



REVISTA MEDICA

DE COSTA RICA

PUBLICACION MENSUAL

ORGANO DEL COLEGIO DE MEDICOS Y CIRUJANOS
Y DEL CENTRO DE ESTUDIOS MEDICOS "MORENO CASAS"

Director
DR. JOAQUIN ZELEDON

Secretario de Redacción
DR. E. GARCIA CARRILLO

CUERPO CONSULTIVO:

DR. RODRIGO LORIA CORTES
Vice Ministro de Salubridad
Pública

DR. CARLOS SAENZ H.
Presidente del Colegio de Médicos y
Cirujanos

DR. ANTONIO PEÑA CHAVARRIA
Director del Hospital "San Juan
de Dios"

Sumario:

- I. Eclampsia a la octava semana de embarazo
Dr. C. Urcuyo Gallegos 69
- II. Organización Hospitalaria en Inglaterra y los
países Escandinavos (impresiones de un viaje
de estudio) Dr. A Peña Chavarría 72
- III. Informaciones médicas 91

SAN JOSE — COSTA RICA
DIRECCION Y ADMINISTRACION:

Apartado 978

Calle 2ª, Avenida 2ª y 4ª

Teléfono 2920

REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Año XX

San José, C. R., 236
Diciembre de 1953

Tomo XII

ECLAMPSIA A LA OCTAVA SEMANA DE EMBARAZO

Dr. C. Urcuyo Gallegos

Introducción:

Se presenta este caso por la excepcionalidad de la presentación tan temprana de este síndrome como lo detallo a continuación:

De Lee anota un caso a la décima semana (1)

Carl Henry en la estadística de su libro manifiesta lo siguiente:

- a) Ebeler en el año 1911 recopila 55 casos en el primer tercio de la preñez;
- b) Bowrne anota un caso a la vigésima cuarta semana.
- c) Futh en el año 1928 anota un caso en el cuarto mes (2)
Beck en su libro anota un caso de dos a tres meses de embarazo (3)
Williams reporta el caso de Zweifel al tercer mes (4)
Dieckman W. J. anota un caso de pre-eclampsia severa a la 14ª semana de embarazo (5).

En nuestro servicio de Obstetricia y estudiado conjuntamente con el Dr. Terán Valls, tuvimos un caso de eclampsia hace tres años de cinco meses de embarazo. Cabe además resaltar la integridad del feto como lo veremos a continuación.

Historia Clínica.

N. G. Secundipara de 18 años de edad, casada y de of. dom. Última menstruación: 23 de Agosto de 1952. Desde el día 30 de Set. de ese mismo año, presenta vómitos e hiperemesis gravidica y por cuyo motivo se interna al Hospital el 12 de Oct. de 1952. Orina negativa — Presión arterial 115-80. Se le trata con suero glucosado hipertónico y pirodoxina, dándosele de alta 3 días después en buenas condiciones y a solicitud de ella ya que no existía motivo para retenerla en el servicio.

Siete días después o sea el 19 de Oct. de 1952, fui llamado de ur

gencia a su casa en la madrugada por presentar cuatro accesos convulsivos, el último de los cuatro logré presenciario, etiquetando el caso como probable eclampsia.

Inmediatamente la trasladé al Hospital San Juan de Dios, presentando mientras tanto cuatro accesos convulsivos más, típicos de eclampsia y con intervalo de cinco minutos entre cada uno de ellos. La presión arterial tomada fuera del acceso fué de 150-100.— Previa toallate de los órganos genitales internos se toma orina sondeada que al análisis del Laboratorio da: trazas de albúmina y muchos eritrocitos. El diag. provisional se reafirma. Inmediatamente se instituye el tratamiento a base de: suero glucosado hipertónico al 30% cada cuatro horas vía intravenosa; sulfato de magnesia al 20% cada cuatro horas vía intravenosa; una ampolla de luminal, dieta hiposódica, reposo ambiental, etc. La paciente presenta dos accesos convulsivos más con mordedura de la lengua, cianosis, quedando en estado comatoso durante 24 horas. Ya sedada la paciente se le hace punción lumbar y el examen citobacteriológico da lo siguiente: Albúmina 0.30— glucosa 0.62— globulina negativas— V. D. R. L.— negativo. Leucocitos uno por milímetro cúbico— eritrocitos no hay — microbios no hay. Como días antes hubiese leído en el Journal de Obstetricia y Ginecología Norteamericana, un artículo sobre el uso de la penicilina en el tratamiento de la Pre-Eclampsia y Eclampsia instituyo dicha terapéutica a razón de 400.000 U. cada seis horas (6).

Hemograma demostró leucocitosis de 14.000 con 85% de polinucleares. Al día siguiente es examinada por el neurólogo Dr. González Murillo, quien dice lo siguiente: Nada objetivo. Buena coordinación, fuerza muscular normal; sensibilidad normal. Reflejos normales. Presión y líquido céfalo-raquídeo 170 milímetros de agua: al extraer 6 cm. cúbicos de líquido la presión quedó en 120 milímetros de agua. Compresión de yugulares o abdomen dan respuestas normales. No aparece trastorno psíquico.

El Dr. Cordero Zúñiga revisa el caso esa misma mañana y confirma el diag. provisional, agregando al tratamiento complejo B. y lipotrópicos.

La urea total da 35 miligramos cent. por ciento.

La prueba de función hepática da lo siguiente:

Hanger cuatro cruces— oro coloidal cinco, rojo coloidal cinco, timel tres cruces, colesterol 137 milig. por ciento— bilirubina total 0.3 milig. por ciento. El fondo de ojo hecho por el Dr. Mena fué normal.

La enferma mejora progresivamente recuperando sus facultades intelectuales. La orina vuelve a su normalidad al día siguiente y la tensión arterial desciende paulatinamente en la tarde de su ingreso para colocarse al día siguiente en 100-60 y manteniéndose en límites normales durante toda su estancia en el Hospital. Se revisa mientras tanto antecedentes alcohólicos y epilépticos en ambas ramas matrimoniales, no concenrándose ninguno de los antecedentes citados.

El Galli Mainini es positivo a su salida. Kahn y V. D. R. L. ne-

gativos. Orina negativa en todos sus controles posteriores. Pruebas hepáticas a su salida: Hanger dos cruces— Oro coloidal cinco— Rojo coloidal cinco, Timol una cruz, Agua bidestilada una cruz. Colesterol 133 mg. %— Bilirubina total 0.5 mg. %— Leucocitos 10.240— Polinucleares 69. Presión arterial 100-50.— Se le da de alta con el diag. de Eclampsia a la octava semana de embarazo, decidiéndose seguir el caso en observación cuidadosa.

Evolución. Prosigo examinando a la enferma cada 8 días en la Maternidad Carit con exámenes bisemanales de orina y tensión arterial que demuestran normalidad. Posteriormente hago el chequeo cada 15 días. Un mes después presenta ligera alza tensional con ligeras trazas de albúmina y por lo cual la interno en la Maternidad Carit, instituyéndole dieta hiposódica, reposo absoluto y suero glucosado hipertónico al 50% dos veces al día. Ocho días después de su ingreso se le da de alta en buenas condiciones. Mientras tanto se prosigue el pre-natal cada 15 días.

Al sétimo mes de embarazo la interno nuevamente en el Instituto Carit por amenaza de parto prematuro que tratado con reposo, bolsa de hielo al vientre y progesterona cede perfectamente. La paciente prosigue con su dieta hipograsa y lipotrópicos. A los 8½ meses presenta elevación en la presión arterial a 130-90 y trazas de albúmina en la orina. La interno nuevamente en el mismo Instituto instituyendo el anterior tratamiento. En vista de que la presión arterial no tiene tendencia a la baja sino a subir 140-100 y que la albuminuria aumenta en cantidad (medio gramo), que presenta ligeros edemas maleolares y cefalea, diagnóstico pre-Eclampsia, lo cual me induce a aligerar el parto. Esto lo verifico con inducción de venoclisis con pitosin, rotura artificial de la bolsa de las aguas y demerol. El parto se presenta cuatro horas después de iniciada la inducción normalmente. Lo mismo el alumbramiento. Le doy de alta tres días después y tanto ella como su niño se encuentran en magníficas condiciones de salud como lo demuestran los chequeos de presión arterial y exámenes de orina que se le han hecho subsiguientemente.

BIBLIOGRAFIA

- 10.—De Lee: The principles and practice of Obstetrics. VII Edición— Philadelphia 1938—W. B. Sanders Company.
- 10.—Carl Henry Davis: Gynecology and Obstetrics, Vol. 1 Capítulo 8 P. 24
- 30.—Beck: Práctica de Obstetricia. Pág. 480.
- 40.—William Osterlies Stander, pág. 661.
- 50.—Dieckman W. J. R. Smittier & L. Reynkiewles 1952: Pre-Eclampsia Does not cause permanent vascular renal disease. Amer. Journal. Obst. & Gynec 64 (4): 850-870.
- 60.—Smith G. V. Wathins and Romey S. Trials with Penicillin in the treatment of Pre-Eclampsia and Eclampsia. Am. Jour. Obst. and Gynec. Vol. 63 N. 6: 1185— Junio 1952.

**ORGANIZACION HOSPITALARIA EN INGLATERRA Y LOS PAISES
ESCANDINAVOS**

Setiembre de 1953

(Impresiones de un viaje de estudio por A. Peña Chavarría)

Señor

M. F. Harolson, M. D.
World Health Organization
Pan American Sanitary Bureau
1501 New Hampshire Avenue
N. W. Washington 6, D. C.
U. S. A

Estimado Jocior Harolson:

De acuerdo con las instrucciones recibidas en su carta del 8 de mayo, nos es muy grato dar a usted informe resumido de las observaciones y experiencias logradas en nuestro viaje a Inglaterra, Dinamarca, Suecia y Noruega, en disfrute del Travel Grant que bondadosamente nos fué ofrecido por la Oficina Sanitaria Panamericana para hacer estudios de Organización Hospitalaria y Práctica de la Medicina en los países antes mencionados.

Podemos adelantar a usted que la experiencia personal y la enseñanza objetivas logradas en este viaje de estudios intensivos, las consideramos como las más provechosas realidades en nuestra condición de Administradores de Hospital, al frente de la Dirección del Hospital San Juan de Dios de San José de Costa Rica.

El día de nuestra salida de San José tuvimos el gusto de saludar en el Aeropuerto de Guatemala al Dr. Stanford F. Farnsworth, Representante de la Oficina Sanitaria quien, acompañado del Dr. Velarde tuvo la amabilidad de darnos a nombre de usted las instrucciones pertinentes y el programa de nuestro viaje de estudios.

Llegamos a Londres el viernes 22 de mayo, entrevistándonos inmediatamente con el Capitán J. F. Stone, Secretario de la Federación Internacional de Hospitales y con los personeros del British Council todo de acuerdo con la carta del 19 de mayo del Dr. Gerard Montus, Director de la Oficina Regional para Europa, de la Organización Mundial de la Salud.

Coincidiendo con nuestra visita a Londres, asistimos por Delegación de la Junta Directiva del Hospital San Juan de Dios, del 25 al 30 de mayo, a las sesiones del Octavo Congreso Internacional de Hospitales que bajo el Patronato de su Majestad la Reina Isabel se reu-

nió en Church House, Westminster, presidida por el Dr. René Sand, Profesor Honorario de Medicina Social de la Universidad de Bruselas. Asistieron a este Congreso 520 Delegados de 41 países de todos los Continentes del Universo.

El tema fundamental tratado en el Congreso fué el de la "MEDICINA PREVENTIVA COMO FUNCION DEL HOSPITAL MODERNO". El tema atrayente como el que más, para los que hemos dedicado la mayor parte de la vida profesional a los trabajos de salubridad pública, fué discutido por profesionales de amplísima experiencia, llegando a la interesante conclusión de que la Organización del Hospital Moderno, debe correr pareja con las labores sanitarias, actividades preventivas, educacionales, no sólo en las propias salas hospitalarias, sino también en las salas de espera de los consultos externos, labores docentes que se continúan luego, por medio de los servicios sociales del Hospital, a los hogares, que reciben así una educación sanitaria, verdaderamente preventiva, beneficiándose decididamente a la salubridad de la colectividad.

Por tratarse de un asunto de considerable importancia para funcionarios de hospitales y autoridades sanitarias de nuestra América Latina, ampliando estos conceptos, nos proponemos hacer un comentario aparte para dar a conocer por medio del Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana, la función que el Hospital debe realizar en el moderno concepto hospitalario, en las actividades de salubridad pública.

El Congreso dividió sus actividades para que cada Delegado asistente pudiera hacer escogencia según su interés, en cuatro secciones:

- 1º) Planeamiento, construcción, equipo y mantenimiento hospitalario.
- 2º) Administración, organización y financiamiento.
- 3º) Cuidados médicos y de enfermería.
- 4º) Organización de servicios médico-sociales.

Todas las sesiones estuvieron muy concurridas, despertando después de la lectura de las ponencias previamente convenidas y señaladas en los respectivos programas, discusiones interesantísimas. Sin embargo, por su íntima relación con el tema fundamental del Congreso, vinculación del Hospital con la sección sanitaria, el grupo cuarto estuvo particularmente concurrido por todos los que, en una u otra forma de sus actividades, tenían vinculaciones con los servicios de salubridad y asistencia social.

VISITAS A INSTITUCIONES Y HOSPITALES.

Durante el Congreso se hicieron visitas en grupo a hospitales de Londres. Nos referimos a las instituciones visitadas por programa especialmente hecho por el British Council.

MINISTERIO DE SALUBRIDAD

Por ausencia del Dr. F. Murchie, fuimos atendidos por Sir Claud Frankau quien de acuerdo con el British Council, arregló nuestras conexiones con los hospitales de la Metrópoli Londinense y Edimburgo y Glasgow. En el Ministerio de Salubridad, de labios de Sir Claud Frankau comenzamos a recibir información del sistema de medicina organizada que va desde la "cuna al sepulcro" según gráfica expresión de Lord Beeveridge. Luego continuamos en Edimburgo y Glasgow entrevistando a médicos generales, especialistas, administradores de hospitales y tomando impresiones personales de los grupos sociales directamente afectados por los buenos o malos servicios médicos. Es tan favorable la impresión que en nuestro ánimo dejó el plan inglés de medicina organizada, que bien vale la pena hacer publicación aparte del asunto, para que el criterio de los médicos latinoamericanos se oriente correctamente.

Visita St. Thomas Hospital.

Este Hospital fundado en 1805 y reconstruido en 1860, todavía lleva adelante trabajos de reparación, por los daños que le causaron los bombardeos de la pasada guerra mundial. Tiene sus pabellones *separados unos de los otros y unidos por comunicaciones subterráneas*. Está situado a lo largo del Támesis y su estructura y disposición se aprecia magníficamente al otro lado del río, desde la Abadía de Westminster.

El St. Thomas tiene actualmente quinientas cincuenta camas de medicina y cirugía generales, dispuestas en salas de treinta pacientes cada una. Tiene además treinta y dos cuartos de 1 a 2 camas para pacientes privados. Este Hospital trabaja asociado a otros cuatro de especialidades.

19) Ginecología Grosvenor Hospital for Women.
Vicent Square, London SW.1.

29) Obstetricia. Lyingin Hospital.
Rorp Road, London S.E.1.

39) Psiquiatría. St. Thomas Hosp.
Hydestile, Godalming, Surrey.

Estos hospitales están situados en diferentes lugares de la metrópoli, uno de ellos a cuarenta millas de distancia.

En los planes de reconstrucción del St. Thomas se proyectan unidades de seis y doce camas como máximo.

La estancia media de este Hospital fué en 1952 de 17,93 días, con un costo de £ 3-7-2 por paciente, al día.

Westminster Hospital

Este Hospital, establecido en 1719, fué el primer hospital londinense sostenido por contribuciones voluntarias. Fué reconstruido en 1834 frente a la Abadía y sufrió grandes daños en los bombardeos, que ya han sido reparados.

El Hospital tiene cuatrocientas treinta camas, pero trabaja en conjunto con otras seis instituciones, lo que se denomina "Grupo de Hospitales de Westminster". Este conjunto hospitalario suma ochocientas camas.

Al entrar a regir el 5 de julio de 1948 la Ley de Salubridad Nacional, se designó este Hospital como centro docente de la Escuela de Medicina de Westminster; Escuela de Medicina afiliada a la Universidad de Londres.

En sus cuatrocientas treinta camas, el Hospital Westminster atiende toda clase de enfermedades agudas, exceptuando las contagiosas. Las salas tienen un exceso de camas, llegando algunas hasta cuarenta. Desde luego, las hay de pocas y cuartos unitarios para pacientes privados, que pagan al Hospital sus gastos y al médico que los atiende, sus honorarios. Los otros pacientes, como en la mayoría de los demás hospitales ingleses, reciben atención hospitalaria gratuita, como un servicio del Estado.

El planeamiento de este Hospital es vertical. En cada piso hay una consulta externa, que corresponde a la especialidad respectiva de una o varias salas hospitalarias.

Atención particular se le ha dado a las necesidades de las consultas externas, tratando de darles la mayor individualidad posible, para acercarlas al máximo a las condiciones del despacho privado del médico practicante.

Se ha tratado de reducir la aglomeración de pacientes en las grandes salas de espera. Según la enfermedad o la condición del paciente, la oficina de admisión lo envía, previa cita, al consultorio situado directamente en contacto con las salas hospitalarias de la especialidad respectiva.

Este sistema tiene algunas ventajas bien definidas, entre ellas la de que el mismo personal de médicos, enfermeras y visitadoras sociales atienden tanto a los pacientes hospitalizados, como a los de las consultas externas. Por otra parte, es muy importante hacer notar que esta disposición en el plan de medicina organizada actualmente vigente en Inglaterra, permite una mejor y directa relación entre los servicios de especialización de los hospitales y los médicos generales, que constituyen el eje del plan inglés y que son los que envían los pacientes a los hospitales y sobre todo al estudio y a la atención del especialista.

El Hospital de Westminster como se indicó, constituye el eje de un grupo hospitalario que comprende seis establecimientos que son:

- 1º) Westminster Urological Center.
Austral Street, Southwark, SE. 11.
- 2º) Westminster Children's Hospital.
Vincent Square SW. 1.
- 3º) The Gordon Hospital.
Vauxhall Bridge Road, SW. 1.
- 4º Westminster Convalescent Home.
Swanley Kent.
- 5º) Westminster Hospital Convalescent Home.
Charyham Park, East Grimstead, Sussex.
- 6º The Yarrow Home for Convelescent Children.
Broadstairs, Kent.

Por la importancia que en el correcto funcionamiento asistencial tienen en la buena administración hospitalaria, de acuerdo con el British Council, visitamos un centro hospitalario de rehabilitación que como bien se sabe, no es propiamente un hospital especial de enfermos agudos, sino una institución donde se reeduca al paciente para que entre de lleno a sus ocupaciones productivas usuales o donde adquiera los conocimientos necesarios de una nueva ocupación que esté de acuerdo con su situación física. Por lo tanto, el centro de rehabilitación difiere entre otras cosas de un hospital general, por la prolongada permanencia natural de los pacientes, para aprovechar las enormes facilidades de fisioterapia que los caracteriza.

Dispusimos de un día para visitar el Centro de Rehabilitación de Garston Menor situado a tres millas de Watford.

Tiene capacidad para sesenta pacientes, cuarenta hombres y veinte mujeres. La institución tiene apenas dos años de funcionamiento y la experiencia favorable obtenida, le ha servido al sistema de hospitales de Inglaterra para planear otros bajo las mismas bases terapéuticas. A más de la rehabilitación ocupacional, el Centro ha contribuido a descongestionar hospitales del área londinense, llevando pacientes tan pronto estén capacitados para moverse de sus camas, dejando sus lugares a otros de condiciones agudas. Desde el punto de vista administrativo, el costo por estancia del centro de convalecencia es aproximadamente la mitad del costo por estancia del hospital de agudos.

La más estricta disciplina debe imperar en todo centro de rehabilitación, que toma por este motivo cierta atmósfera de internado colegial.

La experiencia lograda en sus dos años de funcionamiento, teniendo en cuenta el beneficio logrado por los pacientes, ha llevado a la institución a formar criterio de admisión, que divide los pacientes en dos grupos para darles preferencia:

- 1º) Los casos que necesitan un tratamiento fisioterápico intensivo, frecuente y constante que no es posible lograr en el hospital general; y
- 2º) Los pacientes quienes por sus malas reacciones psico-emotivas causadas por su incapacidad, necesitan los métodos y sistemas que puedan lograr en un medio terapéutico que los estimule psíquica y físicamente en su proceso de recuperación progresiva.

En los métodos fisioterápicos se siguen los tres principios fundamentales siguientes, para ajustar la parte psicológica del paciente con la fisioterapia:

- 1º) El método debe procurar ante todo remedio o corrección del defecto.
- 2º) Debe procurar diversión y entrenamiento al paciente.
- 3º) Conviene que dentro de la terapéutica y la diversión, la ocupación sea productiva para el paciente.

El análisis de los resultados obtenidos en este Centro de Gareton Menor, muestran que ciertos hospitales aprovechan mejor que otros la terapéutica de rehabilitación, pues algunos remiten sus pacientes con la finalidad de desembarazarse de ellos por la cronicidad de su hospitalización. Otros por el contrario, más comprensivos, los envían tan pronto puedan salir de su condición aguda. Desde luego el beneficio de los pacientes de este grupo son enormemente superiores al del primero. Numéricamente el resultado de los dos años, ha sido muy satisfactorio en un 86% de los casos, pues de éstos, el 75% volvió en el curso de 3 o 4 meses a sus ocupaciones habituales, y sólo en el 11% de los casos fué necesario reeducarlos en una nueva actividad por la naturaleza física de su incapacidad. El 14% restante se distribuyó en pacientes que necesitaron volver a sus hospitales para un mejor tratamiento, y los que se acogieron a las pensiones de incapacidad definitiva.

INSTITUCIONES HOSPITALARIAS DE ESCOCIA.

Con el fin de hacer comparaciones con las instituciones hospitalarias de la metrópoli londinense, el British Council, a solicitud nuestra, hizo arreglos para visitar instituciones escocesas en las ciudades de Edimburgo y Glasgow.

El temperamento escocés, que tiene del espíritu de responsabi-

lidad y de la disciplina, un concepto vigorosamente ejemplar en el conglomerado social del pueblo británico, nos llevó a visitar uno de los hospitales de mayor tradición científica en la capital de Escocia. La Enfermería Real de Edimburgo, en cuyas salas se formó uno de los pioneros de la sanidad y de la asistencia hospitalaria de Costa Rica, a quien consideramos como el Estadista médico por excelencia, en la historia de la profesión en nuestro país, el Dr. Carlos Durán.

El Hospital Enfermería Real de Edimburgo, fué fundado en 1792, habiendo sido reconstruido en varias oportunidades. Tiene una capacidad para mil quinientos pacientes. En el año 1952 se hospitalizaron veintisiete mil quinientos enfermos. En las consultas externas que tienen una organización parecida a la de los hospitales londinenses, se atendieron cuatrocientos mil pacientes.

El Hospital está atendido por doscientos cuarenta profesionales, de los cuales sesenta trabajan exclusivamente para los hospitales bajo las normas del sistema inglés. Como Hospital General, tiene las siguientes Secciones: Cirugía, Medicina, Obstetricia y Ginecología. Especialidades: Dermatología, Otorrinolaringología y Oftalmología.

La estancia media por paciente en la sección de Medicina es de veintidós días, en la de Cirugía catorce días y en la de Obstetricia, doce días.

Conectada con este Hospital funciona la Escuela de Medicina de la Universidad de Edimburgo que tiene ochocientos estudiantes, distribuidos en sus años académicos y seiscientos en entrenamiento de postgraduados, pues a la Institución vienen jóvenes médicos de gran número de Escuelas de Medicina inglesas, por ser esta Royal Enfermery, uno de los centros de educación de mayor liderazgo en el Imperio Británico.

Debemos mencionar especialmente la Escuela de Enfermería de este Hospital por tener un concepto suigeneris y especial en el entrenamiento y formación de la enfermera. La base fundamental de esta Escuela está en la selección de las estudiantes en un período de prueba de tres meses, al iniciar estudios, que permite apreciar las condiciones mentales, emocionales (heart and mind) de la estudiante, y la resistencia de su salud física. Estos requisitos, más que los certificados académicos, llevan a una rigurosa selección. Así, por ejemplo, en el año 52, para el primer año de los cuatro en que está dividido el estudio de la enfermería, de quinientas setenta y tres candidatas que pasaron los tres meses de observación, en lo que el Hospital llama Escuela de Prueba, sólo fueron aceptadas cuarenta y cuatro. Esta situación ha permitido, nos dice con especial énfasis y orgullo el Director de la Institución, Dr. S. G. Francis "producir las mejores enfermeras de Inglaterra".

En la misma capital de Escocia visitamos el Hospital Infantil de Ortopedia Margaret Rose, el Hospital Real para niños y el Hospital de convalecientes Astley Ainslie.

Como centro infantil de ortopedia, el Margaret Rose Hospital,



fundado en 1932 en honor de la princesa Inglesa, atiende la mayoría de los casos de ortopedia infantil de Edimburgo. Tiene ciento setenta camas dedicadas exclusivamente a cirugía, distribuidas en dos secciones, una de cirugía propiamente dicha y otra de terapia ocupacional, que tiene a su vez una parte dedicada a la escolaridad de los niños que deben permanecer varios meses internados.

El Departamento de Fisioterapia está a cargo de nueve técnicos que vigilan el tratamiento de los niños y constituyen un medio docente para la formación y entrenamiento de enfermeras, enviadas de muchos hospitales para su especialización en ortopedia.

El Royal Hospital Infantil tiene ciento sesenta y ocho camas distribuidas en salas de veinticinco cada una, dedicadas: tres a medicina, dos a cirugía y el resto a especialidades. Merece indicarse que hay un Departamento de doce camas usado exclusivamente al estudio y tratamiento de las infecciones bacterianas gastro-intestinales.

Este Hospital Infantil que según expresión de su Director era uno de los de mayor solvencia económica por estar sostenido por legados y cuotas privadas considerables, con el sistema médico-hospitalario en vigencia, no sólo no se ha perjudicado económicamente, sino que al formar parte de la estructura médico-sanitaria de Escocia que administrativamente está separada de la capital británica, ha logrado formar gran número de pediatras que se han distribuido en las pequeñas comunidades rurales de Escocia. Desde el punto de vista administrativo, conviene indicar que el costo de atención diaria de cada niño hospitalizado es de veinticinco chelines y de diez el de cada paciente atendido y tratado en la consulta externa.

El Hospital de Convalecientes Astley Ainslie es una Institución de aspecto campestre, ubicada en un bellissimo campo de cuarenta y dos acres de extensión. Tiene doscientas cincuenta camas distribuidas en secciones de niños de cinco a once años, adolescentes y adultos. Como hay en la ciudad otros hospitales de convalecientes, éste recibe las solicitudes de internamiento de pacientes que han pasado la fase aguda de sus dolencias, de los hospitales de Edimburgo, situados en la zona sur-este de la ciudad.

Como el nombre lo indica, el objetivo fundamental de este Hospital es la convalecencia, pero como quiera que la permanencia media de los pacientes en la institución es de seis semanas, hay también en ella una orientación de rehabilitación. La tarea de convalecencia permite una atención más económica que la de los hospitales a cuyo cargo están los pacientes agudos, pues en ella es de sólo veinte chelines el día por paciente; la institución en los primeros días orienta la atención bajo las líneas generales hospitalarias de higiene personal y alimentación correcta, regulando cuidadosamente el ejercicio y el reposo, y continuando o finalizando el tratamiento medicinal recomendado en el Hospital remitente, cuando sea necesario. Cumplida esta labor de convalecencia, si el enfermo no puede o no debe abandonar la institución, se inicia el trabajo de rehabilitación, que sigue en líneas ge-

nerales las pautas mencionadas al hablar del hospital de rehabilitación Garston Menor de Londres.

En Glasgow pudimos visitar el Hospital General del Sur, la Enfermería Real y el Instituto Oftalmológico. Estas tres instituciones, con la Enfermería como eje, lo mismo que otros cinco hospitales con una capacidad de dos mil ochenta y siete camas, están dirigidas por una sola Junta Administrativa y trabajan en consecuencia, de acuerdo con la especialidad a que están dedicadas.

El Southern Hospital, tuvo principio como asilo de indigentes en 1874, transformándose en hospital en 1935. Tiene una capacidad de seiscientas camas, en las cuales, con excepción de enfermedades infecciosas se atienden todas las especialidades médico-quirúrgicas que se conocen. Por su localización, este Hospital atiende a una población de trabajadores formada en su mayoría de operarios de muelle. En 1952 se hospitalizaron once mil cuatrocientos noventa y tres pacientes y se atendieron en las consultas externas cincuenta mil treinta y cinco personas. Cuenta con un personal de noventa médicos y trescientas sesenta enfermeras. La estancia media de la Institución es de catorce días y el costo diario por paciente es de veinticuatro chelines.

El Hospital Royal Infirmary de Glasgow fué fundado en 1890 y se mantuvo como institución privada hasta la promulgación en 1948 de la Ley de Servicio Nacional de Salubridad. Tiene una capacidad de novecientas camas en las que con excepción de contagiosas y obstetricia se atienden todas las especialidades médico-quirúrgicas. El personal médico y de enfermería consta de doscientos y quinientos cincuenta profesionales respectivamente. El cuerpo de empleados del Hospital dispone de dos individuos por cada paciente hospitalizado. En el año 1952 se internaron en la institución dieciocho mil pacientes y se atendieron en las consultas externas trescientas ochenta mil personas. El costo diario por estancia fué de sesenta chelines. Por ser Glasgow una ciudad industrial por excelencia, queremos mencionar que este Hospital tiene un Departamento exclusivo para quemaduras, en que ha dado maravillosos resultados el uso de Polietilene Glycel. Como dato de importancia histórica al visitante de la Royal Infirmary de Glasgow siempre se le recuerda que en sus salas y en sus laboratorios inició Lord Lister, sus trabajos sobre asepsia y antisepsia, que marcaron una época en el adelanto de la cirugía.

Tanto en Edimburgo como en Glasgow tomamos datos de las experiencias y de la práctica médica y de los resultados obtenidos con la Ley de 1948. En la primera ciudad obtuvimos especialmente una copiosa información del Dr. T. D. Inch, de Sir Robert Hay y del Ejecutivo del Consejo Médico, Mr. Stevenson. En Glasgow, del Director de la Salubridad, Dr. Beroman. Sus indicaciones y experiencias nos fueron muy preciosas y ayudaron a formarnos criterio favorable de los resultados de la medicina organizada como se está adelantando actualmente en

el Imperio Británico, con beneficio para el pueblo, para los profesionales y para el adelanto de las instituciones hospitalarias.

Al salir de Escocia y de haber visitado los hospitales de Edimburgo y Glasgow así como por las impresiones que nos dieron los hospitales londinenses, llegamos a la interesante conclusión de que la situación conómica y administrativa de los Hospitales de Inglaterra, está en condiciones superiores para el desempeño de su cometido social y científico que las que disfrutaban en 1948 antes de la vigencia de la Ley del Servicio Nacional de Salubridad ya tantas veces mencionada. Estas deducciones fueron resultado de las encuestas que hicimos entre los Directores de Hospitales, Personal Médico, de Enfermeras y entre los propios pacientes atendidos en las respectivas instituciones. Al dejar indicadas nuestras impresiones hacemos énfasis en la experiencia interesantísima de los ingleses, para que sirva de meditación y análisis a todos aquellos funcionarios que ya como médicos y como directores tienen vinculaciones con las instituciones hospitalarias, especialmente si a ellas consagraron sus energías y sus conocimientos por lapso de generaciones, consolidando una tradición de generosidad y de servicio.

PAISES ESCANDINAVOS.

Antes de referir las impresiones recibidas en los países escandinavos sobre organización hospitalaria y normas de asistencia social relacionadas con prácticas de la medicina, debemos hacer consideraciones generales. Tanto Dinamarca como Suecia y Noruega, dan al visitante, a pesar de pequeñas diferencias de población, de su industrialización y de su organización económico-social, enseñanzas que son comunes y que obligan a comprobar que los sistemas hospitalarios y médicos de dichos países, son fieles reflejos de su organización económica ejemplar y del adelanto cultural y social de sus habitantes. En los países escandinavos, mejor que en ninguna otra región del mundo se puede ver en funcionamiento, lo que significa una real y positiva democracia económica. Este avance social ha repercutido en la organización hospitalaria, en el planeamiento y distribución de las instituciones, en los sistemas de práctica médica y sobre todo en que cada paciente que busca atención tenga también conciencia no sólo de lo que puede esperar y recibir del Hospital, sino de su contribución y aporte económico que debe dar al mantenimiento de una organización comunal que es de todos y para todos. Este es el significado que el Hospital como Institución, tiene cada ciudadano de Escandinavia. Por otra parte, confirma el criterio ya formado por lustros de experiencia que por su funcionamiento integral y por el aprovechamiento que de él se haga, el Hospital constituye un reflejo fidelísimo del adelanto cultural de la comunidad a que sirve. Si es verdad que el Hospital en su papel docente en la comunidad, pueda contribuir a la cultura del ambiente, por otra parte, en medio inculto, no puede lograrse un rendimiento absoluto, ciento por ciento, de las posibilidades de un Hospital bien equipado y bien servido.

En Dinamarca visitamos las instituciones de Copenhague y estu-

diamos su situación hospitalaria, sostenida en su casi totalidad por la municipalidad respectiva. El Hospital General típico de la capital danesa es el Kumnune-Hospital (Hospital Municipal) que tomó carta de ciudadanía en los servicios de la ciudad de 1873, aún cuando instituciones hospitalarias se mencionan sirviendo de modo irregular y fragmentario desde 1261 en que existía el Hospital San Jorge.

DINAMARCA

Dinamarca, con una extensión de cuarenta y tres mil kilómetros cuadrados, tiene cuatro millones quinientos mil habitantes y dispone de cuarenta y cuatro mil quinientas treinta camas hospitalarias distribuidas entre ciento sesenta instituciones dedicadas a la atención de todas las enfermedades agudas y crónicas, y al alivio y buen cuidado de la comunidad, lo cual da un coeficiente aproximado de diez camas hospitalarias por cada mil habitantes, uno de los coeficientes más altos del mundo. Además de estas camas hospitalarias hay trece mil setecientos veintitres en asilos para atrasados mentales, trescientos treinta y dos para ciegos, y cuatrocientas cincuenta y tres para sordomudos, de modo que si se incluyen estas instituciones, los daneses disponen para sus necesidades asistenciales de protección a la salud, de catorce camas por cada mil habitantes. El país cuenta con cuatro mil seiscientos médicos, es decir, uno para mil habitantes. De estos profesionales, cerca de mil trabajan solamente en especialidades y ejercen su profesión en más del 95% en forma de "Full-time", como funcionarios hospitalarios, pues en Dinamarca el eje del ejercicio de la medicina, como en el sistema inglés, se hace en un ciento por ciento por el médico general, el médico de familia, que es el que remite el paciente al hospital o al especialista, quien trabaja para mayor rendimiento y facilidad dentro de los hospitales.

A pesar de este amplio volumen de servicios hospitalarios el servicio municipal hospitalario de la ciudad de Copenhague adelanta en extenso programa de construcciones hospitalarias compulsado por las exigencias de la ciudadanía que exige más amplios y mejores servicios de sus instituciones. Mientras más mejoras y ampliaciones se logran, los hospitales de la ciudad realizan tratamientos domiciliarios que comandan y supervigilan las propias consultas externas de sus hospitales. Para facilitar esos tratamientos se ha organizado un cuerpo de enfermeras hospitalarias a domicilio. De este modo se amplía la atención de los hospitales a una población que prácticamente tiene seguro de enfermedad y maternidad en un ciento por ciento. Por este servicio del hospital a domicilio, es posible dar de alta más temprano a los pacientes que han sido internados y aún evitar la hospitalización en muchas enfermedades de fácil terapéutica, cuando hay algunas posibilidades domiciliarias. Esta prolongación de los hospitales daneses a los

hogares, dá un servicio comunal que tiende a desarrollarse progresivamente. En el año anterior, en Copenhague, el hospital municipal hizo con sus enfermeras domiciliarias trescientas sesenta y dos mil setecientas noventa y tres visitas. Este mismo plan se está aprovechando para descongestionar los servicios de maternidad. En igual periodo, las enfermeras obstétricas atendieron mil quinientos setenta y un partos a domicilio haciendo a las madres gestantes veintiseis mil ciento sesenta y ocho visitas, es decir, un promedio de catorce por cada parto atendido.

Todos los ciudadanos de Copenhague tienen igual derecho de internamiento en el sistema hospitalario municipal, sin distinciones de ninguna clase. La admisión está dirigida por una oficina central, donde un criterio médico muy riguroso y muy justo, decide si la hospitalización se justifica inmediatamente o el paciente puede esperar su turno sin peligro. Toda hospitalización tiene que ser solicitada por el médico tratante, al cual se le lleva un cuidadoso récord de sus solicitudes para saber si abusa de los servicios. Esa oficina central del control de internamiento, cuando la hospitalización se justifica inmediatamente, puede aceptar pacientes con la sola llamada telefónica del médico tratante.

La economía de los hospitales daneses está sostenida fundamentalmente por las Cajas de Seguros Sociales y por las Comunidades Municipales y nuestra personal impresión es que día a día se inclinan al sistema inglés de medicina organizada. Queremos dejar constancia de nuestro agradecimiento al Dr. Carl Johan Mollenbach, Jefe de la Oficina Médica del Servicio de Salubridad Nacional Danés, por sus indicaciones y sus experiencias médico-sociales en el estudio de los hospitales de Dinamarca.

VISITAS HOSPITALARIAS EN COPENHAGUE.

KOMMUNEHOSPITAL. Hospital Municipal. Tiene una capacidad de mil doscientas camas. Está construido en plan de un solo block, aún cuando sus alas de cuatro pisos tienen una disposición cuadrilátera que cubre, con todas sus dependencias una área de treinta y tres acres. La primera sección fué construida en 1927 y aún cuando fué puesta al servicio en esa fecha, no se terminó toda su estructura sino hasta 1939. Sirve a una comunidad de doscientos cincuenta mil habitantes. El sistema de transporte y de comunicación de las alas es subterráneo, por medio de corredores que tienen una extensión de dos mil metros. Como hospital general tiene secciones de medicina, cirugía y especialidades.

Tratando de dar individualidad a la atención de los pacientes, las salas están dispuestas para alojar dos y tres camas en su mayoría. Algunas tienen acomodo máximo para seis pacientes. Hay cien cuartos unitarios. En el año 1952 se hospitalizaron diecisiete mil quinientos se-

tenta y dos pacientes, con un costo de estancia diaria de cuarenta y seis coronas.

Dentro del grupo de hospitales municipales está el Bispebjerg que tiene una capacidad semejante al anterior con una disposición estructural semejante.

Como departamento interesante de este Hospital, debe mencionarse su lavandería central que maneja diez millones de piezas al año y sirve a un grupo de doce hospitales, algunos a distancia de treinta o cuarenta millas.

El Hospital Infantil (Brenning Louises Bornshospital) tiene una capacidad para ciento cincuenta y dos niños y habiendo sido fundado en 1850, tiene desde uno de sus primeros directores, el Profesor Hishprug, una ejemplar tradición en la pediatría de Dinamarca.

Otra institución visitada fué el Hospital Ortopédico, con doscientas camas, que sirven a niños y adultos. Admirable es el funcionamiento de sus talleres para la construcción de implementos ortopédicos de este Hospital, que ayuda a solventar las necesidades de la especialidad en otras instituciones del país.

Como hospital sub-urbano visitamos en Hellerup, a varias millas de la capital danesa, una Institución modelo de organización, con capacidad de mil ochocientas camas que a su vez forma un núcleo hospitalario. Tiene conexiones con otro Hospital General situado en Frederiksberg, de trescientas camas y con un dispensario antituberculoso y un hogar para ancianos en la población de Gentofte.

En el desarrollo de la protección y seguridad social danesa, tienen los hogares para ancianos una atención especial. Para desterrar la idea del abandono en que muchas veces, cometiendo enorme injusticia social, se deja al anciano, se ha cambiado el nombre de Asilo por el de Hogar, para indicar que se rodea a la edad proveya del cuidado y del amor que debe ser enseña de todo hogar.

Los hogares para ancianos se construyen y sostienen en Dinamarca por los gobiernos municipales que reciben para ayudarse en su financiación, subsidios del Estado. La construcción y mantenimiento de estas instituciones están reguladas por Ley de 1948 que dice: "El Ministerio de Asistencia Social y en su lugar, en las zonas rurales de cuatro mil habitantes los Consejos Municipales, tendrán la obligación de construir un Hogar para Ancianos con el fin de acomodar a quienes por sus años reciben las prestaciones de la vejez y que por sus condiciones físicas de decrepitud, no pueden vivir solos o no pueden ser cuidados por sus familiares.

"En los hogares para Ancianos habrá un Departamento de Enfermería dedicado a los internados que necesitan tratamientos médicos que no sean propios de los hospitales generales, o las instituciones que atienden inválidos crónicos". Bajo estas regulaciones funciona la institución que visitamos "Solhjem"; en 1950 la Municipalidad de Gentof-

te inauguró este hogar para ancianos después de haber hecho entre los arquitectos daneses un concurso, al cual se presentaron ciento diez proyectos. El premio de adjudicó a los arquitectos Hans L. Langkilde y Lb. M. Jensen, quienes vigilaron la respectiva construcción. Actualmente el edificio tiene capacidad para ciento seis ancianos, setenta y cinco en las dependencias generales y treinta y uno en las salas hospitalarias. Está dividido en cinco bloks, dispuestos de tal modo que el frente de todo el grupo da al Sur y sigue el desnivel del terreno de Oeste a Este. Los bloks, se conectan por una ala transversal donde están instalados los servicios comunes. Las habitaciones dan a terrazas donde los ancianos pueden gozar del atractivo de los jardines, que se reflejan en sus semblantes en que a pesar de sus achaques sensibles, se aprecia la alegría de vivir.

El personal técnico es reducido, sin dejar de recibir los ancianos buena atención médica. El costo diario por cada uno es de siete y media coronas. Dada la tendencia y una mayor longevidad de las personas, fenómeno que es común a la mayoría de los países en que la higiene ha logrado los beneficios que da el saneamiento de las comunidades, la importancia de los hogares para ancianos se hace sentir más.

Al salir de Dinamarca visitamos el Instituto de Higiene de Copenhague para conocer su organización y funcionamiento. Su Director el Profesor S. Grekes nos atendió amablemente, dándonos detalles y explicaciones sobre los estudios que acerca de Epidemiología e Inmunología se han hecho en el Instituto, sobre la poliomielitis, problemas que fundamentalmente nos interesaba al hacer esta visita.

NORUEGA.

Toda la organización hospitalaria de Noruega depende del Ministerio de Asuntos Sociales que la orienta y controla por medio de la Sección respectiva de la Dirección de Sanidad. Hay tres categorías de instituciones hospitalarias, las nacionales, las municipales y las privadas.

Noruega tiene para la atención médica de sus tres millones trescientos mil habitantes, tres mil profesionales, de los cuales la tercera parte están establecidos en su capital Oslo, que tiene una población de cuatrocientos cincuenta mil habitantes. El desarrollo hospitalario noruego está íntimamente ligado a los seguros sociales que de manera obligatoria tiene inscrito el ochenta y cinco por ciento de la población comprendiendo a todos los asalariados cuya renta anual no pasa de quince mil Kr. El número de camas del Hospital para agudos es de veintinueve mil en el país, habiendo además catorce mil para dolencias crónicas.

El más importante de sus hospitales es el Hospital Nacional de Oslo, centro universitario conectado con la Escuela de Medicina. Es una institución que habiendo sido reconstruido en 1880 funciona desde

1826. Es un hospital general que tiene una capacidad de mil camas. Entre sus instalaciones modernas pudimos observar y estudiar la sección de pediatría que se construyó con fondos provenientes de una contribución del gobierno sueco. Queremos mencionar como detalle de esta sección y que refleja el sentido artístico y pictórico del pueblo noruego, dos murales pintados por niños menores de diez años, que tienen un atractivo especial para el visitante. El hospital tuvo un internamiento en 1952 de dieciséis mil pacientes. El costo de la estancia media hospitalaria es de 56 Kr., siendo de diecinueve días la estancia media de los pacientes.

En la capital Noruega visitamos también el Centro de Rehabilitación, Institución Nacional con capacidad de ciento cincuenta camas, creado en 1946. La admisión en este Centro requiere un estudio psicológico y social de cada paciente. El cuarenta y cinco por ciento de las admisiones son pacientes tuberculosos salidos de su faz activa de los sanatorios, que llegan a la Institución a rehabilitarse adquiriendo conocimientos manuales para capacitarlos socialmente en trabajos apropiados a la naturaleza de su enfermedad.

Al ser admitido el paciente en el Centro, durante catorce días se hace un estudio de su condición orgánica y capacidad física, para pasar enseguida a la sección de rehabilitación propiamente dicha, donde los pacientes tienen una permanencia media de veintiseis semanas. El costo diario por un paciente es de veintidós Kr.

SUECIA.

Al llegar a Stokolmo, el Director de Sanidad Dr. M. Tottie nos hizo una breve explicación de la organización sanitaria y hospitalaria del país, señalando con énfasis el equilibrio social logrado en Suecia, que tiene en sus cuatrocientos cincuenta mil kilómetros cuadrados siete millones de habitantes, cuya economía fundamental gira al rededor de la industria del hierro, la explotación de sus bosques y aprovechamiento plural de la madera. El cooperativismo como palanca de impulso y perfeccionamiento social, está muy desarrollado en Suecia, y ha contribuido mucho a la estabilización de los precios y por ende el equilibrio de los salarios. Esta situación ha influido en el desarrollo y planeamiento de sus hospitales que han recibido enorme estímulo económico de los seguros sociales que se extienden actualmente, de modo obligatorio a un noventa por ciento de la población, prácticamente a toda la clase laborante del país. Esa clase laborante que tiene seguros de enfermedad y hospitalización, desde luego constituye el ochenta y siete y medio por ciento de las personas que pagan impuesto sobre la renta en sumas que van de mil a diez mil Kr., al año. A pesar de que prácticamente toda la población recibe los beneficios de seguros médicos y hospitalarios, las autoridades sanitarias nos informan

que desde el primero de enero de 1925, toda la población sueca estará obligada a asegurarse, siguiendo las normas del Sistema Inglés. El número de médicos en ejercicio en el país es aproximadamente de cinco mil.

Para darnos cuenta de la organización hospitalaria general visitamos el Hospital General de Orebró a unos cien kilómetros de Stokolmo, con quinientas camas que prestan servicios a una comunidad semi-urbana, de ocupación industrial y agrícola de una población repartida en varias pequeñas ciudades, que asciende a ciento cincuenta mil habitantes.

En Stokolmo visitamos uno de los cuatro hospitales de niños que tiene la ciudad sueca, el Hospital Infantil Seminario, dirigido por el Profesor Malberg. Tiene una capacidad de ciento veinticinco mil camas. En el año anterior se hospitalizaron mil quinientos niños, habiendo tenido una estancia media de veinte días, con un costo de 40 Kr. El número de niños atendidos en la consulta externa en varias oportunidades de una a diez veces durante el año, fué de cinco mil.

Uno de los hospitales de mejor sentado prestigio científico en Suecia, es el Hospital Karolineka, Institución de servicio hospitalario general, de carácter universitario conectado con la Escuela de Medicina de Stokolmo. Los servicios quirúrgicos, cardiovascular y nervioso se han convertido en la meca de la especialidad no sólo en el Norte de Europa, sino de todo el Universo.

La construcción de este Hospital es moderna. Se puso al servicio en 1940. Tiene capacidad de mil cuatrocientos veinte camas. En 1952 se hospitalizaron veintiséis mil pacientes. Sus consultas externas atendieron ciento un mil enfermos. El costo de estancia hospitalaria es de 55 Kr., diarias.

A pesar de su estructura moderna se han hecho varias ampliaciones y se proyectan obras, para alojar con mayores facilidades la neurología, la cirugía del tórax y las enfermedades reumáticas.

Actualmente el Hospital más moderno de la ciudad es el Hospital del Sur, (Sedersjukhuset) Hospital Municipal General que tiene capacidad para mil doscientos pacientes. La ciudad de Stokolmo y las autoridades sanitarias y hospitalarias suecas tienen en esta Institución el motivo de su mayor orgullo de planeamiento y organización. A pesar de ser Suecia uno de los pueblos de mayor madurez hospitalaria, la ciudad de Stokolmo gastó siete años, de 1922 a 1929, dedicados a la investigación de los principios hospitalarios, habiendo tenido que hacer sus personeros más de cien viajes para visitar los mejores hospitales del universo, con el objeto de obtener un criterio preciso y exacto del funcionamiento y eficiencia de los distintos sistemas de tratamiento hospitalario.

En los planos de construcción del Söderjukhuset, se tuvo en mi-

ra hacer del mismo un centro no sólo hospitalario sino también sanitario, para un sector de la ciudad que tiene alrededor de doscientos cincuenta mil habitantes. Está relacionado con otros dos hospitales, uno de niños, el Hospital Sachs, de ciento veinte camas y otro de trescientas de convalecencia y rehabilitación, de tal modo que para ese sector se cuenta con mil seiscientas camas hospitalarias. El Hospital se construyó dándole a la salud factores tridimensionales; físico, mental y económico, pues el hospital pudiendo atender todas las especialidades médicas y quirúrgicas conocidas, tiene a disposición de los vecinos de su sector, todas las facilidades hospitalarias, no teniendo que ser referidos a otra institución lejana de sus hogares para su correcta atención.

Con esas facilidades como normas de construcción y departamentalización, el tamaño que tiene fué una deducción matemática de la estimación cuidadosa de "frequency estimates", lo cual dió para la población del distrito mil doscientas camas y facilidades de consulta externa para mil doscientos pacientes diarios. Durante su planeamiento y construcción se dispuso del consejo muy experto de la Asociación Internacional de Hospitales. Conviene hacer presente que durante el planeamiento de este hospital se dió amplia acogida a toda crítica constructiva, rechazándose los cambios injustificados fundados en críticas negativas. El principio de construcción partió funcionalmente de la cama del paciente. Es decir, su estructuración se inicia de la cama del enfermo, creciendo el planeamiento de aquí para afuera. La unidad cuarto se unió a otras para formar departamentos, estos se unieron a otros para formar clínicas, estas para formar secciones y estas finalmente al unirse formaron el conjunto armónico de todo el hospital.

Como se dijo anteriormente, el hospital atiende únicamente la faz aguda de las enfermedades. Para que sirva de comparación con la estimación de la frecuencia de enfermedad y el cálculo de hospitalización en este Centro de Stokolmo con otras regiones, indicamos la distribución de las camas en las secciones en que se han repartido:

- 1.— Medicina General, incluyendo Neurología, Cardiología y Enfermedades Alérgicas, trescientas ochenta camas.
 - 2.— Cirugía General, incluyendo Cirugía Plástica, ciento treinta y siete camas.
 - 3.— Urología, ciento treinta y seis camas.
 - 4.— Obstetricia, ciento cuarenta y una camas.
 - 5.— Ginecología, cuarenta y una camas.
-

- 6.— Radioterapia, veintiocho camas.
- 7.— Otorrinolaringología, cincuenta y siete camas.
- 9.— Psiquiatría (diagnóstico) ochenta y cuatro camas.
- 10.— Dermatología, sesenta y nueve camas.
- 11.— Neurología, treinta y siete camas.
- 12.— Ortopedia, treinta y dos camas.
- 13.— Enfermedades Infecciosas, veinticuatro camas.
- 14.— Departamento admisión (para observación) diez camas.

La distribución de todas las clínicas y servicios se ha hecho de tal manera en sus ocho pisos, que los departamentos de examen y tratamiento están situados lo más cerca posible de las correspondientes salas, como se mencionó en los hospitales ingleses. Sin embargo se ha separado, ocupando sus ocho pisos, el block de tratamiento, el block de hospitalización juntándose uno con otro, en cada piso, por cuatro blocks de unión, simplificándose el problema de comunicación y disminuyéndose al máximo el riesgo de contagio e infección. Este sistema de construcción hospitalaria evita el sistema vertical extremo de los norteamericanos, logrando las ventajas de la más amplia comunicación del sistema horizontal sueco, llamado sistema de doble block.

De acuerdo con la tendencia moderna, la capacidad máxima de las salas de hospitalización es de cuatro camas, siendo las más, de dos camas; con lo cual se logra disminuir al máximo el riesgo de infección y se combina la tendencia humana de buscar la sociabilidad, lo cual hace menos tedioso el tiempo de hospitalización. La marcada tendencia a la individualidad que existe en este hospital, es tal en el Departamento de Maternidad, que para los ciento cuarenta y una camas, dispone de veinticinco cuartos de parte, ya que como un requisito muy humano, la madre gusta en medio de sus dolores, de pasar el trabajo de parto sola. Aparte de las dificultades que dá un personal tan amplio, se cumplen en el hospital sueco todas las exigencias de la buena atención hospitalaria, haciendo realidad sus principios sociales verdaderamente democráticos. Pues en cuanto al parto se refiere, la misma atención recibe en esta Institución, la madre del hogar obrero que la dama de la casa real.

Los peligros de la guerra moderna, con sus bombardeos y armas atómicas, se ha hecho presente en la estructura de este Hospital, que tiene sus plantas eléctricas independientes de las de la ciudad, lo mis-

mo que sus reservas de agua. Igualmente, tiene refugios antiaéreos con capacidad para dos mil quinientas personas, y, perforado en la roca en que está asentado, hay un túnel de comunicación con una estación de ferrocarril cercana.

Para dar idea de la amplitud funcional de esta Institución, debe decirse que, sumados sus distintos pisos, tiene cuatrocientos cincuenta mil metros cuadrados de construcción, con cinco mil cuatrocientos cuartos incluyendo todas las dependencias hospitalarias. Según apreciaciones conservadoras, este es el edificio más grande existente en el Norte de Europa. Por la amplitud de su personal, 1.5 empleados por cada cama de hospital, a pesar del relativo bajo costo alimenticio de los países escandinavos, el costo diario por enfermo en este Hospital es de sesenta Kr.

Sin hipérbole el Södersjukhuset de Stokolmo es el hospital más completo y armonioso por nosotros visitado, en la amplitud del sentido.

Al terminar este informe de la visita realizada a los hospitales de Inglaterra y de los Países Escandinavos, queremos reiterar a esa Oficina nuestro agradecimiento, repitiendo lo que señalamos en un principio:

"Nunca en tan pocas semanas, tuvimos una oportunidad de acopiar una información que nos diera tantas enseñanzas y tanto fruto".

Una Idea para Estudiar:**PREMIO "CENTRO DE ESTUDIOS MEDICOS
RICARDO MORENO CAÑAS"**

A crear por acuerdo de los miembros, en una sesión, con el siguiente o parecido articulado:

- a)—Se crea un Premio Anual al mejor trabajo presentado por los miembros (contribuyentes) en las sesiones de cada año, que se designará PREMIO CENTRO DE ESTUDIOS MEDICOS RICARDO MORENO CAÑAS".
 - b)—El trabajo deberá no haber sido Previamente publicado en otras revistas o presentado a otras sociedades científicas, a excepción de las filiales que se establezcan del CENTRO DE ESTUDIOS MEDICOS "RICARDO MORENO CAÑAS".
 - c)—El premio consistirá en una medalla de oro y diploma que se otorgará al favorecido, en acto público o privado, según lo resuelva en cada caso la Comisión designada.
 - d)—En el mes de diciembre de cada año, o mejor en el de enero, la Comisión Directiva procederá a elegir tres miembros del CENTRO DE ESTUDIOS MEDICOS que, conjuntamente con el Presidente del Colegio de Médicos y Cirujanos y el de la Unión Médica Nacional, presidido por el Secretario del CENTRO DE ESTUDIOS MEDICOS, se constituirá en jurado y resolverá a quien debe adjudicarse el premio. Este fallo será inapelable.
 - e)—El jurado tomará en conocimiento todos los trabajos presentados durante el año en las sesiones científicas personalmente por sus autores y publicados o a publicarse en la Revista Médica de Costa Rica, órgano oficial del CENTRO. De los trabajos presentados en las condiciones citadas, pero aún no publicados en la Revista Médica, deberán remitirse al CENTRO DE ESTUDIOS MEDICOS cinco ejemplares antes del diez de enero.
 - f)—El Jurado expedirá su dictamen antes del treinta de abril, pudiendo declarar el premio desierto cuando ningún trabajo merezca a su juicio serle adjudicado.
 - g)—La obtención del premio un año, excluye al favorecido de los concursos ulteriores; el PREMIO CENTRO DE ESTUDIOS MEDICOS
-

RICARDO MORENO CAÑAS sólo será concedido una vez a la misma persona.

- h)—El primer premio será acordado entre los trabajos presentados y que se presenten durante el año mil novecientos cincuenta y tres; previa aprobación de esta reglamentación.

Apuntes de:

: José M^a Barrionuevo Montecalegre
