



La tardía epidemia de influenza o gripe 'española' y sus desenlaces en Costa Rica (1918-1920)

abotey@gmail.com

Ana María Botey Sobrado¹
Universidad de Costa Rica

Resumen

La pandemia de influenza que afectó al planeta entre 1918 y 1920 constituyó un fenómeno transnacional, así como las estrategias científicas y técnicas para enfrentarla. No obstante, dependiendo del contexto de cada región y país, la epidemia de influenza presentó particularidades, al igual que las respuestas sociales e institucionales. El objetivo de este artículo es desentrañar mediante el empleo de fuentes de archivo, estadísticas, periodísticas e institucionales las especificidades socio históricas de Costa Rica, en los momentos previos, durante y después de la epidemia, con el fin de destacar los condicionamientos estructurales y la acción de los diversos actores sociales e institucionales frente a las dificultades generadas por la enfermedad.

Palabras Clave

Pandemia - Influenza - Salud Pública - Actores Sociales - Políticas de salud - Costa Rica

¹ Historiadora, investigadora del Centro de Investigaciones Históricas de América Central, profesora catedrática de la Escuela de Historia. Universidad de Costa Rica.



The late epidemic of influenza or Spanish flu and its outcomes in Costa Rica (1918-1920)

abotey@gmail.com

Ana María Botey Sobrado
Universidad de Costa Rica

Abstract

The influenza pandemic that affected the planet between 1918 and 1920 was a transnational phenomenon, as were the scientific and technical strategies that addressed it. However, depending on the context of each region and country, the influenza pandemic presented diverse peculiarities and social and institutional responses. By using archival resources, statistics and journalistic and institutional reports, this article aims to unravel the socio-historical traits of Costa Rica before, during and after the epidemic, in order to highlight the structural constraints and the actions of different social and institutional actors facing the difficulties caused by the disease.

Key Words

Pandemic - Influenza - Public Health - Social Actors - Health policy - Costa Rica

Introducción

La aparición de nuevas e inesperadas amenazas sanitarias, tales como la pandemia de gripe aviaria del 2005-2006, o la pandemia de gripe porcina del 2009, a la que se le atribuyó un erróneo origen mexicano, han puesto de relieve la importancia de historizar y comprender las pandemias de gripe, entre ellas la denominada 'gripe española', que azotó, en diversas oleadas, a los diferentes países y provocó, al menos, 25 millones de defunciones entre 1918 y 1920. Esta pandemia es considerada por algunos estudiosos² una de las más letales de la época contemporánea, sitial que comparte con la pandemia provocada por el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) a partir de la década de 1980.

El propósito de las nuevas investigaciones radica en comparar, contextualizar y observar algunos determinantes, regularidades y particularidades de las pandemias en cada país o región, así como los vasos comunicantes entre las diversas áreas del planeta. En la actualidad, gran parte de esos estudios, a nivel latinoamericano y mundial, se realizan bajo enfoques de tipo socio cultural y con una perspectiva global, ya que las pandemias, como su nombre indica, son de naturaleza transnacional y relacional³. Por ende, la tarea del historiador es descubrir las conexiones, articulaciones y repercusiones en el ámbito local, regional o nacional. Las epidemias agudizan las contradicciones económicas, sociales, políticas y culturales existentes en una sociedad, en consecuencia, su contextualización es ineludible. Asimismo, provocan una serie de respuestas sociales e institucionales, impulsadas por los actores sociales capaces de aprovechar las oportunidades, para hacer valer sus resistencias o impulsar sus proyectos, en la sociedad y a nivel del Estado, en su dimensión local y nacional⁴.

Esta investigación constituye el primer intento por abordar esta epidemia por parte de la historiografía costarricense, que muy recientemente ha prestado interés

² González, Alberto, "Avances y tendencias actuales en el estudio de la pandemia de gripe de 1918-1919", *Vínculos de Historia*, 2, 2013, 310. <http://www.vinculosdehistoria.com/numeros-completos/vdh2r.pdf> (consultado el 20 de mayo del 2016). Erkoreka, Anton, "Origins of the Spanish Influenza pandemic (1918-1920) and its relation to the First World War", *Journal of Molecular and Genetic Medicine*, 3, 2, december, 2009, 190. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2805838/> (consultado el 15 de junio de 2017)

³ Löwy, Ilana, "The Social History of Medicine: Beyond the Local", *Social History of Medicine*, 20, 3, 2007, 465-481 <https://access.oxfordjournals.org/oup/login/forgotPassword.do?command=view>

⁴ Cueto, Marcos, *El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo XX*, Lima, Instituto de Estudios Peruanos, 1997, 256. De este texto, se toma el enfoque teórico-metodológico de las epidemias.

por acercarse a esta problemática desde nuevas perspectivas⁵. Se propone explicar, brevemente, el contexto mundial y local en que se gestó la epidemia de influenza en Costa Rica en los inicios de 1920, para identificar algunos elementos que hicieron posible su presencia y su propagación. Asimismo, intenta determinar la ruta de los brotes epidémicos en diversos puntos del territorio, la duración y las respuestas estatales y sociales.

Las fuentes primarias más importantes para la realización de este artículo fueron ubicadas en el Archivo Nacional de Costa Rica, en el fondo de Gobernación, los Anuarios Estadísticos, las Memorias de la Secretaría de Gobernación y Policía, los Mensajes Presidenciales y la prensa. Fueron consultados varios periódicos: *La Gaceta Oficial*, *La República* y *La Verdad*. Esa información está contenida en una base de datos construida en el programa Excel de Windows, que alimenta una investigación más amplia denominada 'Un siglo de epidemias en Costa Rica, 1850-1950'⁶.

Los orígenes de la epidemia de gripe 'española' (1918)

Los orígenes de esta pandemia son objeto de controversia en la actualidad. La denominada 'Gripe Española' surgió a fines de la Primera Guerra Mundial (1914-1918), en el momento en que miles de soldados norteamericanos se movilizaban a los frentes de batalla en Europa, después de un año de participación directa en el conflicto. Se le conoce con ese nombre, debido a que la prensa española, cuyo

⁵ Las epidemias coloniales fueron estudiadas con poco detalle y sin una metodología particular por algunos médicos interesados en la Historia. La epidemia de cólera de 1856 tuvo un severo impacto sobre la población, ya que murió entre el 8 y el 10 por ciento, fue objeto de interés del historiador German Tjars, bajo un enfoque socio demográfico, "La epidemia de cólera de 1856 en el Valle Central: análisis y consecuencias", *Revista de Historia*, 3, 1976, 81-129. En la década de 1990, esta epidemia fue estudiada por el epidemiólogo Leonardo Mata, *Cólera. Historia. Prevención y control*, EUNED-EUCR, Costa Rica, 1992. Ana María Botey también la analizó en: "La epidemia del cólera de 1856: una visión de largo plazo", *Diálogos*, revista electrónica de Historia, Número especial dedicado al IX Congreso Centroamericano de Historia, 2008. Otra epidemia particularmente importante fue la de la poliomelitis en 1954, que ha sido estudiada por la historiadora Ana Paulina Malavassi, "Representaciones sobre la epidemia de poliomelitis en el periódico *La Nación*, Costa Rica, 1954" (informe de investigación) y "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 poliomelitis, la víctima y la rehabilitación, Casa Verde, 1955-1957, en Díaz Arias, David (editor), *La Historia de la Infancia en la Costa Rica del Siglo XX*, Editorial Nuevas Perspectivas, 2012, 93-154. Explorando las causas ecológicas y ambientales: Viquez, Allan, "Transformaciones ambientales y fiebre amarilla en el Caribe de Costa Rica, 1898-1909", *Boletín de la Asociación para el Fomento de los Estudios Históricos en Centroamérica*, cu66, septiembre, 2015, disponible en: http://afehc-historia-centroamericana.org/index.php?action=fi_aff&id=4097

⁶ Proyecto de investigación # 806-B3-044 "Un siglo de epidemias en Costa Rica, 1850-1950", Centro de Investigaciones Históricas de América Central, Vicerrectoría de Investigación, Universidad de Costa Rica.

gobierno se mantuvo neutral durante la guerra, dio cuenta de los estragos de la epidemia de gripe en su territorio, puesto que no se encontraba sujeta a la censura. Mientras que los países contendientes mantenían estas informaciones en secreto para no alarmar a su población, especialmente la combatiente, y por razones de estrategia y seguridad militar⁷.

La pandemia se desarrolló en tres oleadas. La primera inició en los primeros meses de 1918 y se caracterizó por una gran morbilidad, pero escasa mortalidad. La segunda ola arribó en agosto de ese año y fue muy letal, la tercera llegó con el nuevo año de 1919, y en algunos lugares se mantuvo hasta 1920. No se ha determinado si los brotes epidémicos de 1920 constituyen una cuarta oleada o una nueva epidemia asociada a una cepa diferente del virus⁸.

Una primera hipótesis considera que la pandemia se originó en los Estados Unidos. El reporte de Salud Pública del gobierno de ese país, correspondiente a marzo de 1918, señaló 18 casos de influenza de un tipo severo, con 3 defunciones, cuyos afectados fueron en su mayoría miembros de familias de granjeros del condado de Haskell, Kansas, entre finales de enero y marzo de 1918⁹. Erkoreka, citando a otros autores¹⁰, señala que existe información de que muchos integrantes de esas familias fueron llamados, posteriormente, a prestar el servicio militar y enviados al Campo Militar de Funston, donde pronto apareció el primer brote epidémico entre los soldados, los que debieron ser hospitalizados con síntomas de fiebres y fuertes dolores de cabeza¹¹.

Una semana después el número de afectados se multiplicó y se determinó la presencia de la influenza. En abril, la neumonía afectaba a las tropas en Camp Dix, New Jersey, por lo que su comandante solicitó la visita del Cirujano General de la Armada William Gorgas, especialista en el combate de la malaria y la fiebre

⁷ Betrán Moya, José Luis, *Historia de las Epidemias en España y sus colonias (1348-1919)*, La Esfera de los Libros, Madrid, 2006, 165. González, Alberto, "Avances y tendencias", 310.

⁸ González, Alberto, "Avances y tendencias", 311. El autor plantea estas hipótesis sustentado en diversos trabajos de investigación.

⁹ *Public Health Reports* 33, 14, April 5, 1918, 502.

¹⁰ Erkoreka, Anton, "Origins of the Spanish Influenza Pandemic and its Relation to the First World War (1918-1920)", *Journal of Molecular and Genetic Medicine*, 3, 2, 192. <https://www.omicsonline.com/open-access/origins-of-the-spanish-influenza-pandemic-and-its-relation-to-the-first-world-war-1747-0862.1000033.pdf> (Consultado 20 de junio del 2017) Tomado de: Barry, J. M., *The Great Influenza. The Story of the Deadliest Pandemic in History*, New York, Penguin Books, 2005.

¹¹ Hayami Akira, *The Influenza Pandemic In Japan, 1918-1920. The First World War Between Humankind and Virus*, International Research Center for Japanese Studies, First English edition, Tokyo, 2015, 10-11. El autor se basa en: *Journal of the American Medical Association* 72, 1, January 1919

amarilla, para controlarla. *Public Health Reports* del 10 de mayo de 1918, señaló que la influenza era la principal enfermedad registrada entre los soldados (616 casos), emplazados en Estados Unidos, le secundaba la malaria (52 casos) y, en tercer lugar, la disentería (4 casos)¹².

Rápidamente en las siguientes semanas y meses, la epidemia de influenza se propagó por fábricas, escuelas y prisiones, o sea más allá de las instalaciones militares, dentro del conjunto de la población en California, Florida, Virginia y Alabama. No obstante, la influenza no era una enfermedad infecciosa de declaración obligatoria a las autoridades federales, por lo que la alarma no cundió inmediatamente¹³.

Otra hipótesis ha señalado un origen asiático de la pandemia, basada en la trayectoria de otras pandemias de influenza, anteriores y posteriores (1847, 1889-1890, 1957 y 1968) surgidas en esa región, ya que el sudeste asiático constituye un importante reservorio del virus H1N1, producto del sistema agrícola del arroz, la presencia de patos, con la tarea de alejar los insectos y limpiar los campos, así como por la convivencia con cerdos, fundamentales en la alimentación de los pobladores. Según los virólogos esa suma de elementos favorece el reagrupamiento genético entre virus gripales de diferentes especies. Los investigadores chinos afirman que la epidemia llegó a los puertos de China proveniente del mundo occidental, por ende, es importante contar con investigaciones sobre la presencia de la enfermedad en el sudeste asiático para descartarla¹⁴.

El origen europeo de la pandemia se sustenta, principalmente, en los reportes médicos sobre la situación sanitaria de las tropas francesas y norteamericanas establecidas en Francia, que se conservan en los Archivos de los Servicios de Salud del Ejército Francés¹⁵. Se ha señalado que los comienzos de la epidemia acontecieron en la Base Militar Británica situada en Étamples, al norte de Francia. Esta base fue ocupada por 100.000 soldados, en un espacio de 12 kilómetros cuadrados, muy cerca del mar, con abundancia de aves migratorias, cerdos, patos y gansos de propiedades agrícolas de los alrededores, reservados para la alimentación de los soldados, y caballos utilizados como medio de transporte. En opinión de Erkoreka y

¹² *Public Health Reports* 33, 19, May 10, 1918, 731-732.

¹³ Hayami Akira, *The Influenza Pandemic In Japan*, 12-13.

¹⁴ González García, Alberto, "Avances y Tendencias en el estudio de la pandemia de gripe de 1918-1919", *Vínculos de Historia*, Castilla la Mancha, 2, 2003, 314.

¹⁵ Esta es la tesis de Erkoreka, Anton, "Origins of the Spanish Influenza", 190-194.

otros autores que referencia, la combinación de las condiciones ecológicas, la falta de higiene, el frío, la lluvia, el hacinamiento y agotamiento de los hombres, la mala alimentación, la lucha cuerpo a cuerpo con las bayonetas, las emanaciones de gas mostaza y de 23 tipos de otros gases tóxicos, que debilitaban las defensas inmunológicas, favorecieron el desarrollo de enfermedades respiratorias virales que se transformaron en influenza neumónica purulenta, desde diciembre de 1916 hasta 1918¹⁶.

Asimismo, en los archivos franceses se encuentran registros de epidemias periódicas que impactaban, principalmente, a los soldados y campesinos provenientes de Indochina, colonia francesa en ese entonces, quienes colaboraron en las trincheras o como apoyo logístico de las tropas entre 1916 y 1918. Estos asiáticos, sumados a los chinos y otros de diferentes nacionalidades, también prestaron sus servicios en la industria del armamento, los astilleros, las fábricas de aviones, el mantenimiento de carreteras o de vías ferroviarias y en las minas de carbón. Este supuesto se fortalece con la opinión de González García y otros investigadores, quienes afirman que no puede descartarse la posibilidad, de que se produjera una mutación adaptativa en un virus aviario, en un período largo de tiempo, sin intervención de los cerdos, lo que determinaría que el virus de la pandemia de 1918 se incubara en años anteriores en territorio francés. Una hipótesis que, según González García, se sitúa en la perspectiva de la Geografía Histórica¹⁷.

Langford en una exhaustiva investigación sobre los efectos de la epidemia en China, también estudia sus orígenes y concluye, compartiendo la opinión de otros investigadores, que los síntomas de bronquitis purulenta, que se presentó entre las tropas acantonadas en Francia desde diciembre de 1916, y que fue empeorando en los meses de febrero y marzo de 1917, constituyó la antesala de la pandemia. Similares brotes ocurrieron, también, a los hombres de las barracas de Aldershot, en el sur de Inglaterra, en los inviernos de 1915 y 1916, así como entre marzo y mayo de 1917 y entre las tropas procedentes de Nueva Zelanda, entre enero y febrero de 1918¹⁸.

¹⁶ Betrán Moya, José Luis, *Historia de las Epidemias en España y sus colonias*, 164. Erkoreka, Anton, "Origins of the Spanish Influenza", 191-192.

¹⁷ Esto se refuerza en los estudios en torno al virus, con tejidos de soldados y personas muertas por la epidemia en 1918, realizados en 1999. Véase: González García, 314-315.

¹⁸ Langford, Christopher, "Did the 1918-1919 Influenza Pandemic Originate in China", *Population and Development Review*, 31, 3, 2005, 474-475.

No obstante, la principal conclusión de Langford consiste en demostrar, con fuentes oficiales chinas, que la influenza afectó ampliamente China, con diversa intensidad según las regiones, entre 1918 y 1919. En el norte su severidad fue significativa, pero en el sur los brotes fueron muy leves, en comparación con Occidente. Langford considera que lo más razonable es suponer que el virus de influenza, o un precursor muy relacionado, se haya originado en China, cuyos habitantes, especialmente los del sur, poseían una exposición previa, y, por lo tanto, cierta inmunización¹⁹. Su hipótesis se apoya en que los trabajadores chinos, en sus diversas travesías y con la utilización de transporte marítimo y ferroviario, con el propósito de alcanzar Francia, llevaron consigo el virus de influenza y lo propagaron por diversas partes del orbe.

Otra importante contribución, que complementa la hipótesis de Langford, es la de Shortridge²⁰, quien ha planteado que los trabajadores chinos del área de Montreuil en Francia, muy cerca de Étamples, donde se presentó una fuerte epidemia de influenza entre las tropas entre 1916 y 1917, provenían del sur de China, donde se encuentran las condiciones agroecológicas óptimas para el desarrollo de esta enfermedad.

Las rutas de los vapores que transportaron trabajadores chinos a Francia fueron muy diversas, por razones de seguridad, ya que los alemanes controlaban el océano Índico y su presencia era importante en el Mar del Norte, el Báltico, el Mediterráneo y el Atlántico. Algunos barcos con trabajadores chinos tomaron la ruta de Singapur, pasando luego por Ciudad del Cabo en Sudáfrica, o la ruta del Mediterráneo, o la del Canal de Suez. También, algunos barcos avanzaron por el este de China, atravesaron el Pacífico y arribaron a Vancouver, en la costa oeste de Canadá, visitando los puertos japoneses. Muchos trabajadores chinos al servicio de los ingleses, llegaron primero a Inglaterra y desde allí se dirigieron al norte de Francia²¹.

La propagación de la influenza a gran velocidad y distancia por el mundo entero, entre agosto de 1918 y enero de 1919, lo que se conoce como segunda oleada, fue obra de las movilizaciones de soldados, el tránsito de trabajadores españoles, portugueses y de otras nacionalidades, quienes regresaron a sus países

¹⁹ Langford, Christopher, "Did the 1918-1919 Influenza Pandemic Originate in China".

²⁰ Shortridge, Kennedy F, "Is China an influenza epicentre?", *"Chinese Medical Journal"*, 110,8, 1997, 637-641. Citado por Langford, "Did the 1918-1919 Influenza Pandemic?", 475.

²¹ Langford, Christian, "Did the 1918-1919 Influenza Pandemic", 475, 488-495.

de residencia, junto a viajeros y mercancías, por medio de las vías ferroviarias y marítimas a fines de 1918²².

Desde la perspectiva de Erkoreka es muy problemático asignar un día específico para dar por iniciada la pandemia, ya que sus orígenes son muy complejos y variados, puesto que en momentos semejantes o con pocos días de diferencia se encuentran referencias de la enfermedad en diversos lugares de Estados Unidos y de Francia. Asimismo, considera que la primera oleada de la epidemia consistió en la propagación de la influenza estacional y que solamente puede catalogarse de pandemia a partir de la segunda oleada, cuando afectó a millones de hombres jóvenes procedentes de múltiples países de Europa, América, Asia, África y Oceanía, quienes constituían un sustrato vulnerable para el desarrollo y expansión del virus, entre octubre y noviembre de 1918, simultáneo al cese de las hostilidades, firma del armisticio el 11 de noviembre y de su progresivo regreso a casa²³.

Los estudios sobre esta epidemia en América Latina y el Caribe han revelado el aumento de casos de gripe en marzo y abril de 1918 en algunos sitios de México, como Puebla y el Distrito Federal, procedente de la frontera norte y de los puertos de Tampico y Veracruz, situados en el Golfo de México. Igualmente, el aumento de defunciones ocasionadas por enfermedades pulmonares. No obstante, la expansión de la enfermedad por el territorio y los mayores efectos coincidieron con la segunda oleada entre octubre y diciembre de 1918²⁴.

La ciudad de Bogotá, capital de Colombia, sufrió los dramáticos efectos de la epidemia de influenza entre octubre y diciembre de 1918²⁵. Esta epidemia coincidió, en el tiempo, con la epidemia de influenza en Buenos Aires, capital de la Argentina, situada cercana al puerto, adonde arribaban barcos de diversas procedencias. Desde allí se expandió por el territorio, entre abril y septiembre de

²² Beltrán Moya, *Las epidemias en España y sus colonias*, 165.

²³ Ekoreka, Antón, "Origins of the Spanish Influenza", 194.

²⁴ Cuenya, Miguel Ángel, "México ante la pandemia de influenza de 1918: encuentros y desencuentros en torno a una política sanitaria", *Astrolabio*, Buenos Aires, 13, 2014, 45-48. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/astrolabio/article/view/9031/10718> (Consultado el 14 de abril del 2016)

²⁵ Martínez Martín, Abel Fernando; Meléndez Álvarez, Bernardo; Manrique Corredor Javier, "La Junta Central de Higiene otra de las víctimas de la pandemia de gripe de 1918-1919", *Astrolabio*, Buenos Aires, 13, 2014, 14-15 <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/astrolabio/article/view/8672/10715> (Consultado el 15 de abril del 2016)

1919²⁶. Un caso bastante estudiado es el de Río de Janeiro, capital de Brasil en ese momento, que fue atacada por la epidemia entre septiembre y noviembre de 1918. Simultáneamente, hizo su aparición en Salvador, Bahía y São Paulo²⁷.

No se conocen estudios sobre esta epidemia para el resto de América Central, probablemente, por la ausencia de practicantes de la historia social de la salud pública y de la medicina y el fuerte desarrollo de la historia colonial y política, especialmente esta última, motivado por una larga historia de conflictos políticos, guerras, dictaduras y violencia en todas sus formas. En el Caribe británico, la epidemia de influenza se sintió, fuertemente, en Jamaica, Belice y Guyana durante 1918, en el resto de las islas fue más leve. Los tratamientos, al igual que en Inglaterra, Francia y otras partes del mundo, consistieron en una mezcla de viejas y nuevas medidas, entre ellas la estricta limpieza y desinfección de sitios públicos y privados, la administración de medicamentos como la quinina, los laxantes, el mentol y el eucalipto. El cierre de escuelas y otros centros de aglomeración fue practicado tempranamente, pero los bares y salones de baile permanecieron abiertos por razones comerciales y turísticas²⁸.

El caso costarricense es bastante particular, ya que la dinámica de la epidemia de gripe no coincide con los casos anteriores, un asunto que se explicará en el siguiente apartado y sobre el que se pueden esbozar algunos supuestos o hipótesis.

La coyuntura y las condiciones de vida y salud (1914-1920)

Las características socio-demográficas de la población

La población costarricense, según el censo de 1927, ascendía a 471.524 personas, ubicadas preferentemente en el Valle Central, situado en el centro del

²⁶ Carbonetti, Adrián; Rivero, María Dolores; Herrero, Belén. "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*, Buenos Aires, 13, 2014, 71-73. <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/astrolabio/article/view/9030/10717> (Consultado el 15 de abril del 2016).

²⁷ Álvarez, Adriana; et al, "A gripe de longue e de perto: comparacoes entre as pandemias de 1918 e 2009", *História, Ciências, Saúde-Maginhos* 16, 4, Río de Janeiro, 2009. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702009000400014&lng=en&nrm=iso (Consultado el 15 de abril del 2016)

²⁸ Löwy, Ilana, "The Social History of Medicine: 'Beyond the Local'", *Social History of Medicine* Vol 20, 3, 2007, 475. <https://access.oxfordjournals.org/oup/login/forgotPassword.do?command=view> (Consultada el 15/04/2016)

país, atravesado por un eje montañoso en dirección noreste-sureste²⁹. La tasa de crecimiento natural osciló en torno a 20 por mil, su crecimiento se intensificó en los inicios del siglo XX, con la presencia de una coyuntura crítica entre 1917-1920, hasta llegar a la cúspide en la década de 1950, para luego producirse un descenso continuo³⁰.

La tendencia de la mortalidad general mostrada por los censos y los anuarios, pese a las limitaciones de la fuente, revela pocos cambios en el transcurso del siglo XIX, luego una mejoría prolongada que perdura hasta 1916-1917, fecha en que se inició una coyuntura de retroceso que se mantuvo hasta fines de 1920, y posteriormente se produjo un descenso significativo, tal y como se refleja en el Gráfico 1³¹.

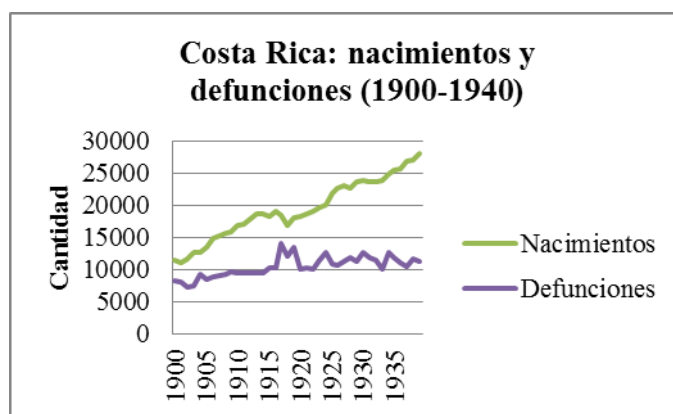


Gráfico 1³²

En todas las provincias es visible el alza de la mortalidad en la coyuntura crítica entre 1917 y 1920. Puntarenas y Limón, ubicadas a lo largo de los litorales Pacífico y Caribe, destacaron como las provincias con las tasas de mortalidad más altas, como resultado de la confluencia de rasgos geo-ecológicos relacionados con el tipo de relieve, el suelo, el clima, el régimen de lluvias, así como escasa asistencia

²⁹ Dirección General de Estadística y Censos, *Censo de Población 1927*, Imprenta Nacional, 1928.

³⁰ Pérez Brignoli, Héctor. *La población de Costa Rica*, 234.

³¹ Robles, Arodys, "Patrones de población de Costa Rica 1860-1930", *Avances de Investigación*, 14 Centro de Investigaciones Históricas, 1986, 14

³² Fuente: Dirección General de Estadística y Censos, Anuarios Estadísticos de Costa Rica, volúmenes I-XXXIV, Robles, Arodys, "Patrones de Población en Costa Rica 1860-1930", *Avances de Investigación* No 14 Centro de Investigaciones Históricas, 1986, p 45, Anuario Estadístico de 1940.

médica y determinadas condiciones socioeconómicas y culturales³³. La mortalidad infantil constituía una alarma general, por consiguiente, a partir de 1908, se empezaron a registrar las causas de la mortalidad infantil, según las edades, con alguna precisión, con el propósito de facilitar iniciativas de superación del problema. La mayoría de esas enfermedades se clasificaban como enfermedades de la infancia, ocultando así la verdadera etiología³⁴.

Los meses de mayor mortalidad correspondían a los de junio, julio, agosto, noviembre y mayo, según orden de importancia, y los de menor mortalidad recaían en enero, febrero y marzo, lo que indica que durante la estación lluviosa ocurrían las mayores defunciones. Las causas de muerte se concentraban en enfermedades infecciosas, de origen digestivo y respiratorio, un rasgo propio de una población mal alimentada y con deficientes servicios higiénicos y de salud.

Un dato significativo es el que se refiere a la esperanza de vida, que venía aumentando lentamente, en especial entre 1909 y 1917 cuando alcanzó 39'83 años (1915), pero en la coyuntura crítica de 1917-1920 disminuyó a 28'31 años en 1920, el peor año. A partir de 1921, la esperanza de vida al nacer volvió a crecer y alcanzó 39'79 años, en 1927 ascendió a 43 años y hacia 1940 los costarricenses que nacían poseían una esperanza de vida de 47'17 (Cuadro 1 y Gráfico 2).

| Año | *Tasa Bruta de mortalidad por mil | **Tasa de mortalidad infantil por mil (ambos sexos) | **Esperanza de vida al nacimiento (ambos sexos) | Año | *Tasa Bruta de mortalidad por mil | **Tasa de mortalidad infantil por mil (ambos sexos) | **Esperanza de vida al nacimiento (ambos sexos) |
|-------------|--|--|--|-------------|--|--|--|
| 1900 | 29,10 | 246,93 | 33,74 | 1921 | 23,98 | 224,15 | 39,79 |
| 1901 | 33,64 | 272,74 | 30,42 | 1922 | 23,88 | 226,21 | 40,30 |
| 1902 | 31,84 | 265,39 | 31,83 | 1923 | 23,04 | 212,60 | 41,66 |
| 1903 | 27,92 | 233,72 | 35,30 | 1924 | 25,65 | 237,75 | 39,11 |
| 1904 | 27,51 | 237,19 | 36,08 | 1925 | 27,86 | 244,38 | 36,61 |
| 1905 | 31,23 | 269,44 | 32,82 | 1926 | 22,99 | 222,47 | 42,68 |
| 1906 | 29,52 | 243,97 | 34,38 | 1927 | 21,86 | 200,79 | 43,80 |
| 1907 | 29,84 | 244,30 | 34,33 | 1928 | 22,79 | 198,70 | 42,18 |
| 1908 | 29,71 | 245,85 | 34,45 | 1929 | 23,31 | 208,05 | 41,63 |
| 1909 | 29,14 | 247,33 | 35,11 | 1930 | 21,43 | 192,94 | 44,12 |

33 Dirección General de Estadística, *Anuario estadístico 1916*, Imprenta Nacional, 1918, II.

34 En ese año se incluía dentro de la mortalidad infantil las defunciones de 0 a 5 años.

| | | | | | | | |
|-------------|-------|--------|-------|-------------|-------|--------|-------|
| 1910 | 29,67 | 243,13 | 34,61 | 1931 | 23,77 | 218,87 | 41,08 |
| 1911 | 28,24 | 239,54 | 35,82 | 1932 | 21,57 | 186,67 | 43,32 |
| 1912 | 26,99 | 237,83 | 37,16 | 1933 | 22,14 | 195,31 | 42,57 |
| 1913 | 26,44 | 254,40 | 38,38 | 1934 | 18,84 | 163,05 | 46,62 |
| 1914 | 25,93 | 244,07 | 38,53 | 1935 | 23,25 | 200,88 | 41,10 |
| 1915 | 24,80 | 234,92 | 39,83 | 1936 | 21,27 | 192,41 | 43,31 |
| 1916 | 26,71 | 232,62 | 37,21 | 1937 | 19,39 | 174,22 | 45,67 |
| 1917 | 26,18 | 227,91 | 37,67 | 1938 | 17,85 | 153,70 | 47,64 |
| 1918 | 32,62 | 285,05 | 31,35 | 1939 | 19,55 | 183,85 | 44,80 |
| 1919 | 30,36 | 241,57 | 32,47 | 1940 | 18,32 | 167,43 | 47,17 |
| 1920 | 35,52 | 264,67 | 28,31 | | | | |

Cuadro 1. Costa Rica: tasa de mortalidad general, infantil y esperanza de vida al nacimiento (1900-1940)³⁵

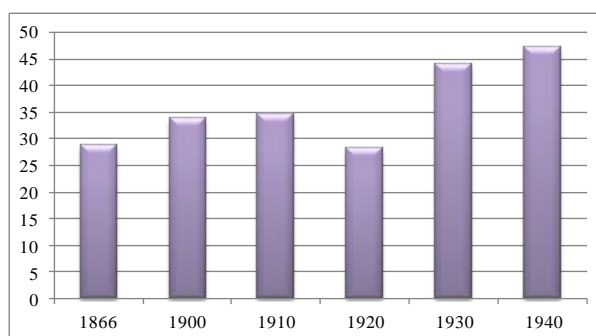


Gráfico 2. Costa Rica: Esperanza de vida al nacer (1866-1940)³⁶

La epidemia de gripe, que se presentó en 1920 afectó a una población que se encontraba en condiciones críticas en términos sociales y de salud (1916-1920). No obstante, es importante tomar en cuenta que la década de 1910 fue particularmente severa en la afectación de enfermedades epidémicas, lo que contribuyó al alza en la mortalidad, tal y como se observa en el gráfico 3. Este manifiesta la distribución porcentual de las epidemias registradas en la década de 1910, donde se aprecia que las de influenza o gripe fueron muy importantes, aunque se ubican, fundamentalmente, en 1911, cuando adquirió una dimensión interprovincial y casi nacional, y en 1916 en los cantones de la provincia de Cartago:

³⁵ Fuente: Pérez Brignoli, Héctor, *La población de Costa Rica 1750-2000, Una historia experimental*, Editorial de la Universidad de Costa Rica, San José, 2010, 129-130.

³⁶ Fuente: Pérez Brignoli, "Notas sobre el descenso de la mortalidad en Costa Rica (1866-1973)", Séptimo Seminario Nacional de Demografía, San José, 1979, 7-9; Pérez Brignoli, Héctor, *La población de Costa Rica 1750-2000*, 129-130.

Central, La Unión, Turrialba y el cantón de Grecia, ubicado en la provincia de Alajuela, en los meses de enero, febrero, marzo y junio.

Durante esa década destacan los brotes epidémicos de tifoidea, malaria, disentería, meningitis (1915), tosferina, sarampión, así como los de origen gastrointestinal, y la expansión de la tuberculosis. En general, el grupo etario más afectado era el de los niños menores de 5 años, contribuyendo así a la alta mortalidad infantil.

El año de 1918 fue abundante en epidemias, destacando las de escarlatina, tosferina, sarampión, malaria, dengue y muchos casos de tuberculosis. Es interesante advertir que durante 1918, el año en que se origina la pandemia mundial, solamente se tiene evidencia de una epidemia de 'peste' en la comunidad de Orosi, situada en la provincia de Cartago, al este de la capital y lejos de los puertos, que probablemente fue de gripe y cuyo origen fue estacional, puesto que ocurrió entre los meses de agosto y octubre, cuando arreciaban las lluvias. La información que reproduce *La Prensa Libre* apunta que en Orosi, que contaba con 1.600 habitantes³⁷, en 60 días de brote epidémico habían muerto 39 personas. El corresponsal, desde una perspectiva miasmática, señalaba como causa fundamental los problemas higiénicos, entre ellos: la situación de hacinamiento dentro del cementerio, el entierro de personas simultáneo a la remoción de otros cadáveres en estado de descomposición, el paso de dos acequias que inundaban el lugar y formaban pantanos, así como el abandono de las calles y la falta de higiene en las moradas de los habitantes pobres e ignorantes³⁸. Sorprende que no se le diera seguimiento al desarrollo de la enfermedad, ya que no aparece más información al respecto, lo que manifiesta que fue una situación muy localizada, en una comunidad que había sido un pueblo de indios hasta el último tercio del siglo XIX.

³⁷ Dirección General de Estadística, *Anuario Estadístico 1918*, Imprenta Nacional, 1919, 10

³⁸ *La Prensa Libre*, San José, 4 Octubre, 1918, 4

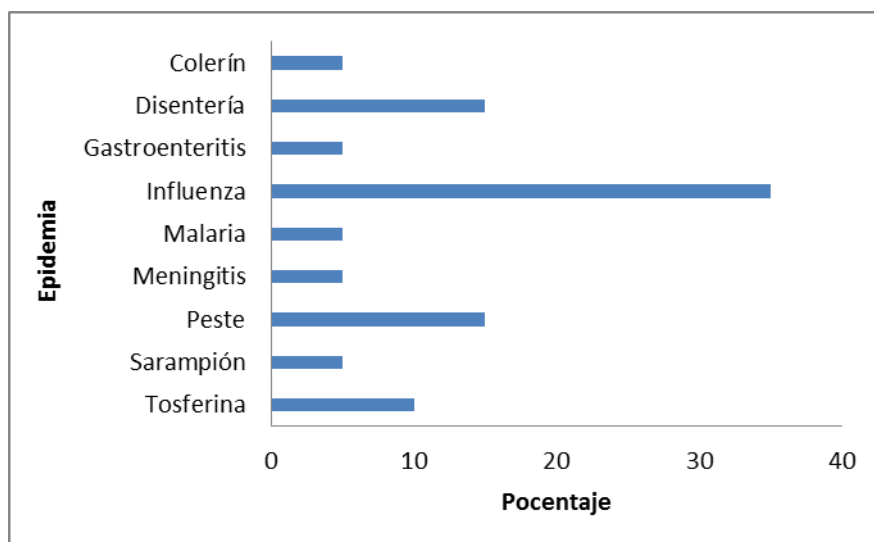


Gráfico 3. Distribución porcentual de las epidemias en la década de 1910³⁹

¿Qué elementos del contexto explican esa coyuntura? Eso se intentará explicar en el siguiente apartado.

La crisis de la economía agroexportadora, las repercusiones de la Primera Guerra Mundial y la dictadura Tinoquista (1914-1919)

En los inicios del siglo XX, la producción agrícola, con algunas excepciones, se caracterizaba por el uso de técnicas agrícolas de bajo rendimiento y poca productividad. En consecuencia, una tarea fundamental era la modernización agrícola, cuyos primeros pasos fueron promovidos por la Sociedad Nacional de Agricultura (1903) y el Estado⁴⁰. No obstante, este proceso se interrumpió producto de la crisis del comercio exterior, derivada de la Primera Guerra Mundial, como consecuencia del cierre de los principales mercados de exportación.

La problemática del mercado internacional, finalmente, fue resuelta de forma favorable para los exportadores de café, el principal producto de exportación, ya que los Estados Unidos se transformaron en el principal comprador

³⁹ Fuente: Botey Sobrado, Ana María. "Un siglo de epidemias en Costa Rica (1850- 1950)." *Cartago, base de datos*, 2014.

⁴⁰ León Sáenz, Jorge, *Historia económica de Costa Rica en el siglo XX*, vol. 2, Universidad de Costa Rica, IICE. CIHAC, 2012

del producto⁴¹. Aunque al paralizarse las importaciones, especialmente las inglesas y alemanas, el financiamiento del Estado evidenció una profunda crisis, puesto que sus principales ingresos se originaban en los impuestos de aduana a las importaciones y los provenientes de la Fábrica Nacional de Licores. En 1913, las rentas del Estado consistieron en 9.612.234 millones de colones, en 1914 bajaron a 8.601.690 y para 1915 descendieron a 6.334.445'50 millones de colones. Es importante considerar, para medir la magnitud del problema, que el poder adquisitivo del colón también había bajado⁴².

Se produjo también una crisis de subsistencias, o sea de escasez de los productos de primera necesidad de la población, entre los que se encontraban el arroz, el maíz, los frijoles, las hortalizas, la caña de azúcar y otros de producción manufacturera o industrial, algunas veces importados, como las velas, el azúcar, el café, la sal, el almidón, el tabaco, el jabón, los fósforos, la manteca, entre otros. El volumen de la producción de subsistencias sufrió una contracción que provocó altibajos en la oferta y en los precios, lo que aunado a la inflación, la existencia de monopolios, oligopolios y el acaparamiento en la comercialización, contribuyó a la malnutrición y al empobrecimiento de la población⁴³.

La guerra mundial también implicó la contracción del crédito externo para comerciantes y productores, por ende, una escasez de letras y medio circulante, así como el alza en el cambio internacional, lo que originó un aumento en los precios de los bienes importados. Los grandes cafetaleros, por el ambiente de inseguridad que producía la guerra, mantenían los dólares obtenidos por las ventas de café en los Estados Unidos. En consecuencia, los bancos privados carecieron de divisas y optaron por una devaluación permanente de la moneda, para obtener más colones, con la misma reserva de divisas. La inflación y las fluctuaciones en el tipo de cambio pasaron a ser la nota dominante y la escasez de letras para el arreglo de los créditos externos, originó la exportación de moneda de oro y su retiro.

La gravedad de la situación y los problemas de financiamiento de los agricultores, condujeron al gobierno reformista de Alfredo González Flores (1914-1917) a solicitar facultades extraordinarias al Congreso para legislar en asuntos

⁴¹ Román Trigo, Ana Cecilia, "El comercio exterior de Costa Rica 1883-1930", Tesis licenciatura en Historia, Universidad de Costa Rica, 1978, 256

⁴² Barrantes Emanuel et al, *Las subsistencias en una coyuntura de crisis. Producción, consumo y nivel de vida*, Costa Rica, 1905-1925, Editorial de la Universidad de Costa Rica, 2012, 71

⁴³ Barrantes, Emmanuel et al, *Las subsistencias en una coyuntura de crisis*, 3-15

económicos, financieros y de orden público, a fin de contrarrestar cualquier crisis en las instituciones de crédito, el comercio y la agricultura. Asimismo, impulsó dos proyectos estratégicos: el establecimiento del primer banco estatal (1914) y una profunda reforma tributaria que estableció los impuestos directos a la propiedad y la riqueza (1915)⁴⁴. El gobernante consideraba el sistema tributario costarricense “*anticuado, irracional y profundamente inmoral por lo injusto*”⁴⁵.

La administración González Flores, pese a las dificultades económicas y las limitaciones para la acción del Estado, realizó importantes esfuerzos en el campo de la salud. Se emprendió una “*campana decidida contra la mortalidad infantil*”⁴⁶. El gobierno propuso una estrategia orientada a estrechar la relación entre la Escuela - el magisterio- y las políticas o iniciativas de salud. Se hicieron importantes esfuerzos por prestar atención a la salubridad de las escuelas y a la alimentación de los niños desvalidos con la creación de comedores escolares⁴⁷, así como por aumentar el número de medicaturas de pueblo, que ascendieron a 40 pese a las limitaciones presupuestarias. Se intentó impulsar la educación popular higiénica, mediante la redacción de volantes y hojas sueltas, la realización de conferencias y la acción enérgica de la policía de higiene. Asimismo, deseaba poder garantizar los medicamentos de las familias pobres, establecer maternidades en todas las villas y remunerar debidamente una enfermera profesional en cada distrito. Tareas que se encontraban en manos de las municipalidades y no pasaban de ser una quimera⁴⁸.

En esa línea, aprovechó el arribo de la Fundación Rockefeller a Costa Rica, en 1914, con el propósito de combatir la anquilostomiasis y promover la centralización e institucionalización de la salud, ya que coincidían en esos objetivos. La lucha contra la anquilostomiasis, mediante campañas, se había iniciado desde 1908. La Fundación planteó nuevas formas de enfrentar las dificultades e invertir los pocos recursos. Su director, el Dr. Louis Schapiro, conquistó rápidamente el

⁴⁴ Oconitrillo García, Eduardo; *Alfredo González Flores: estadista incomprendido*, EUNED, San José, 1980; Villalobos Vega, Bernardo, *Alfredo González Flores Política de Seguros y de Banca 1910-1917*, Editorial Costa Rica, San José, 1982 y Fallas Monge, Carlos Luis; *Alfredo González Flores*, Ministerio de Cultura Juventud y Deportes, Departamento de Publicaciones, 1976.

⁴⁵ González Flores, Alfredo, “Mensaje al Congreso”, 8 de mayo de 1915, en: Cañas, Alberto, *Su Pensamiento*, Editorial Costa Rica, 1980, 44.

⁴⁶ Mensaje del primer designado en ejercicio de la presidencia de la República el Lic. Alfredo González Flores, presentado al Congreso Constitucional el 8 de mayo de 1914, Meléndez, Carlos (compilador). *Mensajes Presidenciales*. Años 1906- 1916, Tomo IV, San José, 1983, 193.

⁴⁷ Mensaje del primer designado a la presidencia de la República Lic. Alfredo González Flores presentado al Congreso Constitucional el 1 de mayo de 1915, 200.

⁴⁸ Mensaje del primer designado a la presidencia de la República Lic. Alfredo González Flores, presentado al Congreso Constitucional el 1 de mayo de 1916, 271.

reconocimiento de las autoridades y de la elitista comunidad médica y fue clave en el impulso de proyectos de salud⁴⁹.

Lamentablemente, los sectores afectados con las nuevas leyes e instituciones, que no fueron capaces de impedir la aprobación de estos proyectos en el Congreso, se sirvieron de los militares para promover un golpe de Estado, el 27 de enero de 1917. Federico Tinoco, artífice del golpe, intentó darle legitimidad al régimen convocando a una Asamblea Constituyente que promulgó la Constitución de 1917 y organizó unas elecciones donde figuró como candidato único, pero no fue reconocido diplomáticamente por el presidente Wilson de los Estados Unidos, quien buscaba estabilizar la región, contra la opinión del Departamento de Estado, que lo consideraba un amigo leal.

El aislamiento financiero y diplomático, aunado al mal manejo de la economía y del fisco por parte del gobierno tinoquista, tornó la situación caótica, pese al apoyo económico prestado por Minor Keith, uno de los principales accionistas de la United Fruit Company. El gobierno realizó grandes emisiones de papel moneda sin respaldo, por medio del banco estatal, provocando una inflación inmanejable, la devaluación de la moneda y un creciente aumento en el costo de la vida. Los empleados públicos no recibieron sus salarios durante varios meses y la incertidumbre se tornó el rasgo dominante.

La dictadura significó un retroceso en los avances institucionales en el campo de la salud entre 1917 y 1919. La construcción de cañerías y obras de infraestructura se paralizó, así como la de excusados higiénicos⁵⁰. Shapiro sufrió momentos sumamente críticos, debido a la usurpación de las rentas de las instituciones de beneficencia, la eliminación de las medicaturas de pueblo y la ausencia de recursos para las campañas contra las enfermedades parasitarias y la malaria.

La pérdida de apoyo al régimen, incluso por parte de miembros de los sectores poderosos, fortaleció las acciones represivas por parte del gobierno para garantizar el control de la situación. Finalmente, el régimen fue derrotado por una importante oposición política y militar que movilizó a amplios sectores de la

⁴⁹ Palmer, Steven, "Cansancio" y Nación: el combate precoz de los salubristas costarricenses contra la anquilostomiasis", *Salud Colectiva*, Buenos Aires, 5, 3, septiembre- diciembre, 2009, 403-412," Malavassi, Ana Paulina, "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 en Historia, Sistema de Estudios de Posgrado, Universidad de Costa Rica, 2011

⁵⁰ Mensaje de Federico Tinoco Granados, presentado al Congreso Constitucional el 1 de mayo de 1919, Meléndez, Carlos (compilador), *Mensajes Presidenciales*, Años 1918- 1928, Tomo V. San José, 1985, 32.

población, a partir de junio de 1919, donde tuvieron un papel protagónico los grupos artesanales obreros, el magisterio y los estudiantes. El 2 de setiembre de 1919, se estableció un gobierno provisional y se convocó a elecciones libres⁵¹. La epidemia de influenza de febrero, marzo, abril y mayo de 1920, se presentó estando en funciones el gobierno provisional de Francisco Aguilar Barquero.

La dimensión cultural de la salud

La pobreza, los pésimos hábitos alimenticios, el consumo de agua contaminada y la ausencia de hábitos higiénicos entre la población eran elementos que jugaban en contra de la salud de las personas. La mayoría de los pueblos de Costa Rica carecían de cañerías de hierro que condujeran el agua a sus casas, por consiguiente, muchos habitantes consumían aguas y alimentos contaminados y se propagaban muchas enfermedades por esa vía, especialmente en las localidades donde existían beneficios húmedos de café. Para obtener agua limpia se acostumbraba, especialmente en las casas de mayores recursos, filtrarla por medio de una pila de piedra esponjosa. En la mayoría de los caseríos rurales, las personas habitaban cerca de los ríos para obtener agua, mediante el acarreo manual, para las diferentes necesidades. El lavado de ropas y del cuerpo se realizaba en los ríos. Los ríos eran los receptores de todo tipo de desechos y aguas⁵².

Por otra parte, las cañerías padecían de muchos problemas constructivos, ya que se edificaban con poco presupuesto y en condiciones técnicas deficientes⁵³. Paralelamente, se carecía de cloacas en casi todos los pueblos, en la capital y cabeceras de provincia apenas se iniciaba su construcción, por lo que, hasta ese momento, las aguas negras recibieron alguna atención⁵⁴.

Los informes de los médicos de pueblo, que se encuentran en las *Memorias de Gobernación*, revelan la mala situación de las viviendas, la falta de aseo de las personas y las habitaciones, la ausencia de luz y aire por la falta de ventanas. Los servicios sanitarios no eran de uso habitual, especialmente en las áreas rurales, acababa de establecerse la obligatoriedad de construir letrinas (1915) en las

⁵¹ Murillo, Hugo, *Génesis y caída de un régimen*, EUNED, 1981.

⁵² Lachner Sandoval, Vicente, "Apuntes de higiene pública 1800-1900", *Revista de Costa Rica en el siglo XIX*, Imprenta Nacional, San José, 1902, 209-210

⁵³ Botey Sobrado, Ana María, "La construcción de cañerías una política de salud del Estado liberal 1850-1940", Informe de investigación CIHAC, inédito.

⁵⁴ *Memoria de Gobernación 1920-1921*. Imprenta Nacional, 1922, 75

viviendas. En consecuencia, en los campos, cuando existían eran simples fosas cavadas en el suelo, donde se depositaban las materias fecales hasta que el hueco se llenaba; entonces, se procedía a cegar el excusado con tierra y a abrir otro hueco en un espacio cercano.

Las normas de higiene personal no solamente eran desconocidas para gran parte de la población, sino que eran imposibles de practicar, debido a la carencia de infraestructura y educación sanitaria⁵⁵. Es ilustrativo lo que expresaba el Dr. Segreda, médico de pueblo en 1914: "*El día que llegemos a conseguir limpieza personal, aseo en los solares y construcción de excusados científicos, habremos disminuido la mortalidad en un 50 por ciento*"⁵⁶.

La alimentación, según las fuentes disponibles, carecía de proteínas y lácteos, se consumían alimentos en mal estado, por las dificultades para conservarlos, las harinas se refinaban, los granos como el arroz y el trigo eran despojados de su cáscara, se utilizaba manteca de cerdo para cocinar y las nociones sobre la alimentación saludable eran escasas. En consecuencia, la desnutrición era común en todas las edades⁵⁷. Finalmente, otro grave problema era el pésimo servicio de recolección de basuras y de limpieza de excusados en las ciudades, que se realizaba en forma manual y rudimentaria mediante carretas; los desechos se depositaban en sitios deshabitados, provocando grandes concentraciones de moscas, portadoras de enfermedades y malos olores.

La influenza epidémica arriba a Costa Rica (1920)

Los antecedentes inmediatos de la epidemia de influenza de 1920 se encuentran localizados en 1919. Corresponden a los brotes epidémicos acaecidos en Nicoya y en puerto Limón. Nicoya, situada en la provincia de Guanacaste al norte del país, cerca del océano Pacífico, sufrió un brote epidémico de gripe a fines de enero de 1919. Según la noticia publicada, la llegada de un médico de pueblo, enviado por el gobierno, para atender la epidemia había sido muy efectiva⁵⁸. La información sobre la epidemia de influenza "*con caracteres alarmantes*" en puerto

⁵⁵ Lachner, Vicente, "Apuntes de higiene pública", 213

⁵⁶ *Memoria de Gobernación y Policía de 1914*, Imprenta Nacional, 1915, 226

⁵⁷ *Memorias de Gobernación y Policía*, de los años en estudio; Biesanz, John y Mavis, *La vida en Costa Rica*, Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes, Departamento de Publicaciones, 1975, 49-87; Pupo, Carlos, *Nuestros males. Principios sanitarios que nadie debe ignorar*, Imprenta Nacional, 1936, 185-289

⁵⁸ *La Verdad*, San José, 26 Enero, 1919, 1

Limón, el principal del país y la salida al Atlántico, en el mes de mayo, afirmaba que las medidas profilácticas ejecutadas por el Médico de Sanidad Dr. Jugo Delgado, habían contribuido a controlar la enfermedad. Para evitar la llegada de enfermos a la capital y al resto del país, se impidió la movilización de las personas que presentaran el más leve síntoma⁵⁹. Una tarea factible, ya que la única vía que comunicaba con la capital estaba constituida por un ferrocarril, con carácter de monopolio. Tres días después de haber informado, en tono precautorio, sobre el brote epidémico de 1919, el periodista hizo mofa de los asustadizos:

“antes se decía fiebre en Limón y todo mundo se santiguaba y hacía testamento. Ahora el cantar va por otro lado...Allí como en todo el país se padece de influenza corriente debido a la humedad del invierno...Sostenemos que la influenza extranjera no ha venido al país y que la de aquí, es a la tica, que los pobres pasamos levantados y trabajando y los ricos acostados, para darse taco e importancia”⁶⁰

Días previos a la aparición la influenza o gripe 'extranjera' por Costa Rica, a fines del mes de febrero de 1920, la prensa informaba sobre las restricciones impuestas a la inmigración proveniente de Panamá debido a la epidemia de influenza que azotaba ese país⁶¹, asimismo sobre los impactos de la gripe en los Estados Unidos⁶², en New York y en Chicago⁶³, y en Roma⁶⁴. En síntesis, el contexto era el de una ola epidémica de influenza de carácter mundial.

Los médicos del país debatían sobre la problemática de permitir el ingreso de cadáveres de quienes habían muerto de influenza en el extranjero. Esta discusión no concluyó cuando la Facultad de Medicina, que asumía las funciones de Colegio de Médicos y Cirujanos, por medio del Presidente de su Junta de Gobierno Dr. Luciano Beeche, comunicó que el ingreso de estos difuntos no ofrecía ningún peligro de contagio, debido a los modernos procedimientos de embalsamiento, las soluciones antisépticas, a base de formol o de arsénico, la limpieza profunda de los cuerpos y el tipo de cajas mortuorias⁶⁵. El Dr. Aniceto Montero protestó, vehementemente, puesto

⁵⁹ *La Verdad*, San José, 27 Mayo, 1919, 1

⁶⁰ *La Verdad*, San José, 31 Mayo, 1919, 1

⁶¹ *Diario de Costa Rica*, San José, 24 Enero, 1920, 2

⁶² *Diario de Costa Rica*, San José, 31 Enero, 1920, 1

⁶³ *Diario de Costa Rica*, San José, 3 Febrero, 1920, 5

⁶⁴ *Diario de Costa Rica*, San José, 14 Febrero, 1920, 1

⁶⁵ *Diario de Costa Rica*, San José, 13 y 15 Febrero, 1920, 1 y 4

que consideraba que esta pandemia era más grave que las de cólera, y no se debía minimizar ningún riesgo:

“Ya que nuestro país ha escapado a tan terrible mal mi modo de ver es que no se tolere, ni remotamente, el que por un descuido pudiera azotarnos la influenza. Yo creo que solo después de incinerados los cadáveres pudieran entrar a Costa Rica las cenizas, pero los que conocemos las vigorosas medidas profilácticas que se han dictado en Europa y los Estados Unidos no comprendemos cómo se ha dictado una medida inconsulta y peligrosísima en nuestro país y yo quiero que mi protesta quede sentada con tal motivo”⁶⁶.

Las discusiones entre los médicos no concluyeron, sin embargo, el gobierno decidió aceptar el razonamiento de la Junta de Gobierno de la Facultad de Medicina⁶⁷. Se desconoce cuántos casos se presentaron con esa solicitud. Las primeras noticias de influenza en territorio nacional aparecieron el domingo 22 de febrero, cuando se anunció: *“La influenza haciendo estragos en la provincia de Limón”*⁶⁸. El 24 de febrero, el *Diario Oficial La Gaceta*⁶⁹, con el deseo de *“comunicar de modo exacto sobre la situación sanitaria, así como para prevenir y combatir el posible peligro”*, publicó los telegramas cruzados entre las autoridades sobre los efectos de la influenza en Limón. El Dr. Antonio Facio a cargo del Hospital de Limón, propiedad de la United Fruit Company, atendió los primeros casos desde 10 días anteriores a la noticia. Su opinión era que poseían un carácter benigno. El Hospital registró el ingreso de unos 45 casos, 4 con desenlace fatal, que habían llegado con bronconeumonía y otras complicaciones, anemia avanzada, y paludismo. El Dr. Rubén Umaña, Jefe de Sanidad, y el otro médico de la ciudad, que contaba con 6.628 habitantes⁷⁰, atendió a 80 enfermos.

El informe del Dr. Umaña comentaba que la enfermedad, en la mayoría de los enfermos, *“se presentaba en forma benigna, con los síntomas habituales de dolor de cabeza y de huesos, congestión de las conjuntivas, catarro y bronquitis. En algunos casos se producía sangrado por la nariz”*. No se atrevió a afirmar si se trataba de la ‘gripe española’, aunque señalaba que *“todos los vapores que llegaban al puerto procedían de ‘puertos infestados de gripe española’, según la*

⁶⁶ *Diario de Costa Rica*, San José, 14 Febrero, 1920, p.4

⁶⁷ *Diario de Costa Rica*, San José, 20 Febrero, 1920, p. 2

⁶⁸ *Diario de Costa Rica*, San José, 22 Febrero, 1920, p. 1

⁶⁹ *Diario Oficial La Gaceta*, San José, 24 Febrero, 1920, 171-172

⁷⁰ Dirección General de Estadística, *Anuario Estadístico 1918*. Imprenta Nacional, 1919

prensa mundial, pues las patentes de sanidad americanas, o las consulares que presentaban los vapores no decían nada al respecto"⁷¹.

El Dr. Umaña no era partidario de declarar cuarentena, ya que la Facultad de Medicina, durante otras epidemias, había dispuesto atenerse a las medidas sanitarias que declaraban los gobiernos, especialmente el de Estados Unidos. Señalaba que para imponer una cuarentena había que conocer el período de incubación de la enfermedad, por lo tanto, se requería que la enfermedad se declarase en las patentes de sanidad y consulares que manejaban las embarcaciones, un asunto que no se realizaba. Además, auguraba que el establecimiento de una imposición cuarentenaria conduciría al cierre del puerto por la falta de visitación de barcos, debido a su poca importancia comercial. Agregaba que el interés sanitario, en las circunstancias del país, estaba siempre supeditado al económico. Es decir, las autoridades del puerto tenían por costumbre sobreponer los intereses económicos por encima de cualquier otro.

Juan E. Romagosa, capitán de puerto, aseguraba que existía una enorme cantidad de enfermos de influenza, pero de naturaleza benigna y la situación no era alarmante. Estaba convencido de que la influenza había hecho su aparición en el puerto desde hacía 2 años, recrudeciéndose en algunos momentos. Afirmaba que *"ninguna de las grandes naciones ha podido dominar la influenza, por haber sido infructuosas las investigaciones de los científicos"*⁷². En su opinión, la cuarentena no tenía efectividad, porque la enfermedad se encontraba en el mundo entero. En suma, no reconocía el carácter y la naturaleza de la pandemia de influenza.

El *Diario de Costa Rica*, en un afán tranquilizador, recordaba que en 1919 el Hospital de la United Fruit Company⁷³ -el único en la ciudad de Limón- había atendido 2.542 personas afectadas con gripe, o sea un tercio de los habitantes del puerto y ninguno había muerto⁷⁴. Pocos días después, se informaba que había una disminución de casos de influenza y que los nuevos no presentaban complicación, por lo que no se necesitaba la creación de un hospital auxiliar en puerto Limón. El médico de pueblo de la zona tenía la misión de atender a los enfermos pobres. La

⁷¹ *Ibid*

⁷² *Ibid*

⁷³ El Hospital de la UFCO atendía los enfermos pobres, financiados por la Junta de Caridad de Limón.

⁷⁴ *Diario de Costa Rica*, San José, 25 Febrero, 1920, 1.

entrega de medicinas era financiada por el gobierno central, por lo que la situación parecía estar bajo control⁷⁵.

Mientras tanto, en la ciudad capital, el Ministro de Gobernación Dr. Carlos María Jiménez se reunió con los médicos de la Junta Directiva de la Facultad de Medicina, organismo encargado de aconsejar en caso de epidemia, el lunes 23 de febrero, para discutir las medidas a tomar frente a la posibilidad de una epidemia de carácter nacional. La primera propuesta de la comunidad médica fue la de establecer un Consejo Superior de Salubridad⁷⁶, ya que no existía un organismo centralizador, sino que los asuntos de salud eran de la incumbencia de las municipalidades ubicadas en la cabecera de cada cantón y diversas dependencias de la Sub Secretaría de Policía: el Departamento de Ankylostomiasis, el Departamento Sanitario Escolar y las medicaturas de pueblo⁷⁷.

La iniciativa y su financiamiento fueron aprobados por el gobierno. El Consejo Superior de Salubridad fue integrado por los doctores: Luciano Beeche, presidente de la Facultad de Medicina, Carlos Durán y José María Soto, integrantes de lo más conspicuo de la elite médica. Posteriormente, el ministro Jiménez envió una circular a los gobernadores, ayuntamientos y jefes políticos para que tomaran "con mayor celo" las tradicionales medidas de combate de las epidemias, relacionadas con el cumplimiento estricto de los reglamentos de higiene, que obligaban a mantener en perfecto estado las vías y áreas públicas, la limpieza personal y de los hogares. También se les encomendaba la obligación de socorrer a las personas pobres con los medicamentos que indicara el médico de pueblo. Los gastos serían reconocidos por el gobierno⁷⁸. También se publicó una "Orden de Policía" donde se especificaban las medidas de aseo en calles, plazas, desagües, viviendas, excusados, solares, pilas, lavaderos, depósitos de agua de consumo y basuras. Se solicitaba desinfectar y blanquear con cal, mantener los animales fuera de las habitaciones y no formar depósitos de estiércol, basura, cueros sin curtir y sebo⁷⁹.

Los médicos de pueblo también recibieron instrucciones del Ministro de Gobernación en el sentido de que, a la mayor brevedad, informaran sobre los

⁷⁵ *Diario Oficial La Gaceta*, San José, 29 Febrero, 1920, 197

⁷⁶ La dictadura tinoquista, a instancias del Dr. Carlos Durán, creó un Consejo Superior de Salubridad en 1918, pero no logró integrarlo y hacerlo funcionar.

⁷⁷ *Diario de Costa Rica*, San José, 24 Febrero, 1920, 1y 4.

⁷⁸ *Diario Oficial La Gaceta*, San José, 25 Febrero, 1920, 202-203.

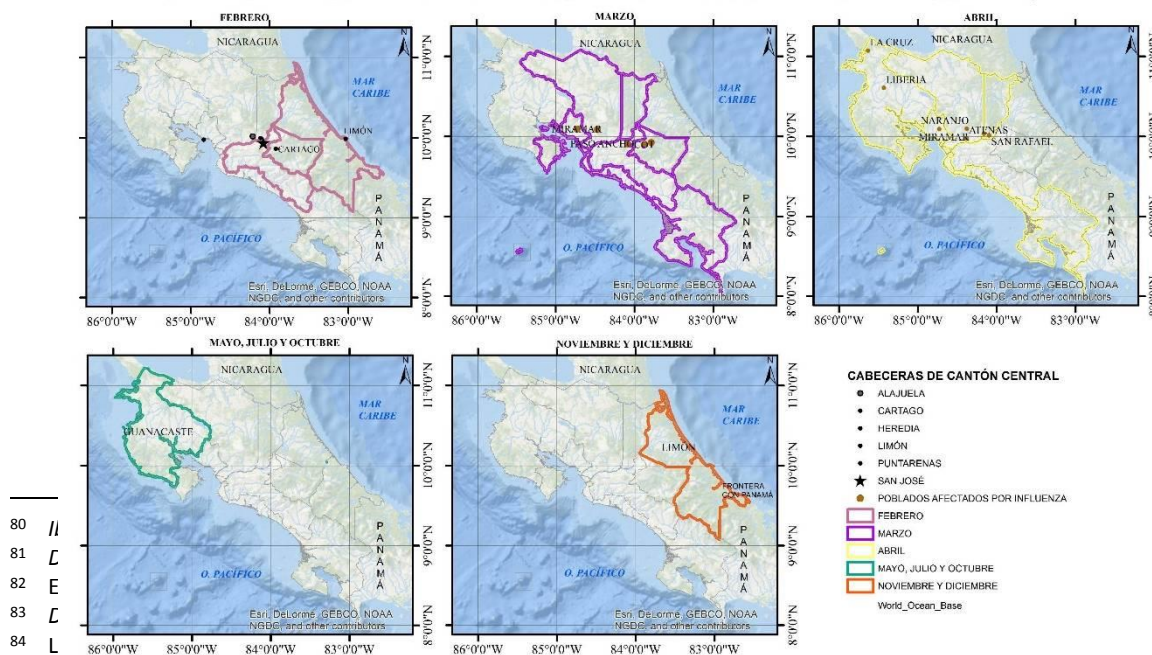
⁷⁹ *Diario Oficial La Gaceta*, San José, 2 Marzo, 1920, 202

caracteres de la influenza en sus circuitos, así como el número de casos⁸⁰. La respuesta de los médicos permite conocer la propagación de la epidemia, al menos de algunos circuitos, ya que existían muchas vacantes. Los casos de influenza siguieron la ruta del ferrocarril al Atlántico, se reportaron 82 en Turrialba, 150 en Cartago centro, y la muerte de 2 niños y una adulta mayor, posteriormente, se identificaron casos en otros cantones de la provincia. En los días posteriores, los casos se multiplicaron en todo el país, en la capital y los cantones de la provincia, en Heredia hacia el noroeste se reportaron 473 casos, así como en los cantones cercanos, al igual que en la provincia de Alajuela (ver mapa 1)⁸¹.

Las iniciativas del Consejo Superior de Salubridad

Entre las primeras iniciativas tomadas, después de emitir las instrucciones necesarias para el público con el fin de que aprendiera a reconocer la influenza, los síntomas y los tratamientos, al iniciar marzo, se estableció el cierre de teatros⁸², templos, las reuniones mayores de 10 personas, los bailes y los paseos, así como la postergación del curso lectivo que iniciaba el primer lunes de marzo. Las noticias sobre el avance de la enfermedad continuaron en todo el país⁸³. Esta medida fue criticada por diferentes sectores, entre ellos los que esperaban las compañías de operetas y zarzuelas que se presentarían en el Teatro Nacional⁸⁴.

MAPA 1: LOCALIZACIÓN MENSUAL Y PROVINCIAL DE LOS BROTES EPIDÉMICOS DE INFLUENZA EN COSTA RICA, 1920



ELABORADO POR: A. L. MORA GONZÁLEZ, JUNIO, 2016.
 PROYECCIÓN: CRTM05 DATUM: WGS84 COORDENADAS: GEGRÁFICAS
 FUENTE: ORTÍZ, E. ATLAS DIGITAL DE COSTA RICA, ITCR, 2014 Y WORLD OCEAN BASE, ARC GIS.

80 //
 81 C
 82 E
 83 C
 84 L

La Prensa consideró que el Consejo no fue enérgico con los sacerdotes que mantenían las iglesias con multitudes de personas enfermas celebrando actividades religiosas, mientras que los asistentes al teatro iban bien aseados, perfumados y vestidos⁸⁵. El Consejo tampoco pudo controlar la realización de turnos o festejos patronales en diversos lugares del país⁸⁶.

El Consejo Superior de Salubridad notificó que el país se hallaba ante una emergencia nacional el 9 de marzo⁸⁷, por lo que efectuó un llamado general para que todas las personas contribuyeran al bienestar general. En diversas oportunidades solicitó la movilización de la sociedad: maestros, médicos, farmacéuticos⁸⁸, enfermeras, voluntarios para integrar las Juntas de Sanidad y de Socorro, con el propósito de apoyar sus acciones y las de las municipalidades, a cargo de los asuntos de higiene y salubridad. El personal de salud se requería para atender los brotes epidémicos en diversos puntos del país donde no había médicos de pueblo, especialmente las enfermeras, graduadas y prácticas. Estas labores profesionales eran remuneradas⁸⁹. Un asunto importante era la distribución de alimentos, medicinas y desinfectantes -formol, creolina- y medicamentos y la autorización de farmacias para el retiro de medicamentos por parte de pacientes pobres diagnosticados por los médicos.

El gobierno, en forma paralela, consciente de que el Consejo de Salubridad, necesitaba la colaboración de los diversos grupos que integraban la sociedad y que los recursos entregados eran insuficientes, nombró una Junta Nacional de Socorros, encargada de recolectar y distribuir fondos y con la autorización para integrar juntas locales y provinciales. Las colonias extranjeras se unieron a las labores de recolección de fondos⁹⁰.

El aumento en el número de casos, unido a la deteriorada situación de las instituciones de beneficencia, tales como los hospitales, condujo al Consejo a considerar el establecimiento de un Hospital de Emergencia en una escuela de la capital y la utilización de los centros educativos como centros sanitarios. Esta medida también tuvo sus opositores, entre ellos las Juntas de Educación de las

⁸⁵ *La Prensa*, San José, 11 de marzo, 1920, 5.

⁸⁶ *Diario de Costa Rica*, San José, 13 de Marzo, 1920, 6.

⁸⁷ *Diario Oficial La Gaceta*, San José, 13 Marzo, 1920, 240.

⁸⁸ *Diario de Costa Rica*, San José, 17 Marzo, 3,

⁸⁹ *Diario de Costa Rica*, San José, 11 Marzo, 1920, 2; 18 Marzo, 2.

⁹⁰ *Diario Oficial La Gaceta*, San José, 11 Marzo, 1920, 232.

escuelas y el Departamento Sanitario Escolar⁹¹. No obstante, el magisterio de todo el país se dedicó a ayudar a los enfermos, mediante su participación en Juntas de Sanidad y Socorro, así como procurando medicinas, alimentos, cobijas y abrigos⁹². Finalmente, se abrió un hospital de emergencia en San José, que fue atendido por Anita Tristán como directora y las enfermeras Leonor de Espinosa, Marta Pacheco, Adelina Mora y Anita Cantillano⁹³.

Las acciones del Consejo fueron criticadas por algunos medios, entre ellos el diario *La Prensa*, que se hizo eco de los antagonistas; empresarios de cines y teatros, organizadores de Fiestas Patronales, voluntarios que se quejaron de la falta de recursos para atender los barrios pobres, inquilinos que se quejaban de los caseros que incumplían las instrucciones de higiene o que por haberlas cumplido pretendieron aumentar el valor de los alquileres y de la complicidad del Consejo con la iglesia Católica. *La Prensa* consideró que el *Diario de Costa Rica* y el Consejo Superior de Salubridad habían alarmado a la población más allá de lo necesario, por consiguiente, minimizaba las defunciones o encontraba errores en los casos notificados por el Consejo.

Respuestas locales de gobernadores y municipalidades

Las municipalidades de San José y los distintos cantones previnieron a los vecinos de sus obligaciones sanitarias por medio de volantes. Los funcionarios locales (autoridades municipales, médico de pueblo y policía de higiene) aunaron fuerzas para atender la epidemia casa por casa. En los informes de los médicos de pueblo se observa que su tarea fue atender y recetar los múltiples casos que se presentaron. En consecuencia, gestionaron el aumento del presupuesto de medicinas, de ordinario casi inexistente, solicitaron y entregaron cobijas y alimentos para las numerosas familias pobres. Los funcionarios municipales velaron por el cumplimiento de los reglamentos de higiene y la limpieza de los espacios públicos y privados, aumentaron el número de carretas encargadas de efectuar la recolección de las basuras, así como las cuadrillas de peones para la limpieza de las calles, desagües, etc. Se invirtió en la compra de desinfectantes y se aumentó el presupuesto para la compra de medicinas para los pobres, esta última una tarea a su cargo pero que

⁹¹ *Diario Oficial La Gaceta*, San José, 10 Marzo, 228

⁹² *Archivo Nacional de Costa Rica*, Fondo Educación, exp. 10711, 1920, fs. 1-24

⁹³ *La Prensa*, San José, 6 Abril, 1920, 5.

cumplían a medias⁹⁴. El gobierno reconoció a los municipios gran parte de los gastos, dependiendo de sus ingresos. Los niños de diferentes localidades colaboraban con la higienización, desyerbando y quemando la basura de las calles.

Algunos comentarios de los médicos, encontrados en la *Memoria de Gobernación de 1920*, sobre la epidemia son los siguientes:

"Esta peste duró tres meses y para combatirla se recurrió a la limpieza, encalada de habitaciones y aseo de desagües y solares".⁹⁵ "La causa (de la epidemia de influenza) no es posible determinarla fácilmente, pero se puede decir que vino de la capital, importada como fue por pasajeros llegados de países vecinos, en donde existía la enfermedad desde hacía algún tiempo"⁹⁶.

La epidemia se prolongó desde febrero a fines de abril, siendo marzo el más problemático, especialmente en San José, la capital. El Consejo informó, con datos incompletos, que las defunciones por influenza se elevaron a 1.200 personas en marzo⁹⁷. Una suma considerable para un país de menos de medio millón de habitantes. El Hospital de Emergencia fue cerrado el 16 de abril⁹⁸. El Ministro de Gobernación expresó:

"Acaso muy pocas veces el estado sanitario general haya atravesado una crisis tan seria como en este año: desde fines de febrero se presentó en casi todos los lugares del país, simultáneamente, la epidemia de influenza que, según los datos obtenidos, causó alrededor de 2.298 defunciones"⁹⁹.

Conclusiones

Las epidemias de esas décadas, y principalmente la epidemia de influenza, contribuyeron a situar la problemática de la salud y de la infancia en primer lugar de la agenda gubernamental. La epidemia de influenza se enfrentó con los métodos tradicionales de higiene pública y privada, perfeccionados en Francia e Inglaterra durante el siglo XIX. No obstante, sectores del gobierno y de la sociedad civil, entre ellos la Facultad de Medicina o algunos de sus integrantes, apuntaron a un asunto

⁹⁴ *Memoria de Gobernación 1919*, Imprenta Nacional 1920, 75

⁹⁵ *Memoria de Gobernación 1920*, Imprenta Nacional 1921, 88

⁹⁶ *Memoria de Gobernación 1920*, Imprenta Nacional 1921, 90

⁹⁷ *Diario Oficial La Gaceta*, San José, 1920, 299

⁹⁸ *Diario de Costa Rica*, San José, 18 Abril, 1920,4

⁹⁹ *Memoria de Gobernación 1920*, Imprenta Nacional 1921, XXII

primordial, el impulso al proceso de centralización e institucionalización de la salud, que se expresó en la conformación del Consejo Nacional de Salubridad en el contexto de la epidemia, que llevó posteriormente, a la creación de la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública en 1922¹⁰⁰, a cargo del Dr. Solón Núñez Frutos, junto a la aprobación de la Ley de Protección de la Salud Pública en 1923¹⁰¹, especie de Código Sanitario, ya que era urgente una legislación moderna y la suscripción al Código Sanitario Panamericano en 1925¹⁰².

El mejoramiento de las condiciones de salud de la infancia tomó nuevos bríos. Una de las iniciativas más importantes fue la creación de la Clínica Infantil de San José, que luego se extenderá a otras provincias, dependientes del Departamento Sanitario Escolar¹⁰³.

La epidemia dejó en evidencia la importancia de las organizaciones creadas desde la sociedad para fortalecer las iniciativas estatales, en concreto, las del Consejo Nacional de Salubridad. Los gobiernos se resistían a crear una estructura administrativa para contribuir a paliar las enormes necesidades de una población pobre y en estado vulnerable. Durante la epidemia fue de gran valor la acción del magisterio, las Juntas de Socorro, de Sanidad y las Juntas Sanitarias Patrióticas. Como consecuencia, el gobierno estableció por decreto, en julio de 1921, la continuación de las Juntas Sanitarias Patrióticas. Estas serían integradas, de preferencia, por maestros, sacerdotes y médicos de pueblo, por designación municipal, cuya tarea era velar por la higiene y llevar a la práctica las recomendaciones de la Facultad de Medicina, el Departamento de Anquilostomiasis y el Departamento Sanitario Escolar¹⁰⁴. La falta de recursos impidió su desarrollo. No obstante, algunas se transformaron en las denominadas Juntas Progresistas, cuya misión fue la organización popular comunal para solventar las necesidades más perentorias de las poblaciones, muchas de ellas relacionadas con el saneamiento.

La comunidad médica y farmacéutica contribuyó a darle una dirección positivista y científica a la epidemia. Es probable que su tarea fuera compartida con las amas de casas, conocedoras de remedios caseros y los practicantes de la

¹⁰⁰ Oficial, decreto No.1 del 12 de julio de 1922, Colección de leyes y decretos de la República.

¹⁰¹ Oficial, decreto No. 52 del 12 de marzo de 1923, Colección de leyes y decretos de la República.

¹⁰² *Archivo Nacional de Costa Rica*, Congreso 1432, 1925, s.f.

¹⁰³ Oficial, decreto No.4 del 11 de diciembre de 1920, Colección de leyes y decretos de la República.

¹⁰⁴ *Ibíd*, VI

medicina tradicional. No poseemos claridad sobre los tratamientos, aunque todo indica que las recomendaciones eran simples, mucho reposo, aspirinas, mostaza y agua con limón en grandes cantidades. Las farmacias anunciaron, profusamente, el consumo de los reconstituyentes para fortalecerse, los jarabes para la tos como el Guayacol y el suero antineumococcico mixto, no hay evidencias de que se hayan distribuido a la población.

Las instrucciones para evitar el contagio no eran tan precisas como en la actualidad, tampoco se poseía la infraestructura sanitaria para ejecutarlas. Asuntos como el frecuente lavado de manos con agua y jabón, no tocar boca, nariz y ojos con la mano, taparse la boca y la nariz cuando se estornudaba, usar pañuelos desechables, no escupir en sitios públicos eran desconocidos. Evitar aglomeraciones y concentraciones era promovido, pero las autoridades no limitaban a la iglesia Católica en sus actividades religiosas, probablemente para no irritar a los creyentes, acostumbrados a buscar un intercesor entre ellos y la divinidad frente a esas situaciones y a resolver las calamidades con procesiones y devociones. Tampoco eran tan diligentes con las diversiones públicas, las fiestas o los matrimonios, probablemente por las mismas razones.

Es interesante que la epidemia de influenza se presentara en la última oleada, lo que revela que, en ese entonces, Costa Rica era un país poco vinculado con el mundo. Otro dato interesante fue la poca agresividad de la enfermedad, en algunos lugares como las provincias de Alajuela y Guanacaste. Los médicos no hicieron observaciones sobre ese aspecto, pero en sus informes señalaban como importante el relativo aislamiento del país y de las ciudades principales, el buen clima, y es posible que contribuyera a combatir la enfermedad, una red de médicos de pueblo y de instituciones escolares que tenían décadas luchando por mejorar las condiciones higiénicas de las comunidades. Es probable que los efectos de la epidemia no fueran tan alarmantes como en otros países de América Latina, pese a la coyuntura, por las condiciones apuntadas y debido a las rápidas acciones del gobierno provisional y del Consejo Superior de Salubridad, la contratación de personal de salud y la entrega de alimentos, desinfectantes, ropas y abrigos entre la población. Una tarea en la que el Estado se dio la mano con la sociedad civil.

Fecha de recepción: 18/12/16

Aceptado para publicación: 12/06/17

Referencias Bibliográficas

- Álvarez, Adriana; et al, “A gripe de longe e de perto: comparacoes entre as pandemias de 1918 e 2009”, *História, Ciências, Saúde-Magalhães* 16, 4, Río de Janeiro, 2009. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702009000400014&lng=en&nrm=iso (Consultado el 15 de abril del 2016)
- Barrantes Emanuel et al, *Las subsistencias en una coyuntura de crisis. Producción, consumo y nivel de vida*, Costa Rica, 1905-1925, Editorial de la Universidad de Costa Rica, 2012.
- Betrán Moya, José Luis, *Historia de las Epidemias en España y sus colonias (1348-1919)*, La Esfera de los Libros, Madrid, 2006.
- Biesanz, John y Mavis, *La vida en Costa Rica*, Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes, Departamento de Publicaciones, 1975.
- Botey Sobrado, Ana María, “La construcción de cañerías una política de salud del Estado liberal 1850-1940”, Informe de investigación CIHAC, inédito.
- Carbonetti, Adrián; Rivero, María Dolores; Herrero, Belén. “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*, Buenos Aires, 13, 2014 <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/astrolabio/article/view/9030/10717> (Consultado el 15 de abril del 2016)
- Cueto, Marcos, *El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo XX*, Lima, Instituto de Estudios Peruanos, 1997.
- Cuenya, Miguel Ángel, “México ante la pandemia de influenza de 1918: encuentros y desencuentros en torno a una política sanitaria”, *Astrolabio*, Buenos Aires, 13, 2014 <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/astrolabio/article/view/9031/10718> (Consultado el 14 de abril del 2016)
- Dirección General de Estadística y Censos, *Censo de Población 1927*, Imprenta Nacional, 1928.
- Dirección General de Estadística, *Anuario estadístico 1916*, Imprenta Nacional, 1918 .
- Dirección General de Estadística, *Anuario Estadístico 1918*, Imprenta Nacional, 1919.
- Dirección General de Estadística, *Anuario Estadísticos 1910, 1911, 1912, 1915, 1916, 1918, 1919, 1920, 1921-1940* Imprenta Nacional (<http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/anuarioocr> Consultados en el año 2014)
- Erkoreka, Anton, “Origins of the Spanish Influenza pandemic (1918-1920) and its relation to the First World War”, *Journal of Molecular and Genetic Medicine*, 3, 2, december, 2009, 190-194 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2805838/> (Consultado el 15 de junio de 2017)
- Fallas Monge, Carlos Luis; *Alfredo González Flores*, Ministerio de Cultura Juventud y Deportes, Departamento de Publicaciones, 1976.

- González García, Alberto, “Avances y Tendencias en el estudio de la pandemia de gripe de 1918-1919”, *Vínculos de Historia*, Castilla la Mancha, 2, 2003 <http://www.vinculosdehistoria.com/numeros-completos/vdh2r.pdf> (Consultado el 20 de mayo del 2016)
- Hayami Akira, *The Influenza Pandemic in Japan, 1918-1920. The First World War Between Humankind and Virus*, International Research Center for Japanese Studies, First English edition, Tokyo, 2015, 10-12.
- Langford, Christopher, “Did the 1918-19 Influenza Pandemic originated in China”, *Population and Development Review*, 31,3, September 2005, 473-505 <http://www.jstor.org/stable/pdf/3401475.pdf?refreqid=excelsior%3A6650ba056464509614f972f358e45761> (consultado el 15 de junio del 2017)
- León Sáenz, Jorge, *Historia económica de Costa Rica en el siglo XX*, vol. 2, Universidad de Costa Rica, IICE. CIHAC, 2012.
- Löwy, Ilana, “The Social History of Medicine: “Beyond the Local”, *Social History of Medicine* Vol 20, 3, 2007, 475. <https://access.oxfordjournals.org/oup/login/forgotPassword.do?command=view> (Consultado el 15 de abril del 2016)
- Malavassi, Ana Paulina, “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 en Historia, Sistema de Estudios de Posgrado, Universidad de Costa Rica, 2011.
- Martínez Martín, Abel Fernando; Meléndez Álvarez, Bernardo; Manrique Corredor Javier, “La Junta Central de Higiene otra de las víctimas de la pandemia de gripe de 1918-1919”, *Astrolabio*, Buenos Aires, 13, 2014 <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/astrolabio/article/view/8672/10715> (Consultado el 15 de abril del 2016)
- Meléndez, Carlos (compilador), *Mensajes Presidenciales*. Años 1906- 1916, Tomo IV, San José, 1983.
- Meléndez, Carlos (compilador), *Mensajes Presidenciales*, Años 1918- 1928, Tomo V. San José, 1985, 32.
- Memorias de Gobernación y Policía 1914,1916, 1917,1920 y 1921*, Imprenta Nacional, San José.
- Oconitrillo García, Eduardo; *Alfredo González Flores: estadista incomprendido*, EUNED, San José, 1980.
- Pérez Brignoli, “Notas sobre el descenso de la mortalidad en Costa Rica (1866-1973)”, *Séptimo Seminario Nacional de Demografía*, San José, 1979.
- Pérez Brignoli, Héctor, *La población de Costa Rica 1750-2000, Una historia experimental*, Editorial de la Universidad de Costa Rica, San José, 2010.
- Pupo, Carlos, *Nuestros males. Principios sanitarios que nadie debe ignorar*, Imprenta Nacional, 1936.

Robles, Arodys, “Patrones de población de Costa Rica, 1860-1930, Avances de Investigación No. 14, Centro de Investigaciones Históricas, 1986.

Román Trigo, Ana Cecilia, “El comercio exterior de Costa Rica 1883-1930”, Tesis licenciatura en Historia, Universidad de Costa Rica, 1978.

Villalobos Vega, Bernardo, *Alfredo González Flores Política de Seguros y de Banca 1910-1917*, Editorial Costa Rica, San José, 1982.