

REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Tommo X

San José, Costa Rica, Enero de 1951

No. 201

Año XVIII

El pasado, el presente y el futuro de los Hospitales de Costa Rica (*)

Por el Dr. Antonio Peña Chavarria**

Para correcta información de este selecto auditorio que asiste al Tercer Instituto de Organización y Administración de Hospitales, reunido en esta culta y bella ciudad de Río de Janeiro, me excusaría que al tratar mi tema "El pasado, el presente, y el futuro de los Hospitales de Costa Rica", de previo os dé algunas informaciones de nuestro país, que expliquen ciertas modalidades sociológicas que han influido en el desarrollo de los hospitales costarricenses. Creemos necesaria esta información, porque día a día reafirmamos la convicción de que el verdadero hospital de una comunidad constituye, por la inmediata percepción que logra de todo lo que la afecta, un verdadero laboratorio de los fenómenos y problemas sociales.

DATOS SOBRE COSTA RICA

La República de Costa Rica es uno de los cinco países de la América Central, situada entre Panamá al Sureste, el Océano Pacífico por el Sur y el Oeste; el Océano Atlántico al Este, y la República de Nicaragua al Norte.

Posición Geográfica. La posición geográfica de Costa Rica es la siguiente: latitud Noret, 11 grados 4 minutos (La Cruz); longitud Occidental, 88 grados 39 minutos (Ferrocarril Intercontinental); latitud 8 grados 0.2 minutos; longitud 82 grados 54 minutos (Concesión Límites), Burica.

Territorio. La superficie total de Costa Rica se estima en 50.000 kilómetros cuadrados, y está dividida en siete provincias que son: San José, Alajuela, Cartago, Heredia, Guanacaste, Puntarenas y Limón. De éstas, las dos más extensas son Puntarenas

(*) Trabajo presentado al "Tercer Instituto de Organización y Administración de Hospitales" reunido en la ciudad de Río de Janeiro-Brasil, durante el mes de Julio de 1950.

(***) Director del Hospital San Juan de Dios.

(11.200 kilómetros cuadrados), y Guanacaste (10.400 kilómetros cuadrados). El territorio posee un desarrollo total de costas de 1.453 kilómetros sobre ambos océanos. La extensión de sus fronteras terrestres es como sigue: con Panamá 363 kilómetros, y con Nicaragua 300 kilómetros, o sea en total 663 kilómetros.

El país es montañoso y está recorrido por dos sistemas que llevan una dirección de Noroeste a Sureste, dejando llanuras hacia las costas del Atlántico y Pacífico, y mesetas como la Central, en donde se asienta alrededor del 60% de la población total, siendo la región agrícola la más explotada y de mayor avance cultural.

Estaciones anuales.—Se distinguen en el país dos estaciones: la seca que se extiende desde el mes de noviembre hasta abril, y la lluviosa, de mayo a octubre.

Precipitación en milímetros: Fue como sigue: en 1945 1899.8 mm.; en 1946 fué de 1577.8 mm.; en 1947 fué de 1726.6 mm.; y en 1948, de 1462.8 mm.

Población.—850.659 habitantes al 31 de diciembre de 1949.

Raza.—La población que predomina es de raza blanca y mestiza, siguiéndole en número reducido la raza negra, y, aún menos, las de otras (amarilla, india y mulata).

Actividades principales.—El pueblo de Costa Rica está dedicado, en su mayor parte, a las labores del campo, para atender cultivos de productos nobles, como banano, café, cacao, que son exportables; a explotación de bosques de maderas de ebanistería (cedro amargo, caoba, y otras de colores y finezas llamativas como doradillo, nazareno, etc.) De estas maderas hay varias clases que se exportan, incluyendo algunas tintóreas. Esas mismas labores del campo abarcan cultivos menores como el de abacá (exportable), caña de azúcar (exportable en pequeñas cantidades); granos (arroz, frijoles, maíz, etc.). Igualmente abarcan las labores de crianza de ganados para producir leche y carne, así como de aves de corral. Se incluye también el cultivo de árboles frutales y de hortalizas y forrajes, de flores y plantas de adorno.

La minería ocupa una mínima parte de la población, particularmente en lavados de oro. Hay canteras para producir cal y piedra para construcciones. Respecto de yacimientos petrolíferos se han hecho algunas exploraciones, sin que hayan dado lugar, hasta el momento, a su explotación.

Pesquería. La pesca del atún ha merecido en el último decenio una atención particular, pues se pesca, se empaca y se exporta.

Industria.—Nuestras industrias son incipientes. Se preparan variados productos, pero en cantidades que apenas llenan el consumo, la mayor parte y, en algunos casos, dejan margen exportable.

Comercio. El valor de las exportaciones puede dividirse, para el año 1948 y por naciones así: el 79% a los Estados Unidos de América y el 21% restante entre 39 diferentes países. El gran volumen que corresponde a los Estados Unidos de América está representado por café y bananos. El valor total de las exportaciones ascendió a 31.839.900 dólares, del cual correspondieron a los Estados Unidos de América 25.034.418 millones de dólares. Las exportaciones a Europa se redujeron considerablemente desde la segunda guerra mundial; y apenas si se notan signos de activarse en un futuro difícil de predecir. Con los países asiáticos puede decirse que están prácticamente paralizadas. Con las naciones latinoamericanas y el Canadá, tenemos algún intercambio, siendo el 4.41% con Colombia, el mayor.

Indole del pueblo costarricense. Por diferentes factores el pueblo de Costa Rica es amante de la paz; pero ha llegado al sacrificio, cuando ha sido necesario mantener incólumes las instituciones republicanas y democráticas que se ha dado, en sus 128 años de vida independientes. Es trabajador, y tal condición se la da la subdivisión de la propiedad privada. Se estima que el 80% de los habitantes reside en los campos, que como hemos dicho está dedicado al cultivo de sus tierras y a la crianza de ganado. Este ruralismo imprime una psicología conservadora de sus costumbres y el apego a lo que posee, que ayuda grandemente a no romper, sino por causas sumamente graves, la paz de que el país disfruta.

Nuestro actual Presidente ha manifestado recientemente que este pueblo puede soportarlo todo, menos la burla del sufragio para la renovación de los Poderes Públicos, lo cual dice de una virtud cívica que lo enorgullece. A otro factor se debe, según los estudiosos, este realce del civismo costarricense; el amplio sistema educativo popular que desde fines del siglo pasado se estableció para compulsar la instrucción declarada, desde mediados de ese mismo siglo, gratuita, obligatoria y costada por la nación. Este hecho ha tenido por resultado la difusión de la cultura a través de las escuelas y colegios, así como de periódicos, revistas y pequeñas bibliotecas. Las comunicaciones que han venido siendo más numerosas, rápidas y de mayor extensión, contribuyen a mantener contacto entre los centros urbanos y rurales y, a elevar en el pueblo el sentido de la vida, que no lo puede alcanzar como bien sabéis, sino por su propia cultura.

En resumen, podemos decir que nuestro país es una nación de agricultores, celosa de sus instituciones democráticas, que ostenta como orgullo tener más maestros que soldados, satisfacción que ha logrado ir perfeccionando hasta el punto de contar hoy, con más escuelas que soldados, factores sociológicos que han influido poderosamente en la marcha y desarrollo de sus hospitales.

HISTORIA DE LOS HOSPITALES

Como ha sucedido en la mayor parte de los países latinoamericanos, la influencia eclesiástica ha sido primordial en la organización del Servicio Hospitalario de Costa Rica. Fué el sentimiento de piedad y conmiseración de la Iglesia en la época colonial los que impulsaron la creación de nuestros hospitales.

Desde fines del siglo XVI la Audiencia de Guatemala había dispuesto de las Cajas de León de Nicaragua, que tenía relaciones económicas y administrativas con la provincia de Costa Rica, el noveno y medio de sus rentas para la formación de un Hospital. Sin embargo, dicha disposición no se cumplió por casi 200 años hasta que el Obispo Tristán, de su propio peculio, dió los fondos para sostener un Hospital en Cartago, entonces ciudad principal de la provincia de Costa Rica. Este Hospital comenzó su labor piadosa y humanitaria alrededor de 1780. Fué efímera la duración de este primer Hospital costarricense, pues hay indicios históricos de que ya, a primeros años del siglo XIX, había clausurado sus puertas.

El segundo intento para abrir en Costa Rica un Hospital fué de otro Obispo. En efecto, según refiere una escritura otorgada en 1822, el Presbítero don Nicolás Carrillo, a indicación del Obispo Fray Nicolás García Jerez y siguiendo las huellas de su antecesor Tristán, reunió en 1815 una Junta de vecinos principales y les propuso establecieran una Casa Hospital, bajo la denominación de San Juan de Dios —el mismo nombre que llevan numerosos hospitales latinoamericanos— en recuerdo del Santo que los patrocina. Un terremoto ocurrido el 7 de octubre de 1822, destruyó esa Casa Hospital.

Cuatro años después, el 15 de junio de 1826, lograda ya la independencia nacional, la Asamblea Constitucional del Estado Libre de Costa Rica, dispuso erigir un nuevo Hospital, con el mismo nombre.

Para dar una idea de las finalidades de la Institución y de las ideas hospitalarias de ese tiempo en Costa Rica, transcribimos literalmente el considerando de la ley emitida por esa Asamblea: "Queriendo dar alivio a muchos infelices que oprimidos de diferentes enfermedades no tienen el menor recurso; y al mismo tiempo cortar los progresos de la enfermedad de Lázaro, para socorrer a estos y a los necesitados que padecen distintos males; decreta erigir un Hospital".

Esta ley en cuanto a fundación del Hospital y aún del Lazareto, fué letra muerta. No sólo no pudo funcionar correctamente la proyectada Institución, sino que nació en el país una opinión desfavorable, pues la misma Asamblea, en mayo de 1830, resolvió derogar la ley de su creación. Por lo curioso de los argumentos transcribimos literalmente el considerando de la Asamblea Cos-

tarricense, por dejar transparentar el concepto que acerca de los hospitales, tenía en esta época la opinión pública de este país: "Desgraciadamente los hospitales, lejos de llenar los fines de su establecimiento, han sido antes bien un tormento para los pacientes desgraciados y una ocasión de hurtos y crueldades que horroizan a la humanidad"

Fué preciso el transcurso de 15 años, para que sobreviniera una reacción contra tal modo de pensar, patrocinada por el elemento joven y progresista que entonces dirigía la suerte del Estado. Las Cámaras Legislativas, presididas por el doctor don José María Castro crearon en San José, capital del Estado, un Hospital General bajo la denominación de Hospital San Juan de Dios. Por su valor histórico transcribimos literalmente también, las razones fundamentales de dicha medida legislativa: "La razón del Gobierno de una sociedad de procurar la salud de todos los que no tienen medios de curarse por sí; la necesidad de disponer un Hospital para estudiar las enfermedades del país en un teatro que ofrezca muchos ejemplares a la vez; la de procurar a los jóvenes para lo sucesivo dónde verificar el estudio de la medicina; la falta de un local dónde practicar las operaciones que en las casas de los infelices no puedan ejecutarse, o no surten su efecto; dónde hacer los reconocimientos de los cadáveres las veces que se presentan; dónde ofrecer a todos los vecinos piadosos la reunión de todos los que demandan su caridad; y, en una palabra, la imperiosa necesidad de abrir a la ciencia médica, apenas naciente en nuestro suelo, un campo de elevación y progreso y un refugio a la humanidad doliente, son razones que no se ocultan a la sabia penetración de los representantes del pueblo, para hallarse tan impulsados como yo, a la creación de un Hospital General del Estado". Hemos tomado unos momentos para transcribir algo de historia de la Beneficencia y Problema Social de nuestro país, considerando que en ella pueden traslucirse muchas de las finalidades del Hospital Moderno, y aun de los del futuro, porque con esa medida de 1845, se inició la actual organización hospitalaria de Costa Rica, y comenzó a prestar servicios el Hospital San Juan de Dios, Centro Asistencial de carácter nacional, a cuyo derredor se está formando la red hospitalaria del país. Durante más de un siglo nuestro Hospital ha servido a la comunidad costarricense y proviene de él, la poca experiencia que hemos logrado en el campo de administración hospitalaria, y con gran sencillez y respeto presentamos a ustedes.

DESARROLLO DE LOS HOSPITALES

Poco a poco, las necesidades del país y la mejor conciencia médico hospitalaria de las distintas provincias, llevaron a la creación de hospitales regionales. Así se formaron los hospitales de

Liberia, 1877; Puntarenas en 1883; Alajuela en 1895; Heredia en 1898 y Cartago, en 1909. Conviene mencionar que en los dos primeros lustros, al lado de la industria agrícola del banano, las Compañías respectivas, obedeciendo a un móvil de humana economía para la protección del trabajador, crearon en la zona costera del Atlántico, hospitales seccionales que han contribuido sin duda, al mejoramiento sanitario de las colectividades. Posteriormente también han servido para proyectar en el medio costarricense, la acción del Hospital, hacia la prevención sanitaria, importantísima ayuda a la sanidad rural, por ejemplo en labores antimaláricas, asunto que por su importancia, comentaremos en seguida. Casi al mismo tiempo en que el Hospital San Juan de Dios comenzó sus labores, un Hospital para Leprosos que, habiendo sido ubicado en distintos lugares, se transformó en el actual Sanatorio Antileproso de "Las Mercedes". A fines del siglo, gobernado por la misma Junta Administrativa del Hospital San Juan de Dios abrió sus servicios el Sanatorio de Alienados Chapiquí, Institución Psiquiátrica que, por su organización, métodos y resultados terapéuticos, es un orgullo de las instituciones hospitalarias de Costa Rica.

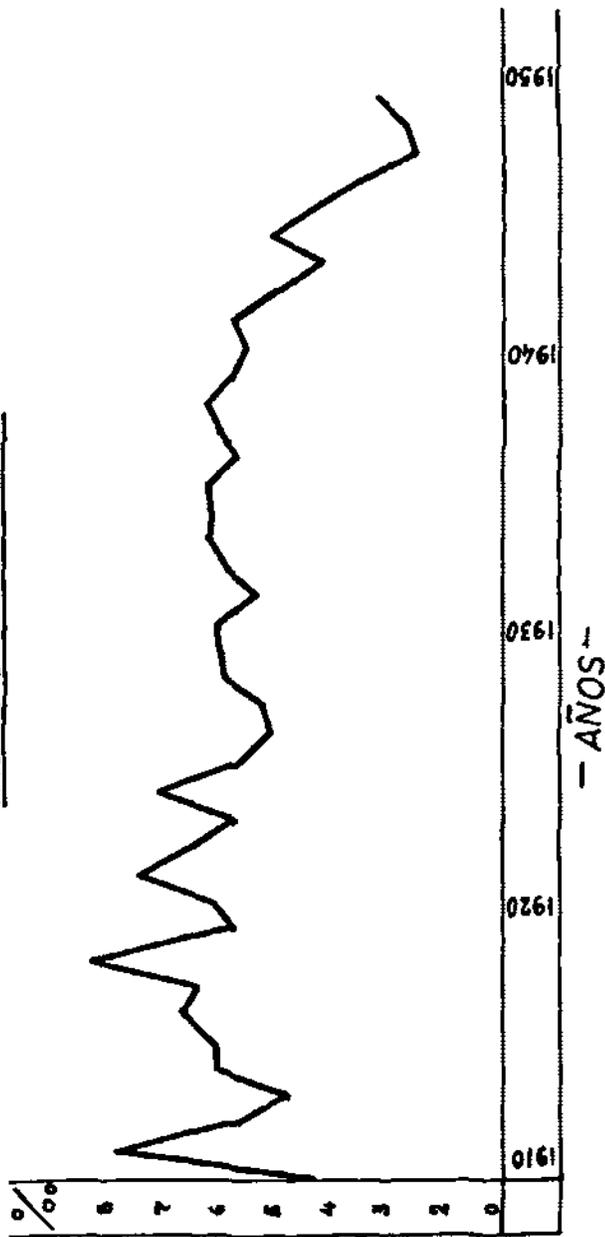
Poco apoco, al completarse la armazón hospitalaria y de sanidad pública, en el curso de los últimos 25 años, se han puesto en operación 22 pequeños hospitales en cantones y 18 centros de asistencia materno-infantiles. Esta organización ha contribuido considerablemente al descenso de la mortalidad por causas obstetricales que ha llegado como puede verse en el diagrama a 3.1 por mil nacimientos. Esta cifra que es baja sin duda en nuestro medio latinoamericano se debe a esa asistencia obstetrical, pues en 1949 un 30.1% de los partos anuales de toda la República se verificaron en instituciones hospitalarias, ya nacionales, provinciales o cantonales.

Entre las instituciones hospitalarias, Antituberculosas Nacionales, el país cuenta desde 1918 con un Sanatorio y un Preventorio. Entre el Sanatorio y el Servicio respectivo del Hospital San Juan de Dios se dispone de 496 camas, lo cual da 1.2 camas por cada defunción anual de tuberculosis.

Los hospitales del país, tanto los nacionales como los provinciales, han tenido en su modus-operandi administrativo, un sistema que les ha dado a las instituciones del Estado una semi-autonomía, que merece comentarse. En todo tiempo el Gobierno Nacional, por medio de su Ministerio respectivo (en los últimos lustros el de Salubridad y Protección Social) ha tenido de acuerdo con la ley, (desde el año anterior el Código Sanitario) la supervigilancia de todos los hospitales de la República. Sin embargo, esa supervigilancia ha respetado en su parte técnico-administrativa, la autoridad de cada Institución que se ha manejado y gobernado del modo siguiente: tanto los hospitales nacionales,

MORTALIDAD MATERNAL EN COSTA RICA - AÑOS 1910-1949

TASA POR MIL NACIDOS.



como los provinciales tienen una Junta Administrativa que se llama Junta de Protección Social, que con entera libertad, nombra a los administradores y personal técnico respectivos. Estas juntas directivas son nombradas por períodos de dos años, renovables por mitades cada año, pudiendo ser reelegidos sus miembros indefinidamente, cuando demuestran espíritu de servicio público, de preocupación por el bienestar de la comunidad y, desde luego, son cargos ad-honorem. Las juntas directivas de los hospitales son elegidas a su vez por corporaciones llamadas Hermandades, formadas por los ciudadanos más distinguidos de la comunidad y con carácter vitalicio. La selección que se hace de estas personas, que se sienten recompensadas en su servicio, por el honor que se les dispensa, es tal, que dos o tres caballeros que formaron la Primera Junta de nuestro Hospital, fueron después, en diferentes épocas, Presidentes de la República. Igual destino han tenido ocho de los Miembros de esas Juntas.

Esta organización le ha permitido a los hospitales costarricenses mantenerse alejados de la influencia nefasta de la política, que tanto perjuicio causa a veces, en el desarrollo asistencial hospitalario.

ORGANIZACION ECONOMICA

Conviene hablar del sostenimiento económico de nuestros hospitales, pues después del factor humano, que dirige y que trabaja, en la vida del Hospital, la estabilidad económica, es fundamental. Dos han sido las fuentes económicas de los hospitales de Costa Rica. En primer lugar, los beneficios de la Lotería Nacional, que de sus entradas reparte en premios un 70%, y retiene para los hospitales un 30%. Funciona en Costa Rica, desde el 31 de diciembre de 1845. Puede suponerse que Costa Rica imitó a España en esta forma de procurar rentas a los hospitales, pues fué inspirada en la antigua costumbre española de la lotería que ya en 1814 se jugaba en Cádiz. La tendencia al juego en Latino América y en otros pueblos como el Irlandés, con sus carreras de caballos, se aprovecha así en beneficio de la comunidad, dando medios económicos para el sostenimiento de los hospitales. En segundo lugar, por su volumen y en primero por su significado social, debe contarse entre las fuentes económicas de nuestros hospitales, las provenientes de la ley de impuesto sobre sucesiones (manda forzosa), que rige en Costa Rica desde hace un siglo. Según esta ley todas las sucesiones tienen que pagar a los hospitales de sus respectivas provincias, un impuesto que se llama de beneficencia, sobre el capital dejado por quienes lo acumularon y que en muchos casos, puede llegar hasta el 18%.

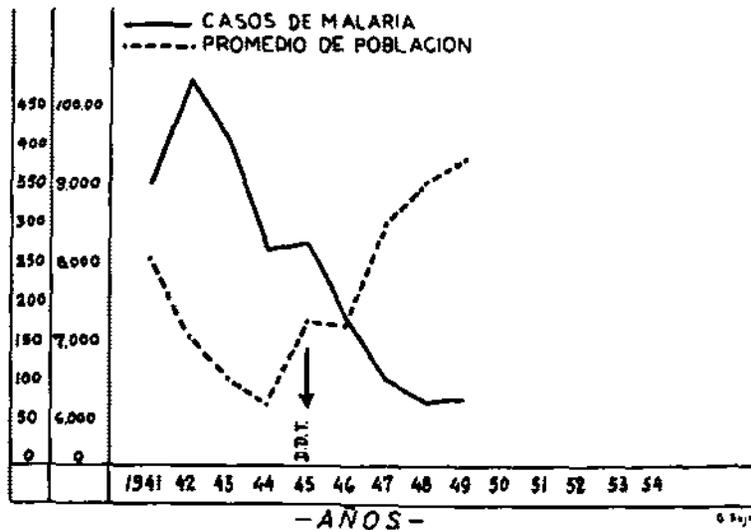
Los motivos de justicia social de este impuesto a favor de nuestros hospitales son claros y definidos, pues el individuo que

logró constituir un capital, sea grande o sea pequeño, al morir, devuelve a la comunidad que le ayudó a formarlo, por intermedio de los hospitales, lo que debe corresponderle por su ayuda.

INFLUENCIA DE LOS HOSPITALES PRIVADOS

En el armamento hospitalario de Costa Rica han ocupado lugar de significación los hospitales particulares de las empresas agrícolas, que han sido creados para la asistencia de los trabajadores de su industria. Tal sucede con los hospitales de la Compañía Bananera de Costa Rica, que tiene en la Costa Atlántica, un Hospital con 200 camas y dos en el Pacífico con 250 camas. Estos hospitales son costeados por los mismos trabajadores a los cuales se les hace una proporcional rebaja de sus salarios. La mayor parte de enfermos tratados en estos hospitales es por malaria. Este problema sanitario ha recibido del Hospital una orientación, constituyendo como se dijo antes, una proyección del Hospital

CASOS DE MALARIA POR 1000 EMPLEADOS HOSPITALIZADOS ANUALMENTE CON DIAGNOSTICO PRIMARIO Y SECUNDARIO CON PROMEDIO ANUAL DE LA POBLACION EMPLEADA EN LAS DIVISIONES DE LIMON Y QUEPOS.



en el trabajo de Salubridad Pública. La procedencia de los enfermos que atiende el Hospital, se reporta inmediatamente a las dependencias sanitarias que, por medio de inspectores, investigan la situación de la zona de donde viene el enfermo y redoblan las medidas profilácticas antimaláricas. Merece hacerse conocer de este Instituto los resultados obtenidos en la disminución de hospitalizaciones por paludismo, en las zonas respectivas, merced al trabajo de dedetización. Así por ejemplo, como puede verse en la gráfica respectiva del informe de S. D. MacReady (1), Inspector Sanitario General de la United Fruit C^o, en la cual muestra el resultado obtenido en cuatro años de tratamiento residual de las habitaciones con D.D.T., unido desde luego, a las medidas anti-larvarias corrientes. En el caso del Hospital de Limón, por ejemplo, se logró descender en dos años en 62% la hospitalización por paludismo. Mencionamos estos resultados aquí por constituir un verdadero triunfo sanitario, digno de conocerse.

ARQUITECTURA DE NUESTROS HOSPITALES

En el planeamiento de nuestros hospitales, desde el punto de vista arquitectónico, ha influido mucho la característica sísmológica de Costa Rica (ocho volcanes en 50.000 kilómetros). Esto ha obligado a nuestros arquitectos y administradores de hospitales, —para mayor seguridad estructural de las construcciones— a extender horizontalmente los edificios y no verticalmente, como lo aconsejan la economía y razones técnicas modernas. Estas circunstancias perjudiciales para nuestra economía nos han permitido en el planeamiento hospitalario, aprovechar con ventaja de la estética, y tal vez de la más pronta recuperación de los pacientes el diseño de amplios jardines.

En nuestros países latinoamericanos, especialmente en las regiones de clima tropical, donde no hay la tortura del espacio, conviene para la estética del hospital, dejar terreno libre para los jardines. Las flores, sin duda, tienen un significado mayor que el de simple estética. El jardín tiene un efecto psicológico sobre el enfermo, especialmente sobre el crónico, obligado por su dolencia física, a largas estancias hospitalarias. El colorido de las flores despierta en el enfermo "la alegría del vivir", calma el ansia de la belleza, y al través del sensorio logra, en la psiquis del paciente, un efecto sedante que evita la depresión de sus fuerzas vitales.

La característica de los hospitales costarricenses es el colorido de sus jardines. El más bello jardín del país es el del Sanatorio de Alifanados Chapuí, situado en el propio corazón de la capital.

SITUACION HOSPITALARIA ACTUAL

La norma de nuestro hospital en los conflictos que siempre se suscitan en la atención individual del paciente ha sido ésta: **EL ENFERMO SIEMPRE TIENE LA RAZON.** La norma de la colectividad costarricense ha sido dar a la educación, como sinónimo de higiene todo su interés. Esto hace que muchos campesinos a más de abastecimiento de aguas puras, escuelas y maestros, pidan y exijan Unidades Sanitarias con médicos y enfermeras. Esto revela en el pueblo conciencia sanitaria, que ya se está traduciendo en conciencia hospitalaria.

A pesar de ser Costa Rica un país de recursos económicos limitados está llegando a alcanzar por su sistema hospitalario, sitio preferente en el conjunto latinoamericano, aún cuando dista mucho de una óptima satisfacción de sus necesidades. El número de camas, es decir, de unidades de asistencia hospitalaria efectiva, es de 5 por cada mil habitantes. El criterio usable para determinar las necesidades hospitalarias ha sido variable, como han sido también variables las bases usadas para determinarlo. En las colectividades donde hay una conciencia y un uso hospitalario muy exigente, puede determinarse la capacidad hospitalaria por el índice cama-defunción (Michigan Survey) que ahora se está usando mucho. En Costa Rica este índice daría un cupo muy superior a las capacidades económicas del país. Más apropiadas son las recomendaciones del Servicio Federal de Salud Pública de los Estados Unidos de América, que ha establecido la necesidad de cuatro unidades de servicio efectivas (camas) por mil habitantes. Los estudios de Morrill en tres Estados Norteamericanos fijan la necesidad de 8.6 a 11.1 camas por cada mil habitantes. Las investigaciones hospitalarias de la Fundación Commonwealth recomendaron para las zonas rurales y urbanas, combinadas un promedio de 5.3 por millar.

Estos coeficientes no pueden aplicarse sin ninguna discriminación como normas precisas para los países de la América Latina, y desde luego para Costa Rica. Los problemas de Salubridad Pública y la enorme incidencia de enfermedades parasitarias y de carencia (mala nutrición) debido a las malas condiciones socio-económicas que existen en la mayoría de nuestros países, son la causa de los índices de morbilidad más altos que los de las comunidades de los Estados Unidos de América, por lo menos las de los Estados del Norte y Este. Sin embargo, como lo han indicado algunos expertos hospitalarios (7) aún cuando no requieren las comunidades norteamericanas un número de camas tan elevado como el que podría calcularse para nuestras comunidades más enfermizas, existe en los Estados Unidos el factor conciencia sanitaria (Hospital consciousness), estimulado por las facilidades que brindan los planes de seguros de hospitalización

que hacen que se utilicen con mayor frecuencia los servicios.

Según las recomendaciones del Servicio Federal de los Estados Unidos de América, de acuerdo con la población calculada al 31 de diciembre de 1949, Costa Rica necesitaría 4.300 camas. Según datos de la Dirección de Hospitales (9), el siguiente cuadro resume la actual situación del país.

SERVICIOS HOSPITALARIOS DE COSTA RICA

Número de Establecimientos y número de camas

(Distribución por provincias y número de camas)

Provincias	Número de Establecimientos	Número de camas	Número por cada mil
1—San José	9	2587	9.6
2—Alajuela	5	261	1.5
3—Cartago	4	588	4.9
4—Heredia	1	136	2.3
5—Guanacaste	2	84	0.8
6—Puntarenas	4	409	7.0
7—Limón	2	194	4.5
De todo el país ...	27	4259	5.0

CLASIFICACION

Por especialidades	Número de Establecimientos	Número de camas
Cirugía y Medicina (Generales)	11	2727
Medicina (Generales)	9	286
Maternidad	3	70
Psiquiatría	1	547
Leprología	1	135
Pre-Tisiología	1	196
Tisiología	1	300
Total	27	4259

Según su dependencia	Número de Establecimientos	Número de camas
Nacionales	20	3755
Particulares	7	506
Total	27	4259

Nos acercamos mucho a las recomendaciones del Servicio Federal mencionado; sin embargo, la experiencia hospitalaria que hemos logrado en los últimos 25 años nos lleva a la afirmación de que estamos lejos de llenar las necesidades hospitalarias de la República. Con un cálculo muy conservador juzgamos que es necesario un 50% más de camas hospitalarias. Necesitaríamos entonces 6.400 camas, es decir, un índice de 7.6% por cada mil habitantes, acercándonos así al índice más bajo señalado por Morill. Este es un programa a desarrollar en varios años, no de inmediato, porque aun cuando tuviéramos los medios económicos para construirlos y equiparlos, no podríamos improvisar los recursos humanos necesarios, para la buena marcha hospitalaria, pues en el programa de hospitales debe tenerse en cuenta fundamentalmente la posibilidad de lograr el personal entrenado. No deberá nunca construirse un hospital sin la seguridad completa de que se contará con personal adecuado para su funcionamiento. El alma del Hospital está en su elemento humano, no en la elegancia de sus salas, ni en la brillantez de sus equipos. Con médicos esforzados, con enfermeras diligentes, preparadas, y administradores responsables y disciplinados, en una barraca puede funcionar un buen Hospital.

Otros estudios (7) recomendaron en 1945 como necesarios para el país, 6 camas por mil habitantes. Ya señalamos que la capacidad hospitalaria del país, en cuanto a tuberculosis, es bastante satisfactoria, pues tenemos en el Sanatorio, Preventorio y Hospitales Generales camas 496, y el número de defunciones por tuberculosis en todas sus formas y en todo el país, fué el año anterior de 412.

En cuanto a enfermedades mentales tenemos un Manicomio con 600 camas. En nuestro medio, en donde el recargo psico-opsiquiátricos son mucho menores que las de Estados Unidos de América. Aun cuando con el desarrollo de la psiquiatría por medio del Psicoanálisis, de la Shockterapia y la cirugía, el tratamiento activo de las enfermedades mentales ha disminuido el número de estancias, nuestras necesidades hospitalarias neuro-opsiquiátricas deben aumentarse según concepto de expertos a 750 camas. Estamos en vías de lograrlo, proyectándose nuevo Manicomio en sitio rural cerca de la población de Tres Ríos a 12 kilómetros de San José.

El Sanatorio para Leprosos tiene 150 camas donde se asilan y tratan de acuerdo con la ley los enfermos. Se calcula que por la intensa campaña de educación sanitaria relacionada con esta enfermedad en los últimos años, y por los resultados muy satisfactorios del tratamiento, el 80% de los enfermos existentes en el país están aislados o vigilados por los dispensarios respectivos.

Para formar un concepto de las necesidades hospitalarias y

del uso que de esas instituciones se hace, merced a su conciencia sanitaria que poco a poco acrece, debemos decir que las condiciones del país a pesar de ser satisfactorias, el número de enfermos atendidos en hospitales nacionales en los últimos 5 años alcanzó la cifra de 203.001, llegando a casi 250.000 con el concurso de los hospitales privados, incluyendo 12.755 reingresos en el mismo período tan sólo en el Hospital San Juan de Dios. Esto quiere decir que más de la cuarta parte de la población recibió en el último lustro, los beneficios de nuestros hospitales. En el año 1949 la mortalidad llegó a 11.6 por mil habitantes, cifra apenas sí lograda por muy pocos países del Continente.

INFLUENCIA DE LOS SEGUROS SOCIALES

Desde el año 1924 la legislación costarricense estableció el seguro obligatorio contra Accidentes de Trabajo, haciendo de éste, como de todos los seguros, vida, incendio, etc. monopolio del Estado. Confió su manejo y funcionamiento al Banco Nacional de Seguros, llamado recientemente Instituto Nacional de Seguros. Para la atención hospitalaria de sus asegurados el Instituto contrató con distintos hospitales el tratamiento de sus accidentados. En el curso de estos 21 años el Instituto ha atendido 136.031 casos de accidentados con un gasto de ₡ 12.834.901,48. Para contribuir a la mejor asistencia hospitalaria del país, el Instituto proyecta la construcción de su Hospital, con lo cual logrará también mejor atención para sus asegurados.

La ley de Seguros Sociales entró en vigencia en Costa Rica el 15 de Setiembre de 1943. El Estado confió a la Institución Caja Costarricense de Seguro Social, la atención del Seguro de Enfermedad de todos los Asalariados que devengaran un sueldo mensual menor de ₡ 400.00. El Seguro de Enfermedad implica desde luego para la Caja la asistencia hospitalaria. Esta Institución ha creado varios hospitales para sus asegurados. Igual a lo sucedido en otros países, se cometió el error de trabajar desligados de los otros hospitales y de la organización sanitaria del Estado. Esto ha determinado multiplicidad estatal de esfuerzos, con la consiguiente pérdida económica. Para corregir errores se proyecta una legislación tendiente a unir esfuerzos, entre otros, los de la Lucha Antituberculosa. Por cuanto con una buena orientación en lo que se refiere al riesgo de enfermedad debe la Caja de Seguro Social preocuparse por extender sus esfuerzos al campo de la medicina preventiva, en la lucha contra la tuberculosis, sífilis, cáncer, etc., y para la natural correlación con el Ministerio de Salubridad y Asistencia conviene buscar la forma legal para que el Ministerio de Salubridad y Asistencia forme parte del Cuerpo Directivo de la Caja. Esta medida la conceptuamos de enorme trascendencia para el futuro de la organización hospitalaria y de la sanidad de la República.

CENTRALIZACION TECNICA DE LOS HOSPITALES DEL PAIS

Con las finalidades de hacer una organización armónica, evitar la duplicidad de esfuerzos, recientemente se ha promulgado una ley llamada de Asistencia Hospitalaria, que pone bajo la supervigilancia económica-administrativa de la Dirección de un Consejo Técnico de Hospitales, todas las instituciones hospitalarias del país subvencionadas por el Estado. Esta vigilancia la ejerce al través de la Dirección de Asistencia Pública que estudia todas las necesidades materiales de los hospitales y aprovecha en beneficio de ellas las compras al por mayor que, por medio de licitaciones, hace el Almacén de la Junta de Protección Social de San José.

De igual modo, los hospitales privados tienen que seguir en sus normas hospitalarios generales las indicaciones técnicas de ese Consejo. Los subsidios económicos que se girarán a los Hospitales cada mes, se fijarán tomando en cuenta, entre otros factores, el número de estancias. Permitirá este sistema que haya una armonía en la relación y funcionamiento del Hospital cantonal hacia el hospital provincial y, de éstos a los que tienen una mayor facilidad y amplitud en su trabajo especializado, por ser hospitales nacionales.

Los hospitales nacionales y provinciales están proveyéndose de equipo material y humano, dentro de la escasez de médicos que tiene el país, para colaborar con el Ministerio de Salubridad y Asistencia, por medio de sus consultas externas y dispensarios, en los trabajos de prevención contra la tuberculosis, las enfermedades venéreas, y en los de protección infantil y maternidad, cáncer, etc.

Por creerlo instructivo en este trabajo de protección a la salubridad y a la seguridad del campesino costarricense, deseamos relatar la ayuda de nuestro Hospital a la Lucha Antiofídica. Según ley, un trabajador que muere por mordedura de serpiente por falta de aplicación del suero antiofídico, que deben tener todos los dueños de haciendas a su disposición, se considerará como un accidente de trabajo. Para colaborar con la salubridad en el suministro de sueros antiofídicos, lo más específicos posible para las serpientes del país, el Hospital estimula la captura y el envío de ejemplares vivos que se mantienen en un pequeño serpentario, con el fin de extraerles periódicamente el veneno, que seco, se remite al Instituto Butantán del Brasil, el cual prepara en sus laboratorios sueros especiales para Costa Rica.

CONCLUSION

Lo expuesto anteriormente es una síntesis del momento hospitalario del país. Por la conciencia que se ha logrado entre los habitantes respecto a los servicios que deben prestar al Hospital, puede juzgarse la influencia que ellos han tenido, no sólo en la atención del enfermo, sino también en el esfuerzo sanitario general del país. Nuestros hospitales han contribuido sin duda, a la educación popular y al través de ella, a la reducción de la morbilidad y de la mortalidad general del país. Los resultados obtenidos en la reducción de la mortalidad general en los últimos 50 años, que fué de 29 por mil a principios del siglo, hasta reducirse a 11.6 por mil en el año anterior, es un hecho elocuente y verdaderamente tangible, que muestra lo que pudn lograr los sistemas hospitalarios laborando armónicamente con la sanidad pública, tan necesaria en nuestros países del Continente Americano.

Para terminar podemos decir que la asistencia hospitalaria de Costa Rica, la suministran instituciones que reciben, unas, las más, fondos directos del Estado; algunas pocas sostenidas con dineros particulares, y otras en las que se han unido para hacerlas más sólidas y estables, la ayuda de la iniciativa individual privada, con la colectiva estatal.

La mejor inversión de mi país y la más próspera y beneficiosa de las empresas o industrias, son las que se relacionan con la vida, el capital humano y la conservación de la salud. Ya hemos mencionado que en el armamento de salubridad, el hospital moderno tiene puesto muy principal, pues sirve para curar, pero también para prevenir. La orientación correcta de la asistencia hospitalaria del futuro en Costa Rica, debe ser la de colocar bajo la responsabilidad de un solo criterio técnico honrado y sincero, todos los esfuerzos para aprovechar mejor, con mayor eficiencia todos los dineros que en último análisis pertenecen y salen del pueblo. Empujáramos así con un sentido justiciero y democrático la organización hospitalaria nuestra, pudiendo entonces aplicarle con propiedad las eximias palabras de LINCOLN, "de que nuestros hospitales son para el pueblo, sostenidos por los dineros del pueblo y con el apoyo moral y la cooperación intelectual de ese mismo pueblo".

BIBLIOGRAFIA

- 1.—C. González Viquez. Reseña histórica del Hospital San Juan de Dios. Informe de la Junta de Caridad de San José Costa Rica. 1926.
 - 2.—M. T. Mac Eachern. Hospital Organization and Management. Physician's Record Co Chicago 1947.
 - 3.—A. C. Bachmeyer y G. Hartman. The Hospital in Modern Society The Commonwealth Fund —New York— 1943.
 - 4.—Estudio Hospitalario de Guatemala. Dr. Henry W. Kolbe. Institute Guatemalteco de Seguridad Social, Guatemala 1948
 - 5.—Comisión en Hospital Care in the United States, 1947.
 - 6.—Barahona y Dittel. Bases de la Seguridad Social en Guatemala. 1946.
 - 7.—Dr. Félix Lamela. Plan de Seguros Médicos y Hospitalización para el Banco Nacional de Seguros de Costa Rica. 1945.(sin publicar).
 - 8.—A. Peña Chavarría, y José Guerrero. Tendencia de la Mortalidad General de Costa Rica en los años 1901-1947 Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana-Noviembre. 1949.
 - 9.—Pablo Lueros Nuestro Problema Médico Hospitalario —Revista Médica de Costa Rica— 189 Enero, 1950.
 - 10.—S. D. Macready Status of Malaria Control at the end of 1949. Fourth year using DDT Residual Treatment of labor cam buildings — United Fruit Co Report (Sin publicar).
-