

Historia y comunicación social

ISSN-e: 1988-3056

<https://dx.doi.org/10.5209/hics.74236> EDICIONES
COMPLUTENSE

Costa Rica: dos pandemias en un siglo

Patricia Vega Jiménez¹

Recibido: 27 de noviembre de 2020 / Aceptado: 15 de enero de 2021

Resumen. Este texto tiene como objetivo comparar dos pandemias vividas en Costa Rica en el último siglo: la denominada “gripe española” en 1920 y la del COVID 19 en 2020. A través de un seguimiento a lo poco que se ha escrito sobre la enfermedad de 1920 y la cuantiosa información emanada de la que se padece en 2020, se extraen las diferencias y similitudes en las manifestaciones del mal, se indagan las medidas tomadas por los gobiernos y los resultados obtenidos. Ambas muestran una similitud categórica en todos los campos, incluso en el comportamiento de las personas, pero las diferencias también son evidentes: es otra coyuntura con conocimientos más avanzados pero formando parte de un mundo globalizado que hace más difícil el control del virus. Como consecuencia de las pandemias, murieron miles de personas y en los dos casos se acentuó la crisis económica con las consecuencias socio políticas derivadas.

Palabras clave: pandemia; historia; enfermedad; economía; política; salud.

[en] Costa Rica: two pandemics in one century

Abstract. This text aims to compare two pandemics experienced in Costa Rica in the last century: the so-called “Spanish flu” in 1920 and that of COVID 19 in 2020. By following up on the little that has been written about the 1920 disease and the abundant information emanating from what is suffered in 2020, the differences and similarities in the manifestations of evil are extracted, the measures taken by the governments and the results obtained are investigated. Both show a categorical similarity in all fields, including in the behavior of people, but the differences are also evident: it is another situation with more advanced knowledge but forming part of a globalized world that makes it more difficult to control the virus. As a result of the pandemics, thousands of people died and, in both cases, the economic crisis worsened with the resulting socio-political consequences.

Keywords: pandemic; history; disease; economy; political; health.

Sumario. 1. Introducción. 2. La gripe española. 3. La gripe española en Costa Rica. 4. sistemas de salud en Costa Rica en 1918. 5. COVID 19 en Costa Rica. 6. Coincidencias entre la gripe española y el COVID 19. 7. Medidas contra el COVID 19. 8. Consecuencias del COVID 19. 9. Conclusiones. Bibliografía.

Cómo citar: Vega Jiménez, P. (2021). Costa Rica: dos pandemias en un siglo. *Historia de la comunicación social* 26, Número especial, 1-10

1. Introducción

El 6 de marzo de 2020 se confirmó en Costa Rica el primer caso de una persona infectada con el coronavirus (SARS-coV-2). Se trataba de una mujer de 49 años, procedente de Nueva York quien, junto con su esposo, superaron la enfermedad de manera asintomática. Al día siguiente se confirmaron 7 casos más, el 11 de marzo habían 22 y continuaron en aumento hasta alcanzar para el 4 de setiembre 2020, 36307 casos positivos, de los cuales 13317 (36,67%) personas están recuperadas y 386 (1,06%) habían fallecido el 15 de setiembre de 2020.

A pesar de las múltiples medidas aplicadas por las autoridades gubernamentales, el número de infectados continuó en un aumento abrumador.

De manera paralela, las consecuencias para la economía son nefastas. Una buena cantidad de empresas se han declarado en quiebra, el despido de personal ha sido masivo y el sector turismo, principal fuente de ingresos del país se ha visto considerablemente afectado.

La educación a distancia debido a la imposibilidad de recibir clases presenciales para evitar el contagio, ha evidenciado una serie de problema para la educación costarricense, desde la formación desigual hasta la brecha

¹ Universidad de Costa Rica
<https://orcid.org/0000-0001-5445-8701>
Email: patriciavj26@gmail.com

digital que impide a una buena parte de la población tener acceso a la tecnología necesaria para ingresar a la modalidad de clases online. Pero también ha dejado en claro el compromiso y la disposición de muchas personas docentes que llevan de casa en casa, materiales para que los estudiantes continúen el proceso de enseñanza.

Hace un siglo Costa Rica sufrió una pandemia² similar también producida por un virus de influenza que provocó la muerte de miles de personas. A diferencia de la pandemia del 2020, cien años atrás el país carecía de las condiciones sanitarias para hacerle frente a una peste de esa magnitud. La mortalidad producto de la denominada “gripe española” ascendió a 45 personas por cada 100 habitantes y se superó hasta tres años después de haber llegado al país.

El objetivo de este ensayo es analizar comparativamente el impacto de las dos pandemias más atroces que ha vivido Costa Rica en el último siglo: la gripe española y el COVID 19. Se pretende determinar cuál fue la lección aprendida ante el impacto en materia de salud y cuáles las consecuencias económicas, sociales y políticas para el país.

Se recurre a información emitida por los entes gubernamentales en 1920 y en 2020 y a estudios previos que abordan el tema.

Metodológicamente se extraerán las diferencias y similitudes en las manifestaciones de la enfermedad, las medidas gubernamentales que se aplicaron para hacer frente a la pandemia, los efectos (aciertos y fracasos) de las medidas y/o las consecuencias económicas y sociales.

Al tratarse de una historia reciente, la información varía según las condiciones y la evolución de la pandemia, de modo tal que, para efectos de análisis, se considera la última fecha para el estudio, el 15 de setiembre de 2020.

2. La gripe española

La pandemia provocada por el COVID 19 no es la única que ha azotado al país. La ‘Gripe Española’ es una de las pandemias más graves que hayan sacudido a América a lo largo de su historia (Rodas, 2017: 1), de hecho, mató a más de 50 millones de personas en una población que rondaba la cuarta parte de la actual que es de aproximadamente 1811 millones (Patterson y Pyle, 2011).

Entre enero y mayo de 1918, Estados Unidos presentó brotes de gripe en varios estados (Heano y Hernández, 2017: 14). Para marzo, la Compañía Ford Motor, devolvió a sus casas a más de 1000 trabajadores que laboraban en cadenas de montaje para la producción masiva. La cárcel de San Quintín mostró 500 casos de 1900 reclusos; una situación similar se vivió en las instalaciones militares. Se evidencia desde entonces que la concentración de personas generaba escenarios propicios para la expansión de la gripe. En el campamento de Fuston, en Kansas, donde se alojaban más de 40 mil soldados que transitaban por el territorio estadounidense e incluso iban y venían de Europa, fueron transmisores. Para abril la gripe azotaba a 24 de 36 grandes campamentos militares.

Los síntomas eran fiebre, dolor de cabeza y espalda y indicios generales de gripe. Los muertos eran adultos jóvenes entre los 21 y 29 años “y, en la necropsia, exhibían pulmones con procesos edematosos y hemorrágicos generalizados” (Heano y Hernández, 2017: 18).

No se sabe con certeza donde se inició la gripe. Se atribuye a tres países: China, Francia y Estados Unidos. En lo que hay acuerdo es que “La Gran Guerra, la expresión armada de la lucha imperial por la supremacía mundial de la época es, sin duda, condición sine qua non de la gripe y del origen de su proceso de configuración como ‘pandemia (Heano y Hernández, 2017:22). Y que viajó de Estados Unidos hacia Europa y Asia. China e India sufrieron el embate de la enfermedad con saña dada la magnitud de población y las condiciones de hacinamiento.

Los periódicos españoles, a diferencia de los que circulaban en los países involucrados en la contienda, que evitaron hablar de la gripe para no reducir la ya afectada moral de las tropas, empezaron a publicar noticias sobre la propagación de la gripe recogidas en varios países. Esto condujo a que las naciones participantes denominaran xenofóticamente a la influenza como “gripe española” —aunque en España hubo muy pocos casos— comparado con los brotes de gripe que proliferaban en el mundo.

Todavía en setiembre de 1918, cuando la gripe arremetía, las autoridades de Nueva York mantenían una actitud reticente. No obstante, la influenza tuvo un rebrote con alta mortalidad en tres continentes: América, Europa, África y más tarde Oceanía. El constante movimiento de las tropas fue un factor decisivo en la propagación de la enfermedad.

Australia se libró parcialmente gracias a las cuarentenas. “Por basar su comercio exclusivamente con Australia, algunas regiones insulares fueron forzadas a la cuarentena y, en consecuencia, libradas de la gripe” (Heano y Hernández, 2017: 30).

² El concepto de ‘pandemia’ moderno surgió para hacer referencia a enfermedades infecciosas epidémicas extensas, a la luz de las teorías del contagio animado y del germen (Heano y Hernández, 2020: 14).

Desde entonces, y en especial en Estados Unidos, los médicos y practicantes de medicinas, expertos en salud pública y en infecciones respiratorias instaron a las autoridades a evitar las aglomeraciones, como se hace con la pandemia que un siglo después también acomete contra la humanidad. Ante el caso omiso de la sugerencia, la gripe se expandió sin control.

Sin la guerra, la gripe no habría causado tantos estragos. De hecho, la última y menos letal etapa de la expansión de la enfermedad se originó con el regreso de las tropas a sus países de origen.

3. La gripe española en Costa Rica

La información que en 1918 trajeron los medios de prensa internacionales y locales previamente a que ocurriera la presencia de la epidemia, advirtió a las autoridades sanitarias del país para que pudieran enfrentar la enfermedad.

Desde febrero de 1919, los funcionarios de la salud de Estados Unidos, Canadá y algunos países de América del Sur, alertaban sobre la presencia de una nueva ola de influenza que amenazaba con ser más desastrosas que las acontecidas hasta entonces. Señalaban que desde 1729, las epidemias de influenza se recurrían cada 2 o tres años y por tanto, era posible que la de 1918 se repitiera en 1919 y 1920. La advertencia no fue en vano: en mayo la enfermedad golpeó fuertemente a Limón y luego hizo sentir sus efectos en el Valle Central (Salas, 1991:63-64). En febrero de 1920 la pandemia de Gripe Española ingresa al país por medio de los vapores que arriban al puerto de Limón. El Dr. Antonio “Tony” Facio recibe los primeros 45 casos positivos en el hospital de la United Fruit Company, de los cuales 9 se convierten en las primeras víctimas mortales (Herrbar, 2020: 1)

La pandemia producida por la “gripe española” fue un fenómeno transnacional que aquejó de manera distinta a los países; es junto con el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), las enfermedades más letales del siglo XX (Botey, 2017: 79). Sin duda la pandemia del COVID 19 es mucho más mortal: Del 1 de marzo al 15 de setiembre 2020 se han infectado 20 millones de personas en el mundo y han fallecido 925000 (cnnspanol, 15-9-20).

La gripe española tuvo 3 oleadas. La primera se inició con el año de 1918 y se caracterizó por afectar a muchas personas, pero con poca mortalidad. En agosto de ese año, una segunda oleada manifiesta su letalidad y la tercera en enero de 1919 que se mantuvo en algunos lugares.

En América Latina aparecen en México los primeros casos entre marzo y abril de 1918, personas procedentes de la frontera norte y de los puertos de Veracruz y Tampico, pero los mayores contagios se dieron entre octubre y diciembre de ese mismo año, coincidiendo con la segunda ola, en el mismo mes en que la epidemia causa estragos en Bogotá, Buenos Aires, Río de Janeiro, Sao Paulo, Salvador y Bahía en Brasil. Se carece de datos sobre Centroamérica, pero la epidemia debe haberla azotado como ocurrió en el Caribe Británico.

Las recomendaciones a nivel internacional, fueron “la estricta limpieza y desinfección de sitios públicos y privados, la administración de medicamentos como la quinina, los laxantes, el mentol y el eucalipto. El cierre de escuelas y otros centros de aglomeración fue practicado en Costa Rica tempranamente, pero los bares y salones de baile permanecieron abiertos por razones comerciales y turísticas” (Botey, 2017: 86).

4. Sistemas de salud en Costa Rica en 1918

Para 1918, Costa Rica tenía una población mal alimentada y con deficientes servicios higiénicos y de salud. A esto se suma que en la década de 1910 golpean a la población una serie de epidemias entre las que destaca la influenza, la tifoidea, la malaria, disentería, meningitis, tosferina, sarampión, problemas gastrointestinales y la expansión de la tuberculosis. En 1918 hicieron estragos las epidemias de la escarlatina, la tosferina, el sarampión, la malaria, y el dengue (Botey, 2017: 90).

Durante el gobierno de Alfredo González Flores (1914-1917) se pusieron en práctica una serie de medidas de salubridad pública, entre otras, la policía de higiene, se garantizaron medicamentos a los pobres, se establecieron maternidades, entre otras cosas. Entre tanto, en 1914 la Fundación Rockefeller inició el combate contra la anquilostomiasis y promovió la centralización e institucionalización de la salud. La dictadura de Federico Tinoco a partir de 1917, significó un retroceso en el campo de la salud y la higiene de la ciudad.

Cinco meses después de la salida del poder de Tinoco, en los meses de febrero a mayo de 1920 se desata en Costa Rica la epidemia de influenza.

“La pobreza, los pésimos hábitos alimenticios, el consumo de agua contaminada y la ausencia de rutinas higiénicas entre la población eran elementos que jugaban en contra de la salud de las personas. La mayoría de los pueblos de Costa Rica carecían de cañerías de hierro que condujeran el agua a sus casas, por consiguiente, muchos habitantes consumían aguas y alimentos contaminados y se propagaban muchas enfermedades por esa vía” (Botey, 2017: 95-96).

Eran inexistentes las cloacas, las letrinas, era un factor en contra del combate de la enfermedad, la falta de aseo de las personas y de los inmuebles, se usaban muy pocas ventanas, la alimentación no era saludable lo que conducía a la desnutrición. A esto se suma un pésimo servicio de recolección de basura.

La Junta directiva de la facultad de medicina, era el organismo encargado de aconsejar en caso de epidemia.

La primera propuesta de la comunidad médica fue la de establecer un Consejo Superior de Salubridad, ya que no existía un organismo centralizador, sino que los asuntos de salud eran de la incumbencia de las municipalidades ubicadas en la cabecera de cada cantón y diversas dependencias de la Sub Secretaría de Policía: el Departamento de Anquilostomiasis, el Departamento Sanitario Escolar y las medicaturas de pueblo.

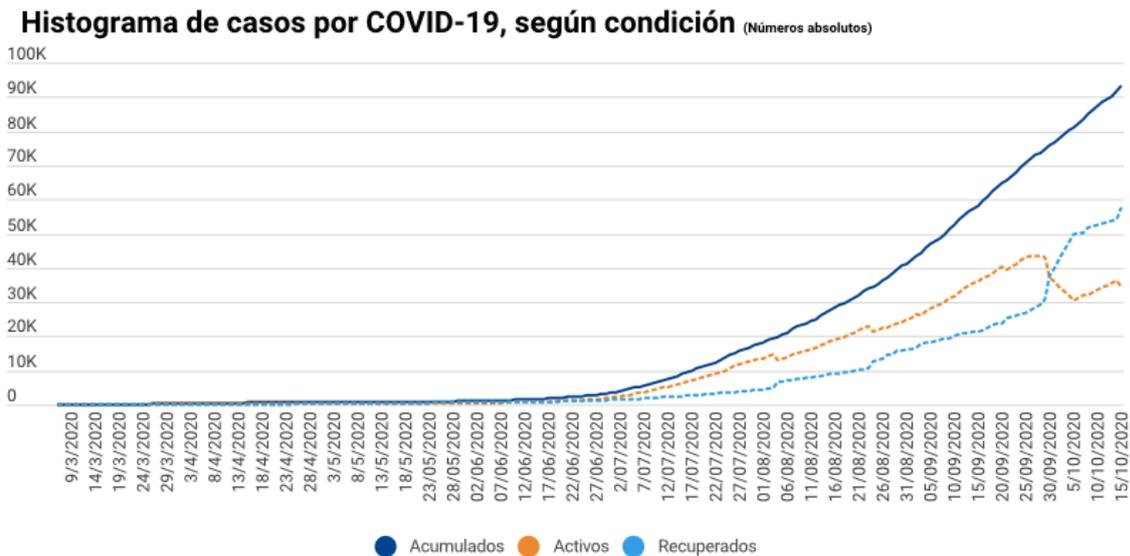
A pesar de los empeños, hubo 1298 muertos de febrero a abril de 1920. Costa Rica era vulnerable: el sistema sanitario consistía en esfuerzos aislados, en la ayuda de los maestros y de los médicos de pueblo. Carecía de registros centralizados y de políticas de alcance nacional. La salubridad pública dependía de la policía por tratarse de un asunto de orden público.

Al contrario de lo que se advierte con el Covid 19, los más afectados fueron los niños y adolescentes y particularmente aquejada resultaron las personas de edad avanzada. En esa oportunidad, ninguna de las medidas que se pusieron en práctica produjo resultados halagüeños (González, 1991: 64-63).

5. COVID 19 en Costa Rica

Costa Rica ha sufrido dos oleadas. La primera entre marzo y abril no alcanzó altos niveles pero aumentó decididamente en junio para mantenerse con una tendencia al alza que solo disminuye muy lentamente después del 1 de octubre, como se evidencia en el Gráfico 1.

Gráfico 1



Fuente: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-prensa/noticias/741-noticias-2020/1725-situacion-nacional-covid-19>

A diferencia de lo ocurrido un siglo atrás, el sistema de salud de Costa Rica ha logrado hacerle frente a la pandemia lo que ha incidido en los índices de mortalidad. El número de muertes alcanza el 1.24% de la totalidad de personas infectadas como se proyecta en el gráfico 2:

Gráfico 2. Distribución de personas infectadas en Costa Rica al 15 de octubre 2020



Se trata de una de las tasas de mortalidad más bajas del mundo.

Las autoridades de salud atribuyen al uso obligatorio de mascarillas a partir de 9 de septiembre y a las restricciones, no siempre obedecida, de movilidad y agrupamiento, como medidas que han contribuido a que no aumenten más los casos, ya de por sí muy numerosos.

6. Coincidencias entre la gripe española y el COVID 19

Los síntomas de ambas influencias son muy similares como se expone en la tabla 1. La fiebre, los dolores de cabeza, la conjuntivitis, la tos seca el cansancio, los dolores musculares y de garganta unido a diarreas y vómitos, son coincidentes. Se suma al COVID 19 en casos graves, la falta de aire o dificultad respiratoria, la pérdida de olfato y gusto, la presión en el pecho y la imposibilidad de movimiento.

Tabla 1. Manifestaciones de la gripe española y el COVID 19

Gripe española	COVID 19
Dolor de cabeza	Dolor de cabeza
Fiebre	Fiebre
congestión de las conjuntivas	Conjuntivitis
tos	Tos seca
cansancio	Cansancio
Dolores musculares y corporales	Molestias y dolores
Dolor de garganta	Dolor de garganta
Vómitos y diarreas	Diarrea
catarro	Pérdida del sentido del olfato o del gusto
bronquitis.	Erupciones cutáneas o pérdida del color en los dedos de las manos o de los pies
sangrado por la nariz	<i>Los síntomas graves son los siguientes:</i>
dolor de espalda	Dificultad para respirar o sensación de falta de aire
dolores de huesos	Dolor o presión en el pecho
Mucosidad nasal o nariz tapada	Incapacidad para hablar o moverse

La gripe española produce dolores de espalda y sangrado por la nariz como síntomas adicionales.

Las medidas tomadas por las autoridades de salud también coinciden, como se expone en la Tabla 2, con la diferencia de que los servicios de salud una centuria después, estaban mucho más preparados.

Tabla 2. Principales medidas adoptadas por las autoridades gubernamentales en materia de salud

Gripe española	COVID 19
Se prohíbe la movilidad de las personas que presentan síntomas.	Se implanta un régimen de cuarentena (de 15 a 30 días) a las personas infectadas y a quienes tuvieron contacto con ellas.
Mantener en perfecto estado las vías y áreas públicas	
Limpieza personal	Se promueve el lavado de manos y el uso de alcohol constante.
Limpieza de los hogares.	Limpieza constante de los sitios de trabajo y hogares.
Socorrer a las personas pobres con los medicamentos que indicara el médico de pueblo	Los Equipo básicos de atención integral en salud (EBAIS), centros de salud distribuidos por todo el país, atienden a la población asegurada que corresponde a un 90% de la totalidad de los ciudadanos costarricenses (INEC, 2018).
Registro de las personas infectadas por los médicos de pueblo.	Se lleva un registro de las personas infectadas para darles seguimiento.
Socorrer a las personas pobres con los medicamentos que indicara el médico de pueblo	
Cierre de teatros, templos, las reuniones mayores de 10 personas, los bailes y los paseos, tunos, festejos populares.	Cierre de teatros, templos, restaurantes, salones de eventos, bares, etc.
Postergación del curso lectivo que iniciaba el primero de marzo.	Curso lectivo online en todos los niveles escolares (Escuelas primarias, secundaria y universitaria)
Se declaró emergencia nacional el 9 de marzo 1920.	Se declaró estado de emergencia nacional el 16 de marzo de 2020.
Atender la epidemia casa por casa	
Mucho reposo, aspirinas, mostaza y agua con limón en grandes cantidades.	
	Trabajo virtual en la medida de lo posible.
Las municipalidades de San José y los distintos cantones previnieron a los vecinos de sus obligaciones sanitarias por medio de volantes.	El Ministerio de Salud junto con la Caja Costarricense del Seguro Social, utilizan todos los medios de comunicación disponibles para mantener informada a la ciudadanía.
	Intercambio de datos sobre los contagios de COVID-19 entre el Ministerio de Salud y la Comisión Nacional de Emergencias por medio de los Comités Municipales de Emergencia durante la pandemia generada por el SARS-CoV-2 y la enfermedad COVID-19.
	Se promueve el confinamiento de la población.
Se instauró un hospital provisional para contagiados graves de Gripe Española en la Escuela Normal de Niñas, ubicada en la Escuela Metálica.	Se instaló un hospital exclusivo para enfermos con COVID: Centro especializado en atención de pacientes con COVID 19 (CEACO)
Uso de mascarillas entre el personal de salud.	Uso obligatorio de mascarillas en sitios públicos para toda la población.
Distribución de alimentos, medicinas y desinfectantes – formol, creolina– y medicamentos y la autorización de farmacias para el retiro de medicamentos por parte de pacientes pobres diagnosticados por los médicos.	El gobierno reparte paquetes de alimentos e insumos de limpieza a más de 300 mil familias.

En 1920 la cuarentena no se aplicaba fundamentalmente por dos razones:

- a. En otras epidemias se había dispuesto atenerse a las medidas sanitarias que declaraban otros gobiernos, especialmente el de Estados Unidos.
- b. La imposición de cuarentena en Limón, una de las zonas más afectadas, conduciría al cierre del puerto debido a que el arribo de barcos disminuiría. El interés sanitario se supeditaba a la economía, interés que estaba por encima de cualquier otro, incluyendo el sanitario.

Por su parte, el cierre de Iglesias y sitios de reunión públicos, fue criticado por la prensa. Se aducía que las autoridades no fueron enérgicas con los sacerdotes que mantenían las iglesias con multitudes de personas en-

fermas celebrando actividades religiosas, mientras que los asistentes al teatro iban bien aseados, perfumados y vestidos. El gobierno tampoco pudo controlar la realización de turnos o festejos patronales en diversos lugares del país

Una situación similar ocurre con la pandemia en 2020. Si bien los templos fueron cerrados, las reuniones religiosas se continuaban efectuando en espacios no controlados por las autoridades. A pesar de las insistentes recomendaciones del Ministerio de Salud de que cada persona se mantuviese en “su burbuja”, –grupos sociales conocidos y seguros de no portar el virus–, muchos individuos hacían caso omiso de las sugerencias. De tal manera que las fiestas, la asistencia a actividades públicas y las reuniones sociales, se convirtieron en focos de infección de tal magnitud, que los casos se multiplicaron por miles, saturando los hospitales y provocando la imposibilidad de controlar la pandemia.

En 1920, los funcionarios locales (autoridades municipales, médico de pueblo y policía de higiene) aunaron fuerzas para atender la epidemia. De igual manera ocurre 100 años después cuando el Ministerio de Salud, Comités Municipales de Emergencia y la Caja Costarricense del Seguro Social, unen esfuerzos para hacer frente a la pandemia.

En 1920 las farmacias anunciaron, profusamente, el consumo de los reconstituyentes para fortalecerse, los jarabes para la tos como el Guayacol y el suero antineumococcico mixto, no hay evidencias de que se hayan distribuido a la población.

Asuntos como el frecuente lavado de manos con agua y jabón, no tocar boca, nariz y ojos con la mano, taparse la boca y la nariz cuando se estornudaba, usar pañuelos desechables, no escupir en sitios públicos, que es reiteradamente aconsejado por las autoridades de salud en 2020 eran desconocidos cien años atrás. Sin embargo, en 1920 el personal de salud usaba mascarillas (véase foto 1) pero se desconoce su efectividad igual que el porcentaje de víctimas fatales que laboraban en los servicios de salud.



Ilustración 1. Fuente: muro de Karina Segura.

7. Medidas contra el COVID 19

Las medidas gubernamentales para enfrentar la pandemia del COVID 19 fueron inmediatas: se dictaron disposiciones de aislamiento social, se acondicionó un hospital exclusivo para los casos de COVID 19, se instauró un protocolo de seguimiento a los enfermos y se establecieron alianzas con otras instituciones del estado. El Ministerio de Salud y con el apoyo del Sistema Nacional de Gestión del Riesgo, puso en ejecución el Plan Nacional de Preparación y Respuesta Estratégica de COVID-19 para detener la transmisión y mitigar el impacto del brote, incluidos sus efectos sociales y económicos (COVID-19: la pandemia, 2020).

Se dictaron una serie de medidas sanitarias que son de acatamiento obligatorio en todo el país. A nivel administrativo temporal, se suspendieron las autorizaciones sanitarias otorgadas a actividades de concentración masiva. Igualmente aplican las medidas en los sitios de reunión pública con permisos sanitarios de funcionamiento aprobado” (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2020).

Las autoridades gubernamentales en materia de salud han dictado lineamientos generales y específicos para aminorar el impacto de la pandemia. El manejo domiciliario de casos en investigación, probables o con-

firmados de COVID-19, el procedimiento a seguir en los territorios indígenas, los lineamientos generales para el aislamiento domiciliario a costarricenses, residentes y diplomáticos que ingresen al país. Atención a la salud mental y apoyo psicosocial en el marco de la alerta sanitaria por Coronavirus (COVID-19).

Se decretan lineamientos generales sobre lactancia materna, empresas funerarias y cementerios, en el sector construcción, seguimiento y levantamiento de actos administrativos (orden sanitaria) de aislamiento domiciliario por COVID-19, para los servicios de alimentación pública, en plantas procesadoras de alimentos, para establecimientos comerciales y servicios con permiso sanitario de funcionamiento. Se abordan los protocolos para salones de belleza, estética, barberías, espacios de acondicionamiento físico, deportes en general, lineamientos para Centros de Atención Integral: públicos, privados o mixtos, para la atención de personas transportistas (choferes) y sus acompañantes que ingresen por puestos fronterizos terrestres, para Condominios Comerciales, condominios con espacios comerciales y residenciales, Condominios Residenciales. Se publicaron lineamientos específicos para el Sector Turismo, principal fuente de ingresos del país, para hacer uso de Áreas Silvestres Protegidas (Parques y Reservas Nacionales) con permiso de apertura, limpieza y desinfección de vehículos para propietarios, administradores y choferes de camiones de transporte de mercancías, instalaciones físicas y sanitarias en los puestos de CHECKPOINT, manejo de la enfermedad en centros penitenciarios, administración de tuberías de agua y aire, empaquetadoras de alimentos y fincas del sector agrícola.

A partir de setiembre, cuando los casos aumentan exponencialmente, se hizo obligatorio el uso de mascarillas. Se reglamentaron el ingreso de pasajeros a Costa Rica, los actos religiosos, el uso de transporte público, las oficinas con atención al público (Bancos, correos, instituciones del Estado, Poder Judicial, empresas privadas de servicios), manipulación y disposición final de cadáveres con diagnóstico.

A pesar de que se estableció una normativa específica para la atención diaria en Centros que brindan Servicios de Atención a Mujeres Víctimas de Violencia, sus Hijas e Hijos, los casos han aumentado drásticamente. En los meses de marzo a agosto, el Instituto Nacional de mujeres (INAMU) registra 39.788 llamadas de mujeres a este número denunciando violencia de género (*El Mundo*, 21-IX-2020).

El proceso de apertura de las fronteras ha sido uno de los temas más polémicos pues afecta no solo los vínculos comerciales sino también las actividades diplomáticas y relaciones internacionales, pero significa mayor posibilidad de contagio, por eso los protocolos de atención han sido particularmente cautelosos.

8. Consecuencias del COVID 19

Como señala Botey, las epidemias agudizan las contradicciones económicas, sociales, políticas y culturales existentes en una sociedad, “provocan además una serie de respuestas sociales e institucionales, impulsadas por actores sociales capaces de aprovechar las oportunidades para hacer valer sus resistencias o impulsar sus proyectos, en la sociedad y a nivel del estado, en su dimensión local o nacional” (Botey, 2017: 79).

Paralelamente, las medidas sanitarias adoptadas en el 2020 han conducido a una crisis económica y social de abrumadoras consecuencias. Por una parte, se afectaron particularmente las exportaciones e importaciones: lento avance de embarques y desembarques en los puertos de Asia, retrasos en el retorno de contenedores y el “enfriamiento” de los pedidos de compras en los países hacia los que Costa Rica exporta, como consecuencia del impacto en los mercados y en la logística del coronavirus COVID-19.

Afecta la exportación de piña, ganadería, tubérculos, entre otros. El sector turismo, la principal fuente de ingresos del país, se derrumbó.

En el sector de servicios destaca la afectación del turismo interno. Los hoteles de Costa Rica reportan más de 10.000 noches canceladas y esperan caídas de entre 80% y 90% en las reservaciones futuras (Ruiz, 2020).

Los resultados de un estudio del Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas de la Universidad de Costa Rica, sugieren una caída de entre el 4 % y el 5,8 % del Producto Interno Bruto (PIB) de Costa Rica para el 2020, además de cambios significativos en los niveles de pobreza.

En los sectores afectados algunos empresarios podrían mantener a sus trabajadores a pesar de la caída en sus requerimientos de trabajo, pero sacrificando su rentabilidad.

Cerca de un 24% de trabajadores ocupados podrían perder su trabajo durante la pandemia, lo que suma más de 400 mil trabajadores. Sin remedio, los niveles de pobreza aumentarán. Se proyectan niveles entre el 24% y el 29% de los hogares. Hogares de ingreso medio y medio bajo son los más probables en caer en pobreza (hogares que dependen de un ingreso) (IICE, 2020). Los especialistas además ven dificultades para una recuperación rápida de la economía debido a que los hogares regresarán a la actividad económica con niveles de consumo menores e incertidumbre, por lo que es de esperar que, si se eliminan las restricciones sanitarias actuales de forma lenta y progresiva, la recuperación económica será también lenta (Robalino y Lüke, 2020).

Los resultados muestran que la generación escolar actual podría “dejar de aprender” un 34% de lo que debió haber aprendido, si las clases regresaran en setiembre, y más de un 60% si las clases presenciales se descartan por el resto del año. Además, las brechas crecerían: los estudiantes más pobres no lograrían aprender el 82% de lo que pudieron haber recibido este año, mientras que para los estudiantes con mayor estatus socio económico la pérdida sería de un 25% de los aprendizajes esperados. Pero el impacto de la reducción en el capital humano

del grupo de niños y jóvenes que se están viendo afectados por los cierres escolares será mayor en el mediano y largo plazo.

Las interrupciones en el tiempo de instrucción en el aula pueden tener un impacto severo en la capacidad de aprendizaje en la niñez, tal y como ha sido demostrado con los resultados de estas simulaciones, pero existen otras áreas del desarrollo integral de niños, niñas y personas jóvenes que pueden verse afectadas. Cuanto más tiempo estén marginados fuera de la escuela, menos probable es que regresen: “Los niños de los hogares más pobres ya tienen casi cinco veces más probabilidades de no asistir a la escuela primaria que los de los más ricos. El hecho de no asistir a la escuela también aumenta el riesgo de embarazo adolescente, explotación sexual, matrimonio infantil, violencia y otras amenazas. Además, los cierres prolongados perturban los servicios esenciales de las escuelas, como la inmunización, la alimentación escolar y el apoyo psicosocial y de salud mental, y pueden causar estrés y ansiedad debido a la pérdida de la interacción con los compañeros y a la alteración de las rutinas” (Fernández, 2020: 1).

9. Conclusiones

Las similitudes entre la pandemia de la llamada “gripe española” y la pandemia del COVID 19 son muchas pero las diferencias también son evidentes. Igual que sucede en el año 2020, un siglo antes se usaron mascarillas entre el personal del sector salud, se aplicaron las cuarentenas y el aislamiento, el gobierno manifestó la preocupación por las poblaciones más desfavorecidas económicamente y el registro de enfermos, lo mismo que instalar un hospital dedicado a los pacientes, el cierre de sitios públicos y la urgencia de informar a la población sobre la enfermedad y las medidas que debían adoptarse, sobre todas las vías posibles.

La insistencia de mantener limpios y desinfectados en la medida de lo posible, los sitios de trabajo y vivienda, es un tema reiterativo un siglo atrás durante la pandemia de la “gripe española”.

Pero de la misma manera, igual que ocurre en el 2020 la prensa en primer término, criticó ferozmente al gobierno haciéndolo responsable del mal manejo de la pandemia y por tanto de las víctimas fatales de la enfermedad. Lo acusaba de alarmar innecesariamente a la población y de errores en el informe de casos. Critica el confinamiento y enfatiza en los efectos nocivos para la economía del país, instándolo a aminorar el confinamiento para reactivarla. De igual manera, fomentaron la paranoia de la población acudiendo a una perspectiva sensacionalista y aprovecharon de esa manera la pandemia para aumentar la venta de periódicos.

Las diferencias entre una y otra pandemia también son fehacientes. Por una parte, los avances en los conocimientos médicos son abismales lo que permite hacer diagnósticos más certeros y más rápidos y por tanto, aplicar tratamientos más efectivos. Por otro, el desarrollo tecnológico permite hacer un seguimiento a cada paciente y disminuir el contagio a través del establecimiento de cuarentenas para todas las personas con las que tuvo contacto.

Por lo general la producción de una vacuna lleva mucho tiempo, sin embargo, los estragos de la pandemia dieron origen a una carrera sin precedentes en la industria farmacéutica para tener una vacuna lista que permitiera detener la pandemia del COVID 19. Aun así, el número de víctimas superó todos los pronósticos.

A pesar de los avances, en el año 2020 la sociedad es mucho más compleja y Costa Rica forma parte de un mundo globalizado donde las posibilidades de tránsito de personas facilitan que el contagio se multiplique lo que hace mucho más difícil detener la enfermedad.

Bibliografía

- “Casi 550000 niños han dado positivo por covid 19 en Estados Unidos” <https://cnnespanol.cnn.com/2020/IX/15/noticias-coronavirus-15-de-septiembre-casi-550-000-ninos-han-dado-positivo-por-covid-19-en-ee-uu/> (Recuperado el 20-9-20).
- Botey, Ana María (2017). “La tardía epidemia de influenza o gripe española y sus desenlaces en Costa Rica (1918-1920)”. (julio-diciembre 2017) En: *Revista de estudios latinoamericanos de la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla*. No. 6, pp. 77-109, p. 79.
- Contracción económica por la pandemia afecta empleo en Costa Rica. En: http://www.mtss.go.cr/prensa/comunicados/2020/julio/cp_32_2020.html Recuperado el 10-10-2020
- COVID-19: la pandemia. La humanidad necesita liderazgo y solidaridad para vencer a COVID 19. En: <https://www.cr.undp.org/content/costarica/es/home/coronavirus.html> Recuperado el 23-09-2020.
- Fernández, Andrés. Efectos del COVID sobre el sistema educativo costarricense parte 2. Agosto, 2020 En: <https://delfino.cr/2020/08/efectos-de-la-covid-19-sobre-el-sistema-educativo-costarricense-ii-parte>. Recuperado el 10-10-2020
- Flórez-Estrada Pimentel. Crisis por pandemia de COVID 19 supera las proyecciones económicas iniciales. En: <https://semanariouniversidad.com/pais/crisis-por-pandemia-de-covid-19-supera-las-proyecciones-economicas-iniciales/> Recuperado el 10-09-2020
- González Salas, Edwin (1991). *Evolución histórica de la población de Costa Rica (1840-1940)*. (Nuestra Historia, fascículo 9). San José: EUNED, pp. 63-64.
- González, Ronald, et. al. historia de la medicina en CR <http://www.dftc.ucr.ac.cr/index.php/historia?start=2> Recuperado el 17-10-2020

- Henaó-Kffure, Liliana y Hernández-Álvarez (julio-diciembre 2017) En: *Revista de estudios latinoamericanos de la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla*. No. 6, pp. 8-52, p. 10.
- Herrbar, German. La historia se repite. 10 de julio 2020. En: <https://www.facebook.com/groups/879599888790283/permalink/3413244248759155/> Recuperado 17-10-2020.
- http://www.iice.ucr.ac.cr/conferencia_prensa/Covid%20IICE%20V5-final.pdf Recuperado el 21-09-20.
- <https://inec.cr/sites/default/files/documentos-biblioteca-virtual/recostaricaencifras2018.pdf>
- <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/centro-de-prensa/noticias/741-noticias-2020/1725-situacion-nacional-covid-19> Recuperado el 17-10-2020
- Medidas administrativas temporales. En: https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/prensa/docs/medidas_administrativas_temporales_actividades_09082020_v07_fase_3.pdf Recuperado el 20-10-2020
- Pandemia ha dejado 34 muertes violentas de mujeres. En: <https://www.elmundo.cr/costa-rica/costa-rica-pandemia-ha-dejado-34-muertes-violentas-de-mujeres/> Recuperado el 20-09-2020
- Population. City afirmó que en 2011 la población mundial había alcanzado los 7.000 millones. Patterson, K. David y Pyle, Gerald F., “The Geography and Mortality”, 19.
- Population. City <http://poblacion.population.city/world/> (Consultado el 07/05/2017). Recuperado el 22-09-20.
- Robalino, Juan, Lücke, Rudolf. The Institute for Research in Economic Sciences estimates a negative growth of Costa Rica’s GKP for 2020. En: <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2020/05/04/el-instituto-de-investigaciones-en-ciencias-economicas-estima-un-crecimiento-negativo-del-pib-de-costa-rica-para-el-2020.html> Recuperado el 22-09-20.
- Rodas Chaves, German. (julio-diciembre 2017). “Introducción al Dossier sobre La gripe española”. En: *Revista de estudios latinoamericanos de la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla*. No. 6, pp. 1-4, p. 1.
- Ruiz Hidalgo, Hellen. Impactos del covid-19 en la economía costarricense y mundial. En: <https://www.uned.ac.cr/ocex/index.php/124-boletines-articulos/556-impactos-del-covid-19-en-la-economia-costarricense-y-mundial> Recuperado el 20-09-2020.