Rica en un escenario de pospandemia, se podría transformar en un estilo de desarrollo si todos los sectores de la sociedad contribuyen a financiar el estado y si el mercado se deja de considerar como el mejor y único agente para la redistribución.

Cualquier nuevo pacto social en el país, debería orientarse a disminuir las desigualdades sociales. La pandemia/sindemia por la COVID-19 ha dejado claro que está en juego hasta qué punto el estado de bienestar a la tica (al estilo costarricense) puede sostenerse en el contexto de apertura económica y crisis mundial, por lo que se deben reforzar las políticas sociales para que el imaginario igualitario que se promueve desde el neoliberalismo se transforme, por medio de acciones concretas, en un nuevo pacto que amplíe además la ciudadanía política y la ciudadanía social, para generar un contexto propicio para la discusión sobre el vínculo entre desarrollo y democracia en el país.

Acerca de las autoras y los autores

David Díaz Arias, costarricense. Doctor en Historia por Indiana University (Estados Unidos). Catedrático de la Escuela de Historia y Director del Centro de Investigaciones Históricas de América Central de la Universidad de Costa Rica. Ha publicado decenas de trabajos sobre historia política, historia de la memoria, ritos y rituales estatales, naciones y nacionalismos, guerra civil, instituciones, caudillos, procesos de paz, construcción del Estado, neoliberalismo y otra diversidad de temas en la historia de Centroamérica en general y Costa Rica en particular. Entre sus últimas publicaciones figuran: David Díaz Arias, ed. *Imperios, agentes y revoluciones: la Larga Guerra Fría en Costa Rica (1928-1986)* (San José: CIHAC, 2022); Iván Molina Jiménez y David Díaz Arias, eds. *Innovación y diversidad. La historiografía costarricense en la segunda década del siglo XXI* (San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica, 2022); David Díaz Arias. *La independencia de Costa Rica. Historia, debate y conmemoración, 1821-2021* (San José: EUNED, 2021) y David Díaz Arias. *Chicago Boys del Trópico: historia del neoliberalismo en Costa Rica (1965-2000)* (San José: EUCR, 2021).

Correo electrónico: david.diaz@ucr.ac.cr

Anthony Goebel Mc Dermott. Doctor en Historia por la Universidad de Costa Rica. Profesor Catedrático de la Escuela de Historia e investigador del Centro de Investigaciones Históricas de América Central (CIHAC) de esa casa de estudios. Actualmente funge como director del Posgrado Centroamericano en Historia en la Universidad de Costa Rica.

Ha realizado diversas investigaciones en las áreas de historia ambiental, historia de la ciencia e historia económica. Entre sus últimas publicaciones se encuentran: "Land and Climate: Natural Constraints and Socio-Environmental Transformations", Robert H. Holden (Ed.) *The Oxford Handbook of Central American History*, Oxford: Oxford University Press, Online Publication Date: Feb 2021, pp. 1-34. (Digital); "Environmental History of Commodities in Central America", en: *Oxford Research Encyclopedia of Latin American History*, Oxford: Oxford University Press, 2021, pp. 1-28 (En coautoría con Andrea Montero); "La construcción social de un espacio 'prístino': paisajes predominantes e interacciones funcionales en el sistema socio-ambiental Parque Nacional Braulio Carrillo (1881-1987)", en: *Forum for Inter-american Research*, Vol. 13, No. 1, (marzo 2020), 84-98. (En coautoría con David Chavarría y Ronny Viales).

Rafael Ángel Ledezma Díaz, costarricense. Doctor en Historia por El Colegio de México. Director de la Escuela de Historia de la Universidad Nacional (UNA), Costa Rica. Sus áreas de especialización han sido la historia agraria, ambiental y económica. Ha publicado artículos de revista y capítulos de libro sobre la historia ambiental del café en la Zona de Los Santos, el impacto agroecológico de los fenómenos hidrometeorológicos en la Zona Sur de Costa Rica, las estadísticas del comercio exterior de Honduras durante la era de las exportaciones (1880-1930), la industria del guano y de los fertilizantes en México a mediados del siglo XX y los debates económicos en la prensa costarricense. Actualmente está desarrollando una investigación sobre las estadísticas comerciales de Nicaragua en el contexto de la ocupación militar estadounidense entre 1911 y 1930.

Correo electrónico: rafael.ledezma.diaz@una.cr

Nasly Madrigal Serrano. Licenciada en Historia por la Universidad de Costa Rica (UCR). Actualmente es estudiante del Programa de Posgrado en Historia y docente de la sección de Humanidades en la Sede Interuniversitaria de Alajuela, ambas actividades las desarrolla en la UCR. Entre sus temas de interés destacan la Historia de la salud pública y de la ciencia en su vínculo con la infancia y las mujeres durante el siglo XX.

Vanessa Ramírez Mayorga, costarricense, Doctora en Bioquímica con énfasis en Microbiología y Virología por la Université Paris VII Denis-Diderot (Francia). Catedrática de la Escuela de Nutrición, coordinadora e investigadora del Programa de Epidemiología del Cáncer del Instituto de Investigaciones en Salud de la Universidad de Costa Rica. Ha publicado varios artículos sobre: etiología del cáncer gástrico; identificación y evaluación de biomarcadores relacionados con la carcinogénesis gástrica. Entre sus últimas publicaciones figuran: "Cultivo primario de *Helicobacter pylori* a partir de biopsias gástricas obtenidas por endoscopia" (doi: 10.51481/amc.v64i2.1180); "Exploratory multigroup structural equation modeling approach to analyzing *H. pylori* infection, serological pepsinogen levels, and lifestyle factors in an elderly population in Costa Rica" (doi10.15517/PSM.V19I2.48113); "*Helicobacter pylori* infection and serum pepsinogen concentrations in an elderly population representative of Costa Rica" (doi 10.15517/PSM.V19I2.49405); "The TNF-A–857*T polymorphism is associated with gastric adenocarcinoma risk in a Costa Rican population" (doi: 10.1016/j.amjms.2021.01.017).

Correo electrónico: vanessa.ramirez@ucr.ac.cr

Erika Revelo Vallejo, cuenta con una Licenciatura y Maestría en Historia de la Universidad de Costa Rica (UCR). Sus investigaciones para optar por ambos grados

abordan la seguridad social costarricense en la coyuntura de crisis y cambio institucional de la década de 1980. Actualmente se desempeña como docente en la Escuela de Estudios Generales de la UCR.

Correo electrónico: erika.revelo@ucr.ac.cr

Seidy Salas Víquez, costarricense. Licenciada en periodismo, por la Escuela de Ciencias de la Comunicación Colectiva de la Universidad de Costa Rica. Ha publicado trabajos sobre estrategias de comunicación, comunicación participativa, metodologías para la producción de radio dramatizados y junto con la oficina regional de la ACNUR en Costa Rica produjo un libro de historias de vida de mujeres refugiadas. Fue coproductora del podcast "El Hilo de la Historia" del Centro de Investigaciones Históricas de América Central de la Universidad de Costa Rica. En 2018 ganó el premio Francisco "Chico" Montero, del Colegio de Periodistas de Costa Rica, y en 2019, junto al equipo director de Radio Nacional, ganó el Premio Nacional Joaquín García Monge de Comunicación Cultural. Actualmente cursa la Maestría Centroamericana de Historia de la Universidad de Costa Rica.

Correo electrónico: seidy.salasviquez@ucr.ac.cr

Vania Solano Laclé, costarricense. Antropóloga social graduada de la Universidad de Costa Rica (UCR), con una maestría académica en Sociología en el Instituto de Altos Estudios de América Latina (IHEAL), Universidad Sorbonne Nouvelle - Paris III (Francia). Doctoranda en Historia de la UCR. Fue asesora y gestora cultural de procesos y proyectos de Acción Social de la UCR y es actualmente docente en la Escuela de Antropología e investigadora en temas relacionados con pueblos indígenas, racismo, teoría de la cultura y Antropología de la alimentación en el Centro de Investigaciones Antropológicas CIAN (UCR). Entre sus

últimas publicaciones figura: Solano Laclé, V. (2021). El maíz: semilla, cultivo, alimento, vida en las tradiciones indígenas chibchense y mesoamericana de Costa Rica. Serie Tsirik, (1), Centro de Investigación en Identidad y Cultura Latinoamericanas. https://hdl.handle.net/10669/85671.2

Correo electrónico: vania.solano@ucr.ac.cr

Faustino Vega Miranda, mexicano. Doctor en Pedagogía por la Facultad de Estudios Superiores Acatlán de la Universidad Nacional Autónoma de México. Profesor-investigador adscrito a la Universidad Mexiquense del Bicentenario Tepotzotlán bajo la figura de cátedra financiada por el Colegio Mexiquense de Ciencia y Tecnología. Ha publicado varios artículos científicos y de divulgación sobre tres líneas de investigación como financiarización, crisis contemporánea y financiamiento educativo. Entre sus más recientes productos académicos se encuentran los siguientes eventos: colaboración con la Universitat de Barcelona en el marco del II Congreso Internacional de Investigación en Contabilidad y Empresa, así como la publicación de los trabajos Caracterización del financiamiento agrícola en México a través del análisis de la banca comercial y la banca de desarrollo en el periodo 1994-2022: una propuesta de regulación por medio de la financiarización y Financiarización: un análisis por medio de los créditos educativos en México para el periodo 2000-2001.

Correo electrónico: faus.vega@umb.mx

Dr. Ronny J. Viales Hurtado: Doctor en Historia y Máster en Historia Económica por la Universidad Autónoma de Barcelona. M. Sc. Historia por la Universidad de Costa Rica. Catedrático de la Escuela de Historia y del Posgrado en Historia e investigador del Centro de Investigaciones Históricas de América Central (CIHAC) de la Universidad de Costa Rica (UCR). En el CIHAC coordina el Programa de

Investigación "Ambiente, Ciencia, Tecnología y Sociedad". Ha publicado varios libros y numerosos artículos sobre historia económica, laboral, ambiental y de la ciencia y la tecnología en América Central y en Costa Rica en particular. En 1998 obtuvo el Premio Nacional de Historia "Aquileo J. Echeverría, otorgado por el Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes de la República de Costa Rica; en 2003 el Premio Cleto González Víquez en 2003, otorgado por la Academia de Geografía e Historia de Costa Rica y en 2012 el Premio al Investigador de la Universidad de Costa Rica en el Área de Ciencias Sociales. Entre sus últimos libros están: Viales Hurtado, Ronny J. (Editor). *Laberintos y bifurcaciones: historia inmediata de México y América Central, 1940-2020*. San José: Universidad de Costa Rica, Centro de Investigaciones Históricas de América Central, 2021. Viales Hurtado, Ronny J. y Rodríguez Sánchez, César (Editores). *Historia de la microbiología en contexto global. Estudios de caso de Costa Rica, Argentina y España*, San José: Universidad de Costa Rica, Centro de Investigaciones Históricas de América Central, 2021. Viales Hurtado, Ronny J. *El final de la utopía del desarrollo. La crisis económica de 1980 en América Central en perspectiva global (1970-1990)*, San José: Universidad de Costa Rica, Centro de Investigaciones Históricas de América Central, Academia de Geografía e Historia de Costa Rica, 2022.

Ilanyt Williams Levy, costarricense. Bachiller en Historia por la Universidad de Costa Rica. Estudiante de la maestría Académica en de la Universidad de Costa Rica.