

Papel del Estado en la solución de los problemas de salud e higiene pública en la población pobre de la ciudad de San José (1890–1930)

Palabras claves: San José, C. R., epidemias, historia 1890-1930, salud pública, políticas sanitarias.

RESUMEN

Esta investigación¹ se efectuó con base en el análisis de fuentes periodísticas, textos impresos de la época, además de documentos oficiales, tales como, leyes y decretos para conocer las condiciones de vida de los enfermos pobres en la ciudad de San José entre 1890-1930. Dentro de los propósitos está, visualizar el papel de los Médicos de Pueblo, además de otras instituciones del Estado costarricense, las cuales, unieron esfuerzos en una labor conjunta de control social y con la finalidad de crear leyes para normar a los pobres de la ciudad con reglas sanitarias, previniendo epidemias mortales. Si bien es cierto que, con esto, se pretendía curar a los individuos, en última instancia, lo que se buscaba era controlar con efectividad el “cuerpo social” de una sociedad en descomposición.

A manera de introducción

El análisis que ofrece este artículo, es de gran interés tanto para estudiosos de las Ciencias Sociales como para investigadores de Ciencias Médicas y la Medicina en general. A partir del desarrollo del texto, se observan un conjunto de enfermedades con carácter de epidemias que azotaron en la época, así como las políticas sanitarias desarrolladas por el Estado y sus instituciones, en un período que abarca cuatro décadas.

Como primer punto en desarrollo, el lector encontrará: Importancia de la prevención e higiene pública, donde destacan, los programas para higienizar y el papel de los Médicos de Pueblo. Luego aparecen en análisis algunas de las enfermedades, entre estas: el cólera, la influen-

za y la tuberculosis. Por último, se hacen algunas consideraciones finales sobre el tema en cuestión.

Importancia de la prevención e higiene pública

Por distintos medios de control empleados por el Estado costarricense y a través de diversos vehículos, ya fueran las municipalidades, el sistema educativo, la policía, los médicos, además de algunas organizaciones de beneficencia, se procuró uniformar algunas conductas populares para que la gente guardara una higiene elemental, evitando así las epidemias o contagios tan comunes, entre esas poblaciones.

Por tanto, una de los más importantes acciones fue el control sobre el consumo del agua, que en ocasiones se

* Licenciado en Historia por la Universidad de Costa Rica; Bachiller en la Enseñanza de los Estudios Sociales. Profesor en el Sistema de Estudios Generales, Sede de Occidente, Universidad de Costa Rica y coordinador de la misma. Profesor en la Sección de Historia y Geografía. Actualmente es estudiante de la Maestría en Literatura Latinoamericana por la misma universidad.

1. El autor elaboró el contenido de este artículo como parte de la memoria de graduación, licenciatura en Historia: *Pobreza urbana en Costa Rica (1890-1930). El caso de la ciudad de San José.* (Tomo I y II); defendida en 1998 por César Briceño D., Willian Elizondo C., Javier Rodríguez S., Auxiliadora Vega B. y dirigida por el M.Sc. Iván Molina Jiménez. La investigación recibió distinción de honor por parte del tribunal examinador en la Universidad de Costa Rica.

contaminaba. A finales del siglo XIX el agua se distribuía por cañería para un sector privilegiado de la población en el distrito El Carmen; las barriadas capitalinas, se surtían de fuentes públicas, pozos, acequias o quebradas comunes que la madre naturaleza ponía a su disposición; esto fue una vía expedita para la contaminación y transmisión de enfermedades (Vargas y Zamora, 1997: 112).

Amén de lo anterior, ya desde el año 1890 había salido a la venta un libro de P. Wilde que revelaba los peligros de utilizar y consumir el agua de los ríos, aspecto que se relacionaba con algunos de los problemas de San José para esa década (La Prensa Libre, 1890: s.p). Un médico del Protomedicato, propuso redactar y distribuir gratis un cuadernillo sobre higiene para que se aplicara con especial énfasis en nuestro país (La Prensa Libre, 1890: 2) Esto sugiere la orientación de dichas acciones hacia los sectores con menos posibilidades económicas, para facilitarles formas de educación que mejoraran sus condiciones de higiene y salud. Otros sectores sociales, podían contar con recursos para facilitarse condiciones higiénicas óptimas, como la provisión de agua potable, la obtención de medicinas y la protección contra ciertas enfermedades frecuentes en el medio ambiente.

Entre las medidas para mejorar las condiciones higiénicas, en 1892 se propuso proveer de agua potable a la ciudadanía; también se solicitó a las personas pobres blanquear las casas, como parte de un programa de higiene para hogares y de saneamiento contra las enfermedades frecuentes; esto también se hizo en las cárceles (La Prensa Libre, 1892:1).

Asimismo, la Sociedad Médica Costarricense fundada en 1892 tenía entre sus fines observar la higiene, las medidas profilácticas y de curación contra el *cólera morbus*. Se consideraba que podrían venir enfermedades desde Europa u otros latitudes por medio de los barcos, por tanto, debían tenerse más cuidados para evitar epidemias con posteriores saldos catastróficos.

De esta forma, la prevención contra el cólera, que estaba atacando a otros países, se mantuvo por varios años (Mata, 1992: 13-15). En la década de 1880, el cólera había afectado a la India y Egipto. Además, existía el antecedente de la grave epidemia que afectó al país durante la denominada Campaña Nacional contra los filibusteros de William Walker en 1856 (Tjarks, 1976: 81-129) por lo que durante varios años se mantuvieron medidas higiénicas y de control con el fin específico de protegerse contra este mal mundial (Cabezas, 1990:204). Dado que esta bacteria es contagiosa, se daba gran aten-

ción a cuidados como el lavado de las manos, el aseo de los alimentos y el tratamiento de las aguas. Las aglomeraciones de personas se consideraban una fuente de contagio, lo que ocurría claramente en los barrios pobres josefinos, por el poco espacio y las condiciones de hacinamiento evidentes (La Prensa Libre, 1894: 2).

Durante la estación seca o verano, los cuidados se orientaban en evitar enfermedades como la difteria infantil, la fiebre, el catarro, la rabia, además del cólera. A la policía se le pedía tomar las medidas del caso, tales como, controlar la vacunación masiva y una mayor higiene pública, así como el control de alimentos vendidos en las casas o la calle.

La participación y proyección del Estado en 1892, fue importante para aumentar la prevención hacia la población infantil, quienes eran particularmente víctimas de las enfermedades infecciosas (La Prensa Libre, 1892: 2) Era esencial ante estas circunstancias, evitar las aglomeraciones que propiciaban las condiciones para contagios de enfermedades; los templos, durante las misas serían un sitio peligroso, según algunas versiones. Se consideraba que el polvo y la falta de aseo eran vehículos que contribuían con la transmisión de fiebres palúdicas, gérmenes u otras enfermedades infectocontagiosas (La Prensa Libre, 1892: 1).

Relevancia de los Médicos de Pueblo

La experiencia adquirida con el paso del tiempo, condujo a un salto cualitativo para la medicina costarricense. La atención de los enfermos pobres, la prevención de enfermedades y la higiene, se vieron fortalecidas con la Ley de Médicos del Pueblo del 1º de noviembre de 1894. Entre sus fines estuvo, disminuir la tasa de mortalidad infantil, vigilar el estado de los alimentos de consumo popular, la vacunación, el aviso y registro de las enfermedades y defunciones a las autoridades, visitar las cárceles y dictar medidas de higiene, pero sobre todo, dar asistencia a los enfermos pobres. Los médicos en mención, eran pagados por las Municipalidades donde estuvieran trabajando.

Esa ley supracitada, se refería específicamente a la atención de los enfermos pobres. De esta forma, el Estado extendía sus redes de control social y sanitario por el tejido social dentro del territorio nacional. En el artículo 13 se estipulaba que:

“Deben prestar atención gratuita a los enfermos pobres en cirugías y recetas. En caso de que el enfermo no pueda asistir el médico deberá ir a visitarlo.

No más de una visita diaria si habitare en el radio de dos kilómetros de la residencia del médico” (La Prensa Libre, 1894:2).

También los enfermos pobres podían adquirir y tener acceso a una serie de medicamentos en forma gratuita, según lo estipulaba el artículo 17:

“Las municipalidades proveerán de medicamentos, alimentos y vestidos a los pobres enfermos que viven de la caridad pública. Se pueden establecer botiquines o con arreglos con farmacias” (Idem).

Los médicos establecerían un horario para la atención de los enfermos pobres, quienes eran identificados por medio de una tarjeta o boleta expedida por el gobernante o jefe político del lugar (Idem). Con esta ley se dotó de médicos, tanto a comunidades urbanas como rurales; ellos asumieron una función relevante en las comunidades, actuando como representantes de la institucionalidad estatal, que paulatinamente fue desplegándose por las siete provincias del país. El historiador Juan José Marín, ha visualizado en este proceso, una vinculación con la persecución formal de los curanderos y empíricos de la medicina casera. Además estuvo presente la finalidad de controlar y normar costumbres populares, en relación con los hábitos y usos de la elite cafetalera nacional (Marín, 1994: 67).

Con la designación de los Médicos de Pueblo, se asistió mejor a las comunidades donde operaron; estaban facultados oficialmente para atender asuntos tales como la notificación de epidemias, llevar registros de los pacientes atendidos, el ejercicio de la medicina legal y muy en particular, organizaban juntas cantonales a las que correspondía valorar el estado de pobreza en que se encontraban los vecinos de su localidad (Incera, 1968: 133-135).

Los nombramientos de médicos, formaron parte de las políticas sanitarias llevadas a cabo por el Estado costarricense, con el fin de erradicar enfermedades e inculcar en la población de escasos recursos y de baja escolaridad, normas básicas de higiene, con ello, mejorar sus condiciones de vida. De esta forma, en el año 1905 y producto de la propagación de la tuberculosis por el país, se decía abiertamente que:

“La enseñanza de la higiene pública y privada debiera ser un ramo de presente atención en los pueblos (...) debiera implantarse con carácter obligatorio en las escuelas ...” (Jiménez, 1936: 81).

En relación con la higiene pública, Stewart Woolf ha hecho notar que dichos programas obedecieron a una política estatal desplegada en la Europa industrial que estuvo acompañada al fenómeno del crecimiento demográfico y urbano. Los suburbios y sus angustiantes problemas sociales requirieron de campañas mejor organizadas y estructuradas más allá de la simple iniciativa filantrópica o caritativa y sus limitaciones prácticas (Woolf, 1989: 55).

La alta mortalidad infantil fue uno de los problemas sanitarios a los que se le dio más énfasis —aspecto ya citado— se creía que influía en ello, la fragilidad en los niños con un corto período de lactancia materna, la alimentación prematura con comidas o bebidas difíciles de digerir —como la leche de vaca— la suciedad y la contaminación (La Prensa Libre, 1894: 2). En especial, se dio mayor protección a los niños, que morían por falta de cuidados y malas costumbres familiares originadas —en parte— por la ignorancia de sus padres analfabetas.

Los periódicos informaban y en el acto, hacían conciencia sobre la necesidad de médicos colaboradores, principalmente para los lugares habitados por gente pobre, donde se decía que, ni el periódico ni el libro llegaban, e incluso, en 1908 el presidente don Cleto González Víquez va a insistir en la necesidad de sanear los pueblos y mejorar sus condiciones sanitarias. Así bajar la mortalidad infantil e implementar medidas biológicamente sanitarias (Palmer, 1995a: 75).

La Policía de Higiene jugó un papel importante ante las campañas de vacunación; esta organización, tenía labores de inspección y control, entre las que estaban, citar a los padres para que vacunaran a sus niños.

Recuérdese que en 1895 se había creado el Instituto Nacional de Higiene, que operaba con dos departamentos: el de Bacteriología e Histología y Analítica, a cargo de los doctores Emilio Echeverría y Carlos Beutel. Entre sus funciones estuvo, examinar la carne, la leche, legumbres, agua, medicamentos y todo aquello que pudiera ser un agente transmisor de enfermedades, con lo que se trataba de garantizar una mejor salud pública (La Prensa Libre, 1895:3).

Tanto la Policía de Higiene como los médicos, tenían gran preocupación por la salud de los sectores populares, por medio de medidas higiénicas y de control social, como lo hemos recalando en páginas anteriores. Esto se reflejó en un acuerdo de los galenos con la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia, para prestar sus servicios a

todas aquellas personas verdaderamente pobres y desvalidas que padecían enfermedades. El servicio se hacía por turnos quincenales de un médico por cada distrito. Las medicinas eran retiradas en farmacias, con el visto bueno del médico respectivo. Ello gozaba de gran aprobación por parte de los pobres, como era de esperar (La Prensa Libre, 1896: 3).

El cuadro que mostramos a continuación, amplía el panorama, para observar algunas estrategias por medio de las cuales, el Estado, logró articular un conjunto de instituciones y departamentos dentro de las áreas de la salud e higiene pública.

Este proceso obtuvo mejores resultados, dentro del Valle Central de Costa Rica, propiamente en las cabeceras de provincias principales, a saber: San José, Heredia, Alajuela y Cartago, no obstante, involucró otras regiones del territorio nacional, pero que no corresponden, a los propósitos del presente análisis por ser un asunto meramente urbano.

Higienizar: una meta para el Estado costarricense

En el marco del crecimiento poblacional y del desarrollo urbanístico de San José² algunas de las medidas tomadas por las autoridades públicas fueron en detrimento o sustitución de ciertas prácticas curativas tradicionales como lo ha hecho notar el historiador Juan José Marín, ya citado.

Además, la prevención y ayudas estatales fueron elementos importantes en el control de enfermedades. En 1911 el presidente don Ricardo Jiménez, dio carácter de Agentes de Policía a los Médicos del Pueblo para combatir efectivamente la anquilostomiasis (La Prensa Libre, 1911: s.p).³

Las acciones sanitarias se extendieron por conducto de un cuerpo de autoridades, que aunque no eran propiamente sanitarias, garantizaban una mayor cobertura de la población en las campañas preventivas. Una de las medidas en los barrios pobres fue la construcción de excusa-

Cuadro N° 1.
Institución y/o Departamento del Estado costarricense relacionados con el área de la Salud e Higiene Pública entre los años 1892 hasta 1927.

Institución y/o Departamento	Surge	Cobertura	Funciones Básicas
Sociedad Médica Costarricense	1892	Nacional	Medidas de higiene ante el cólera morbus y otras epidemias.
Juntas de Sanidad	1893	Nacional	Atender a domicilio a enfermos pobres
Médicos de Pueblo	1894	Nacional	Asistir a enfermos pobres y crear registros sobre datos personales -familiares
Instituto Nacional de Higiene	1895	Nacional	Control de alimentos, análisis bacteriológicos
Departamento Sanitario Escolar	1914	Nacional	Atención a niños y educarlos aspectos de higiene
Consejo Consultativo de Salubridad	1918	Nacional	Control de enfermedades y epidemias
Subsecretaría de Higiene	1921	Nacional	Control de la salud e higiene pública
Agencia de Policía de Higiene	1925	Nacional	Inspección y control por hacer cumplir leyes sanitarias
Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social	1927	Nacional	Máximo ente coordinador del asunto de la higiene, salubridad y ayuda social.

Fuente: Tomado de César Briceño Díaz y otros. *Pobreza urbana en Costa Rica (1890-1930). El caso de la ciudad de San José.* Tomo I y II. (San José, Universidad de Costa Rica, 1998) p. 379. El cuadro está construido a partir de información extraída de la Colección de Leyes y Decretos del Archivo Nacional correspondientes a los años de 1890 hasta 1927.

- La ciudad de San José tenía alrededor de 20 000 habitantes al finalizar el siglo XIX, pasando a unos 50 000 al término del decenio de 1920 (Briceño Díaz y otros, 1998:96).
- La campaña contra esta enfermedad estuvo matizada por la identificación del agente infeccioso, revelando que la llamada "enfermedad del cansancio" la causaba un parásito. Según palabras de don Mauro Fernández en 1907, resultó en beneficio de la opinión hacia los trabajadores de los litorales, a los que se les calificaba de indolentes y perezosos por naturaleza (Palmer, 1995:81) (b).

dos de hueco por cuenta del gobierno, sin embargo; luego fueron considerados antihigiénicos en la ciudad, aunque en las zonas rurales posiblemente eran un adelanto sanitario, frente a los tradicionales “cercos” utilizados con naturalidad por los campesinos. Entre los matorrales se hacían las necesidades del cuerpo.

Para lograr un mejor control y manejo de ciertos problemas comunes en la ciudad de San José, se organizó en cinco distritos higiénicos para 1913: 1) El Carmen, 2) La Merced, 3) Calle 6 hacia el sur y Avenida Central oeste, 4) Avenida Central Calle 5ª y 6ª, 5) Avenida Central hacia el este Calle 5ª hacia el sur (La Prensa Libre, 1913: s.p). Esto posibilitó un mejor control por parte de la Policía de Higiene que desarrolló un conjunto de acciones en la capital, además de las asignadas en las campañas preventivas. No olvidemos que las municipalidades, el aparato escolar y en ocasiones la Iglesia Católica, entre otros, participaban dentro de estas campañas con carácter comunal.

También es válido reconocer que con el paso del tiempo, los costarricenses contaron con un servicio hospitalario nada despreciable para un país pobre en América Latina. Nos referimos a hospitales públicos que se abrieron en diferentes provincias de Costa Rica, como parte de un proceso de asistencia hacia la población desprotegida de la sociedad. El cuadro siguiente, contribuye a evidenciar lo afirmado.

**Cuadro No 2 .
Fundación de Hospitales Públicos en Costa Rica
entre 1845 hasta 1920.**

Hospital	Inicio de funciones
1) Nacional de Costa Rica (San Juan de Dios)	1845-1855 **
2) Cartago	1880
3) Liberia.	1880
4) Limón.	1884
5) Alajuela	1884
6) Heredia.	1888
7) Palmares.	1891
8) Grecia.	1891
9) Turrialba.	1895
10) Santa Cruz.	1895
11) Naranjo.	1907 -1911 **
12) Villa Quesada.	1918

Fuente: Briceño Díaz y otros. *Op cit.* p.364. Recopilación hecha con base en notas de periódicos, Leyes y Decretos del Archivo Nacional de Costa Rica y la Biblioteca Nacional, correspondiente a los años 1890 hasta 1920.

** Sin definir el año de fundación e inicio de funciones.

Algunas epidemias importantes y población afectada

Como se ha insistido, el cólera fue una de las enfermedades que más azotó a nuestro territorio en el siglo XIX; se afirma que en la guerra contra los filibusteros entre 1856 y 1857, murió cerca del 10% de la población joven del país. Para su erradicación, era fundamental el control de las aguas. Por ello, a partir de 1869 se iniciaron obras en la construcción de estanques y cañerías en San José y en otras ciudades importantes del Valle Central, tales como Cartago en 1874, Heredia en 1879 y Alajuela en 1880. No obstante, en el momento en que se producía una epidemia por contaminación de aguas, de ahí el contagio expedito a grandes segmentos de la población (Lachner, 1902: 199).

Algo trágico ocurrió en abril de 1890, cuando murió el 58.97 % de los niños menores de diez años, por un tipo de cólera infantil o enteritis folicular. A ello se atribuían factores como las actividades en el campo, la mala alimentación, el consumo del licor y el tabaquismo de los padres, el andar descalzos, las comidas frías, los residuos de ceniza, las casas no aptas para vivir. Por tanto, los pobres fueron puestas bajo vigilancia por parte de tres figuras estratégicas en la comunidad: el cura, el maestro y el médico (La Prensa Libre, 1890:2).

Otra enfermedad que afectó a la población de la época, fue la fiebre tifoidea, que reapareció en 1901 en el Barrio La Dolorosa a pesar de los cuidados, pero insuficiencia de la higiene en el sitio. Más tarde se hizo necesario reforzar de nuevo los servicios de higiene ante la posible epidemia de escarlatina. También reaparecieron la viruela, el sarampión y la difteria, entre otras (La Prensa Libre, 1902: 4) y (Lachner, 1902: 199-200). Estos brotes, ocasionaban un despliegue médico por las zonas o sectores donde aparecían, ya sea por primera vez o peor aún, cuando recurrían. No siempre se lograba controlarlas, dejando saldos desastrosos como fue el cólera infantil, antes mencionado.

En el año 1923 se promulgó una ley que aglutinaba un conjunto de disposiciones importantes en materia de salud e higiene; con esta legislación se pretendía subsanar algunos aspectos que el sistema no lograba resolver en definitiva. Así, la Ley sobre Protección de la Salud Pública fue decretada por el Congreso de la República.⁴

Por otra parte, algunos médicos de la época, publicaron registros sobre enfermedades frecuentes y algunas os-

4. Para conocer la ley, ver: ANCR. Colección de Leyes y Decretos, Congreso Constitucional, N° 52(II semestre)1923 pp. 227-257.

luciones útiles; entre estos, tres distinguidos galenos del ámbito nacional sobresalen, el Dr. Carlos Durán, José M^o. Soto Alfaro y Clodomiro "Clorito" Picado (La Prensa Libre, 1916: s.p). Con este último, se pretende hacer justicia histórica, en relación con el descubrimiento de la penicilina, antecediendo al futuro Premio Nobel en Medicina de 1945, el británico Sir Alexander Fleming, acreedor de tal hallazgo científico en 1928.⁵

El Dr. Picado, es considerado como uno de los médicos más brillantes de Centroamérica. Se graduó en La Sorbona de París en 1913 y también trabajó para el Instituto Pasteur en esa misma ciudad europea. En su trayectoria, publicó cerca de 115 trabajos científicos (Idem).

La epidemia de influenza de 1920

La influenza era otra de las enfermedades recurrentes en amplios segmentos de la población; afectó mucho y de manera periódica a los sectores pobres durante el siglo XIX y con bastante intensidad en el año de 1920 (González, 1995: 63-64).⁶ A esta enfermedad se le conoció con el nombre vulgar de *rempujón*; se le consideraba como un simple resfrío, por lo que no se le daba la importancia del caso, de ahí su impacto (Lachner, 1902: 200).

En la década del veinte encontramos referencias a dos epidemias de influenza de consideración. El 6 de abril, la Junta de Caridad de San José informaba que en marzo hubo 326 muertes en la ciudad, 177 eran por influenza. Entre éstas, 118 eran adultos y 59 niños. En marzo de 1919 hubo 173 defunciones, sin ninguna epidemia (La Prensa, 1920:2). Se observa el impacto de la epidemia en ese momento. Las 173 muertes –llamaba la atención– fueron casos de personas pobres que morían en sus casas de habitación, algunos sin ninguna atención profesional.

Hubo personas que facilitaron recursos para controlar la enfermedad. En Curridabat, se instaló una casa-hospital cedida gratuitamente por el señor Antonio Marqués. También colaboraron con los enfermos, los maestros, personas bondadosas o el sacerdote de la parroquia. En el momento de dar la información, se habían atendido 425 enfermos (La Prensa, 1920: 1). La ayuda internacional no se hizo esperar, tal fue el caso de una delegación de Chi-

le quienes donaron al gobierno, 3775 colones (La Prensa, 1920: s.p).

Esta epidemia atacó con fuerza no solo la ciudad de San José, sino también a otras comunidades y regiones del país, tales como Puntarenas, San Ramón, Bagaces y Barranca (La Prensa, 1920: 6).

Los periódicos, informaron de otra epidemia de influenza que afectó principalmente a los pobres que no contaban con medios para combatir la enfermedad, especialmente los niños. Asimismo divulgaban las recomendaciones de fumigar, tomar eucalipto y beber limonadas calientes (La Prensa, 1928:1) En esta oportunidad no hubo tanto despliegue informativo como en marzo de 1920, posiblemente no tuvo tanto impacto sanitario y económico, como entonces.

El presidio ubicado en la isla de San Lucas, no quedó exento de tales contagios, en 1929 ya había pasado al lugar; para entonces, también tomó fuerza el paludismo. En este caso, un médico visitaba a los presos cada quince días, les recetaba y despachaba medicamentos. Por esto se afirmaba ante la opinión pública que, la vida de los reclusos no corría alto peligro (La Nueva Prensa, 1929:4).

En cuanto a los médicos, hubo quienes especularon con la epidemia de influenza cobrando más por las medicinas o dando recetas a los enfermos quienes no podían adquirirlas en otro lugar que no fuera su botiquín y al precio impuesto por ellos. Así como los médicos, hubo personas que se ampararon en una pobreza inexistente, con el fin de obtener cobijas, alimentos y otras atenciones, dejando a los verdaderamente pobres y enfermos sin ninguna asistencia y en la más completa miseria (La Prensa, 1920:3).

Por otra parte, el Hospital San Juan de Dios conoció quejas por discriminación. Algunos personas alegaban que se atendían solo a los pacientes simpatizantes del partido Echandista, mientras las autoridades del Hospital se defendían y alegaban sobre su efectiva atención, la cual, no tenía color político (Diario del Comercio, 1923: 3). En el mismo Hospital, algunos pacientes se quejaron de la tiranía ejercida por una de las monjas a quien se identificó

5. La Dra. M^o de los Angeles San Román y el Dr. Edgar Cabezas del Hospital San Juan de Dios, han descubierto documentación de archivo donde se evidencia que "Clorito" Picado hizo pruebas con hongos del género *Penicillium sp* entre 1915 y 1927 otorgándole posteriormente a la vacuna el nombre de **Vacuna no específica**. Luego envió a la Sociedad de Biología de París su hallazgo en 1927, pero fue archivado. Véase *La Prensa Libre*, 21 de marzo del 2000, p. 5. Además, *La Nación* (Suplemento Viva) 19 de marzo del 2000, p.12 y *La Prensa Libre*, 16 de mayo del 2000, p.6; *La Nación* (Suplemento Viva), 27 de julio de 1999 pp 1 y 11; *La Nación* (Revista Dominical) 19 de diciembre de 1999 p.16.
6. El historiador, Edwin González menciona que desde 1729 hubo epidemias de influenza recurrentes cada dos o tres años. La que afectó en 1920, fue parte de una epidemia mundial iniciada en 1919 donde las autoridades sanitarias de otros países habían alertado.

como Sor Rafaela. Los mismos eran aislados, en especial los de enfermedades venéreas –sin asistencia médica– por lo que empeoraban y eventualmente morían. Un castigo impuesto por esta religiosa, consistía en rasurar contra su voluntad, a los varones que no obedecían sus órdenes.

Viejos prejuicios en torno a los tuberculosos

Al final del período estudiado, para 1930 salen a relucir algunos problemas en el Hospital San Juan de Dios relacionados con ancianos incurables y los enfermos tuberculosos que estaban internados. Había demasiados pacientes y no se les podía cerrar las puertas. El problema fue debatido junto al Presidente don Cleto González Víquez y Jaime Beutel presidente del Asilo de Incurables. Se trataba de encontrar dónde ubicar a estas personas, principalmente a los tuberculosos, ya que en el Sanatorio Durán de Cartago no querían recibirlos por encontrarse en estado de incurables, alegando que el tratamiento no los sanaría. Se pensó en ceder un terreno al lado del Hospicio de Incurables para la construcción de un pabellón de tuberculosos incurables, donde se les ubicaría (La Nueva Prensa, 1930:2).

Esta última resolución causó gran oposición entre los vecinos de San Francisco, quienes se unieron a los del Barrio Aranjuez en su negativa. La situación recuerda la marginación y exclusión centenaria aplicada a los enfermos de lepra, heredados desde el período colonial hispanoamericano (Malavassi, 1998).⁷ Entre los argumentos, alegaban el contagio en la ciudad, debido a la entrada de los vientos por esos barrios⁸ pero mostrando también gran preocupación por la posible disminución en el valor comercial de las propiedades. Amenazaron con incendiar el Hospicio, antes que permitir el traslado de los tuberculosos (La Nueva Prensa, 1930:5).

La fobia continuó y enviaron una carta a la Secretaría de Estado en el Departamento de Salubridad Pública, donde la junta progresista de Aranjuez además de los argumentos antes mencionados, pedía que se ubicara el pabellón de tuberculosos, en un sitio alejado y con condiciones climáticas más propicias, sugiriendo San Isidro de Coronado (La Nueva Prensa, 1930:11). Cuando la Facultad de Medicina conoció el informe de la comisión integrada para analizar el asunto, decidió no trasladar a los tuberculosos; evidentemente influyeron con fuerza, las razones esgrimidas por la junta progresista de Aranjuez.

La nueva junta del Sanatorio de Tuberculosos integrada –entre otros– por el Dr. Rafael Angel Calderón Guardia, se pronunció por el no traslado de los tuberculosos, por lo que continuaron en el Hospital San Juan de Dios, al no contar con un asilo apto para el caso.

Para finalizar con este subapartado, citamos una triste noticia ante el caso de enfermos pobres que morían en soledad, sin la protección de sus familias o de algún albergue:

“... vemos también alguna mañana la ambulancia de la higiene, que lleva los cadáveres de los muertos del Hospital, aquellos que mueren con los ojos muy abiertos en la soledad de las casas de la caridad pública, entre las sombras de la noche, sin más aliciente a su cuerpo que el tibio calor de las frazadas y sin más auxilio que el que “por amor a Dios” murmuran las Hijas de la Caridad de San Vicente de Paúl, cuando en la alborada del día encuentran tras el biombo que se pone a los agonizantes la materia rígida del enfermo fallecido ...” (La Nueva Prensa, 1930: 7).

Algunas consideraciones finales

Como se desprende de los planteamientos anteriores, las condiciones de salud e higiene afectaron de manera particular a los pobres; éstos proporcionalmente aportaban un número considerable de enfermos, al tener menos posibilidades para hacer frente o evitar las enfermedades. Las condiciones de insalubridad y hacinamiento a que se vieron sometidos en la ciudad de San José, los afectaron con severidad.

En este caso, a diferencia del problema de vivienda⁹, la injerencia del Estado fue más directa mediante la regulación y creación de instituciones de ayuda o asistencia con la participación en la solución de los problemas de salud e higiene, en particular para atender los problemas generados por los enfermos pobres. De esa manera, se implementó la asistencia de los Médicos de Pueblo, la Policía de Higiene y se desarrollaron organizaciones con fines específicos como las Juntas de Socorro. Estos entes tenían una función de inspección particular de las condiciones de vida de los sectores pobres, dada la situación desfavorable en que vivían y que hacían propicio al desarrollo de enfermedades; algunas de ellas mortales, como fueron el cólera, la tuberculosis y la influenza, además de otras.

7. Respecto a la marginación, véase: (Malavassi, 1998: 231-233).

8. En relación con la lepra, la ubicación del Lazareto se hizo considerando que los vientos no soplaran hacia la ciudad.

9. Ver (Briceño Días y otros, 1998) Sobre la vivienda capítulo 7.

La asistencia sanitaria fue mejorando para finales de nuestro período de estudio, con la creación de la estratégica Secretaría de Salubridad Pública y de Protección Social en 1927 que se vio fortalecida; ésta agrupó una serie de oficinas y actividades que atendían las cuestiones sanitarias y de proyección que el Estado desarrollaba. Como complemento en las funciones gubernamentales y el manejo de los asuntos públicos locales, las municipalidades hicieron frente a ciertos problemas sanitarios en sus jurisdicciones.

Sin embargo las condiciones antes descritas, no parecieron mejorar del todo durante el período estudiado. Por el contrario, el proceso de urbanización y la concentración de población en la ciudad capital afectó de manera particular a los pobres. Las prácticas de la caridad y beneficencia no solucionaban los problemas de los enfermos pobres, a quienes no les quedaba otro remedio que, esperar la compasión de sus benefactores o morir en condiciones de indigencia. Así lo hemos observado en algunos periódicos de la época.

Las diferencias sociales a que se hizo referencia al inicio de este artículo –desarrolladas a lo largo del período– durante el cual mejoró la medicina con criterios científicos y organizada desde las oficinas estatales en contraposición con las prácticas herbolarias tradicionales manejadas por curanderos y empíricos de los pueblos o arrabales.

Los esfuerzos de las diversas instituciones de más de la beneficencia privada, no impidieron el desarrollo de las contradicciones sociales en lo que se refiere a la atención de los enfermos pobres. La crítica social se hizo más fuerte entre los años veinte y treinta; hubo presión popular para ello.

La presencia de los médicos –que era creciente– tenían un peso considerable en la opinión pública y llamaban la atención sobre las condiciones de vida de los pobres. Lo anterior influiría posteriormente, en los procesos de reforma y en una mayor participación del Estado en la solución de los problemas. Desde fines del siglo XIX, el Estado, ya ponía atención a los problemas sanitarios; en las décadas de los años veinte y treinta se le reclamaba una mayor beligerancia, ante la atención de los sectores populares.

Para finalizar, recordemos que los años cuarenta, llegarían a convertirse en una década de reformas sociales sin parangón en la historia de Costa Rica. En la misma, jugaron un papel protagónico personas tales como: Manuel

Mora Valverde, el Dr. Rafael Angel Calderón Guardia y Monseñor Sanabria. No obstante, la misma tuvo como preámbulo, un conjunto de cambios y transformaciones importantes al interior de la sociedad por medio de un temprano desarrollo del aparato de salud pública, como lo hemos observado en el desarrollo de este artículo.

Bibliografía

- Acuña Ortega, Víctor Hugo. 1986. *Los orígenes de la clase obrera en Costa Rica: Las huelgas de 1920 por la jornada de ocho horas*. San José: CENAP-CEPAS.
- Alvarez Masís, Yanory y Gómez Duarte, Dennis. 1998. *El desarrollo histórico urbano del Distrito Catedral de la ciudad de San José (1890-1940)*. San José: Universidad de Costa Rica.
- ANCR. Colección de Leyes y Decretos. San José, entre los años 1890 y 1930.
- Barrantes, Luis Osvaldo y otros. 1995. *Política Social, beneficencia y abandono de niños en Costa Rica (1890-1930)*. (Memoria de graduación). San José: Universidad de Costa Rica.
- Briceño Díaz, César y otros. 1998. *Pobreza urbana en Costa Rica (1890-1930): El caso de la ciudad de San José*. Memoria Tomo I y II. San José: Universidad de Costa Rica.
- Cabezas Solera, Edgar. 1990. *La medicina en Costa Rica hasta 1900*. San José: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social, CCSS.
- C. R. Dirección General de Estadística y Censos. 1960. *Censo de Población de Costa Rica. 11 de mayo de 1927*. San José.
- El Diario del Comercio*. San José: entre los años 1890 y 1920.
- González Salas, Edwin. 1995. *Evolución histórica de la población en Costa Rica (1840-1940)*. San José: EUNED.
- Incera Olivas, Eugenio. 1968. *El Hospital San Juan de Dios: antecedentes y evolución histórica (1845-1900)*. San José: Universidad de Costa Rica.

- Jiménez, Luis Paulino. 1936. "La tuberculosis en Costa Rica" En: Luis Dobles Segreda. *Índice bibliográfico de Costa Rica*, T. IX. San José: Imprenta Nacional.
- La Nueva Prensa*. San José: entre los años 1890 y 1920.
- La Prensa*, San José: entre los años 1890 y 1930.
- La Prensa Libre*, San José: entre los años 1890 y 1930.
- Lachner Sandoval, V. 1902. "Higiene Pública". *Revista de Costa Rica en el siglo XIX*. (Tomo I) San José: Tipografía Nacional.
- Marín, Guisselle y otros. 1997. *El Censo Municipal de la Ciudad de San José 1904*. San José: CIHAC, Universidad de Costa Rica.
- Marín Hernández, Juan José. 1994. "De curanderos a médicos. Una aproximación a la historia social de la medicina en Costa Rica (1800-1949)". *Revista de Historia*. Heredia. n. 32: 65-109.
- Malavassi A., Ana Paulina. 1998. *Entre la marginalidad social y los orígenes de la salud pública: leprosos, curanderos y facultativos en el Valle Central de Costa Rica (1784-1845)*. San José: Universidad de Costa Rica.
- Molina, Iván y Steven Palmer. 1994. *El Paso del Cometa: Estado, política social y culturas populares en Costa Rica (1800-1950)*. San José: Ed. Porvenir.
- Morales, Gerardo. 1995. *Cultura oligárquica y nueva intelectualidad en Costa Rica (1880-1914)*. Heredia: Ed. Universidad Nacional.
- Oliva, Mario. 1984. *Artesanos y obreros urbanos en Costa Rica (1880-1914)*. San José: Editorial Costa Rica.
- Palmer, Steven. 1995a. *Adiós laissez-faire: la política social en Costa Rica (1880-1940)*. Universidad de Montreal (mimeografiado).
- _____. 1996. "Confinement, Policing, and the Emergence of Social Policy in Costa Rica, (1880-1935)" In: Salvatore, Ricardo y Carlos Aguirre, *The birth of the penitentiary in Latin America*. Austin: University of Texas Press.
- _____. 1995b. "Hacia la "Auto-inmigración". El nacionalismo oficial en Costa Rica (1870-1930)" En: Arturo Taracena. *Identidades Nacionales y Estado Moderno en Centroamérica*. San Salvador: EUCR.
- C. R. Patronato Nacional de la Infancia. "Informe del presidente del PANI relativo a las labores del año 1933". *Boletín del Patronato Nacional de la Infancia*, San José, 5, (25): s. p. setiembre de 1933.
- Rosemberg, Mark. 1980. *Las luchas por el seguro social en Costa Rica*. San José: Editorial Costa Rica.
- Salazar Mora, Jorge Mario. 1981. *Política y Reforma en Costa Rica (1914-1958)*. San José: Editorial Porvenir.
- Vargas Contreras, Gerardo y Carlos Zamora H. 1997. *El patrimonio histórico-arquitectónico y el desarrollo urbano del distrito El Carmen (1850-1930)*. San José: Universidad de Costa Rica.
- Woolf, Stewart. 1989. *Los pobres en la Europa Moderna*. Barcelona: Editorial Crítica.