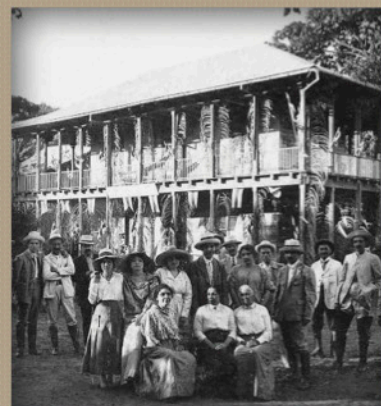


# HISTORIA DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN AMÉRICA CENTRAL

UNA VISIÓN INTERDISCIPLINARIA  
SIGLOS XVIII-XXI

*Ronny J. Viales Hurtado y David Díaz Arias*  
Editores



**HISTORIA DE LAS  
DESIGUALDADES SOCIALES  
EN AMÉRICA CENTRAL**

UNA VISIÓN INTERDISCIPLINARIA.  
SIGLOS XVIII-XXI

# HISTORIA DE LAS DESIGUALDADES SOCIALES EN AMÉRICA CENTRAL

UNA VISIÓN INTERDISCIPLINARIA.  
SIGLOS XVIII-XXI

*Ronny J. Viales Hurtado*

*David Díaz Arias*

*Editores*



**CIHAC**



339.46

H673h

Historia de las desigualdades sociales en América Central. Una visión interdisciplinaria, siglos XVIII-XXI. R. J. Viales H., y D. G. Díaz A., editores. 1. ed. – San José, Costa Rica.- Vicerrectoría de Investigación: Centro de Investigaciones Históricas de América Central, 2016.

654 p.; fotografías, mapas, gráficos b/n.

25.5 x 18 cm.

Impreso en SIEDIN.

Colección Nueva Historia Contemporánea de Centroamérica.

ISBN 978-9968-919-24-1

1. Historia-Centroamérica. 2. Desigualdad económica. 3. Política social. 4. Desarrollo agrario. 5. Grupos de poder. 6. Recursos naturales. 7. Pobreza. 8. Exclusión social. 9. Viales Hurtado, Ronny José, editor. 10. Díaz Arias, David Gustavo, editor. I. Título. II. Colección.

Revisión filológica: Isabel Jara Quesada y Amanda Vargas Corrales.

Diagramación: Cindy Chaves Uribe.

Corrección de pruebas: los autores.

Fotografías de portada: Izquierda: Iglesia de Bagaces. Álbum Gira Presidencial al Guanacaste. Manuel Gómez Miralles. Colección CIHAC. Centro: Grupo en Filadelfia. Álbum Gira Presidencial al Guanacaste. Manuel Gómez Miralles. Colección CIHAC. Derecha: El Presidente con su familia y comitiva. Álbum Gira Presidencial al Guanacaste. Manuel Gómez Miralles. Colección CIHAC.

Prohibida la reproducción total o parcial. Todos los derechos reservados. Hecho el depósito de ley.

*Al Dr. Juan José Marín Hernández, investigador, profesor, colega y amigo entrañable.*

*¡Por la vida!*



Colección Nueva Historia Contemporánea de Centroamérica  
del Centro de Investigaciones en América Central (CIHAC).

**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 Iowa

Dra. Christine Hatzky,  
Leibniz Universität Hannover

Dr. Jeffrey L. Gould,  
Indiana University

Dr. Lowell Gudmundson,  
Mount Holyoke College

Dra. Montserrat Llonch,  
Universidad Autònoma 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,  
Southern Connecticut State University

Dr. Justin Wolfe,  
Tulane University

# CONTENIDO

## PRÓLOGO ..... XI

*Victoria Marina Velásquez de Avilés*

## PRESENTACIÓN

Hacia una historia de las desigualdades sociales en América Central con visión interdisciplinaria ..... XIII

*Ronny J. Viales Hurtado*  
*David Díaz Arias*

## I PARTE

### DESIGUALDADES SOCIOECONÓMICAS

#### CAPÍTULO UNO

Una aproximación a las desigualdades de la vida agraria colonial en Centroamérica.

Los cabildos de indios y sus informes contables: Sonsonate, 1785 - 1788 ..... 3

*Sajid Alfredo Herrera Mena*

#### CAPÍTULO DOS

Desigualdades sociales y fiscales en El Salvador a mediados del siglo XIX. Una aproximación ..... 24

*Antonio Acosta Rodríguez*

#### CAPÍTULO TRES

Conflictos agrarios y trabajo agrícola en Costa Rica y Guatemala.

Una interpretación comparativa a partir de la legislación agraria (1870 - 1900) ..... 50

*Adriana Sánchez Lovell*

#### CAPÍTULO CUATRO

Estadísticas y trayectoria histórica de la desigualdad y la exclusión social y económica

en Costa Rica, 1864 - 1950. Propuesta de un índice histórico de desigualdad ..... 69

*Francisco Delgado Jiménez*  
*Ronny J. Viales Hurtado*

## CAPÍTULO CINCO

Desigualdades socioeconómicas regionales en Costa Rica. Una visión de trayectoria. 1870 - 2000 ..... 88

*Ronny J. Viales Hurtado*  
*Francisco Delgado Jiménez*

## CAPÍTULO SEIS

Desigualdad y recursos forestales: una tipología de los conflictos ambientales en Costa Rica, 1882 - 1955 ..... 109

*Anthony Goebel Mc Dermott*

## CAPÍTULO SIETE

Modernización en Penonomé a inicios del siglo XX.  
Un estudio de caso de las desigualdades regionales en Panamá ..... 139

*Félix Chirú Barrios*

## CAPÍTULO OCHO

Desarrollo Rural Territorial: ¿El mejor recurso para resolver las problemáticas de las poblaciones rurales costarricenses? Análisis del período 1990 - 2014 ..... 158

*Edgar Eduardo Blanco Obando*

## CAPÍTULO NUEVE

Fotografía de la Familia: ¿Quiénes son y cómo son los Grupos de Poder Económico en Costa Rica? 1948 - 2014 ..... 173

*Francisco Robles Rivera*

# II PARTE

## DESIGUALDADES SOCIOPOLÍTICAS

### CAPÍTULO DIEZ

"Sociedad imaginada": el ideario político de la integración excluyente en Centroamérica, 1821 - 1870 ..... 197

*David Díaz Arias*  
*Ronny J. Viales Hurtado*

### CAPÍTULO ONCE

¿Libertad e igualdad? Mujer, propiedad y otras relaciones sociales en Costa Rica (1800 a 1850) ..... 219

*Ana Lorena González Valverde*

### CAPÍTULO DOCE

Desigualdad social y ciudadanía: Nicaragua en el marco de la Constitución de 1858 ..... 242

*Hugo Vargas González*



## CAPÍTULO TRECE

- El Padrón de Población del Municipio de Santa Ana (El Salvador) de 1879.  
Desigualdades socioeconómicas y una crítica a su posible implicación político-electoral ..... 259  
*Jorge Juárez Ávila*

## CAPÍTULO CATORCE

- 'En uso de las facultades de que está investido'. El estado de sitio en Honduras, 1890 - 1956 ..... 275  
*Kevin Coleman*

## CAPÍTULO QUINCE

- La construcción histórica de Municipios marginales en la Guatemala cafetalera. 1825 - 2001 ..... 305  
*Rosa Torras Conangla*

## CAPÍTULO DIECISÉIS

- Clase media y desarrollo desigual en Costa Rica, 1890 - 1930 ..... 323  
*George I. García Quesada*

## CAPÍTULO DIECISIETE

- Between the Forest and the Trees: Subaltern Ambivalence, Revolutionary Misunderstanding  
and the Struggle for Social Justice in 20<sup>th</sup> century Central America (Memoirs of a researcher) ..... 346  
*Jeffrey L. Gould*

## CAPÍTULO DIECIOCHO

- 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 ..... 354  
*Ana Paulina Malavassi Aguilar*

## CAPÍTULO DIECINUEVE

- La configuración de la política social en Costa Rica durante el reformismo neoliberal. 1984 - 2014 ..... 379  
*Carlos León Ureña*

## CAPÍTULO VEINTE

- Estado y Sociedad en Guatemala: inclusión - exclusión de los pueblos indígenas, 1984 - 2014 ..... 399  
*Carmen Salguero Rodas*

## III PARTE

### DESIGUALDADES SOCIOCULTURALES

#### CAPÍTULO VEINTIUNO

- El Salvador: Los conflictos sociales y la violencia desde el poder (1890 - 1922).  
Una visión desde el *Diario Oficial* ..... 419  
*Juan José Marín Hernández*

## CAPÍTULO VEINTIDÓS

Estado, Nacionalidad y Raza: políticas de restricción migratoria en Costa Rica (1896 – 1942) ..... 441

*Antonio Jara Vargas*

## CAPÍTULO VEINTITRÉS

Emilia Prieto: una precursora de la disidencia de identidad respecto del discurso cultural dominante en Costa Rica, entre 1925 -1945 ..... 465

*Claudia Mandel Katz*

## CAPÍTULO VEINTICUATRO

“¿Y dónde cree usted que podemos los pobres conseguir casa?” Condiciones de vivienda, especulación y crecimiento urbano en el cantón central de San José, Costa Rica. 1953-1970 ..... 484

*Carlos Daniel Izquierdo Vázquez*

## CAPÍTULO VEINTICINCO

Género y desigualdad laboral en Costa Rica entre 1927 y 1984 ..... 514

*Florence Mérienne*

## CAPÍTULO VEINTISÉIS

La(s) desigualdad(es) local(es) a través de los ojos de la sociabilidad rural: el caso de La Fortuna de San Carlos (Costa Rica) durante la segunda mitad del siglo XX ..... 540

*Lissy Marcela Villalobos Cubero*

## CAPÍTULO VEINTISIETE

“Go and Teach All”: Dependency Theory in Practice at the University of San Carlos, 1965-1981 ..... 557

*Heather Vrana*

## CAPÍTULO VEINTIOCHO

Convivencia, relaciones intersubjetivas y desigualdad social en la narrativa centroamericana y caribeña. 1970-2002 ..... 579

*Ruth Cubillo Paniagua*

## CAPÍTULO VEINTINUEVE

Historia de un viraje: la “Neutralidad Perpetua”, la administración Monge Álvarez y la desigual construcción de la opinión pública en Costa Rica, 1982-1986 ..... 591

*David Díaz Arias*

## CAPÍTULO TREINTA

Putas, invisibles e incurables: categorías identitarias emergentes, resistencia y emancipación en Costa Rica a inicios del siglo XXI ..... 612

*Gabriela Arguedas Ramírez*

ÁCERCA DE LOS AUTORES ..... 627

## CAPÍTULO DIECIOCHO

### 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<sup>1</sup>

*Ana Paulina Malavassi Aguilar*

*“Porque yo sé la historia de la polio, porque... lo he dicho y lo he escrito todo... eso fue lo que hizo que la población de Costa Rica aceptara las vacunas”.*

Dra. Emilia María León Vargas

#### Introducción

Costa Rica es un país mundialmente conocido por sus elevadas tasas de cobertura vacunal, gracias tanto a las políticas estatales de universalización de la vacunación, como a la amplia aceptación de la población de dichas políticas.<sup>2</sup> Desde hace varias décadas, la mayoría de los padres de familia se han acostumbrado a seguir los esquemas vacunales oficiales sin protestar, lo cual refleja un fuerte y temprano involucramiento de la sociedad civil en materia de prevención; sin embargo, en años muy recientes se han presentado algunas voces disonantes en la sociedad costarricense, típicas de los temores generados por los grupos anti-vacunas, basados en la supuesta relación del timerosal y el autismo, pero han tenido poco eco.<sup>3</sup>

Por lo anterior, el objetivo de este capítulo es hacer una caracterización general sobre las campañas de vacunación destinadas a combatir diversas enfermedades infectocontagiosas en Costa Rica entre 1950 y 2000, a fin de conocer los factores que coadyuvaron en la introducción de esas vacunas, así como las situaciones que se presentaron en el proceso de afianzamiento de su aplicación.

---

1 Este trabajo es resultado del proyecto de investigación 806-B3-169 “Análisis de los programas de vacunación infantil desarrollados entre 1950 y 1972 en Costa Rica enfatizando en las campañas desplegadas en el periódico *La Nación*”, inscrito en el Centro de Investigaciones Históricas de América Central (CIHAC) de la Universidad de Costa Rica (UCR).

2 UNICEF, CCSS, INEC, *Análisis del módulo de inmunización infantil. Encuesta nacional de hogares 2010. Informe final* (San José: UNICEF, 2011).

3 Cuando es menester, la Ley de Salud Pública se aplica para evitar posibles epidemias. Ana Morice, “Movimientos antivacunas y salud pública,” en *La Nación* (sitio web), 26 de febrero de 2010, [http://www.nacion.com/ln\\_ee/2010/febrero/26/opinion2281608.html/](http://www.nacion.com/ln_ee/2010/febrero/26/opinion2281608.html/)

Se inicia en 1950, después de la Guerra Civil de 1948, cuando el país empezó un proceso de cambio en sus estructuras sociales y económicas, destacando una mayor inversión en el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, así como la promoción de un limitado modelo de sustitución de importaciones. Para lograr esos avances, el Estado asumió un rol de interventor y empresario; ayudó a generar nuevos empleos; fortaleció los servicios estatales, en materia de salud, banca y educación; fomentó la inversión de capital foráneo; promovió la educación técnica, para dotar al país de mano de obra calificada; fomentó el desarrollo de una clase media con fuertes aspiraciones políticas y de ascenso social,<sup>4</sup> y diversificó la producción agrícola y ganadera.<sup>5</sup>

Dentro de las políticas sociales del Estado interventor, se fortalecieron los programas de salud comunitaria, rural y preventiva; se promovieron los programas de vacunación masiva; se sistematizaron las campañas para erradicar o controlar las epidemias y las pandemias; se intensificó la dotación de agua potable a la población, y se promovieron los programas de alcantarillado y letrización.<sup>6</sup> Como parte de los logros de esas políticas públicas, la esperanza de vida se incrementó, pasando de 65,6 años, en 1963, a 72,6 en 1980; en tanto que la mortalidad infantil se fue reduciendo de forma considerable.<sup>7</sup>

Todo lo anterior, sin embargo, se logró a costa de un fuerte endeudamiento externo, dependencia de la inversión extranjera y una mayor concentración de la población en las zonas aledañas a la ciudad capital. Luego, vino la crisis del Estado interventor en la década de 1980 y su contrapartida, la reforma estructural, que en el campo de la salud generó devastadoras consecuencias, tales como el incremento de los tiempos de espera para obtener una cita médica, la reaparición de enfermedades erradicadas, el incremento de las tasas de morbilidad de las enfermedades que ya estaban controladas, el deterioro de las finanzas de la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), así como el ascenso de la prestación de servicios médicos privados.<sup>8</sup>

Se finaliza en el 2000, una fecha de reflexión sobre el desarrollo del Programa de Ampliado de Inmunización en el país, así como de deliberación sobre el rumbo que el programa debería tomar en el futuro, dado que la cobertura de inmunización anual dejaba por fuera al 20% de los recién nacidos, siendo aceptable, pero lejana a la meta de alcanzar niveles de erradicación.<sup>9</sup> Rumbo que, valga indicar, en sus inicios marcó una amplia brecha entre el sistema de vacunación público y el privado,<sup>10</sup> tema que podría ser insumo para otro estudio por la gran discusión que se generó en la prensa.

---

4 Nota de los editores: para profundizar sobre los orígenes y las representaciones de la “clase media” en Costa Rica, puede consultarse el capítulo que George I. García Quesada publicó en este libro.

5 Manuel Barahona Montero, “El desarrollo económico” y “El desarrollo social,” en *Costa Rica contemporánea: raíces del estado de la nación*, Coord. Juan Rafael Quesada Camacho (San José: EUCR, 1999).

6 Omar Gómez Vega, *Salud pública y políticas nacionales de salud en Costa Rica* (San José: EUNED, 2003).

7 Luis Rosero, “Determinantes del descenso de la mortalidad infantil en Costa Rica,” *Boletín de La Oficina Sanitaria Panamericana* (noviembre 1985).

8 Carmelo Mesa Lago, *Desarrollo social, reforma del Estado y de la seguridad social, al umbral del siglo XXI* (Chile: CEPAL, 2000).

9 UNICEF, UCR, *Segundo estado de los derechos de la niñez y la adolescencia en Costa Rica* (San José: UNICEF, 2001).

10 Adriano Arguedas, “Vacunación en Costa Rica,” en *La Nación* (sitio web), 24 de setiembre de 2005, [http://www.nacion.com/l\\_n\\_ee/2005/septiembre/24/opinion6.html/](http://www.nacion.com/l_n_ee/2005/septiembre/24/opinion6.html/)

En síntesis, el trabajo se organiza en tres secciones. En la primera se examina una serie de aspectos relacionados con la introducción de diferentes vacunas en Costa Rica entre la década de 1950 y el 2000. En la segunda se discute, un poco en conjunto, ese universo de las vacunas, relacionándolo con una serie de aspectos que influyeron en su cabal aplicación. Se cierra con una pequeña conclusión.

Los insumos para efectuar esta investigación, que tiene un carácter básicamente documental, han salido, en particular, de las *Memorias de la Salud*, la fuente más prolija en información sobre el tema. Para tratar de tener una visión de conjunto, así como datos complementarios, también se recurrió a las fuentes orales, donde el testimonio de la Dra. María Luisa Ávila, exministra de Salud, fue muy importante para lograr amarrar una perspectiva global sobre el proceso analizado; asimismo, se entrevistó a la Dra. Emilia María León, exfuncionaria del Ministerio de Salud y con un vasto conocimiento sobre la política pública en materia de vacunación.

## Introducción de las vacunas en Costa Rica

La búsqueda de una solución frente a las enfermedades infecciosas ha sido un desvelo del ser humano. Es así como a lo largo del tiempo, por medio de la observación o de la experimentación, se han ido descubriendo las vacunas. Corresponde al médico británico Edward Jenner el descubrimiento de la primera vacuna antivariólica en 1796, introducida al Imperio Español por medio de la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna encabezada por los médicos Francisco Xavier Balmis y José Salvany.<sup>11</sup> La expedición nunca llega a Costa Rica, a pesar de que su arribo estaba previsto para 1804, por lo cual el Gobernador Tomás de Acosta hace los arreglos necesarios para conseguir la linfa vacunal en Guatemala, pero se dan diversos problemas que dificultan mantener la cadena de portadores; entre ellas, la gran cantidad de tiempo que medía entre cada “campana” de inoculación, quedando muchos infantes sin protección; de ahí las epidemias que se presentaron a lo largo del siglo XIX.<sup>12</sup> La vacunación sistemática en el país, no solo contra la viruela, sino, también, contra otras enfermedades infecto-contagiosas, inicia en la década de 1950, su revisión es lo que procede.

## Difteria, Tosferina y Tétanos (DPT)

En un principio, la vacuna contra la difteria se aplicaba solamente a los familiares de los enfermos y de las personas con quienes habían estado en contacto; tal como sucedió en 1954 en la Escuela Ramírez Aguilar, cuando se reportó un caso de difteria, procediéndose “a vacunar los contactos, y al mismo tiempo aprovechamos esa oportunidad para realizar la investigación

---

11 Susana María Ramírez Martín, “El legado de la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna (1803-1810): las juntas de vacuna,” *Asclepio* LVI, no. 1 (2004). “Bicentenario de la ‘Real Expedición Filantrópica de la Vacuna,’” *Medicina militar* 60, no. 2 (2004). Antonio Campos Muñoz, “La Real Expedición Filantrópica de la Vacuna. El legado de un sueño,” *Revista digital Real Academia Hispano Americana de Ciencias, Artes y Letras*, no. 4 (2014).

12 Vicente Lachner Sandoval, “Apuntes de higiene pública. Organismos, institutos y profesiones en relación con este ramo. 1800-1900,” en *Revista de Costa Rica en el siglo XIX* (San José: Tipografía Nacional, 1902).

con la prueba de Shick a la totalidad de dicha escuela”.<sup>13</sup> Sirva aclarar que la prueba de Shick se utiliza para medir la susceptibilidad de la persona a la difteria.<sup>14</sup>

Sin embargo, en 1950, el Dr. Hurtado Peña, Director de Epidemiología, manifestaba su interés por aplicar la vacuna a una mayor cantidad de personas, a fin de evitar “los frecuentes casos esporádicos que se presentan; algunos de ellos, por la distancia o por la intoxicación rápida de ellos mismos, ingresan al Hospital en estado preagónico”.<sup>15</sup> Si había frecuencia en la cantidad de casos, obviamente los mismos no podían ser esporádicos. Pero en ese año, según la misma fuente, apenas se vacunaron 7.581 personas contra la difteria, cifra realmente simbólica, que explica por qué había pacientes que llegaban en estado preagónico al hospital, aunque para ese año apenas se reportaron 18 muertes causadas por la fiebre tifoidea.

En todo caso, la política del Ministerio no era tan clara, puesto que Arnoldo Castro Jenkins, Director del Laboratorio Bacteriológico, en el mismo año y en la fuente ya citada, apostaba por vacunar contra la difteria solamente a quienes hubieran dado positivo en la aplicación de la prueba de Schick, lo que demuestra, tal vez, no un descuido hacia las necesidades sanitarias de la población, sino la necesidad de ahorrar recursos en una época cuando las vacunas apenas se estaban introduciendo.

Cuatro años después, el Dr. Esteban López, Jefe de la Sección Sanitaria Escolar, advertía sobre “la necesidad de emprender seriamente una inmunización activa en los futuros años de los niños que entran a primer grado y al Kindergarten”;<sup>16</sup> esto denota que conciencia existía, lo que no existía eran el presupuesto y la logística adecuadas para enfrentar tal inversión. Así que, si bien en 1956 se logró inmunizar a 4.224 infantes de primer grado, la población privilegiada fue la de las provincias vallecentralinas, porque Puntarenas, Limón y Guanacaste quedaron sin cobertura vacunal.<sup>17</sup>

Con todo, las autoridades sanitarias trataron de ponerle freno a la diseminación de una enfermedad propia de las condiciones de hacinamiento e higiene deficiente, negándole la entrega de la “tarjeta de salud” a “los portadores de bacilos diftéricos hasta que hubiesen esterilizado su garganta”,<sup>18</sup> que tiene mucho sentido si se considera que se trata de una enfermedad viral que puede ser mortal y que, fácilmente, se transmite por las gotitas emanadas cuando se tose o se estornuda.

Para 1954, en plena crisis sanitaria generada por la poliomiélitis en Costa Rica, las autoridades sanitarias tuvieron un respiro gracias a la reducción de la tosferina, que no fue atribuida a razones de tipo casual, sino a la campaña de vacunación emprendida ese año, que también redundó en la reducción de la difteria y del tétanos, pero con menos gloria, sobre todo, de la última, ya que la morbilidad y la mortalidad siguieron siendo altas.<sup>19</sup> Con el paso del tiempo, los casos de tosferina fueron en descenso y en 1996 apenas se presentaron 20, de los que “muy posiblemente muchos (...) son síndromes tosferinosos de otra etiología”.<sup>20</sup>

---

13 Memoria de Salud, 1954.

14 John Ingraham y Catherine Ingraham, *Introducción a la microbiología* (Barcelona: Editorial Reverté, S.A., 1998).

15 Memoria de Salud, 1950.

16 Memoria de Salud, 1954.

17 Memoria de Salud, 1956.

18 Memoria de Salud, 1955.

19 Memoria de Salud, 1954.

20 Memoria de Salud, 1996.

Evidentemente, las alertas sanitarias, favorecidas por los brotes epidémicos, de manera inexorable, propiciaban el desarrollo de campañas de vacunación en el área afectada, tal como ocurrió en 1959, cuando hubo que vacunar contra la difteria en “algunas localidades del Área Metropolitana, y al mismo tiempo se dió orden de intensificar en las Unidades Sanitarias la vacunación”.<sup>21</sup>

La preocupación por poner freno a una enfermedad altamente infecciosa y letalmente mortífera favoreció a que, en 1964, el Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud se pusiera como meta: “En un plazo de tres años vacunar por lo menos el 70% de la población entre 2 meses y 6 años de edad”;<sup>22</sup> pero en 1966 aún no se había logrado cumplir con la meta debido a “la poca cooperación e interés del público”, atribuible no solo a los padres de familia, sino que, también, se denunciaba, sin señalar nombres ni mucho menos entrar en detalles, a “la indolencia y la falta de cooperación e interés de algunos estimables colegas, directores de Unidades Sanitarias”;<sup>23</sup> esta denuncia podría asumirse como muy grave si se toma en cuenta que las unidades sanitarias eran instituciones privilegiadas para la vacunación, tanto por las vacunas que se aplicaban, como por las campañas casa por casa que periódicamente emprendían; dicho sea de paso, esto último sucedía en las zonas de más difícil acceso geográfico.

En 1970 se introdujo la vacunación antitetánica para las embarazadas, con el obvio objetivo de prevenir el desarrollo de la enfermedad en los recién nacidos. Cuatro años más tarde, el beneficio fue extendido a todas las mujeres en edad fértil. En la misma fecha se declaró la obligatoriedad de la vacuna contra el tétanos para los escolares.

Para 1980, la vacunación antitetánica había rendido sus frutos con creces, ya que “se logró alcanzar la meta propuesta en el Plan Decenal de la Salud de las Américas de 0,5 de mortalidad por 100.000 habitantes”,<sup>24</sup> lo cual empoderó a las autoridades para tratar de llevar a cero la mortalidad tetánica en recién nacidos, meta que se logró en 1988, cuando no se registraron más casos de tétanos neonatal; aunque en el mundo adulto la bacteria siguió atacando y cobrando vidas, de manera esporádica, pero no de forma pronunciada.

En materia de disminución de tétanos neonatal, las vacunas no se llevan todas las palmas, porque también influye el aumento de los partos hospitalarios, ya que, como señalaba un pediatra en 1972, un importante factor que incide en el desarrollo del tétanos neonatal es atribuible “a los malos manejos en los partos, que son realizados por gentes sin ninguna preparación y que los llevan a cabo en pésimas condiciones de higiene en el domicilio del paciente”, demostrándose, en un estudio realizado por dicho profesional, que de 9 casos de tétanos neonatal, 8 fueron domiciliarios y solamente uno hospitalario;<sup>25</sup> esto pone en tela de juicio las condiciones de asepsia mantenidas por las comadronas o en las casas de los recién nacidos.

La lucha contra la difteria rindió sus frutos a partir de 1974, cuando se reportaron los últimos casos, gracias a la utilización de las vacunas DPT, introducida en 1950, y DT, en 1970.

---

21 Memoria de Salud, 1959.

22 Memoria de Salud, 1964.

23 Memoria de Salud, 1966.

24 Memoria de Salud, 1980.

25 Epifanio Fuentes García, “Tétanos y su tratamiento con Diazepán,” *Revista Médica de Costa Rica* XXXIX, no. 436 (1972): 211-215.

## Fiebre amarilla

El último caso de fiebre amarilla selvática reportado en el país es de 1953.<sup>26</sup> Por lo tanto, no es de extrañar que para ese año apenas se vacunara a 16.225 personas, privilegiando “las zonas del país que no se habían visitado”,<sup>27</sup> con lo cual se completó la inmunización en todo el territorio nacional. A partir de entonces, la vacuna dejó de aplicarse, y desde el 2007 es obligatoria solamente para los viajeros procedentes de una serie de países donde circula el virus;<sup>28</sup> sin embargo, la posibilidad de reinfección es elevada, dado que la enfermedad es transmitida por el mosquito *Aedes aegypti*, transmisor del dengue, enfermedad endémica en el país desde la década de 1990.<sup>29</sup>

## Hepatitis

La aplicación de la vacuna contra la Hepatitis B es muy reciente en el país, pues apenas se inició en 1995, gracias a un donativo de la compañía farmacéutica *SmithKline Beecham* de 240.000 dosis, para luego adquirirla “mediante un programa que comenzará con países amigos”,<sup>30</sup> pero ninguna vacuna es de fácil introducción, esta no fue la excepción, máxime cuando los problemas de registro continuaban dándose, a los que habría que sumar los “problemas en el manejo de la distribución de la vacuna”.<sup>31</sup> Con todo, en 1997 se advertía que “el impacto de este programa no se verá sino hasta que estos niños lleguen a su vida sexualmente activa”, dado que la principal vía de transmisión de la enfermedad es la sexual.<sup>32</sup> Sin embargo, estos resultados trascienden el período de estudio.

## Influenza

Los reportes de casos de influenza aparecen constantemente en las *Memorias de Salud*; por ejemplo, en 1950 las enfermeras escolares atendieron 2.340 afectados. Las epidemias también aparecen con alguna frecuencia, como la de 1955 que aquejó, en particular, a las dos provincias portuarias, Limón y Puntarenas, reportándose 1.950 casos y 107 defunciones.<sup>33</sup>

En 1957, el Ministerio de Salud tuvo mucho trabajo, debido a una nueva epidemia, esta vez de influenza asiática, que inició en Hong Kong y Singapur y que afectó a 12.056 costarricenses, causando el deceso de 403. Para mitigarla, fue necesaria la emisión de gran cantidad

---

26 Leonardo Marranghello, “El control de las enfermedades prevenibles por vacunación en Costa Rica,” *Acta Pediátrica* 7 (1994).

27 Memoria de Salud, 1953.

28 Alonso Mata, “Costa Rica pedirá a visitantes vacuna contra fiebre amarilla,” en *La Nación* (sitio web), 21 de noviembre de 2007, [http://www.nacion.com/ln\\_ee/2007/noviembre/21/pais1323427.html/](http://www.nacion.com/ln_ee/2007/noviembre/21/pais1323427.html/)

29 Marvin Yglesias Rosales, Andrea Rodríguez González y Manuel Rojas Montero, “Fiebre amarilla: un peligro latente,” *Acta Médica Costarricense* 47, no. 3 (julio 2005).

30 María Isabel Solís, “Plan procura prevenir el cáncer hepático,” en *La Nación* (sitio web), 19 de agosto de 1995, [http://www.nacion.com/nacional/salud-publica/hepatitis\\_B\\_0\\_1358264417.html/](http://www.nacion.com/nacional/salud-publica/hepatitis_B_0_1358264417.html/)

31 Memoria de Salud, 1996.

32 Memoria de Salud, 1997.

33 Memoria de Salud, 1950 y 1955.



de material escrito repartido en escuelas, colegios y comunidades; paralelamente, se instó a los médicos a reportar los casos que atendieran; de hecho, el 30% de los casos fue considerado severo por los médicos, y la población más afectada fueron niños, adolescentes y adultos jóvenes.<sup>34</sup>

Frente a tal escenario, el conocimiento sobre la pandemia permitió a las autoridades sanitarias tomar las previsiones requeridas en los puntos de entrada al país, a fin de tratar de mitigar el impacto que tendría, pero, sobre todo, ayudó a que las autoridades sanitarias se organizaran frente a una amenaza impostergable.

La introducción de la vacuna contra la influenza estacional corresponde al año 2004, por lo que trasciende el período bajo estudio, cuya población meta son ciertos grupos de riesgo, esto es, niños y adultos mayores con patologías asociadas.<sup>35</sup>

## Meningitis

En 1997 se decidió introducir la vacuna contra la meningitis por *Haemophilus influenzae* tipo b, para emplearla en la población nacida en 1998, gracias a una donación de *SmithKline Beecham*. Un beneficio derivado de la vacuna es su incidencia sobre otras patologías, tales como “la otitis, la epiglotitis, neumonías y pericarditis entre otras de la misma etiología”. Otro aspecto positivo ha sido “la reducción de muertes de menores de un año”.<sup>36</sup>

## Paperas

La vacuna contra esta enfermedad se introdujo en 1987, utilizando la vacuna triple viral Sarampión-Rubéola-Paperas. La aplicación de esta vacuna parece ser exitosa, dado que para 1996 se afirma, por parte de la administración del Dr. Edgar Mohs, entonces Ministro de Salud, que “el impacto del programa de vacunación es evidente, tanto que la incidencia está disminuyendo cada año”.<sup>37</sup>

Pese a lo anterior, en 1997, tras un seguimiento de tres años, se denunció un elevado sobre-registro, puesto que se estaban incluyendo “otras patologías como adenitis, infecciones periodontales, etc. que son diagnosticadas como parotiditis. Por otra parte se ha encontrado una tendencia creciente en los últimos años a la presentación de Parotiditis pos vacunal, sobre todo después de las campañas”.<sup>38</sup>

---

34 Memoria de Salud, 1957.

35 MS, CCSS, INCIENSA, *Lineamientos para la vacunación contra la influenza en grupos de riesgo en Costa Rica* (San José: MS, CCSS, INCIENSA, 2004).

36 Memoria de Salud, 2000.

37 Memoria de Salud, 1996.

38 Memoria de Salud, 1997.

## Poliomielitis

*“Por primera vez en los últimos 50 años, en el país no se presentó ningún caso de poliomiélitis”.*

Memoria de Salud, 1974.

La introducción de la vacuna contra la poliomiélitis se dio de forma muy temprana en Costa Rica, tanto por la presión de algunos padres de familia como por el interés de las autoridades sanitarias. En ese sentido, la epidemia de poliomiélitis de 1954 es emblemática en la historia sanitaria de Costa Rica, ya que reportó 1.081 casos y generó 159 defunciones, convirtiéndose en el detonante para la promoción de la inmunización sistemática en el país.

Sin embargo, esta enfermedad no se presenta por primera vez en 1954, ya que se trata de un mal que esporádicamente afectaba a la población, y del cual existen registros a partir de 1941. Pero desde 1950, la poliomiélitis empezó a generar una mayor cantidad de casos, lo que obligó a las autoridades sanitarias a vigilar a los viajeros procedentes del exterior, principalmente de Panamá, mas sin necesidad de establecer cuarentenas.

En realidad, la política de vigilancia de los puertos y de las fronteras en nada contribuyó para prevenir el desarrollo de la epidemia de 1954. Otras medidas fueron igual de inefectivas, como el rociado de las casas con diferentes insecticidas para matar las moscas y otros insectos caseros, porque la epidemia inició en los barrios populares al sur de la ciudad capital, caracterizados por “abigarrados conjuntos de viviendas de escaso sentido de la higiene (...) [donde] no faltan lugares a los que se les abastece de agua por medio de camiones-tanques que transportan a diario el elemento”.<sup>39</sup> Todo esto demuestra, por una parte, lo endeble del conocimiento que se tenía para la época sobre las vías de transmisión de dicho padecimiento; por otra parte, la política pública en materia de prevención de enfermedades se devela como sumamente limitada, porque el hacinamiento urbano y la falta de agua potable domiciliar son ideales para el desarrollo de las enfermedades transmisibles.

En este contexto, la actividad de las autoridades sanitarias se organizó en dos frentes, uno destinado a educar a la población en el manejo de la enfermedad, y el otro “se dirigió hacia la atención del paciente en el período agudo y en la etapa siguiente en la que aparecen las secuelas musculares del padecimiento”.<sup>40</sup>

En materia de educación y ante la gran incertidumbre que imperaba entre los padres de familia, lo más que se pudo hacer fue dar charlas a los progenitores y a los maestros, así como generar “publicaciones, recomendaciones, avisos, cuñas periodísticas, propaganda impresa, recopilación de datos para presentar a la Asamblea Legislativa, fotografías, uso de unidades Móviles con altoparlantes, etc.”.<sup>41</sup>

El país no estaba realmente preparado para enfrentar las secuelas de la enfermedad; por ello, fue necesario traer técnicos extranjeros para que prepararan a los cuadros profesionales que se encargarían de la rehabilitación de la población afectada, así como becar a algunos nacionales para que fueran a prepararse al exterior.

En medio de la crisis se estableció un centro de rehabilitación para niños, llamada *La Casa Verde*, que, con todas sus limitaciones, ayudó a mitigar las múltiples alteraciones musculares

39 Memoria de Salud, 1955.

40 Memoria de Salud, 1954.

41 Memoria de Salud, 1955.

sufridas por la población afectada por la epidemia. Aquí fue fundamental el trabajo conjunto del Estado, la sociedad civil y la empresa privada.<sup>42</sup>

Gracias a la prensa escrita, que dio cuenta del desarrollo de una vacuna en los Estados Unidos, y a la consecuente presión de los padres de familia, las autoridades sanitarias elevaron a conocimiento del Congreso de la República un proyecto de ley para autorizar la compra de cien mil dosis de vacuna. Fue así como a partir de setiembre de 1955 se aplicó la vacuna inyectable de virus inactivado desarrollada por Salk a 150 niños con edades comprendidas entre los cuatro meses y los 7 años, con la esperanza de “extender este beneficio al resto de la población infantil lo más pronto que las posibilidades lo permitan”.<sup>43</sup>

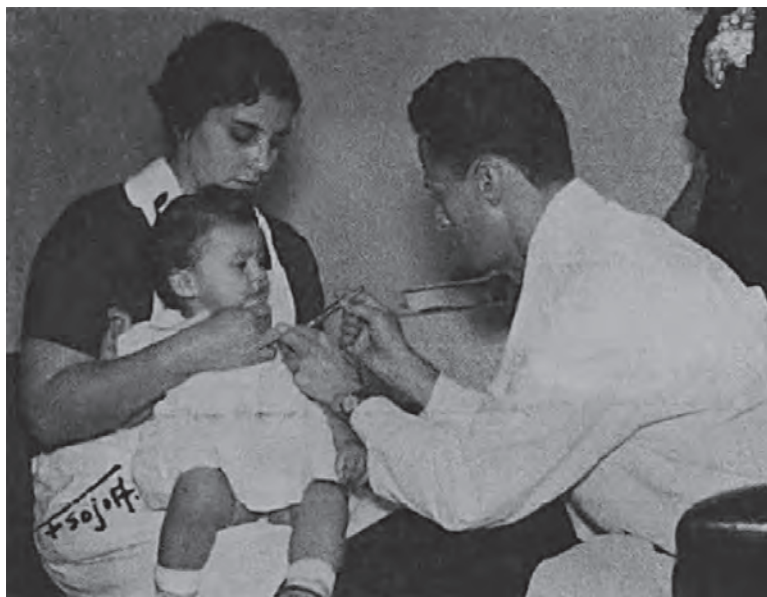


Imagen N.º 1. Dr. Rodrigo Jiménez, Director del Departamento de Epidemiología, aplicando las primeras vacunas contra la poliomielitis a niños costarricenses. **Fuente.** Memoria de Salud, 1956.

La vacunación masiva representó una fuerte presión para el Ministerio, dado lo reducido del personal de enfermería y la cantidad de actividades que se organizaron para concientizar a los padres sobre la necesidad de vacunar a sus hijos.

La labor educativa desplegada por el Ministerio de Salud fue intensa y abarcó todos los medios de divulgación conocidos para la época. Los materiales escritos, tales como hojas sueltas, folletos, cartelones y avisos, sirvieron para enterar a los padres sobre los lugares, días y horas de vacunación. Los educadores también estuvieron en la mira de las campañas de vacunación,

42 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 la Costa Rica del siglo XX: cinco aproximaciones*, Coord. David Díaz Arias (San José: Editorial Nuevas Perspectivas, 2012).

43 Memoria de Salud, 1955.

dada la visión que de ellos tenía el Ministerio como punto de enlace entre la salud pública y los padres de familia.



Imagen N.º 2. Enfermeras preparando el equipo para vacunar a la población infantil contra la poliomielitis. **Fuente.** Memoria de Salud, 1956.



Imagen N.º 3. Médico del Departamento de Epidemiología del Ministerio de Salud en una charla para padres de familia destinada a explicarles los beneficios de la vacuna como medio de prevención contra la Polio. **Fuente.** Memoria de Salud, 1956.

La prensa escrita, pero sobre todo la radio, el medio de comunicación más popular y accesible para la época, fueron vitales en esas labores de divulgación. En la prensa se publicaron diversos avisos, y en *La Nación*, el periódico de mayor circulación de entonces, se destinaron cuatro números del *Suplemento de Puericultura*, una publicación quincenal patrocinada por el Ministerio, para promover las bondades de la vacuna. En la radio se publicitaron anuncios

y hasta hubo programas con la presencia de funcionarios del Ministerio, cuyo propósito era evacuar las dudas de los padres de familia sobre la poliomielitis, en general, y la seguridad de la vacuna Salk, en particular.

En las zonas de mayor concentración de población se desplegaron campañas informativas desde vehículos equipados con altoparlantes. La coordinación con las autoridades políticas y los líderes de cada comunidad fue vital para dar a conocer el programa de vacunación y organizar actividades con los padres. Los cines fueron esenciales para difundir material audiovisual, que se proyectaba antes y después de las películas. La Iglesia católica, la Iglesia protestante, la Cruz Roja, la Policía y las Unidades Sanitarias fueron instituciones trascendentes para el programa de vacunación. Hasta la empresa privada colaboró con las autoridades sanitarias, tal fue el caso de la *United Fruit Company*, que tenía claros intereses en la zona sur del país y ayudó para que sus empleados llevaran a sus hijos a vacunar. Por su parte, la empresa El Gallito regaló dulces para “calmar los nervios de los pequeños vacunados”.<sup>44</sup>

Los elevados costos de todo este programa de educación y concientización se cubrieron gracias a una partida de dinero brindada por el Servicio Cooperativo Interamericano de Salubridad Pública, que también contribuyó con el pago de los viáticos para los vacunadores. El costo de la compra de las vacunas corrió por cuenta del Ministerio.

Fue en 1959, por medio de un acuerdo firmado con la Organización Mundial de la Salud (OMS), que se introdujo la vacuna oral de virus vivos atenuados, y desarrollada por Sabin. El cambio se hizo con la plena certeza de que, por medio de la inmunización oral, se lograría controlar la poliomielitis en Costa Rica; por eso, se empezó a dar mucha importancia a los estudios inmunológicos relacionados con el uso de la vacuna, para lo cual se suscribieron acuerdos con los laboratorios de Virus de Cali, en Colombia, Maru, de Panamá y *Pearl River* en New York, a los



Imagen N.º 4. El Dr. Antonio Peña Chavarría, Director del Hospital San Juan de Dios, aplica la vacuna oral Sabin contra la poliomielitis a los hijos del Dr. José Manuel Quirce Morales, Ministro de Salud, como forma de demostrar al grueso de la población la seguridad de la nueva vacuna. **Fuente.** Memoria de Salud, 1959.

44 Memoria de Salud, 1956.

que se les encargó el análisis de las muestras de suero sanguíneo tomadas antes y después de la vacunación, en diferentes lugares del país y a poblaciones de diversos perfiles socioeconómicos.

La considerable disminución de los casos de poliomielitis, a causa de la inmunización, implicó que para 1964 el Ministerio se pusiera como meta “la erradicación total de esta enfermedad en nuestro medio”.<sup>45</sup> Los pocos casos de polio que se siguieron dando aparecieron en infantes no vacunados o que no habían recibido las tres dosis de rigor.

La posibilidad de aplicar la vacuna de forma oral agilizó muchísimo el proceso de inmunización, fue por ello que en 1967 la meta de 200.000 vacunaciones se rebasó con creces lográndose aplicar 302.378 inoculaciones. Suponemos que un factor trascendental fue la ayuda brindada por la fundación estadounidense Hermanos para los Hermanos.<sup>46</sup> A partir de entonces, el Ministerio empezó a realizar controles anuales para corroborar que, efectivamente, no habían aparecido casos nuevos de poliomielitis o de parálisis flácida aguda no traumática, en menores de 15 años, a fin de que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) emitiera la certificación de erradicación.

La añorada certificación llegó hasta 1994, cuando fue posible cumplir con todos los requisitos impuestos por la Comisión Internacional Certificadora de Erradicación de la Poliomielitis (CICEP), a fin de demostrar que, en los últimos tres años, no se habían presentado casos de poliomielitis salvaje en Costa Rica, llevándose la aplicación de la vacuna oral todas las palmas.<sup>47</sup>

Sin embargo, vacunar no es todo, porque la certificación va de la mano con el constante proceso de vigilancia epidemiológica, con el propósito de evitar la reintroducción de la infección, erradicada del continente desde 1994, pero vuelta a aparecer en el 2000 en Haití y República Dominicana, siendo la respuesta local la “revacunación masiva en niños menores de cinco años en el segundo semestre del 2001, junto con la Jornada de Sarampión”.<sup>48</sup>

## Rubéola

La vacuna contra esta enfermedad fue descubierta en 1969 y se aplicó, por primera vez, en Costa Rica en 1972. Los resultados fueron positivos, presentándose algunos brotes epidémicos, en especial, entre personas no vacunadas y también vacunadas. Lo último, por ejemplo, sucedió en 1997, cuando de 32 casos reportados se descubrió que el 66% contaba con cobertura vacunal, lo cual “nos puede hacer pensar en un sobre diagnóstico de rubéola”.<sup>49</sup> Un año después, los casos presentados en la Meseta Central fueron atribuidos “a una inmunización inadecuada”.<sup>50</sup>

Tras la alerta sanitaria generada por el sarampión, en las décadas de 1980 y 1990, y las dificultades con el control de la rubéola, a partir de diciembre de 2000, se decidió introducir la vacunación contra el sarampión y la rubeola (SR) en una población muy específica, las mujeres en estado de posparto; asimismo, se resolvió convocar a una campaña nacional de vacunación para mayo de 2001.

---

45 Memoria de Salud, 1964.

46 “Diputado invitado por fundación”, *La Nación*, 17 de setiembre de 1970: 116.

47 Memoria de Salud, 1996.

48 Memoria de Salud, 2000.

49 Memoria de Salud, 1997.

50 Memoria de Salud, 1998.



La idea de esta última medida era atacar de frente el Síndrome de Rubeola Congénita, porque si bien la rubeola es una enfermedad de baja mortalidad y morbilidad, se torna muy problemática cuando es contraída por “una mujer embarazada antes de la semana once de la gestación [ya que] produce una afectación fetal de un 90%, causa aborto espontáneo, crecimiento intrauterino restringido, muerte fetal”.<sup>51</sup> De sobrevivir, la criatura puede desarrollar el Síndrome de Rubeola Congénita “caracterizado por sordera, enfermedad cardíaca de origen congénito, microcefalia, trastornos visuales variados, retardo mental”.<sup>52</sup>

Al cierre del período de estudio, el Ministerio de Salud tomó la decisión de “desarrollar un Plan para controlar la rubéola, eliminar la rubéola congénita y fortalecer la erradicación del sarampión”. Todo con el auspicio de la OPS y del Centro de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC). El plan se asumió como “de vanguardia en América Latina”, a la vez, se señalaba que existía “gran interés de organismos internacionales y de otros países en esta experiencia, dado que en general es escasa a nivel mundial”.<sup>53</sup>

## Sarampión

La introducción de la vacuna contra esta enfermedad, altamente contagiosa y transmitida por un virus, empezó a discutirse desde 1966 en el Ministerio de Salud, el detalle es que no pudo implementarse un programa, tal como se deseaba, “por falta de contenido económico”. No obstante, la donación de 1.000 dosis por *Merck, Sharpe & Dohme* y de 100 por *Pitman Moore*, permitió vacunar a algunos infantes.<sup>54</sup>

Un año después parece que los problemas para la compra de la vacuna se solventaron, porque se reportó su aplicación, pero sin señalar la cantidad exacta de dosis aplicadas, puesto que “se vacunaron contra el sarampión y la viruela un total de 193.443 niños de 9 meses a 6 años”.<sup>55</sup> Hurgando en las fuentes, más adelante nos damos cuenta de que en 1967 fue factible aplicar la vacuna gracias, nuevamente, a una donación, esta vez procedente de los *Hermanos de los Hermanos*, una fundación estadounidense que hacia 1970 había invertido en el país “millón y medio de dólares en vacunas, instrumental médico y servicios de sus voluntarios médicos”.<sup>56</sup>

Dicha fundación donó “cien mil dosis, las cuales se aplicaron a 200.000 niños de 9 meses a 4 años. Esto indica que las cien mil dosis iniciales fueron divididas, y aplicándose la mitad o la tercera parte de las dosis recomendadas”.<sup>57</sup> Fue hasta 1973, cuando la vacuna se pudo introducir de forma permanente al esquema de vacunación vigente, combinándose su aplicación con la vacuna contra la rubeola.

En 1978 se presentó un brote epidémico de sarampión que afectó, principalmente, al Valle Central, poniendo en tela de juicio el triunfalismo de las autoridades sanitarias con respecto a

51 Leonor Zapata, “Prevención y eliminación del síndrome de rubéola congénita,” *Revista de Obstetricia y ginecología* 66, no. 3 (1996): 191-194. [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=s0048-77322006000300010&script=sci\\_arttext/](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=s0048-77322006000300010&script=sci_arttext/)

52 Zapata, “Prevención y eliminación del síndrome de rubéola congénita”.

53 Memoria de Salud, 2000.

54 Memoria de Salud, 1966.

55 Memoria de Salud, 1967.

56 “Diputado invitado por fundación,” *La Nación*, 17 de setiembre de 1970: 116.

57 Memoria de Salud, 1991.

las políticas de contención de las enfermedades infecciosas prevenibles por vacunación, debido a una deficitaria cobertura de vacunación sobre la infección en cuestión, en particular, en los menores de un año que fueron los más afectados.<sup>58</sup> En 1986, las autoridades sanitarias volvieron a lamentar el incremento de los casos de sarampión, lo cual, a todas luces, denotaba “fallas en el programa de Inmunizaciones”.<sup>59</sup> Fallas, en alguna medida, debidas a las rupturas en la cadena de frío y a la falta de aplicación de las dosis de refuerzo; sobre la primera falla volveremos más adelante, en tanto que la segunda dejaba entrever problemas de comunicación entre el sistema sanitario y los cuidadores de los infantes.<sup>60</sup>

Para estas fechas, la vacunación se realizaba, fundamentalmente, por medio de los Centros de Salud del Ministerio y en algunos de los establecimientos de la Caja Costarricense de Seguro Social, sin descartar las visitas a las casas que se realizaban por parte de los Técnicos de Atención Primaria (TAP) del Ministerio de Salud. Frente a la crisis fue necesario reforzar esta última vía, a fin de llegar a la mayor cantidad posible de susceptibles. Dadas las circunstancias de crisis en la región centroamericana, que generó un importante flujo de refugiados hacia territorio costarricense, también fue necesario llegar hasta los “campamentos de refugiados”.<sup>61</sup> De igual manera, no debe olvidarse que las vacunas estaban y siguen estando disponibles en la consulta privada de los pediatras, con las implicaciones que eso ha tenido para la cadena de frío, tal como se discute abajo.

En este momento, es importante hacer un paréntesis para indicar que, durante algún tiempo, la medicina privada estuvo fuera de las “actividades de vacunación y vigilancia epidemiológica del Programa Nacional de Inmunizaciones”.<sup>62</sup> Pero, en el 2000, se decidió reincorporarla como una vía para llegar con las vacunas a la mayor parte de la población, así como para disminuir la presión sobre las arcas estatales, acción que refleja los aires privatizadores que, en materia de salud, ya soplaban en ese momento y que hoy son más fuertes que nunca; asimismo, a partir de ese momento inició la brecha entre la vacunación privada y la pública, donde solo en la primera se podía acceder a todo el esquema de vacunación recomendado por la OMS, brecha que se intentó solventar en la segunda mitad de la primera década del nuevo milenio, en medio de una fuerte discusión pública que rebasa nuestro período de estudio.<sup>63</sup>

Volviendo al sarampión, las décadas de 1980 y 1990 fueron de crisis sanitarias en la región centroamericana, a causa de las epidemias de sarampión presentadas, propias de la movilización de personas que implicó la crisis político-militar y las deficientes coberturas vacunales fuera y dentro de Costa Rica. En estas condiciones, una enfermedad de elevada transmisión, en poblaciones con gran cantidad de susceptibles, fácilmente iba a generar brotes epidémicos.

Sin embargo, los brotes epidémicos se pudieron haber combatido de una manera más efectiva si entre 1983 y 1985 no se hubieran dado problemas para la compra de vacunas en

---

58 Memoria de Salud, 1978.

59 Memoria de Salud, 1986.

60 Memoria de Salud, 1986.

61 Memoria de Salud, 1990. María de los Ángeles Zúñiga S., “El impacto económico-social del refugiado centroamericano en Costa Rica”. [www.dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4792135.pdf](http://www.dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4792135.pdf)

62 Memoria de Salud, 2000.

63 Adriano Arguedas, “Esquemas de vacunación: un gran logro,” en *La Nación* (sitio web), 26 de octubre de 2010, [http://www.nacion.com/opinion/foros/Esquemas-vacunacion-gran-logro\\_0\\_1155284475.html/](http://www.nacion.com/opinion/foros/Esquemas-vacunacion-gran-logro_0_1155284475.html/)



pleno momento de crisis económica;<sup>64</sup> situación que no queda estipulada en las fuentes oficiales cuando ocurre, sino que aparece explicitada años después.

En 1992, en la XI Cumbre de Presidentes Centroamericanos, desarrollada en Tegucigalpa, se acordó emprender una campaña de vacunación masiva en la región que cubriera a todos los menores de 15 años, bajo la idea de “eliminar” la enfermedad de la región para 1997.<sup>65</sup> La meta propuesta era sumamente difícil de obtener en tan corto tiempo; a fin de alcanzarla, Costa Rica implementó un Plan Nacional para la Eliminación del Sarampión, que giró alrededor de dos ejes: “Elevar las coberturas con vacuna Antisarampionosa por arriba del 95%, en el grupo de menores de 14 años. Efectuar la vigilancia clínica epidemiológica de todos los casos diagnosticados como Sarampión en el país”.<sup>66</sup>

Cuando en 1997 se esperaba haber interrumpido la transmisión del virus del sarampión, se presentó un brote en Guanacaste generado por un brasileño que fue diagnosticado, pero “no fue notificado”. Se dieron 10 casos, de los cuales 9 se presentaron “en edades no cubiertas por el programa de vacunación”. Causó preocupación el caso de “una madre adolescente de 18 años, la cual si debería haber estado cubierta por el programa de vacunación”. Asimismo, fue alarmante que “el Hospital de Liberia donde llegó el primer caso nacional sirvió de fuente de infección para gran parte de los casos”.<sup>67</sup> Lo único que se pudo hacer fue vacunar, masivamente, a la población más vulnerable.

## Tifoidea

Las epidemias de fiebre tifoidea en la historia sanitaria de Costa Rica han sido ocasionales y han estado focalizadas, porque se trata de una infección, que si bien se puede prevenir mediante vacuna, resulta más efectivo, tal como lo expresaba la Dra. León en la entrevista,<sup>68</sup> enfrentarla a través de la cloración efectiva del agua, o bien, hirviendo la leche antes de ingerirla.<sup>69</sup> Un ejemplo de alerta sanitaria que propició una campaña de vacunación, se dio en 1964 a raíz de las inundaciones causadas por el Río Reventado en Cartago.<sup>70</sup>

El problema cuando se vacuna de forma aislada, tal como se hizo frente a los brotes de tifoidea y en un país donde los registros de vacunas aún no estaban debidamente establecidos, es la “multiplicidad de veces en que se ha vacunado en algunos lugares como Turrialba y Heredia contra la Fiebre Tifoidea”.<sup>71</sup> En todo caso, como se mencionó, la tifoidea no ha sido un grave problema de salud pública en el país.

64 Memoria de Salud, 1991.

65 “XI Cumbre de Presidentes Centroamericanos” (13 de Diciembre de 1991. Tegucigalpa, Honduras). [http://www.minex.gob.gt/MDAA/DATA/MDAA/201011081549417791991-12-13%20XI%20REUNION%20ORDINARIA%20\(Honduras\).pdf](http://www.minex.gob.gt/MDAA/DATA/MDAA/201011081549417791991-12-13%20XI%20REUNION%20ORDINARIA%20(Honduras).pdf)

66 Memoria de Salud, 1993.

67 Memoria de Salud, 1997.

68 León, 2014.

69 Memoria de Salud, 1955.

70 Memoria de Salud, 1964.

71 Memoria de Salud, 1966

## Tuberculosis (BCG)

La tuberculosis, a partir de 1952, convocó a una campaña de vacunación nacional que para diciembre de 1954 había cubierto a 270.000 personas;<sup>72</sup> sin embargo, esa cobertura “nacional” podría parecer muy pretenciosa si consideramos que en 1956 solamente fueron cubiertas las provincias de San José, Alajuela, Cartago y Guanacaste; a pesar de que Puntarenas era la provincia que presentaba el nivel más elevado de infección.<sup>73</sup>

Cada año las *Memorias de Salud* daban cuenta sobre el avance en la aplicación de la vacuna, donde es notorio que no se aplicaba de forma indiscriminada, sino solamente cuando el examen cutáneo de tuberculina daba negativo. Es así como entre 1952 y 1965 se habían practicado 586.217 pruebas, aplicándose la vacuna solo a 387.634 personas, lo cual implicaba una cobertura de más del 98% de las reacciones negativas, “lo que continúa demostrando una total aceptación de la Campaña por parte del público”.<sup>74</sup>

Para 1968 se anunció que la aplicación de la vacuna se haría de forma directa, sin necesidad de aplicar primero la prueba de tuberculina, ya que se contaba con el aval de la OPS y de la OMS.<sup>75</sup> Entonces, para 1970 hallamos que la vacuna se estaba aplicando “a los recién nacidos en todas las maternidades del país, y existe otro programa para escolares”.<sup>76</sup>

No obstante, las vacunas no son milagrosas y a veces en el seno de las sociedades se presentan factores que disparan los brotes epidémicos dentro de la población de susceptibles; esto es lo que sucedió en la década de 1990, cuando las migraciones de poblaciones no vacunadas procedentes de la región centroamericana se combinaron con el incremento de los casos de VIH Sida y “el deterioro de las condiciones socioeconómicas, que conlleva a desnutrición, hacinamiento, [y] aumento de patologías sociales”.<sup>77</sup> Lo último remite a las consecuencias que sobre la calidad de vida de la población tuvo la crisis de los años 80 y los Programas de Ajuste que le siguieron.

## Viruela

Gracias a las campañas de inmunización, la viruela está erradicada en Costa Rica desde 1949, aunque dichas campañas usualmente estuvieron dirigidas a poblaciones muy específicas.

La vacunación casa por casa no fue la meta a seguir, sino que los esfuerzos de las autoridades sanitarias básicamente se concentraron en otros frentes. Algunos de esos frentes fueron los puertos aéreos y marítimos, razón por la cual en el Aeropuerto de La Sabana se estableció un puesto permanente de vacunación, donde se solicitaban los respectivos certificados de vacunación a todos los pasajeros que salían o entraban del país.

Para ello, se requirió la colaboración de los cónsules acreditados en el extranjero; además, “se pasó circular a las Compañías de Aviación a fin de que hicieran efectivas estas medidas

---

72 Memoria de Salud, 1955.

73 Memoria de Salud, 1956.

74 Memoria de Salud, 1965.

75 Memoria de Salud, 1967.

76 Memoria de Salud, 1970.

77 Memoria de Salud, 1996.

evitando dificultades a los pasajeros”.<sup>78</sup> Bajo esta misma línea, en los puertos marítimos de Puntarenas y Limón también se colocaron sendos puestos de vacunación.

Otro frente de lucha antivariolosa fueron las escuelas primarias, donde la población prioritaria a ser vacunada eran los niños que recién ingresaban en la Educación Primaria, aunque ya para 1957 se acordó que “Se vacunará rutinariamente contra viruela a escolares de primeros y sextos grados”.<sup>79</sup> De esta forma, el Departamento de Enfermeras Escolares vacunó en 1950 a 10.060 infantes, en 1953 a 10.410, en 1956 la cifra bajó a 3.613, debido al agotamiento de las existencias de la vacuna y a la imposibilidad del Ministerio para comprarla, pero luego la crisis de abastecimiento fue solventada.

Es interesante observar que también los maestros fueron vacunados, lo cual demuestra el interés de las autoridades sanitarias por mantener a los escolares en un ambiente lo suficientemente saludable.

A partir de 1959, el Ministerio de Salud acordó incrementar los programas de vacunación con énfasis en Viruela, llegándose a vacunar 107.588 personas, cifra muy superior a las manejadas en años anteriores, lo que denota una cobertura mucho más allá de la escuela primaria. Las alertas sanitarias internacionales fueron motivo para incrementar la vacunación, tal como sucedió en 1964, cuando se tuvo noticia de un caso no confirmado de Viruela en un barco que llegó a la ciudad colombiana de Popayán. Ese año se aplicaron 203.690 vacunas en todo el país. Otro factor que incidió en el incremento de las tasas vacunales fue la ampliación del rango de edades a ser cubierto. Así, por ejemplo, en 1967 las vacunas contra la viruela y el sarampión se aplicaron juntas en una población comprendida entre los 9 meses y los 10 años.

## Análisis sobre la implementación de la vacunación sistemática en Costa Rica

*“Gracias a la permanente actividad de vacunación que realizan los establecimientos de salud, Costa Rica ocupa una posición privilegiada con relación a la baja tasa de mortalidad por enfermedades prevenibles por vacunación”.*

Memoria de Salud, 1985.

El período abordado se ha caracterizado por afrontar un problema muy específico: la elevada incidencia de enfermedades reducibles por vacunación, entre las que destacaban la tuberculosis, la tosferina, el sarampión, la difteria, la poliomielitis, el tétanos, la viruela y la tifoidea. Toda esta historia empezó a inicios de la década de 1950, cuando el Dr. Rodrigo Loría Cortés, desde su cargo como Ministro de Salud, inició con los programas de inmunizaciones.

El Cuadro N.º 1 deja constancia de cuál era la relación entre mortalidad y morbilidad de las enfermedades reducibles por vacunación para 1968.

Dicho cuadro también demuestra lo que deberían ser las prioridades de inversión del Ministerio de Salud; sin embargo, por lo que hemos venido indicando en este trabajo, la enfermedad sobre cuyo combate más se invirtió fue la polio, por la certeza de que la erradicación estaba a la vuelta de la esquina y por la facilidad de aplicar una vacuna oral, en tanto que la otras ameritaban otro tipo de esfuerzos más complejos, tal como la necesidad de garantizar el suministro

78 Memoria de Salud, 1950.

79 Memoria de Salud, 1957.

de agua potable a toda la población para acabar con uno de los principales focos de infección de la difteria.

Con la vacunación, las autoridades sanitarias pretendieron lograr un elevado nivel de inmunidad en la población susceptible, que ayudara a disminuir el número de enfermos gracias a la generación de la inmunidad de grupo o del efecto rebaño, que consiste en la protección indirecta que las personas inmunizadas le confieren a las personas no inmunizadas, puesto que la inmunización, al reducir la cantidad de portadores, disminuye la probabilidad de transmisión de la enfermedad.<sup>80</sup>

Fue así como, aún antes de que la Organización Mundial de la Salud propusiera el Programa Ampliado de Inmunización (PAI) avanzada en la década de 1970, Costa Rica logró realizar grandes progresos en materia de erradicación de las enfermedades prevenibles por vacunación, acabando, de forma muy temprana, con el flagelo de la viruela y, posteriormente, con el de la poliomielitis. Mediante campañas de vacunación también se ha logrado controlar la difteria desde 1976, el tétanos neonatal desde 1988 y la circulación del sarampión está interrumpida desde 1999. Igualmente, se han realizado grandes avances en el control de la rubeola congénita.

A pesar de las limitaciones de tipo presupuestario, propias del devenir de la salud en Costa Rica, las autoridades sanitarias y la población civil, históricamente, han logrado organizarse de forma muy positiva para enfrentar el ingreso de enfermedades provenientes del exterior; de ahí, los mecanismos de vigilancia implementados en los puertos aéreos y marítimos de ingreso al país, los mecanismos de vigilancia epidemiológica y el fomento de las coberturas vacunales. Todo esto ha sido fundamental para el desarrollo de una fuerte confianza de la población en las bondades de la vacunación, confianza que se mantiene hasta el presente.

La política estatal de inmunizar a mayor cantidad de personas en el país es propia de la década de 1950, cuando las fuentes primarias empiezan a dar cuenta de las Semanas Sanitarias, cuando el Ministerio de Salud, a través de su personal de enfermería, organizaba actividades de vacunación en diversos puntos, teniendo como principales puestos de aplicación las escuelas y los colegios; aunque, inicialmente, para las zonas más alejadas fuera del Valle Central, este tipo de campañas no llegaban con la misma frecuencia por los problemas de accesibilidad y falta de personal.

Con el paso del tiempo se intentó ir ampliando, de forma efectiva, la cobertura vacunal, bajo la premisa de que la infancia era el futuro del país, aunque el presupuesto para compras de vacunas era bajo frente a una elevada tasa de natalidad; no obstante, la implementación en marzo de 1959 del programa de vacunación oral contra la polio se convirtió en un acicate para llegar a los puntos más alejados del país, así como en un modelo para tratar de expandir la aplicación de otras vacunas, tal es el caso de las vacunas contra “la difteria, el tétanos y la tosferina, dándole al programa un carácter nacional, similar al de la vacunación contra la poliomielitis, para todos los niños menores de siete años”.<sup>81</sup>

## Cuadro N.º 1

Relación	
Mortalidad	Morbilidad
1 Tétanos	1 Tuberculosis
2 Tuberculosis	2 Tosferina
3 Tosferina	3 Sarampión
4 Difteria	4 Tétanos
5 Sarampión	5 Difteria
6 Polio	6 Polio

**Fuente.** Memoria de Salud, 1968.

80 Ministerio de Salud de Paraguay, *Vacunas generalidades*. <http://mspbs.gov.py/pai/images/epv/guion-de-vacunas-generalidades.pdf/>

81 Memoria de Salud, 1959.

Lo anterior deja en evidencia un mayor interés estatal por la calidad de vida de los infantes, porque, como bien se había propuesto como objetivo el Departamento Sanitario Escolar, “los niños más que instruidos salgan sanos y fuertes de la Escuela, inmunizados debidamente y con una conciencia clara de la salud y de la higiene personal colectiva”.<sup>82</sup> Asimismo, queda claro un incipiente esfuerzo por sistematizar la inmunización, a partir del éxito obtenido con la aplicación masiva de la vacuna contra la polio. Otro aspecto destacable es la necesidad de crear conciencia entre los padres de familia sobre la necesidad de prevenir y no de curar las enfermedades.

Antes de 1957 la inmunización de los infantes estaba en manos de diversas instancias, como los Departamentos de Enfermeras, Unidades Sanitarias, Materno Infantil, Sanitario Escolar, Educación Sanitaria y Epidemiología, por mencionar algunos, lo cual dificultaba la coordinación de las acciones emprendidas. Pero, a partir de ese año, el Ministerio de Salud determinó que, para organizar el proceso de inmunización, incluidas la compra y la aplicación de las dosis, se seguirían las siguientes directrices:

Los programas planeados por otros Departamentos deben ponerse en conocimiento del Departamento de Epidemiología y enviar los reportes correspondientes. Los pedidos de vacunas para otros Departamentos serán tramitados por el Departamento de Epidemiología. Se vacunará rutinariamente contra la Difteria-Tosferina-Tétano solamente a infantes y niños de edad preescolar, excepto contactos. Se vacunará rutinariamente contra viruela a escolares de primeros y sextos grados.<sup>83</sup>

A partir de principios de la década de 1970, específicamente en 1973, con la implementación del Programa de Salud Rural y Comunitaria, la cobertura vacunal de la población se vio favorecida de forma notoria, gracias al trabajo de prevención que se realizó con las comunidades ubicadas en “áreas rurales y en las de mayor marginación en áreas urbanas”,<sup>84</sup> donde el reforzamiento de los esquemas vacunales de los más pequeños fue fundamental, bajo la premisa de que “La vacunación a edades tempranas de la vida contribuye notablemente al descenso de enfermedades infecto contagiosas”.<sup>85</sup>

Antes de dicho programa, la cobertura vacunal se concentraba en la ciudad capital, las cabeceras de provincia y las cabeceras de algunas ciudades de importante concentración poblacional. Periódicamente, se intentaba llegar al resto del país por medio del desarrollo de campañas de vacunación. A partir de 1973, se intentó imprimirle el sello de cobertura universal a la vacunación, mediante la obligatoriedad, lo cual se inscribió en el marco de la Ley General de Salud dictada ese año, y que en su Artículo 150 establecía: “Son obligatorios la vacunación y revacunación contra las enfermedades transmisibles que el Ministerio determine. Los casos de excepción, por razón médica, serán autorizados sólo por la autoridad de salud correspondiente”.<sup>86</sup> Al menos en la teoría, a partir de ese año, se estaba implementando un programa de vacunación universal que, curiosamente, coincidió con el reporte del último caso de poliomielitis en el país.

---

82 Memoria de Salud, 1962.

83 Memoria de Salud, 1957.

84 OPS, OMS, CR, *Atención primaria de salud en Costa Rica. 25 años después de Alma Ata* (San José, C.R.: Organización Panamericana de la Salud, 2005).

85 Memoria de Salud, 1976.

86 Ministerio de Salud de Costa Rica, *Ley general de salud*, 30 de octubre de 1973. <http://www.netsalud.sa.cr/leyes/libro1.htm/>

Pero no se crea que el Programa de Salud Rural fue milagroso, todavía en 1997 la vacuna contra la polio no había alcanzado esa cobertura universal, dado que se denunciaba que “a pesar de que la cobertura nacional es superior al 80%, al interior del país existen brechas entre los diferentes cantones, donde 30,9% de los mismos tienen coberturas inferiores al 80%”.<sup>87</sup>

Como los problemas no han estado ausentes en la historia de la inmunización en Costa Rica, tal como hemos venido señalando, otros retos que hubo que enfrentar fueron las rupturas en la Cadena de Frío, la escasez de personal, los diversos errores de tipo logístico que conllevaron a la aplicación de múltiples dosis y que empezaron a resolverse en 1970, cuando “Se hizo obligatoria la entrega de un carnet de vacunación a cada persona inmunizada y por primera vez fue solicitado en las escuelas para ingresar al primer grado”.<sup>88</sup> Tres años después esto quedó estampado claramente en la Ley General de Salud, que, en su Artículo 153, determinaba “Será requisito para la matrícula anual de los escolares la presentación de certificados de vacunación y revacunación obligatorias y cualesquiera otros que la autoridad sanitaria disponga”.<sup>89</sup>

De igual modo, la ruptura de la Cadena de Frío es uno de los mayores problemas que se puede enfrentar en la aplicación de las vacunas, pues lo que se le termina aplicando a la persona es “agua”; según la Dra. León, esto se explica de la siguiente manera “Aquí no se tenía cuidado con la Cadena de Frío”, porque las vacunas se guardaban en refrigeradoras de uso doméstico que se tenían en los centros de salud, donde constantemente los empleados las abrían para sacar los alimentos que ahí guardaban, aparte de que eran aparatos que necesitan descongelarse periódicamente. Sobre lo último, León recuerda que en cierto centro de salud se dio la siguiente situación “me acuerdo que un sábado por mes se sacaban todas las vacunas se ponían en la mesa y la conserje las dejaba ahí para (...) quitar el hielo”. Razón por la cual cuando esas vacunas se aplicaban eran, en efecto, “agua”.<sup>90</sup>

Un claro ejemplo sobre las implicaciones de la ruptura en la Cadena de Frío aconteció en 1979, cuando “se presentaron casos en lactantes menores de 6 meses, en madres embarazadas y sus hijos”.<sup>91</sup> Lo particular de la situación es que cerca del 40% de esas víctimas habían sido inmunizadas previamente, lo cual ponía en tela de juicio la efectividad de la Cadena de Frío. Resulta curioso, por su falta de veracidad, que en la *Memoria de Salud* de 1991 se indicara lo siguiente “Fue una época donde se desconocía la importancia de la cadena de frío”.<sup>92</sup>

A la Cadena de Frío se le empezó a prestar atención hasta 1978, cuando a partir del mes de agosto se inició su supervisión, bajo la idea de que se trataba de “una de las actividades más importantes para el desarrollo de los programas de inmunización”. Lo anterior derivó del primer Seminario para Administradores de Programas de Inmunización y del Seminario sobre Cadena de Frío, realizados en Costa Rica en julio de ese año con el patrocinio de la OPS, la OMS y del Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC).<sup>93</sup> La acción derivada de todo esto fue la visita a diferentes centros de salud para controlar el estado de la cadena de frío.

---

87 Memoria de Salud, 1997.

88 Memoria de Salud, 1970.

89 Ministerio de Salud, *Ley General de Salud*.

90 León, 2014.

91 Memoria de Salud, 1991.

92 Memoria de Salud, 1991.

93 Memoria de Salud, 1978.

Sin embargo, la buena voluntad para enfrentar los problemas con la Cadena de Frío no se resolvieron de la noche a la mañana, porque, como bien lo expresó la Dra. León, además de los problemas de falta de equipo para almacenar adecuadamente las vacunas, incidían otros factores, tales como la inmunización en consultorios privados, donde los médicos obtenían las vacunas de los centros de vacunación estatales, transportando “el frasquito (...) en la bolsa de la gabacha y (...) después (...) en la guantera del carro”.<sup>94</sup>

Por su parte, la Dra. Ávila deja claro que los problemas con la Cadena de Frío aún no están del todo superados, y en mucho reproducen parte de los problemas acotados por la Dra. León; así, por ejemplo, Ávila indica que el problema hoy incluso se da en las farmacias privadas, donde

(...) hemos recibido quejas, la gente dice: ‘es que fui a comprar una vacuna y a comprarme un refresco y lo sacaron de la misma refrigeradora’. Entonces, también, digamos, que el problema de la Cadena de Frío usted técnicamente puede creer que está muy bien, pero como esto depende de personas, también necesita que las personas también estén muy conscientes de la importancia de la Cadena de Frío.<sup>95</sup>

Efectivamente, un inconveniente difícil de salvar es precisamente que la Cadena de Frío depende de personas, desde el momento en el que sale del lugar de fabricación hasta el almacenamiento en el sitio donde se verificará la aplicación de la vacuna. Las múltiples rupturas presentadas en el pasado han propiciado que las medidas de seguridad sean más efectivas en el presente. A lo anterior debe sumarse que, como bien lo indica Ávila,

(...) las vacunas ahora tienen unos rangos de protección, que hacen que si en algún momento la Cadena de Frío se rompió, no necesariamente significa que las vacunas están mal (...) bueno ¡Las de virus vivos sí, verdad!, que pueden ser las más problemáticas (...) a raíz de que las vacunas son más estables ahora, también eso da un buen margen, claro no hay que confiarse, ese margen hay que manejarlo con mucha precaución.<sup>96</sup>

De todas maneras, en sus ingentes esfuerzos por mejorar la Cadena de Frío, en 1980 el Ministerio de Salud dotó de “termómetros para todas las refrigeradoras de los Puestos de Salud”. Pero, por mejor voluntad que las autoridades del Ministerio tuvieran para brindar el “soporte técnico de mantenimiento y reparación”, creando con ese fin la Sección de Refrigeración, encargada de organizar las visitas de mantenimiento a todo el país, como el presupuesto era limitado no se pudo cubrir la totalidad del territorio nacional. Con todo, “la Sección se ha preocupado por dar instrucción permanente, a nivel de campo, para el mantenimiento de los equipos, y ha dictado normas con el mismo fin, además, periódicamente ha organizado cursos sobre la operación de refrigeradoras de canfín”.<sup>97</sup>

Con la intención de no bajar la guardia en materia de mantenimiento de la Cadena de Frío, en 1984 el Ministerio de Salud repartió “hojas a todos los Centros y Puestos de Salud para que se lleve el control diario de la temperatura de las refrigeradoras”.<sup>98</sup> Sin embargo, en la siguiente década se dieron pasos de gigante, cuando la CCSS decidió construir una bodega frigorífica y

94 León, 2014.

95 Ávila, 2014.

96 Ávila, 2014.

97 Ministerio de Salud, 1980.

98 Memoria de Salud, 1984.



adquirir un camión de refrigeración, todo con el propósito de garantizar “un almacenamiento de vacunas adecuado (...) [y] una (...) distribución periódica y oportuna”.<sup>99</sup>

La modernización del esquema vacunal ha sido una constante en el país, por ejemplo, para 1987 el esquema se amplió introduciendo vacunas para cubrir las necesidades de los grupos de alto riesgo, tales como “hepatitis B, neumococo, varicela y anti haemophilus influenzae”.<sup>100</sup>

Sin embargo, ese esfuerzo de modernización es de más larga data, porque desde 1977 en el país empezó a operar el Programa Ampliado de Inmunización (PAI), promovido por la OPS, el cual consistía en:

(...) una acción conjunta de las naciones del mundo y de organismos internacionales, interesados en apoyar acciones tendientes a lograr coberturas universales de vacunación, con el fin de disminuir las tasas de mortalidad y morbilidad causadas por las enfermedades inmunoprevenibles y con fuerte compromiso de erradicar y controlar las mismas. Las enfermedades objeto del Programa son: poliomielitis, sarampión, tétanos, difteria, tos ferina (pertusis), tuberculosis, rubéola y rubéola congénita, fiebre amarilla, Haemophilus influenzae tipo b y hepatitis B.<sup>101</sup>

Once años después, las autoridades sanitarias consideraban la consolidación de ese programa, gracias a la supuesta “disponibilidad permanente y oportuna de las vacunas, jeringas y una confiable y eficiente cadena de frío”.<sup>102</sup> Discurso pronunciado y erradamente triunfalista con base en lo que hemos venido planteando, porque los problemas con la Cadena de Frío, los faltantes presupuestarios, la no cobertura del 100% de la población y las amenazas epidémicas procedentes del exterior constituyen prueba contundente para poner en tela de juicio esa apreciación.

Por supuesto, pensar que el 100% de la población llegue a estar inmunizada es falaz, porque siempre habrán personas que, por razones diversas, no vacunarán a sus niños o se presentarán problemas logísticos para llegar a ciertos puntos geográficos, pero lo ideal es que la mayoría de la población esté protegida, a fin de lograr el efecto rebaño. Otro factor a tomar en cuenta es que si en otros países, principalmente en los vecinos, se dan serios problemas de cobertura vacunal, es ilusorio pensar que los virus no circularán, porque un brote epidémico “no conoce fronteras y aisladamente ningún país tiene posibilidades de controlarlo”.<sup>103</sup>

Al respecto, nos llama la atención que en el informe de la Región Brunca de 1992, se incluyera, dentro de sus logros, la siguiente afirmación: “Vacunación de sectas religiosas que se oponen a ésta, utilizando los mecanismos legales, en coordinación con autoridades judiciales, previniendo con esto brotes futuros en esta población de alto riesgo”.<sup>104</sup> La meta parece ser demasiado pretenciosa, pero tiene un sustento legal: el Artículo 150 de la Ley General de Salud.

Lo que parecía, según lo visto en las *Memorias de Salud*, como un proceso sumamente exitoso, quedó desmentido en 1994, cuando debutando como Ministro de Salud, el Dr. Edgar Mohs Villalta, en la primera Memoria correspondiente a su gestión, inició con esta lapidaria frase: “al iniciar sus labores, la presente administración encontró una situación sanitaria, tan

---

99 Memoria de Salud, 1999.

100 Memoria de Salud, 1987.

101 OPS, *Curso de gerencia para el manejo efectivo del Programa Ampliado de Inmunización (PAI): Manual del coordinador* (Washington, D.C.: OPS, 2006).

102 Memoria de Salud, 1988.

103 Memoria de Salud, 1991.

104 Memoria de Salud, 1992.



difícil, que la obligó a decretar Emergencia Nacional en el campo de la salud: en la mayoría de los cantones, las coberturas de vacunación se encontraban por debajo del nivel de seguridad”.<sup>105</sup> El listado de problemas persistía, de manera que lo más urgente era rescatar y fortalecer los Programas de Atención Primaria.

Específicamente, en materia de inmunización, se denunciaba que lo que estaba mal eran las coberturas con la consecuente acumulación de una elevada cantidad de susceptibles, así como deficiencias en la elaboración de los informes y severas carencias en materia de vigilancia epidemiológica. Con el propósito de salir del embrollo se convocó a una Campaña Nacional de Inmunización, para la cual se solicitó el apoyo logístico de la CCSS. El proceso se vio coronado con la Certificación Internacional de Erradicación de la Poliomielitis (CIEP).

La razón del tétrico panorama hallado por la administración Mohs se explica de la siguiente manera, el PAI “contaba con un apoyo político débil, que limitaba el adecuado desarrollo de todas las actividades del programa a nivel central, así como en los niveles regionales y locales”.<sup>106</sup> Fue precisamente apoyo lo que la nueva administración intentó brindar al PAI.

Es obvio que en el alegato del ministerio, encabezado por Mohs, no se estaba reconociendo el origen verdadero de todo el problema, cual era la implementación de los Programas de Ajuste Estructural (PAE), que con sus recortes presupuestarios y sus programas de movilidad laboral dejaron a las instituciones prestatarias de salud en una posición muy endeble para continuar desarrollando sus programas de atención primaria y, por tanto, colocando en un escenario muy vulnerable las labores de carácter preventivo.

El panorama para la salud se tornaba más tétrico, si se toma en cuenta que las políticas privatizadoras de los servicios de salud toparon con un incremento de la pobreza que coincidió con una mayor polarización de la sociedad.<sup>107</sup>

Como hemos descrito, hubo momentos en los que el dinero no alcanzó para comprar la cantidad suficiente de dosis vacunales, lo cual es comprensible si tomamos en cuenta que el Estado ha sido el principal suplidor en esta materia, ya fuese a través del Ministerio de Salud o, posteriormente, de la CCSS, aunque también se han dado donaciones esporádicas que ya hemos señalado. Asimismo, en mucho el país se ha beneficiado de su participación en el Fondo Rotatorio de la OPS.

El Fondo Rotatorio fue creado por la OPS con el fin de abaratar y agilizar la compra de las vacunas, las jeringas y los diversos materiales necesarios para el efectivo desarrollo del PAI. Un aspecto fundamental es que todo lo adquirido se ciñe a los estándares de calidad exigidos por las OMS. La lógica de funcionamiento está dada por “la economía de escala que estos Estados Miembros consolidan”.<sup>108</sup>

A pesar de todos los problemas señalados, en el marco del PAI, los Programas de Inmunización empezaron a manejarse con mayor orden, ya que se contó con la asesoría de la OPS para instruir al personal de salud sobre la necesidad de mejorar la Cadena de Frío, la realización de estudios preventivos, la elaboración de informes de inmunización, la reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad de enfermedades prevenibles por vacunación. Otras actividades

---

105 Memoria de Salud, 1994

106 Memoria de Salud, 1994.

107 Al respecto puede consultarse el trabajo de Sara Ulloa Aiza, “Ajuste estructural y cambio en las políticas de salud en Costa Rica,” *Praxis* 53 (1999): 197-205.

108 OPS, *El Fondo Rotatorio como mecanismo de cooperación para los Programas de Inmunización de las Américas*. file:///C:/Users/Malavasi/Downloads/RevolvingFund\_FAQs\_SPA.pdf/

desarrolladas en el marco del PAI tienen que ver con la recolección de datos, su procesamiento e interpretación epidemiológica, para luego difundir los resultados y realizar las recomendaciones necesarias.

Sin embargo, a pesar de la existencia del programa, las campañas periódicas no dejaron de realizarse, coincidiendo, generalmente, con picos epidémicos, la toma de conciencia sobre la necesidad de extender la cobertura vacunal hasta las zonas geográficas más difíciles de acceder, o cuando se introducía una nueva vacuna.

En consecuencia, el esfuerzo de las autoridades sanitarias, en los últimos años, se ha concentrado en la modernización del esquema oficial de vacunación, garantizando el acceso a toda la niñez de cualquier condición socioeconómica. Es por ello que hoy Costa Rica es el país centroamericano que presenta mayor cobertura vacunal, y en el ámbito latinoamericano y mundial está muy bien posicionado gracias a su esfuerzo por mantener actualizado su esquema de vacunación por medio de los diferentes servicios prestados por la seguridad social.

De acuerdo con lo anterior, entre las políticas públicas más recientes, concretamente desde el año 2009, destaca la universalización del acceso a la vacuna contra el neumococo para todos los niños menores de dos años. Además, a partir del año 2010 Costa Rica es uno de los primeros países latinoamericanos que cambia la vacuna oral por la vacuna intramuscular contra la poliomielitis, a fin de reducir el riesgo de contraer polio postvacunal. La modernización y democratización del esquema básico de vacunación oficial se demuestra, también, con la incorporación en años recientes de las vacunas contra la varicela y la tosferina.

Al mismo tiempo, recientes cuestionamientos sobre el costo-beneficio de la vacuna contra el rotavirus terminaron sacándola del esquema oficial de vacunación, en tanto que se sigue aplicando en la medicina privada; esta situación incrementa las brechas sociales y representa un serio revés en el objetivo gubernamental de lograr coberturas vacunales más elevadas y homogéneas para mantener el acceso universal a sus beneficios; asimismo, interfiere con la sostenibilidad de las estrategias de inmunización, repercutiendo en las tasas de la mortalidad y elevando los costos de atención médica y de hospitalización brindados por la seguridad social.

Históricamente, en Costa Rica la promoción de políticas públicas en materia de vacunación han redundado en elevados niveles de salud para los infantes, y en la consecuente reducción de la mortalidad y la morbilidad de las enfermedades prevenibles por vacunación; este es un logro que debe mantenerse, a pesar de las poderosas tendencias privatizadoras que actualmente acechan nuestra otrora ejemplar seguridad social.

## Conclusión

Gracias a la vacunación, las autoridades sanitarias lograron alcanzar un elevado nivel de inmunidad en la población susceptible; esto ayudó a disminuir el número de enfermos gracias a la generación de inmunidad de grupo o efecto rebaño, ya que entre mayor sea la población que esté inmunizada, mayores son las posibilidades de evitar que los virus circulen.

Con la poliomielitis inició la vacunación sistemática en Costa Rica, mucho antes de que la OMS creara el Programa Avanzado de Inmunización (PAI) en 1977. Antes del PAI Costa Rica logró realizar grandes progresos en eliminación enfermedades prevenibles por vacunación, tales como la erradicación de la viruela en 1949, de la poliomielitis en 1973 y de la difteria en 1976.

Las campañas de vacunación contra la polio ayudaron a desarrollar la confianza de un importante sector de la población en las bondades de la vacunación, lo cual facilitó el posterior

desarrollo de masivas campañas de inmunización contra la tuberculosis, la tosferina, el sarampión, la difteria, el tétanos, la viruela y la tifoidea; pero no hay que caer en el error de pensar que se alcanzó la cobertura del 100% de los susceptibles, dado que diversos factores, de tipo logístico, tradicionalmente impidieron llegar a los lugares más recónditos del país.

A partir de lo hallado en las fuentes primarias, nos queda claro que en Costa Rica siempre estuvo latente una idea en las campañas de vacunación, y que así lo percibió la población, respecto a que la vacunación era para prevenir, no para curar; de ahí la buena acogida que tuvieron por parte de los padres de familia en los sitios donde las campañas llegaron. Bajo esa premisa de la prevención, las vacunas lograron llegar a diversos estratos sociales, contribuyendo en el período bajo estudio a reducir las brechas sociales en salud. Paralelo a lo anterior, los padres de familia asumieron que la salud de sus retoños era su responsabilidad, por lo que los efectos secundarios de las vacunas pesaron menos que el efecto preventivo, en tanto que el acceso a la vacunación se asumió como un derecho.

En términos de costo-efectividad, las vacunas han sido un avance tecnológico vital para erradicar y controlar las enfermedades infecciosas a bajo costo, reduciendo la presión sobre los servicios de salud y la mortalidad infantil, en tanto que ayudan al mejoramiento de la calidad de vida, y en el caso concreto de la poliomielitis su erradicación eliminó una fuente de discapacidad muy onerosa para el sistema de salud.

## ACERCA DE LOS AUTORES

*Antonio Acosta Rodríguez*

aacosta@us.es

Doctor en Historia de América y Catedrático de la Universidad de Sevilla, España. Ha sido Director del Departamento de Historia de América de la Universidad de Sevilla y Director de la Sede Iberoamericana de La Rábida, de la Universidad Internacional de Andalucía. Su última área de investigación es la formación de los Estados liberales en América Latina en los siglos XIX y XX. Su último libro publicado es: *Los orígenes de la burguesía de El Salvador. El control sobre el café y el Estado. 1848-1890* (Sevilla: Aconcagua Libros, 2014).

*Gabriela Arguedas Ramírez*

arguedas.gabriela@gmail.com

M.Sc. en Bioética de la Maestría Interinstitucional en Bioética UCR-UNA. Licenciada en Farmacia por la Universidad de Costa Rica. Egresada del Doctorado en Estudios de la Sociedad y la Cultura, Universidad de Costa Rica. Profesora asociada de la Escuela de Filosofía e Investigadora del Centro de Investigación en Estudios de la Mujer, Universidad de Costa Rica. Su última publicación, en proceso, es: "Cuerpos oprimidos en la Modernidad in extremis: *surrogacy*, fecundación in vitro y la producción de descendencia," en *Queering Paradigms V*, Eds. Manuela Picq, María Amelia Viteri (Ecuador: FLACSO, 2015 en prensa).

*Edgar Eduardo Blanco Obando*

tubaso2000@yahoo.es

Licenciado en Sociología por la Universidad de Costa Rica. Doctor en Sociología por la Universidad Autónoma de Barcelona. Docente de la Escuela de Lenguas Modernas e Investigador del Centro de Investigaciones Históricas de América Central (CIHAC) y de la Vicerrectoría de Acción Social, Universidad de Costa Rica. Estudia temas ambientales y del desarrollo. Su último artículo publicado es: "Efectos sociales y ambientales de las actividades productivas en la región Atlántico/Caribe de Costa Rica: un análisis desde el metabolismo social. 1990-2015," *Cuadernos de Antropología* 25, no. 2 (enero-junio 2015): 3-20.

*Félix Chirú Barrios*

chirufelix4@hotmail.com

Doctor en Historia por la Universidad de Costa Rica. Profesor de Historia en la Universidad de Panamá, sede regional de Coclé. Ha investigado sobre la nación, las conmemoraciones y los "lugares de memoria" en Panamá.

*Kevin Coleman*

kevin.coleman@utoronto.ca

Ph.D. en Historia por la Universidad de *Indiana*-Bloomington. Profesor del Departamento de Historia, University of Toronto. Sus trabajos se centran en la historia moderna de América Latina, en la cultura visual y en la cultura política. Su último libro, en prensa, es: *A Camera in the Garden of Eden: The Self-Forging of a Banana Republic* (University of Texas Press, 2016).

*Ruth Cubillo Paniagua*

rutycu@hotmail.com

Doctora en Literatura por la Universidad Autónoma de Barcelona, España. Profesora Catedrática de la Escuela de Filología, Lingüística y Literatura, Universidad de Costa Rica. Coordinadora del Programa de Investigaciones en Literatura Comparada, de la Escuela de Lenguas Modernas, Universidad de Costa Rica. Especialista en Literatura Comparada, Literatura Española, Literatura Costarricense y en la relación entre Literatura e Historia. Entre sus libros publicados está: *Mujeres ensayistas e intelectualidad de vanguardia en la Costa Rica de la primera mitad del siglo XX* (San José: EUCR, 2011) y su último libro, en preparación, es: *Pobreza y desigualdad social en la narrativa costarricense. 1890-1950* (San José: EUCR, en prensa).

*Francisco Delgado Jiménez*

francisco.delgado@ucr.ac.cr

Máster en Administración Pública y Desarrollo Internacional de la Escuela de Gobierno John F. Kennedy, Universidad de Harvard, y Licenciado en Economía por la Universidad de Costa Rica. Actualmente, trabaja como Economista de Políticas Sociales en el Instituto Mixto de Ayuda Social y como investigador del Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas de la Universidad de Costa Rica. Sus áreas de investigación son: pobreza, desigualdad y mercado de trabajo. Su último artículo publicado es: "El empleo informal en Costa Rica: Características de los ocupados y sus puestos de trabajo," *Revista de Ciencias Económicas* 31, no. 2 (2013): 35-51.

*David Díaz Arias*

david.diaz@ucr.ac.cr

Ph.D. en Historia por la Universidad de *Indiana*-Bloomington. Profesor Catedrático de la Escuela de Historia de la Universidad de Costa Rica. Fue Director del Posgrado Centroamericano en Historia y es Director del Centro de Investigaciones Históricas de América Central (CIHAC) de la Universidad de Costa Rica. Especialista en Historia Política, Historia Cultural, Historia de la Memoria y en la Historia del Estado en Costa Rica y en Centroamérica. Su último libro publicado es: *Crisis social y memorias en lucha: guerra civil en Costa Rica, 1940-1948* (San José: EUCR, 2015), publicación galardonada con el Premio Nacional de Investigación Cultural "Luis Ferrero Acosta", 2015, del Ministerio de Cultura y Juventud de la República de Costa Rica.

*George I. García Quesada*

tuyog@hotmail.com

M.Sc. en Historia y Licenciado en Filosofía por la Universidad de Costa Rica. Profesor de la Escuela de Estudios Generales y de la Escuela de Filosofía de la Universidad de Costa Rica. Actualmente, cursa estudios doctorales en Filosofía en la Universidad de Kingston, Londres, con una tesis en el campo de la ontología y epistemología. Su último libro es: *Formación de la clase media en Costa Rica, 1890-1950. Economía, sociabilidades y discursos políticos* (San José: Editorial Arlekin, 2014), publicación galardonada con el Premio Nacional Aquileo J. Echeverría en Historia, 2014.

*Anthony Goebel Mc Dermott*

historikambiental@hotmail.com / w.goebel@ucr.ac.cr

Doctor en Historia por la Universidad de Costa Rica. Docente de la Escuela de Historia e investigador del Centro de Investigaciones Históricas de América Central (CIHAC), Universidad de Costa Rica. Especialista en Historia Ambiental e Historia Económica. Su libro último libro publicado es: *Los bosques del "progreso". Explotación forestal y régimen ambiental en Costa Rica: 1883-1955* (San José: Editorial Nuevas Perspectivas, 2013).

*Ana Lorena González Valverde*

aloregonza@gmail.com

Licenciada en Derecho y Notaria de la Universidad de Costa Rica. DEA en Sociología del Derecho y Relaciones Sociales de la Universidad de París II, Sorbonne-Panthéon. Profesora de la Cátedra de Derecho Penal, Universidad de Costa Rica, y Coordinadora del Posgrado en Derecho Notarial y Registral, Universidad de Costa Rica. Actualmente, cursa el Doctorado en Historia, Universidad de Costa Rica, e investiga acerca del papel conflictivo del derecho moderno en las relaciones de poder entre géneros y derechos fundamentales en el siglo XIX, con énfasis en las situaciones de las mujeres.

*Jeffrey L. Gould*

gouldj@indiana.edu

Ph.D. en Historia por la Universidad de Yale. Profesor de Historia James H. Rudy, Indiana University. De 1995 a 2008, fue director del Centro para Estudios Latinoamericanos y del Caribe. Fue galardonado con una beca John Simon Guggenheim en el 2002. Entre 2012-2013 fue miembro de la School of Historical Studies del Institute for Advanced Study. Su último libro publicado es: Jeffrey L. Gould y Aldo A. Lauria-Santiago, *To Rise in Darkness: Revolution, Repression, and Memory in El Salvador, 1920-1932* (Duke University Press, 2008).

*Sajid Alfredo Herrera Mena*

sherrera@uca.edu.sv

Doctor en Filosofía Iberoamericana por la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla, España. Actualmente, labora como Director de la Editorial de la Universidad José Simeón Cañas (UCA) de El Salvador e investiga sobre las finanzas indígenas en la era borbónica, concretamente las cajas de comunidad (1750-1810). Sus últimas publicaciones son: *El ejercicio de gobernar. Del cabildo borbónico al ayuntamiento liberal. El Salvador colonial, 1750-1821* (Castelló de la Plana: Universitat Jaume I, 2013) y, con Jordana Dym como coordinadores, *Centroamérica durante las revoluciones atlánticas. El vocabulario político, 1750-1850* (San Salvador: IIESFORD, 2014).

*Carlos Daniel Izquierdo Vázquez*

carlosiv4@hotmail.com / carlos.izquierdovazquez@ucr.ac.cr

*Magister Scientiae* en Historia por la Universidad de Costa Rica. Profesor de la Escuela de Historia, Universidad de Costa Rica. Especialista en Historia Social y de las *grassroots economies*. Autor de la reseña: “Ronny J. Viales y Andrea M. Montero, *La construcción sociohistórica de la calidad del café y del banano de Costa Rica. Un análisis comparado 1890-1950*” (Book Review).

*Antonio Jara Vargas*

anto.jara@gmail.com

*Magister Scientiae* en Historia por la Universidad de Costa Rica. Profesor de la Escuela de Estudios Generales y de la Escuela de Historia de la Universidad de Costa Rica. Ha investigado sobre Historia Económica, Social y Cultural de Costa Rica. Entre sus últimas publicaciones está: “Finanzas públicas y crecimiento del Estado: un siglo de ingresos y gastos estatales en Costa Rica, 1870-1980,” en *Historia Económica de Costa Rica en el siglo XX. Crecimiento y Políticas Económicas*, Coords. Jorge León y otros (San José: EUCR, 2014), 393-437.

*Jorge Juárez Ávila*

javila62@gmail.com

Licenciado en Historia por la Universidad de La Habana, Cuba. Egresado del Posgrado en Historia de la Universidad de Costa Rica. Director del Instituto de Estudios Históricos, Antropológicos y Arqueológicos y profesor del Departamento de Ciencias Sociales de la Facultad de Ciencias y Humanidades, Universidad de El Salvador. Sus áreas de investigación son: Historia de población de El Salvador y Memoria e Historia de la Guerra Civil Salvadoreña. Es coordinador del libro: *Historia y debates sobre la guerra civil salvadoreña y sus secuelas* (San Salvador: Unidad de Investigaciones sobre la Guerra Civil Salvadoreña del Instituto de Estudios Históricos, Antropológicos y Arqueológicos. Universidad de El Salvador / Fundación Friedrich Ebert, San Salvador, 2014).

*Carlos León Ureña*

carlosleonu@gmail.com

*Magister Artis* en Administración Pública, Instituto Universitario Ortega y Gasset, Madrid, España. Director de Oficinas Regionales, Defensoría de los Habitantes de Costa Rica. Especialista en Política Social, Políticas Públicas. Egresado del Doctorado en Gobierno y Políticas Públicas de la Universidad de Costa Rica. Su último libro es: C. León y M. Esquivel, *Participación Ciudadana en el Sistema de Administración de Justicia* (San José: Programa Plurianual de Derechos Humanos y Democracia en Centroamérica (Comisión Europea-Universidad de Costa Rica), 2007).

*Ana Paulina Malavassi Aguilar*

paulina.malavassi@gmail.com

Doctora en Historia por la Universidad de Costa Rica. Especialista en Historia Social de la Salud Pública y de la Medicina. Entre sus libros publicados está: *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 Universidad de Costa Rica, 2003).

*Claudia Mandel Katz*

claudiamandelkatz@gmail.com

Doctora en Estudios de la Sociedad y la Cultura por la Universidad de Costa Rica. Candidata al Doctorado Centroamericano de Historia, Universidad de Costa Rica. Docente en la Escuela de Filosofía, coordinadora del TCU: "Arte y Mujeres en la Sociedad Patriarcal", Universidad de Costa Rica. Sus áreas de investigación son: artes visuales, feminismo, género. Su última publicación, en proceso, es: *Estéticas del borde* (San José: Editorial Universidad de Costa Rica, en prensa).

*Juan José Marín Hernández (†) (20 de junio de 1968 - 28 de octubre de 2015)*

Doctor en Historia por la Universidad Autónoma de Barcelona. Profesor Catedrático de la Escuela de Historia y del Posgrado Centroamericano en Historia. Investigador del Centro de Investigaciones Históricas de América Central (CIHAC), Universidad de Costa Rica. Fue director del Posgrado Centroamericano en Historia y del Centro de Investigaciones Históricas de América Central de la Universidad de Costa Rica. Fue fundador y director de la *Revista Diálogos*, de la Escuela de Historia de la Universidad de Costa Rica. Especialista en Historia Social, Historia de la marginalidad, Historia Cultural e Historia del control social. Fue galardonado con el Premio Nacional de Historia Aquileo J. Echeverría (2007). Entre sus múltiples publicaciones, destaca un libro que ya es un clásico de la historiografía costarricense: *Prostitución, Honor y Cambio Cultural en la Provincia de San José de Costa Rica: 1860-1949* (San José: EUCR, 2007).



*Florence Mérienne*

florence.merienne@yahoo.fr

Máster en Estudios Latinoamericanos por la Universidad Toulouse-Le-Mirail, Francia. Profesora de Historia en la Escuela de Estudios Generales, Universidad de Costa Rica. Investiga las relaciones de género en el mercado laboral. Su última publicación es: "Acceso desigual de los hombres y de las mujeres a las disciplinas científicas - La influencia del discurso naturalista del siglo XVIII sobre las prácticas directivas educativas actuales," *Revista Gestión de la Educación* (UCR) 5, no. 1 (enero-junio 2015): 123-142.

*Francisco Robles Rivera*

francisco.robles@fu-berlin.de

Máster en Estudios Latinoamericanos con énfasis en Cultura y Desarrollo por la Universidad Nacional de Costa Rica. Candidato a doctor en Ciencias Políticas, Freie Universität, Berlín. Profesor e investigador de la Escuela de Ciencias de la Comunicación Colectiva y del Instituto de Investigaciones de la Universidad de Costa Rica. Entre sus últimas publicaciones se encuentra: "Transformaciones y concentración en los Grupos de Poder Económico en Costa Rica (1980-2012)," *Revista Mexicana de Sociología*, no. 1, (enero-marzo 2014): 37-58.

*Carmen Salguero Rodas*

salguerorodas@gmail.com

Cursó la Maestría en Dirección y Gestión Pública Local en la Universidad de Carlos III de Madrid. Actualmente, cursa el Doctorado en Gobierno y Políticas Públicas, Universidad de Costa Rica, y es becaria del programa Servicio Alemán de Intercambio Académico (DAAD). Sus áreas de investigación son: desarrollo local, gestión pública municipal, fortalecimiento de la sociedad civil y procesos sociopolítico a nivel nacional y, especialmente, en territorios indígenas de Guatemala.

*Adriana Sánchez Lovell*

adrilovell@gmail.com

*Magister Scientiae* en Historia por la Universidad de Costa Rica. Profesora de la Escuela de Psicología y de la Escuela de Historia, Universidad de Costa Rica. Investigadora del Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad de Costa Rica. Especialista en Historia del trabajo, conflictos sociales y control social. Entre sus últimas publicaciones se encuentra: "Supervivencia en las calles desde los márgenes. Un debate respecto a las diferencias posibles y reconocibles en contextos difusos e indiferenciados," en *Hegemonía cultural y políticas de la diferencia*, Coords. Alejandro Grimson y Karina Bidaseca (Ciudad Autónoma de Buenos Aires: CLACSO, 2013), 101-118.

*Rosa Torras Conangla*

mima638@gmail.com

Doctora en Estudios Mesoamericanos por la Universidad Nacional Autónoma de México. Investigadora del Centro Peninsular en Humanidades y Ciencias Sociales, Universidad Nacional Autónoma de México (CEPHCIS-UNAM). Especialista en Historia Social, con especial énfasis en la problemática agraria del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX. Su último artículo publicado es: “Los refugiados mayas yucatecos en la colonización de El Petén: vicisitudes de una frontera,” *Boletín Americanista*, año LXIV.2, no. 69 (Barcelona, 2014): 15-32, editado por la Universitat de Barcelona.

*Hugo Vargas González*

hugomauricio.vargas@ucr.ac.cr

Doctor en Historia por la Universidad de Toulouse, Francia. Profesor de la Escuela de Historia, Universidad de Costa Rica. Especialista en Historia Política. Su último artículo publicado es: “La formación del Estado en Nicaragua: entre el sufragio y la violencia (1821-1854),” en *Independencias, estados y políticas en la Centroamérica del siglo XIX. Las huellas históricas del bicentenario*, Eds. David Díaz Arias y Ronny Viales Hurtado (San José: CIHAC, Escuela de Historia, Universidad de Costa Rica, 2012), 153-195.

*Ronny J. Viales Hurtado*

rvialesh@gmail.com

Doctor en Historia por la Universidad Autónoma de Barcelona. Profesor Catedrático de la Escuela de Historia y del Posgrado Centroamericano en Historia. Investigador del Centro de Investigaciones Históricas de América Central (CIHAC), Universidad de Costa Rica. Fue galardonado con el Premio al Investigador de la Universidad de Costa Rica, Área de Ciencias Sociales (2012). Especialista en Historia Económica, Social y Ambiental. Entre sus últimas publicaciones se encuentra: Ronny Viales y Andrea Montero, “La construcción de la calidad del café y del banano en Costa Rica. Una perspectiva histórica (1890-1950),” *Historia Agraria*, no. 66 (agosto 2015): 147-176.

*Lissy Marcela Villalobos Cubero*

lissvillacuber@gmail.com

M.Sc. en Historia por la Universidad de Costa Rica. Profesora de la Sede de Occidente, Universidad de Costa Rica, e Investigadora del Centro de Investigaciones Históricas de América Central (CIHAC), Universidad de Costa Rica. Especialista en Historia Social y en Historia de la Sociabilidad Rural. Entre sus últimas publicaciones se encuentra: “Turismo como agente re-estructurador de la sociabilidad rural: una propuesta de estudio desde la historia,” *Diálogos*, volumen especial en homenaje a Bernard Vincent (octubre de 2012): 101-117.

*Heather Vrana*

vranah1@southernct.edu

Ph.D. en Historia por la Universidad de Indiana-Bloomington. Assistant Professor de Historia en Southern Connecticut State University. Entre sus últimas publicaciones se encuentran: *Do Not Mess with Us!: Guatemalan Students and the State, 1944-1996* (University of California Press, en prensa) y *Beyond 1968: Key Texts from Central America Student Movements* (Edinburgh University Press, en prensa).