

CRÓNICA DE UNA EPIDEMIA ANUNCIADA: INCORPORACIÓN ETNO-MÉDICA DEL MIGRANTE NICARAGÜENSE A LA NACIÓN COSTARRICENSE EN LOS TIEMPOS DEL CÓLERA

Mauricio López-Ruiz
Correos electrónico: *lopezruizmm@gmail.com*

Steven Palmer
Correo electrónico: *spalmer@uwindsor.ca*

Recibido 15/07/2010 - Aceptado 27/01/2011

Resumen

La manera en que las sociedades se organizan para atender problemas de salud pública causadas por enfermedades contagiosas a menudo revelan rasgos importantes de sus culturas políticas nacionales. La campaña contra el cólera coordinada por autoridades del gobierno costarricense a inicios de la década de los años noventa tuvo como soporte imaginario discursos nacionales que crearon una asociación simbólica entre esa lucha y valores históricos centrales de la cultura política de Costa Rica. Lo anterior coadyuvó tanto a darle sentido y forma a varias de las tareas realizadas por dichos funcionarios, como a evitar que el grupo minoritario identificado previamente como el principal portador de la enfermedad (conformado por migrantes nicaragüenses) resultara marginado del sistema de salud, contrario a lo sucedido con otras minorías en Latinoamérica.

Palabras clave: cólera, epidemias, migración, salud pública, etnicidad y medicina, Costa Rica

Abstract

The way in which societies organize themselves in order to solve public health problems often reveal important characteristics and changes in national cultures. This is the case of the Costa Rican campaign against cholera, during the early 1990s, in which governmental authorities used national discourses that created a symbolic link to historical values of Costa Rica's political culture. These values not only were key factors in shaping and giving meaning to the successful public health response to this epidemic, but also promoted the inclusion of Nicaraguan migrants (a group surreptitiously identified as potential vectors of cholera) to the public health system, in marked contrast to what happened to other minority groups in Latin America during the same pandemic.

Key words: cholera, epidemics, migration, public health, ethnicity and medicine, Costa Rica

1. Introducción¹

A principios de 1991, las alarmas del sistema de salud en Costa Rica se habían activado ante la expectativa de un inevitable arribo del cólera, enfermedad que no había visitado al continente americano en todo el siglo XX. Con la aparición de la séptima pandemia del cólera durante enero de aquel año en el costero barrio peruano de La Candelaria, en Chancay, la prensa costarricense empezaba a reportar sus estragos abrumadores, primero en los países andinos y en Venezuela, luego en México, y posteriormente en Guatemala. De esta manera, era inminente que el cólera se abriería paso desde el norte a través de la frontera con Nicaragua, junto con los cuerpos debilitados de miles y miles de nicaragüenses indocumentados que huían de un contexto pos-sandinista en pleno fracaso. En el Valle Central, inmensa conurbación constituida alrededor de la capital San José y hogar de dos tercios de la población del país, el estado de alarma se expandió al igual que las previsiones negativas proyectadas por actores como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), cuyo cálculo informal sobre el número de muertes que iban a presentarse en esta país era de seis mil personas (Bolaños, 2007).

Asimismo, en términos políticos se esperaba además que el cólera iba a dejar expuestas las debilidades de un sistema de salud que, luego de una década perdida para Latinoamérica, se encontraba inmerso en procesos de ajuste estructural y a la espera de una alborada neoliberal promovida ciegamente por el gobierno de turno. De hecho, eso era precisamente lo que estaba pasando en países como Perú y Venezuela, en donde la epidemia se convirtió rápidamente en un serio problema de salud pública que se sumó a crisis económicas, rupturas político-institucionales, y al ascenso ideológico de un neoliberalismo cuyo credo dismantelaba no sólo al Estado de Bienestar sino también la legitimidad de los conceptos de responsabilidad y justicia social. Peor aún, como fue documentado y analizado por el historiador Marcos Cueto (1997) y el antropólogo Charles Briggs (2003), en estos países las culturas nacionales (caracterizadas por un racismo agudo dirigido en particular contra grupos indígenas) constituyeron el último ingrediente de una receta catastrófica en la cual personas pobres, sobre todo de etnias no-dominantes y de zonas periféricas, fueron sujetas de exclusión por parte de los sistemas nacionales de salud.

En Costa Rica, sin embargo, seis años después de iniciada la epidemia en la región, la experiencia vivida fue en resumidas cuentas poco traumática, no sólo por los bajos niveles de contagio y letalidad que tuvo esta enfermedad, sino también por la forma en la cual este problema público de salud fue sobrellevado desde un inicio por parte de las autoridades de salud. De hecho, uno de los aspectos más interesantes de la campaña que fue puesta en marcha contra el cólera es que, a pesar de que en Costa Rica se contaban con ingredientes económicos y político institucionales similares a los de otros países latinoamericanos, el grupo minoritario identificado como el principal portador del cólera (migrantes nicaragüenses), no fue marginalizado expresamente de los servicios médicos brindados por el sistema nacional de salud ni del discurso de movilización nacional en contra de la epidemia. En este sentido, ¿qué diferenció al caso costarricense, de lo sucedido en aquellos países sudamericanos?

Para ir esclareciendo esta diferenciación, resulta necesario recordar en primera instancia que las acciones de política desarrolladas por los sistemas de salud de la región ante una epidemia como el cólera, más allá de basarse en el entendimiento biomédico de dicha enfermedad (que la describe básicamente como una infección diarreica aguda causada por la ingestión de una bacteria), van tomando forma en relación con los distintos imaginarios que les distinguen como comunidades políticas. De esta manera, y a contrapelo de novelas como *El Amor en los tiempos del cólera* de Gabriel García Márquez, en donde el cólera se devela en clave de romanticismo (en ese doble padecimiento biológico y amoroso que atraviesa a sus protagonistas), en las culturas políticas nacionales es un tanto difícil obtener operaciones estéticas parecidas. En estos casos, las enfermedades epidémicas rompen con el orden simbólico que presuntamente debería imperar en el cuerpo social, atentando contra su buena salud y pureza, representando el desorden y la ambivalencia, máxime cuando se habla de una enfermedad como el cólera que no inspira empatía para quienes la padecen; enfermedad de mierda, impura, que está asociada a órganos 'innobles' como el estómago y el sistema excretor, así como a grupos sociales igualmente 'innobles' como los pobres y los excluidos.

Para el caso de Costa Rica, sostendremos la tesis de que la peculiaridad de su discurso nacionalista se convirtió en un factor cultural relevante para la exitosa movilización política promovida contra el cólera, así como en un factor decisivo para atenuar la potencial exclusión que pudo haber sufrido la persona nicaragüense de los servicios médicos brindados por el sistema de salud costarricense. Lo anterior puede explicarse en virtud de dos elementos claves presentes en el discurso nacional de esta comunidad política: a) la configuración de una dualidad esencial en el nacionalismo costarricense, que distingue al Valle Central y sus pueblos de 'raza blanca' como la nación verdadera de otros pueblos (en este caso, la zona norte del país), los que conformarían una nación de segunda categoría y dudosa 'pureza racial' (delimitando así los contornos de una endo-nación y una exo-nación costarricense); y b) la reconstrucción de una memoria colectiva que hacía eco de una experiencia previa con esta epidemia, vivida precisamente en un momento fundacional del discurso nacional costarricense (la guerra decimonónica, denominada Campaña Nacional de 1856-1857).

Antes de hablar de la 'patriotización' de dicha patología, en las próximas tres secciones haremos un breve repaso sobre la evolución que tuvo esta epidemia en la región centroamericana, así como de las expectativas que fueron creadas en el contexto costarricense, y el impacto real que finalmente tuvo en ese país.

2. Centroamérica en los tiempos del cólera

Los dos años siguientes a los primeros casos oficiales de contagio por cólera reportados inicialmente en Perú se caracterizaron por el rápido avance de esta epidemia en prácticamente todo el continente americano. Haciendo un breve recuento con ayuda de información brindada por la OPS (2002: 310), al finalizar 1993 un total de 965 667 personas fueron contagiadas oficialmente por esta enfermedad. A partir de esa fecha los reportes globales de contagio en esta región disminuyeron paulatinamente, con

excepción del repunte que se diera en 1998 en diversas zonas afectadas por el llamado fenómeno de El Niño (Perú y Ecuador) y por el Huracán Mitch (Centro América). En suma, durante esa década un total de 1 275 230 casos de contagio fueron registrados en las Américas (82.1% de ellos concentrado en Perú, Ecuador, Brasil, Bolivia y Colombia), reportándose porcentajes bajos de letalidad (rondando el 1%). Al iniciarse el nuevo siglo la epidemia estaba prácticamente controlada en todo el continente, contándose 2 667 contagios en el 2000 y un centenar más en los siguientes años.

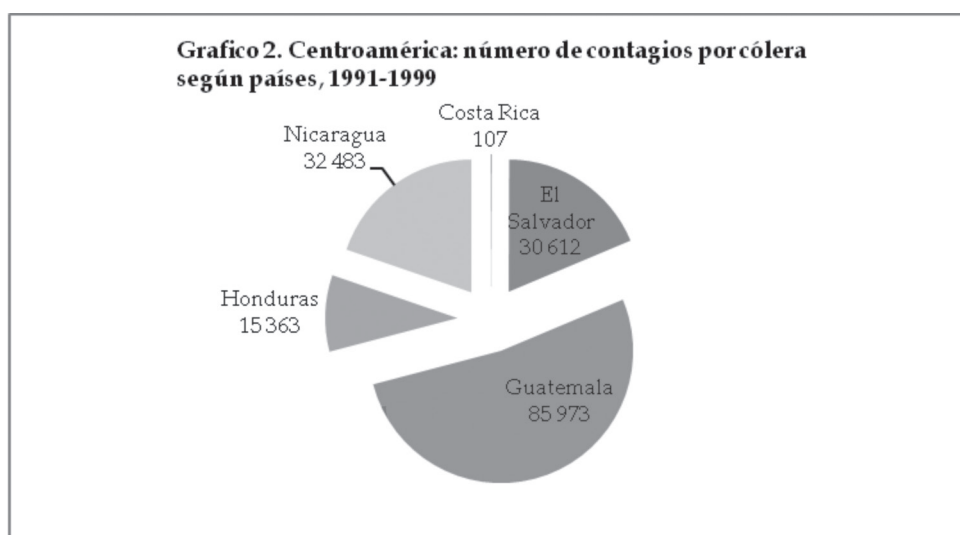
En el caso latinoamericano, el cólera golpeó más a países cuya transición epidemiológica se traducían en patrones de morbilidad dominados por enfermedades de tipo infeccioso. Asimismo, a lo interno de cada país los grupos de mayor riesgo fueron configurados de acuerdo a condiciones de desigualdad y exclusión geográfica, económica, cultural y política (sobre todo en zonas rurales y pueblos indígenas, en donde los niveles de contagio generalmente superaban por mucho los promedios nacionales). En términos generales, estos factores permitieron la rápida diseminación inicial de un microorganismo que tiene como principales medios de contagio el agua y la comida contaminada con heces fecales de personas infectadas y que, una vez habiendo colonizado el intestino delgado, puede conducir a la muerte en cuestión de horas dada la rápida producción de toxinas, estimulación de secreciones, y pérdida de fluidos que producen en la persona enferma.

Enfocándonos en Centroamérica, tenemos que alrededor de un 15% de los reportes oficiales de contagio por cólera en las Américas provinieron de esta región. Los primeros casos se dieron inicialmente en Belice en 1991 para luego extenderse al resto de países. Tal y como se puede apreciar en el Gráfico 1, la epidemia mostró patrones similares a los vistos en Sudamérica, con un número total de enfermos que fue progresivamente incrementándose durante los primeros años, para luego de 1993 declinar (con un repunte registrado en 1998).



Fuente: OPS (2003)

Cabe señalar además que este patrón general fue influido por el registrado en Guatemala, país en donde se contaron poco más de la mitad de todos los casos reportados en toda Centroamérica (siendo 1993 el año en donde se dio una mayor incidencia con una tasa de 325,7 casos por cada 100 mil habitantes). Para el resto de países que presentaron un número importante de contagiados, tendríamos que en Nicaragua la mayor tasa de incidencia sucedió en 1995 (199,4 casos), mientras que en El Salvador fue en 1994 (211,5 casos) al igual que Honduras (91,9 casos). Por otra parte, en Costa Rica se presentó la menor cantidad de contagios, con una tasa de incidencia que en 1994 alcanzó 1.1 casos por cada 100 mil habitantes (OPS, 2003). Con respecto a las diferencias en cuanto al total de enfermos reportados oficialmente por cada país, el Gráfico 2 permite obtener un rápido vistazo:



Fuente: OPS (2003)

Aunque a la postre los reportes de contagio registrados en Centroamérica, así como sus porcentajes de letalidad, finalmente lograron mantenerse bajos, lo cierto es que en los primeros años de propagación de la enfermedad los pronósticos no eran en lo absoluto alentadores. De hecho, toda la región, exceptuando Costa Rica, compartía factores de riesgo asociados a países que en esa misma época estaban siendo más perjudicados en Latinoamérica: un PIB per cápita inferior a los US\$ 2000, altos niveles de incidencia de pobreza, y un sistema de servicios básicos deficiente, con un acceso al agua potable que apenas cubría al 80% de sus respectivas poblaciones (OPS, 2002: 245).

Dada la forma en que la epidemia del cólera fue evolucionando inicialmente en Centroamérica, era de esperarse que la zona fronteriza con Nicaragua se convirtiera en uno de los principales puntos de diseminación del cólera para Costa Rica. Dos situaciones de la época ayudaron a alimentar esta presunción: primero, las condiciones de vulnerabilidad que presentaba Nicaragua en cuanto a cobertura en servicios básicos,

especialmente en zonas rurales; y, segundo, el incremento en la cantidad de población nicaragüense emigrando hacia este país.

Con respecto al primer punto, es necesario recordar que para Nicaragua la década de los años ochenta se caracterizó por un deficitario crecimiento económico, y un bajo gasto público social que no alcanzaba para atender las necesidades de una población en donde cerca de la mitad de personas vivía en condiciones de pobreza.² Dos años antes de iniciarse la epidemia del cólera, las deficiencias en servicios básicos eran notorias, tal y como describen Brown, Karp y Mata (1992: 1) en un reporte elaborado para la Agencia Internacional de desarrollo Estadounidense (AID). Datos del Instituto Nicaragüense de Acueductos y Alcantarillados (INAA), estimaron que la cobertura del servicio de abastecimiento de agua para consumo humano beneficiaba tan sólo a la mitad de la población, siendo las zonas rurales las más vulnerables. Mientras que en el área urbana un 78% de la población estaba cubierta en 1989, en el área rural únicamente un 18% se encontraba servida (siendo desfavorecidas en mayor medida las regiones Central, Norte, y Atlántica). A esto cabría añadir los problemas encontrados en cuanto a la calidad del agua servida, debido principalmente a la caducidad de la infraestructura de los acueductos, a sus fallos de operación y mantenimiento (carencia de unidades de tratamiento y desinfección), y las interrupciones del servicio que obligaban a las poblaciones afectadas a almacenar sus reservas de agua, con los potenciales problemas de contaminación que esto podía acarrear.

En ese mismo reporte, también se consignó la deficiente capacidad que había en Nicaragua de manejar residuos líquidos y excretas. Para 1989 sólo el 32% de la población estaba cubierta por alguno de los 20 sistemas de alcantarillado de los que disponía el país, 12 de los cuales dicho sea de paso no contaban con unidades de tratamiento (Brown, Karp y Mata, 1992: 4). Además, en muchas de las comunidades beneficiadas se detectaban encharcamientos y obstrucciones derivadas de problemas hidráulicos, y eran comunes los problemas relacionados con conexiones, sobre todo en la época de lluvias. Por último, se estimaba que alrededor de un 6% de las poblaciones rurales contaban con letrinas, al tiempo que el único programa de letrización que había puesto en marcha el gobierno sandinista a inicios de los ochenta se encontraba paralizado.

En su conjunto, lo anterior ayuda a comprender el porqué para 1991 el riesgo de contagio por cólera en Nicaragua era alto, sobre todo en zonas rurales fronterizas con Honduras como Madriz o Jinotega, así como en ciudades del interior como Boaco, León o Matagalpa, en donde tradicionalmente venían presentándose problemas relacionados a enfermedades diarreicas (Ministerio Salud Nicaragüense 1993; 1996). De igual manera, esto también explica que durante el repunte que mostraron los patrones de contagio durante 1998, el 63% de casos de letalidad oficialmente reportados pertenecieran a Nueva Segovia y la Región Autónoma Atlántica Norte, regiones cuya población rural era de alrededor de un 70% (Barillas, 2003: 17).

Esta vulnerabilidad, como se había dicho, se conjugó con otra segunda situación: el incremento en el flujo migratorio de población nicaragüense hacia Costa Rica. Si bien la dinámica migratoria entre ambos países no era nueva, dos cambios significativos estaban tomando forma durante la década de los años noventa, a saber, su

recomposición y su distribución geográfica. En cuanto a su recomposición, este flujo estaba pasando de ser integrado mayormente por personas refugiadas, a ser conformado por migrantes laborales que estaban siendo expulsados debido a problemas de empleo derivados del pobre desempeño de la economía nicaragüense, y a la reducción de puestos laborales que se daba en las milicias y en el sector público a raíz de los procesos de ajuste estructural y el proceso democratizador de la época. En cuanto su distribución geográfica, por primera en la historia costarricense los migrantes nicaragüenses se estaban concentrando en el Valle Central, en lugar de las zonas periféricas como las fincas bananeras en el Sur y en la costa caribeña, o la franja agrícola del sector norte (Molina, 2002).

Si bien la información que se tenía en esta época sobre el número de migrantes nicaragüenses ingresando al país no era la más adecuada, el censo nacional efectuado en Costa Rica en el año 2000 permitió corroborar que la cantidad de nicaragüenses viviendo en Costa Rica durante los últimos 16 años se había incrementado notablemente, pasando de 45 mil personas oficialmente registradas en el último censo nacional efectuado en 1984 a 226 mil, para así pasar de conformar un 1,9% del total de la población residente en el país a un 5,9% (Morales, 2008: 12).

3. El cólera como amenaza para la cultura política costarricense

En términos comparativos, al iniciarse la epidemia del cólera Costa Rica estaba mejor posicionada que su vecino del norte. A pesar de sus problemas en cuanto a crecimiento económico, el país había podido mantener un gasto público social superior al nicaragüense (US\$ 622 per cápita para 1997), contaba con una mejor cobertura en servicios de salud en términos generales, y, sobre todo, tenía una menor incidencia de la pobreza (Sauma, 2003: 39). Una situación similar se presentaba en el tema de servicios básicos, en donde, según Mora (2003), para 1990 un 94% de la población contaba con servicios de abastecimiento de agua para consumo humano, y un 95% estaba cubierta en cuanto a disposición de excretas (sin que se dieran enormes diferencias entre zonas rurales y urbanas).³

No obstante, en esta época el costarricense promedio no necesariamente guardaba expectativas optimistas acerca del futuro que le esperaba. De la década de los años ochenta había heredado un deterioro generalizado en su calidad de vida que aún le seguiría afectando en el transcurso de los siguientes años. Asimismo, la correlación entre niveles de pobreza, desempleo y salario real, estuvo sujeta al ciclo económico de estos años, con lo cual la incidencia de la pobreza vivida al iniciarse la crisis económica (que llegara a afectar a la mitad de la población), estaba entrando en una fase de reducción parcial que hacía eco de la recuperación económica que estaba dándose al finalizar ese decenio (llegando a afectar a un 37% de la población). En 1991, una nueva recesión económica trajo consigo un incremento de cuatro puntos porcentuales en estos niveles de pobreza, los cuales en los siguientes tres años se reverterían, llegando en 1994 a una cifra de 20% de hogares afectados (Sauma, 2004: 6).⁴

Por otra parte, al finalizar las guerras revolucionarias y contrainsurgentes de la región, un nuevo escenario geopolítico empezaba a configurarse. Derrotado electoralmente el Partido Sandinista en Nicaragua, neutralizado el FMLN en El Salvador, vencida militarmente la guerrilla en Guatemala, y liquidada la supuesta amenaza soviético-cubana al finalizar la Guerra Fría, de la noche a la mañana también se reportaba el final de la estrategia fiscal-militar desarrollada por los Estados Unidos durante la década de los años ochenta en el istmo centroamericano. Para Costa Rica, lo anterior permitió aliviar presiones de orden militarizante (servir de frente sur contra los Sandinistas y hospedar bases militares estadounidenses), pero también significó el retiro de los fondos masivos que los EEUU habían inyectado para suavizar los efectos de la crisis económica iniciada en 1979 con el fin de evitar un mayor debilitamiento económico y el auge político o ideológico de sectores de izquierda.

En medio de esta nueva realidad fiscal la administración entrante de Calderón Fournier (1990-1994) vio la perfecta oportunidad para acelerar el proceso de ajuste estructural implantado en toda Latinoamérica por organismos internacionales, como el Fondo Monetario Internacional y el Banco Mundial, movida política que prometía suplantar a corto plazo el Estado de bienestar y el pacto socio-político construido a partir de la década de 1940 con medidas focalizadas que acentuaban un rol subsidiario del Estado en materia social. En este cuatrienio fueron gestadas las reformas administrativas del sector salud que finalmente fueron ejecutadas por el siguiente gobierno gracias al financiamiento proveniente del Banco Mundial, el BID, y el apoyo de la OPS. Dos cambios organizativos se trazaron en esta reforma: a) la reorganización general que supuso delegar en el Ministerio de Salud la rectoría del sector, mientras que la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS) asumía primordialmente la atención de pacientes; y b) el reordenamiento presupuestario de la CCSS que permitió introducir una lógica de gerencia por resultados (Barahona, Güendel y Castro, 2005).

Aunque con el pasar de esos años la prioridad del gasto social logró mantenerse por los gobiernos de turno a la vez que el avance neoliberal se desaceleraba relativamente, lo cierto del caso es que al iniciarse este nuevo decenio se vivió una fuerte contracción del gasto público que afectó el importante desarrollo que tuvieron en el pasado las diversas políticas sociales impulsadas desde el Estado (Trejos, 2007). En el caso del sector salud, esto se expresaría en recortes presupuestarios que afectaron el desarrollo de diversos programas sociales y la capacidad de compra de equipos e infraestructura que deterioraron la calidad de servicios prestados, e incrementaron las listas de pacientes en espera para recibir atención médica especializada.

En medio de este panorama signado por la inestabilidad y reorganización institucional, las y los dirigentes del sector salud sufrieron una crítica aguda por parte de la prensa nacional que les acusaba de haber dejado deteriorar la infraestructura y el funcionamiento de dicho sector, algo en apariencia reafirmado por las huelgas que protagonizaron las y los trabajadores de este sector en 1991⁵, y confirmado por el resurgimiento de enfermedades como el dengue en zonas rurales (Mesa Lago, 2007: 155-166; Román Forastelli, 2005). Como lo relató el microbiólogo Leonardo Mata (1992: 37) en el libro que escribiera entre octubre de 1991 y febrero de 1992 con el fin de preparar al

país contra la epidemia del cólera, la reducción del presupuesto de salud y educación “en forma peligrosa en los últimos diez años” se había dado “en perjuicio del control y prevención de enfermedades infecciosas como la diarrea,” lo cual provocaba un progresivo achicamiento del sector en detrimento de la atención primaria de la salud, “dándosele más énfasis a la reparación y curación del daño, que a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.” Al anunciarse la aparición del cólera en Sudamérica y seguidamente en México, era nada más cuestión de tiempo para que la epidemia apareciera en el sur de Nicaragua país que, como se explicó en la anterior sección, no parecía lo suficientemente preparado para detectar a tiempo y lidiar con este problema.

Por último, no debe olvidarse que a nivel de cultura cotidiana la población costarricense estaba expresando una preocupación, y en muchos casos una xenofobia abierta, acerca de los centenares de migrantes nicaragüenses que estaban ingresando al país, muchos de los cuales eran indocumentados. Esta ‘oleada de nicas’ en varias ocasiones fue señalada no solamente como la culpable de actos criminales (tales como robos y secuestros efectuados en la zona fronteriza de Nicaragua), sino también como una carga para los sistemas públicos de educación y salud costarricense, y la causante de una futura degradación del ‘fenotipo tico.’ Para la opinión pública, este grupo minoritario estaba convirtiéndose de esta manera en “otros amenazantes,” tal y como ha sido analizado por Sandoval (2004), percepción que dicho sea de paso es a su vez reforzada indirectamente por la tradicional ausencia de políticas migratorias que caracteriza al Estado costarricense, las cuales han sido reemplazadas hasta nuestros días por leyes migratorias pensadas más en relación al tema de control migratorio, que en relación al desarrollo social (Morales, 2008). En suma, al iniciarse los tiempos del cólera, parte del deterioro en la calidad de vida de la población costarricense, más los problemas que estaba afrontando el sistema de salud, estaban siendo proyectados en la población migrante.

4. Cronología de la epidemia y la peculiaridad de la reacción costarricense

Por suerte, el cólera se tardó en llegar al país. Aunque, como ya se mencionó, ésta se registró en Centroamérica a partir de julio de 1991, no fue sino hasta enero de 1992 cuando se conoció el primer caso en Costa Rica (Bolaños y Campos, 1996; Ministerio de Salud, Costa Rica, 1992; Koo, *et. al.*, 1997). Por otra parte, con dicho caso se rompieron las expectativas y esquemas creados por lo que Briggs (2003: 278) denomina “el cronotopo epidemiológico” elaborado por la prensa y los expertos en el transcurso del primer año de esperar su llegada: en vez de una persona nicaragüense, mestiza, indocumentada, pobre y sin higiene, cruzando la frontera norte, y evitando a las autoridades mientras infectaba a inocentes nacionales (estereotipo construido de este otro amenazante), el primer caso fue una señora de la clase media alta, de una ciudad del Valle Central, costarricense, con una tez de piel clara, la cual venía por vía aérea del Ecuador, en donde había pasado las vacaciones de fin de año con su hijo, gerente de

una fábrica transnacional de mariscos. Unos meses más tarde se detectó la primera serie significativa de casos entre una docena de trailers procedentes de El Salvador, y entre viajeros costarricenses de clase alta, quienes regresaban al país luego de una salida de negocios a Centroamérica (Bolaños y Campos, 1996; Bolaños, 2000; Ministerio de Salud, 1992, 1993).

No fue sino hasta 1993 cuando se empezaron a recibir los primeros casos esperados desde Nicaragua, en momentos en que el país ya contaba con una red capacitada para diagnosticar y tratar a las personas contagiadas (o las que hubieran estado en riesgo inmediato de contagio), y para vigilar cualquier vía posible de contaminación, especialmente a través de fuentes acuíferas. Ya para 1991, el Ministerio de Salud Pública había coordinado la pronta conformación de una Comisión Nacional de Vigilancia y Control del Cólera junto con el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillado (AyA) y la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), “con la finalidad de adoptar metodología e instrumentos uniformes para la prevención y control de la enfermedad a nivel nacional” (Ministerio de Salud, 1992: 47). Una Red Nacional para Diagnóstico de Cólera fue creada utilizando los laboratorios de la Universidad de Costa Rica, el AyA, la CCSS, y se convirtió al sub-utilizado Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y Salud (INCIENSA) en un Centro de Referencia para el *Vibrio cholerae*, transformándose así sus laboratorios y cuadros profesionales en el punto de encuentro y coordinación logística entre políticos y altos burócratas, por un lado, y funcionarios *front-line* del sector salud, por el otro.

Aparte de la capacitación técnica y epidemiológica coordinada por medio de organismos internacionales, una campaña pública se montó para movilizar al pueblo costarricense con la finalidad de educarlos en asuntos de higiene y epidemiología. De esta manera, diversos anuncios públicos en radio, televisión y formas impresas, fueron divulgados rápidamente por todo el país. Además, dentro del sistema de educación pública los educadores colaboraron con una serie de actividades higiénicas orientadas hacia la lucha contra el cólera (“clubes de manitas limpias”, por ejemplo), mientras que las organizaciones comunales crearon programas de concientización liderados por promotores de salud. También, medios de comunicación, así como otros actores del sector privado, apoyaron dicha campaña (en este caso para promocionar y vender sus productos). Durante los años pico de la presencia del cólera en Costa Rica, cuando de 1994 a 1996 hubo 38, 24, y 36 casos, respectivamente, la mayoría involucrando transmisión desde Nicaragua a través de la frontera norte, los reportajes periodísticos son notables por la calma y su relativa ausencia de xenofobia⁶.

En 1997 se presenta un solo caso de cólera, el último en Costa Rica hasta la fecha, poniéndose con ello punto final al peligro que había representado seis años antes esta epidemia (Bolaños, 2000; Ministerio de Salud, 1998). Para algunas y algunos profesionales, sobre todo los bacteriólogos quienes se encontraban en un papel de particular protagonismo en la campaña (no había cólera sino hasta ellos lo diagnosticaran por medio de un examen experto de las muestras en sus laboratorios), el plan nacional contra el cólera era un éxito loable en los anales de la salud pública costarricense. Para otras y otros, en cambio, como se resume en la opinión de Xinia Carvajal, alta funcionaria del

sector salud en aquél tiempo, el leve impacto del cólera en el país indica más bien que la respuesta estatal fue exagerada, y que se destinaron demasiados recursos que bien pudieron utilizarse en sectores de salud pública con necesidades más críticas (Carraval, 2008). Sin embargo, como ella también apuntó, al igual que en el caso de los “beneficios paradójicos” que se ha postulado para el caso mexicano, la epidemia sirvió para frenar a la reforma neo-liberal en el ámbito de salud, forzando a los políticos a considerar nuevamente la importancia de la salud preventiva, y devolver recursos al sector de salud pública⁷.

En este sentido, la experiencia costarricense en relación con el cólera contrasta notoriamente con lo sucedido en Venezuela y Perú. Primero, a diferencia de lo acontecido en el caso venezolano, la estigmatización y el *profiling* de ciertos grupos minoritarios como los principales ‘vectores culturales’ encargados de transmitir esta enfermedad al resto de la población, no condujo a su sistemático aislamiento o abandono por parte de las autoridades de salud. Como recuerda Briggs (2003), en el Delta Amacuro, ubicada al oriente venezolano, se dio un proceso de violencia estructural, en el cual la ausencia de servicios básicos y de salud, junto con el racismo imperante en contra de la persona indígena, se conjugaron para que la epidemia hiciera estragos en esta población. Las autoridades de gobierno enmarcaron este problema de salud pública en un lenguaje racializado y biomédico, ciego a cualquier tipo de determinante social de la salud, en donde se señalaba a la geografía del lugar y a la cultura indígena como los chivos expiatorios perfectos para explicar una crisis que fueron incapaces de atender y controlar. Por ello, sus campañas de lucha contra la enfermedad se basaron en la creación de la figura de un “ciudadano insalubre,” portador natural de la enfermedad y responsable del contagio por su incapacidad de internalizar nociones modernas sobre el cuerpo, la higiene, la enfermedad y la salud (Briggs, 2003: 10).

Segundo, en Costa Rica no aconteció ni el desorden paralizante entre el gobierno y el sector salud, ni tampoco la marcada rivalidad inter-sectorial entre distintas instancias gubernamentales, que fueran documentadas en el Perú por Cueto (1997). En este caso, la epidemia irrumpió en un gobierno como el de Alberto Fujimori, más interesado en cuidar su imagen como presidente y en salvaguardar los intereses de aquellos sectores productivos mayormente afectados (como exportadores de productos marinos), que en buscar soluciones de corto y mediano plazo a los problemas estructurales del sistema de salud de su país, lo cual condujo a gravísimos problemas de planificación en relación al cólera. Asimismo, y de manera similar a lo visto en Venezuela, conforme la epidemia avanzaba golpeando diferencialmente las distintas zonas del país, los discursos de varios sectores de la prensa y de la élite político económica peruana identificaron como principales causas de contagio a la higiene personal, la suciedad, y otras condiciones de vida ‘inferiores’ asociadas a los grupos más pobres del país.

En Costa Rica, por el contrario, la estrategia de atención seguida por el sector salud se basó en el establecimiento de lo que configuraría una especie de cordón sanitario que coincidiría esencialmente con la ‘exo-nación’ costarricense. Este espacio exo-nacional de vigilancia y atención etno-médica borraba consideraciones de origen, ciudadanía, o raza, a la hora de recibir atención médica de calidad, permitiendo con

ello a) minimizar la amenaza inicial que representaba el grupo minoritario previamente identificado como propagador de la enfermedad (migrantes nicaragüenses), y b) representarlos como potenciales miembros legítimos y purificados de la comunidad nacional. Asimismo, la dedicación extraordinaria desplegada por los funcionarios de salud durante la campaña promovida contra el cólera, a pesar de las incertidumbres político-financieras por las cuales estaban atravesando, fue tomando forma alrededor de un sentido de misión patriótica compartida que fue finalmente concebida como una llamada a las armas para emprender una nueva batalla, cuya importancia y posibles costos, ya habían dejado su huella en el alma histórica nacional.

4. Con la sangre de Liberia: la persona migrante nicaragüense y la dual nación costarricense

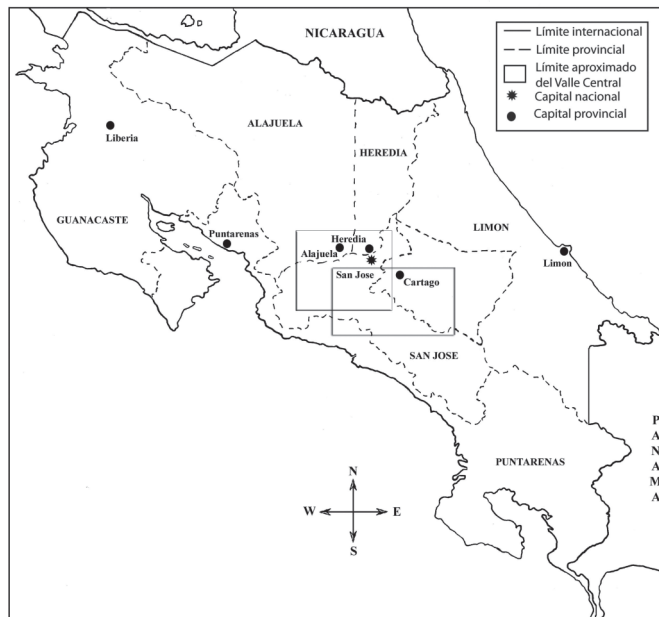
El papel esencial del Valle Central en el discurso nacional costarricense tiene una larga historia. El concepto se construyó a través del siglo XIX en las primeras historias, geografías y discursos políticos del país para resolver contradicciones, conflictos, e incluso guerras civiles entre las municipalidades de los cuatro asentamientos principales, y así expresar la idea de una coherencia entre la economía exportadora del café y los patrones de colonización agrícola que el campesinado de las municipalidades principales logró articular con éxito a partir de 1840. Según este relato sobre la genealogía de la familia nacional, los pobladores originales de España son los responsables de poblar el Valle Central, una serie de valles en la cordillera central que ha sido la zona más poblada del país desde la época colonial, cuna de la economía cafetalera y escenario de la dinámica política nacional. Los pocos indígenas mueren por enfermedades, o huyen a la montaña y salen del Valle Central (Granados, 1993; Palmer, 1992).

Así que la proto-nación, la cual es también la nación 'pura' en términos de su conceptualización geo-racial, geo-étnica, coincide con la sociedad del Valle Central. En esta idea de raza nacional costarricense el mestizaje está negado, y cualquier evidencia de diversidad racial está asociada con la degeneración introducida por inmigrantes no-deseables, o con zonas particulares como Limón, sitio de un poblamiento importante por afro-antillanos asociado con la industria bananera; y Guanacaste, zona fronteriza con Nicaragua caracterizada por el mestizaje entre indígenas, afro-costarricenses descendientes de esclavos quienes administraron las haciendas en la época colonial, y nicaragüenses (Buska, 2006). Aunque en el discurso oficial los residentes de Guanacaste siempre han sido declarados miembros de la misma familia racialmente homogénea, en el discurso nacional informal (expresado popularmente y entre líneas) toda la zona norte es de etnia o raza cuyas calidades nacionales son dudosas, como por ejemplo cuando se les tilda de 'nicaragüenses regalados'.

A partir de la segunda mitad del siglo XIX, los intelectuales liberales del país optan por presentar a la población del Valle Central como parte de la misma familia, y de la misma 'raza homogénea' y esencialmente blanca. Las zonas fuera del Valle Central, habitadas por grupos con culturas indígenas y mestizas más cercanas a la 'mesoamericanidad', se perfilan como una especie de exo-nación (oficialmente parte de

la misma familia nacional, aunque con raíces folklóricas y un cuadro de debilidades variables según las circunstancias). Con la apertura entre 1890 y 1920 de la zona bananera en la costa caribeña (Limón) utilizando mano de obra y conocimiento agrícola de migrantes de Jamaica y St. Kitts, el país adquiere una región Afro-antillana que provoca profundas ansias en el discurso nacional. La migración desde Nicaragua antes de 1980 tendía a pasar temporalmente o asentarse en la región norte con demanda de peones en los latifundios cañeros y ganaderos, en Limón para trabajar como trabajadores asalariados en la bananera, y después en el Pacífico Sur con la creación de una nueva zona bananera en la década de 1930. Bajo los parámetros de este esquema geo-cultural, el nacionalismo costarricense evolucionó en el Siglo XX teniendo al Valle Central como cuna racialmente pura de la nación, una 'endo-nación', rodeada por una problemática y heterogénea 'exo-nación' en que la zona norte jugaba un papel particular (ver Figura 1).

FIGURA 1



Fuente: elaboración propia

Esta dualidad, si así se quiere, entre la verdadera endo-nación del Valle Central y la dudosa y periférica exo-nación se hizo presente de nuevo durante la epidemia del cólera, cuando a partir de 1993 se transformó a toda la zona norte fuera del Valle Central en un inmenso cordón sanitario. Al respecto, Xinia Obando, una vallecentralista, y en ese entonces microbióloga en el Hospital de Upala en el norte de Costa Rica, se refirió a esta situación en los siguientes términos:

Ya comenzaron a aparecernos esos casos muy en el norte, debido a que la epidemia estaba establecida en el sur de Nicaragua, en toda la parte de San Carlos de Nicaragua, todos los pueblitos

del sur, verdad, que estaban afectados [...] En este sentido, era importante detener el cólera aquí, que no se penetrara en Costa Rica, o sea, que quedara fronterizo... porque los nicaragüenses ingresan al país y se van para todos sus familiares en San José y el problema hubiera sido muy grave. Entonces yo pienso que estaba Costa Rica preparada para detenerlo aquí, no permitir que llegara al centro de Costa Rica. (Cabrera y Obando, 2007)

Su colega, Miguel Ángel Cabrera, originario de Guanacaste y encargado principal del laboratorio del hospital de Upala, recordó que esa preocupación llegó a tal punto de se ordenó no trasladar a los posibles pacientes que fueran diagnosticados con cólera, cuando en otras situaciones “el paciente que no se podía manejar aquí, se hubiera trasladado a Liberia o a Puntarenas... o a San José.” Poniendo como ejemplo el caso de un paciente de apellido Somoza (de resonancia evidentemente nicaragüense), que presentara un sangrado digestivo, Cabrera comentó que al principio se pensó en remitirlo a un hospital en San José, pero de inmediato “vino la orden de que no se podía trasladar, de que se manejara acá, con líquidos y todo, y de que no se trasladara.” Como no tenían banco de sangre en Upala, mandaron a pedirla a un hospital de Liberia (cantón central de la provincia de Guanacaste), con lo cual “se transfundió acá con la sangre de Liberia, pero no se trasladó” (Cabrera y Obando, 2007). Él enfatizó lo anterior no en términos críticos sino más bien neutrales, pero quizá el hecho de ser oriundo de una región fuera del Valle Central le permitió el captar esas dualidades del discurso oficial e insistir en notar dicha orden de no traslado como algo extraordinario.

Obviamente, este tipo de acciones tuvo una motivación operativa. De hecho, detener la propagación de enfermedades infecciosas en las provincias, antes de que lleguen al Valle Central, forma parte de las presunciones básicas de la epidemiología costarricense⁸. Según Xinia Carvajal, el caso del cólera se emitió en respuesta a un grave error en Guatemala, donde los primeros casos se trasladaron en ambulancia a la ciudad capital desde la frontera, parando en cada río para limpiar el vehículo, y rápidamente esparciendo el *vibrio* por el país (Carvajal, 2008). De esta manera, en el caso del Valle Central costarricense, y habiendo aprendido la lección guatemalteca, se estimaba básicamente su sistema fluvial y sus redes interconectadas de suministro de agua potable y de evacuación de desechos, lo que la hacían vulnerable en comparación a la zona norte.

Sin embargo, lo que resulta interesante de notar en relación a esta epidemia es que en aras de proteger al Valle Central de la penetración del cólera, la diferencia entre los exo-nacionales de la zona norte y los nicaragüenses (fueran estos indocumentados o no), fue difuminada. Con ello, se extendió a estas y estos migrantes el derecho a recibir atención médica, derecho social que desde 1948 se encuentra enraizado como uno de los elementos esenciales de la cultura política costarricense. Al respecto, Cabrera (Cabrera y Obando, 2007) opinó lo siguiente:

[...] por diarrea no se debe morir. Es decir, en un país como Costa Rica no debe haber un muerto por diarrea. Porque tenemos todas las condiciones... la gente está entrenada, médicos y otros

profesionales, además, contamos con sueros intravenenosos para estabilizar a un paciente. No debe morir un paciente por diarrea. Y el cólera, básicamente, es diarrea.

Como parte del trato universalizado dado a las y los contagiados por cólera es posible notar cómo en la campaña publicitaria que diseñara el Comité Nacional del Cólera, puestos ocupacionales de baja remuneración económica en los cuales la mayoría de personas migrantes se estaban ubicando, estos fueron incluidos simbólicamente como parte de la comunicada nacional. Tomemos un par de ejemplos. En la portada de un panfleto producido con la colaboración del Instituto Costarricense del Café (Instituto del Café de Costa Rica-Ministerio de Salud, 1991) figura una mujer joven cogedora del café (ver Figura 2). La relevancia simbólica de este 'grano de oro' como parte de la identidad nacional se corrobora por su presencia en el escudo de la bandera nacional, y en una famosa pintura exhibida en el Teatro Nacional que también solía adornar un famoso billete de cinco colones (nombre de la moneda nacional costarricense) que hoy en día ha dejado de circular para convertirse en un apreciado artículo de colección (ver Figura 3).

Si bien el café es motivo de orgullo nacional, sobre todo cuando en la prensa nacional se publica alguna nota acerca de las bondades del café *gourmet* tico y su cotización en los mercados cafeteros internacionales, la otra cara de esta moneda es que el 'coger café' (como se denomina a la labor de cosecharlo) es una tarea que depende en buena medida del trabajo de migrantes, sobre todo de personas provenientes de Nicaragua. Según el imaginario nacional, lo anterior se debe en parte por una actitud de vagancia del costarricense y en parte porque se asume implícitamente que para una tica o para un tico es un tanto degradante ganarse la vida cogiendo café. En todo caso,

FIGURA 2

Medidas para
defenderse de
"EL COLERA"



Icafe INSTITUTO
DEL CAFE
DE COSTA RICA

FIGURA 3



Fuente: Instituto del Café de Costa Rica-Ministerio de Salud, 1991

esta actividad constituye una importante fuente de trabajo para mujeres y hombres nicaragüenses que han encontrado en las cogidas de café un medio de sustento para sus familias.

En este sentido, una imagen que también circuló como parte de la estrategia de prevención contra el cólera durante la década de los años noventa, cuyo *leitmotiv* precisamente es el café, tuvo el efecto de ‘nacionalizar’ al inmigrante nicaragüense (al cual se debía educar y vigilar para evitar que la enfermedad se esparciera). La señorita cogedora de café, fue un símbolo nacional que terminó provocando una transformación casi imperceptible del discurso nacional por medio de una simultánea incorporación condicionada del nicaragüense: hablar de la cogedora de café, sin tener que explicitar que ‘era nica’, como potencial víctima-transmisora patogénica, implicó reconocer e incorporar simbólicamente como miembro de la actual comunidad nacional.

El segundo ejemplo viene de un anuncio de televisión producida por la Comisión Nacional del Cólera. Un niño escolar encuentra al conserje de la escuela, ‘Chepito,’ limpiando el interior del excusado, y le pregunta porque trabaja tan acertadamente en eso. Chepito le contesta que es para “protegerte a ti y tus compañeros del cólera”, y le explica al niño cómo la limpieza detiene la trasmisión del virus. Aun cuando el Chepito del anuncio no es representado como nicaragüense en términos de su manera de hablar o su apariencia, la labor que realiza es desempeñada por sectores poblacionales pobres. Este otro tipo de empleo de bajo rango, de manera similar al de la cogedora de café, son llamados como protectores de la salud de la nación (en este caso de un niño escolar uniformado, símbolo nacional costarricense). En este proceso, los posibles portadores del cólera fueron saneados tanto por las instituciones médicas costarricenses, como por el registro simbólico de la nacionalidad costarricense que les convertía en miembros protagónicos en la creación y la protección de la comunidad nacional (Ministerio de Salud Pública, 1992).

6. Patologías de la patria: ¡Ahora sí... venceremos al cólera!

En el pasado jocosamente se decía que en Costa Rica habían tres estaciones: verano, invierno y guerra con Nicaragua. En el discurso nacional costarricense los signos de pacifismo, democracia y justicia social que caracterizan a Costa Rica se definen en contra de la supuesta condición perpetuamente bélica, dictatorial y de pobreza y desigualdad en Nicaragua. Distanciarse de Nicaragua era un eje originario en el discurso de la nacionalidad costarricense, y del anhelo de establecerse como república independiente en 1848 después del fracaso del intento de formar una federación centroamericano, en parte por las constantes guerras civiles en Nicaragua (Acuña, 1994). Enfrentar peligros procedentes de Nicaragua para proteger la integridad nacional también se remonta a esa época, enfrentamiento primordial que volvió a presentarse de nuevo más de un siglo después, esta vez en los tiempos del cólera.

El mito de fundación de la nacionalidad costarricense es la guerra de 1856-57 contra los filibusteros de William Walker, aventurero estadounidense quien se apoderó de Nicaragua (otra vez, tomando ventaja de una guerra civil entre las élites del

país) con ideas de conquistar a Centroamérica, y tal vez buscar anexionarla a los estados del Sur de los Estados Unidos. El gobierno costarricense movilizó una milicia de ciudadanos vallecentrales de la recién constituida república para enfrentar la tropa de Walker en la frontera norte, logrando vencer al ejército filibustero en Rivas, Nicaragua. De esa batalla decisiva surge el héroe nacional de Costa Rica, Juan Santamaría, humilde jornalero encarnado por cientos de miles de estudiantes de primaria cada 11 de abril, día en que se celebra su memoria. El lado oscuro en esa narrativa de reafirmación de la soberanía patria lo constituye la epidemia del cólera introducida a las poblaciones principales de Costa Rica por el ejército expedicionario al volver de la guerra, enfermedad que acabó con la vida del 8 por ciento de la población y provocó una aguda crisis en la economía cafetalera (Tjarks, *et. al.*, 1976).

Por supuesto, el tema de la epidemia que acompañó la Guerra del 56 quedó más o menos borrado de las fiestas de independencia y del discurso patriótico, los cuales, por razones obvias, se concentraban en los gestos heroicos y las gloriosas victorias contra la amenaza militar. Sin embargo, este lado médico-patológico de los símbolos nacionales rápidamente fue recordado por el discurso oficial patriótico en 1991 al llamar nuevamente al pueblo costarricense a combatir el cólera, lo cual supuso activar una memoria colectiva reconstruida que en efecto logró motivar a diferentes sectores. Por ejemplo, en el ya citado libro de Leonardo Mata, se dedica un capítulo entero para hacer un recorrido de fuentes primarias describiendo una encomiable historia de “El cólera en la Costa Rica de 1856.”⁹

En la campaña contra el cólera, la Guerra del 56 se hizo presente en los principales panfletos de propaganda higiénica distribuidos en el sistema educativo público costarricense, entre los cuales sobresale el que llevaba por título “¡Ahora sí... venceremos al cólera!” En ella figuran dos escolares anunciando, “Nuestros abuelos de 1856 no sabían cómo prevenirlo... ¡Pero ahora sí venceremos al cólera!” (ver Figuras 4 y 5). A pesar del hecho de que los abuelos de esos niños habitaban la Costa Rica de 1956 en vez de 1856, esta nacionalidad ancestral se invoca junto con una llamada al uso de los modernos conceptos de higiene y prevención derivados de la bacteriología (el texto del panfleto hasta contiene una explicación popular del descubrimiento del bacilo de cólera por Koch). En parte un llamado a la movilización ciudadana para prevenir una invasión de peligrosos organismos enemigos desde el norte, la frase también reconfigura y transforma un lema de la izquierda centroamericana (“Venceremos”) en una acción civil y no-militar cuya legitimidad es avalada en distintos discursos dominantes de la sociedad costarricense. Típico del momento neo-liberal, los escolares están llamados a la vez a consumir (y a vender) desinfectante ZAZ y jabón “Des-O-tres.”

Este discurso nacional presente en el trabajo de Leonardo Mata y en este tipo de panfletos también tuvo su resonancia en las y los funcionarios de salud que vivieron de cerca la epidemia. Hilda Bolaños, en su tesis de grado en epidemiología, donde hace un recuento de la experiencia científica con el cólera durante el decenio de 1990, abre precisamente sus memorias con un recuerdo de la anterior epidemia de la época de la Campaña Nacional de 1856 (Bolaños, 2000). Asimismo, los ya

FIGURA 4



FIGURA 5



Fuente: Instituto del Café de Costa Rica-Ministerio de Salud, 1991.

mencionados Miguel Cabrera y Xinia Obando hacían referencia en su entrevista a la Guerra del 56 y a Juan Santamaría (símbolos que han llegado a ser intercambiables) para explicar cómo el país, a diferencia del pasado estaba “muy armado” contra el cólera (Cabrera y Obando, 2007).

De hecho, esta comunidad de profesionales en salud decidió seguir en su momento una agresiva política de erradicación del cólera al tratar con antibióticos a quienes hubiesen resultado positivo en las pruebas efectuadas en sus laboratorios regionales (así como a sus familiares y terceras personas), yendo así en contra del protocolo de la Organización Panamericana de Salud (OPS), quien temía que semejante política provocaría la creación de cepas resistentes a los antibióticos por el sobreuso de tratamientos sin pruebas confiables. En su lugar, los cuadros técnicos costarricenses (bacteriólogos sobre todo), demostraron tener plena confianza en sus laboratorios regionales, en la capacidad de su personal y equipamiento para hacer un diagnóstico confiable con la rapidez y certeza necesarias del caso (Bolaños, 2000 y 2007). Con ello, fueron exitosos en sus labores de diagnóstico y tratamiento, y también lograron levantar una eficiente funcionalidad inter-sectorial en el sector salud costarricense durante todo el proceso de preparación de la campaña nacional contra el cólera, una cooperación que en nuestros días se recuerda en términos excepcionales, y que logró acallar las voces de quienes proclamaban una reforma de dicho sector en virtud de sus falencias organizativas (Bolaños, 2007; Cabrera y Obando, 2007).

En este proceso, en donde quedaron demostradas las capacidades de estas y estos trabajadores públicos, la conexión hecha entre 1856 y 1991 ayudó a apuntalar dicha confianza. Por ejemplo, Bolaños (2007) recuerda que “había mucha mística” de trabajo, una disposición de la gente experta que mezclaba tanto un orgullo profesional como un orgullo patriótico:

(...) fue más el compromiso como personal de salud por tratar de salir adelante en un problema, de tratar de eliminarlo, que no hiciera los estragos que veíamos que estaba haciendo en otros países.

Igualmente, Cabrera narra que al diagnosticar el primer caso del cólera procedente de Nicaragua en 1993, durante unas fiestas cívicas en Upala, procedió inmediatamente a montar “un comando” para investigar la fuente de infección y vencerla: cruzó la frontera en la noche con otro científico de Acueductos y Alcantarillados, y tomó muestras de los familiares del enfermo y del agua en su aldea nicaragüense, asumiendo incluso el riesgo de provocar un incidente internacional (Cabrera y Obando, 2007).

Aquí surge otro matiz importante y merecedor de mucho más investigación, relativo a lo que Rosenberg (1992) ha llamado el carácter o identidad de una enfermedad. Según Bolaños (2007):

(...) si bien es cierto se habla muchas veces de que los nicaragüenses esto y lo otro... pero creo que en ese momento, no me acuerdo que haya habido xenofobia, o frases como ‘que no entren los nicaragüenses,’ que a veces se oye mucho en el caso de la malaria. Por ejemplo, en malaria se comenzó a decir, “Claro, tenemos un aterro de malaria porque todos los nicas se están viniendo para acá”. En el cólera, para nosotros a nivel de comisión, uno decía, “Bueno, que maravilla que son casos importados y tenemos muy claro de dónde venían”. Dentro de los casos, sabemos, tantos eran importados, tantos de Nicaragua, tantos de El Salvador... Eso por un lado nos tranquilizaba, incluso dije, “bueno, son casos importados,” era como ponerles un rótulo: no son nuestros.

De esta manera, la naturaleza biológica del cólera (la posibilidad de saber con cierto grado de certidumbre que se ha aislado y contenido la enfermedad y su sendero de transmisión) dio lugar a una calma epidemiológica. En este sentido, la evidencia con la que se ha trabajado en nuestra investigación no sugiere que los nicaragüenses sufriendo del cólera fueran sujetos de algún tipo de persecución al buscar atención médica en Costa Rica, más bien algunos cruzaron la frontera para buscarla, dada la condición desastrosa de la salud rural en Nicaragua.

No obstante, hay que subrayar el hecho de que lo anterior dependió de un alto grado de coherencia, desarrollo, funcionalidad y legitimidad en los sistemas de salud pública y medicina estatal por medio de la CCSS, y del suministro y mantenimiento de agua potable por parte del AyA, algo que no sucedió en las experiencias venezolana y peruana a la cual se hizo referencia anteriormente. En ambas hubo una gran confusión en lo que podríamos denominar su epidemiología pública, en donde no quedaba claro quién tenía o no cólera, de dónde venían los afectados, a cuál

grupo social se adscribían, quién había realmente muerto por cólera, cuáles eran los verdaderos peligros, entre otro tipo de incertidumbres.

En Costa Rica, debido a la combinación de un sistema de recolección confiable de datos, una política de información bastante abierta, y medios de prensa menos parcializados, la procedencia social y a veces hasta la identidad de cada caso se sabía casi de inmediato, y no fueron objetos de una notoria estigmatización en virtud de la rapidez y precisión con la cual laboratorios nacionales y regionales efectuaban sus diagnósticos, elemento clave para las medidas que a partir de ese momento tomaban las autoridades del sector salud. Con ello, el país logró asegurar un alto grado de certidumbre y control acerca de la presencia y desarrollo real del cólera en todo momento, logrando así apaciguar los temores colectivos hacia la población migrante nicaragüense dentro del país, casi desde el inicio de la epidemia en América Latina. El Estado, en este sentido, demostró estar en buena forma para sanear y limpiar cualquier colérico circulando en la exo-nación, transformándoles en buenos costarricenses higienizados.

Conclusión

Aun cuando muchos científicos sociales al momento de buscar nombres para sus estudios sobre el cólera en Latinoamérica en la década de los años de 1990 acudieron irresistiblemente al título “El amor en los tiempos del cólera”, en el caso costarricense quizá sea mejor tomar prestada otra novela de García Márquez, y hablar del episodio del cólera como “La crónica de una epidemia anunciada”, que, a la postre, pudo ser exitosamente prevenida. Los buenos resultados de la campaña nacional contra el cólera en Costa Rica sugieren que la coherencia y legitimidad de los discursos nacionales pueden influir no sólo en la movilización de la opinión pública en contra de una amenaza epidémica regional, sino también en la de los cuadros técnico-profesionales y sus respectivos recursos estatales (hasta el punto de contradecir una poderosa ideología internacional de restricción estatal). Además, y al menos en el ámbito de la prestación de servicios públicos de salud en relación a esta epidemia, un nacionalismo excluyente, xenofóbico y racista, sufrido tradicionalmente por la población nicaragüense, pudo ser matizado en virtud de un tipo de incorporación subrepticia de la persona extranjera a una idea de doble nacionalidad costarricense.

En el campo de la salud pública esto nos conduce a una serie de preguntas incómodas para las y los científicos sociales pos-modernos, quienes usualmente se decantan por rechazar toda política de diferenciación basándose en presunciones causales que mecánicamente asocian toda estrategia geográfica de clasificación y organización estatal con estigmas patológicos que siempre transgreden fácilmente los derechos individuales de diversos grupos minoritarios. Las políticas de cuarentena delineadas según este tipo de presunción, o bien la creación de cordones sanitarios u órdenes de no traslado que siguen criterios etno-regionales, ¿desembocan siempre y necesariamente en la pérdida de derechos característicos del *racial profiling* y en el aumento del sufrimiento entre grupos marginados? Dadas las actuales tendencias globales que se han visto en cuanto a la aparición o resurgimiento de varios tipos de enfermedades

contagiosas, son precisamente preguntas como ésta la que en un futuro se esperará resolver alrededor del mundo con mayor frecuencia. Por ello, un examen enfocado en experiencias como la de Costa Rica en los tiempos del cólera, tal vez pueda aportar nuevos insumos para esta discusión.

Notas

- 1 Esta investigación fue financiada con fondos de investigación provenientes del *Canada Research Chair* en Historia Internacional de la Salud, Universidad de Windsor. Los autores quieren agradecer a Daniel Pérez Salazar y a Manuel López Brenes, asistentes de investigación que contribuyeron a identificar bases de datos y obtener documentación relevante para este trabajo. El estudio no hubiera sido posible sin la visión y cooperación de las y los bacteriólogos aquí entrevistados, quienes en su época lideraron la campaña desplegada por el sector salud contra el cólera. Nuestra gratitud para las doctoras Hilda Bolaños y Elena Campos de INCIENSA, y el doctor Miguel Ángel Cabrera y la doctora Xinia Obando del Hospital de Upala, así como a la Dra. Xinia Carvajal de la Caja Costarricense del Seguro Social, quien lamentablemente falleciera tiempo después de haber apoyado bondadosamente a nuestro proyecto. Finalmente, comentarios hechos por la Dra. María Carranza y la Dra. Lizeth Navas ayudaron a esclarecer varios aspectos de nuestro trabajo.
- 2 Por ejemplo, en 1997 el gasto público social llegaría apenas a un US\$57 per cápita. En cuanto a incidencia de la pobreza, en 1998 se estimó en un 47.9%, presentándose en un 30.5% de hogares urbanos, y un 68.5% de hogares rurales (Sauma, 2003: 4).
- 3 En el año 2000 los anteriores datos habían mostrado una mejoría, alcanzando el abastecimiento de agua y la disposición de excretas a un 97% y 98% de la población respectivamente (Mora, 1998).
- 4 No sería sino a partir de 1994 que los niveles de incidencia de la pobreza en Costa Rica durante esa década se mantendrían constantes, en alrededor de un 21% (Sauma, 2004: 6).
- 5 “La Salud en Costa Rica frente a la huelga”. *La Nación*, 10 de febrero, 1991, página 15.
- 6 La gran mayoría de reportajes revisados para esta investigación (véase sección de referencias bibliográficas), se centraron en explicar las características de esta enfermedad, informar sobre procedimientos para evitar el contagio y la aparición de casos en distintos lugares del país, así como en dar cuenta de las estrategias de política pública que estaban siendo coordinadas desde el sector salud. Sólo unas cuantas notas de caso presentaron la información con alusiones xenofóbicas explícitas. Uno de estos ejemplos sería el aparecido el 21 de julio de 1996 en el diario *La República*, cuyo título reza “Temen una avalancha de contaminados” en relación al “ingreso masivo” de migrantes nicaragüenses por la zona de los Chiles.
- 7 Sobre el caso mexicano, véase Sepúlveda, Valdespino y García (2006).
- 8 Comunicación personal con Lizeth Navas Alvarado (2008), directora de INCIENSA.
- 9 Véase, el segundo capítulo titulado “El cólera”, en Mata (1992: 49-88).

Bibliografía

Fuentes primarias

Entrevistas

- Bolaños, Hilda. Entrevista. INCIENSA. 14 de agosto, 2007.
 Cabrera, Miguel Ángel y Xinia Obando. Entrevista. Hospital de Upala. 17 de agosto, 2007.
 Campos, Elena. Entrevista, INCIENSA. 11 de julio, 2008.
 Carvajal, Xinia. Entrevista. Caja Costarricense del Seguro Social. 25 de julio, 2008.

Publicaciones en multimedia

- ¡Ahora sí venceremos al cólera!* Panfleto informativo. San José: Instituto del Café de Costa Rica-Ministerio de salud, 1991.
Campaña contra el Cólera, Ministerio de Salud Pública-Comisión Nacional del Cólera. Anuncios de Televisión. San José: Videotek, S. A., 1992.
Medidas para defenderse del cólera. Panfleto informativo. San José: Instituto del Café de Costa Rica-Ministerio de salud, 1991.

Artículos en prensa escrita

- Periódicos revisados: *La Nación* (Costa Rica), 1991-1997; *Diario Extra* (Costa Rica), 1991-1997; *La República* (Costa Rica), 1996-1997; *Barricada* (Nicaragua), 1996-97.

Otras publicaciones

- Ministerio de Salud Pública, Costa Rica. *Informe anual 1991.* San José: Ministerio de salud, 1992.
 Ministerio de Salud Pública, Costa Rica. *Informe anual 1992.* San José: Ministerio de salud, 1993.
 ---. *Informe anual 1997.* San José: Ministerio de salud, 1998.

Fuertes secundarias

- Acuña, Víctor Hugo. "Nación y clase obrera en Centroamérica durante la época Liberal." *El paso del cometa. Estado, política social y culturas populares en Costa Rica (1800/1950)*. Eds. Iván Molina y Steven Palmer. San José: Editorial Porvenir, 1994.
 Barahona, Manuel, Ludwig Güendel y Carlos Castro. "Política social y reforma 'a la tica'. Un caso paradigmático de heterodoxia en el contexto de una economía periférica." *Política social y desarrollo: documento de programa número 20*. Ginebra: UNRISD, 2005.
 Barillas, E. *Estudio sobre Salud en Centroamérica en el marco de proceso de integración*. Reporte preparado para el Segundo Informe sobre Desarrollo Humano en Centroamérica y Panamá. San José: PNUD, 2003.
 Bolaños, Hilda, y Elena Campos. "El cólera en Costa Rica." *Semana Epidemiológica*. Costa Rica – OPS. 23 (1996): 1-3.
 Bolaños Acuna, Hilda María. *Evaluación de intervenciones específicas para la prevención y control del cólera en Costa Rica*. Tesis de Maestría en Epidemiología, Universidad Nacional, Costa Rica. Heredia, 2000.

- Briggs, Charles. *Stories in the Time of Cholera. Racial Profiling during a Medical Nightmare*. California: University of California Press, 2003.
- Brown, Roy, Andrew Karp, y José Mata. *El Cólera en Nicaragua: una rápida evaluación de la preparación del país*. Anexo C. Managua: PRITECH Consultants, 1992.
- Buska, Soili. *Marimba por ti me muero: Region and Nation in Costa Rica, 1824-1939*. Ph.D. dissertation, University of Indiana, Indiana, 2006.
- Cueto, Marcos. *El Regreso de las Epidemias. Salud y Sociedad en el Perú del siglo XX*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos, 1997.
- Granados, Carlos L. *Place, Politics, and Nation-Building in Costa Rica, 1812-1842*. Ph.D. Dissertation, Syracuse University, Syracuse, 1993.
- Koo, Denise et al. "El cólera epidémico en América Latina de 1991 a 1993: implicaciones de las definiciones de casos usadas en la vigilancia sanitaria." *Revista Panamericana de Salud Pública* 1.2 (1997): 85-92.
- Mata, Leonardo. *El cólera: historia, prevención y control*. San José: EUNED, 1992.
- Mesa Lago, Carmelo. *Reassembling Social Security: A Survey of Pensions and Healthcare Reforms in Latin America*. Nueva York: Oxford University Press, 2007.
- Ministerio de Salud Nicaragüense. "Situación del Cólera en Nicaragua". *Boletín Vigilancia Epidemiológica*, 2. Managua: Ministerio de Salud, 1993.
- . *Informe Final. Encuesta Nacional sobre el manejo efectivo de casos de diarrea en el hogar*. Managua: MINSA-OPS, 1996.
- Molina Jiménez, Iván. *Costarricense por dicha. Identidad nacional y cambio cultural en Costa Rica durante los siglos XIX y XX*. San José: Editorial de la Universidad de Costa Rica, 2002.
- Mora Alvarado, Darner. "Agua de consumo humano y evacuación de excretas: situación de Costa Rica en el contexto mundial, período 1990 – 2000." *Revista costarricense de Salud Pública*. 7.12, julio (1998). http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14291998000100006&lng=es&nrm=iso (21 enero 2011).
- . "Evolución de la cobertura y calidad del agua para consumo humano en Costa Rica, período 1989-2002." *Revista costarricense de Salud Pública* 12.22, julio (2003). http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292003000200004&lng=es&nrm=iso (21 enero 2011).
- Morales, Abelardo. *Inmigración en Costa Rica: características sociales y laborales, integración y políticas públicas*. Serie Población y Desarrollo 85. Santiago: CEPAL, 2008.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Salud en las Américas*. Vol. I. Washington, 2002.
- . "Número de defunciones y casos de cólera en las Américas (1991-2002)." *Datos y Estadísticas de la OPS*. 2003. <http://www.paho.org/Spanish/HCP/HCT/EER/c%C3%B3lera-casos-muertes-91-01.htm> (21 enero 2011).
- Palmer, Steven. "Sociedad anónima, cultural oficial: inventando la nación en Costa Rica, 1848-1900." *Héroes al gusto y libros de moda: Sociedad y cambio cultural en Costa Rica (1750/1900)*. Eds. Iván Molina y Steven Palmer. San José: Editorial Porvenir, 1992.
- Román Forastelli, Marcela. *Reforma del sector salud en Costa Rica. Antecedentes, lo que sabemos de resultados, y algunas interrogantes*. Conversatorios, Centro Centroamericano de Población, Universidad de Costa Rica. Abril 2005. <http://ccp.ucr.ac.cr/farmacoeconomia/conversatorios/mroman.pdf> (21 enero 2011).
- Rosenberg, Charles. "Framing Disease: Illness, Society, and History." *Framing Disease: Studies in Cultural History* Eds. Charles Rosenberg y Janet Golden. New Brunswick, Nueva Jersey: Rutgers University Press, 1992.

- Sauma, Pablo. *Estudio sobre Desafío de la Equidad Social*. Reporte preparado para el Segundo Informe sobre Desarrollo Humano en Centroamérica y Panamá. San José: PNUD, 2003.
- . *Distribución del ingreso, pobreza y vulnerabilidad social en Costa Rica*. Informe final preparado para el Décimo Informe sobre el Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. San José: Programa Estado de la Nación, 2004.
- Sandoval, Carlos. *Threatening Others. Nicaraguans and the Formation of National Identities in Costa Rica*. Ohio: Ohio University Press, 2004.
- Sepúlveda, J., J. L. Valdespino, y L. García-García. "Cholera in Mexico: The paradoxical benefits of the last pandemic". *International Journal of Infectious Diseases* 10.1, January (2006): 4-13.
- Tjarks, Germán. "La epidemia del cólera de 1856 en el Valle Central. Análisis y consecuencias demográficas". *Revista de Historia (Costa Rica)* 2.3, julio-diciembre (1976): 81-129.
- Trejos, Juan Diego. *Inversión Social Pública en el 2006 y acceso a los programas sociales*. Informe final preparado para el Decimotercer Informe sobre el Estado de la Nación en Desarrollo Humano Sostenible. San José: Programa Estado de la Nación, 2007.