

**EVOLUCIÓN HISTÓRICA
DE LA FARMACIA
DEL HOSPITAL
SAN JUAN DE DIOS**

LIC. CARLOS EDUARDO GONZÁLEZ PACHECO

615.4

G643e González Pacheco, Carlos Eduardo
Evaluación histórica de la farmacia del Hospital San
Juan de Dios / Carlos Edo. González Pacheco. ..San José,
C.R. EDNASSS-CCSS, 2000.
428p. : il.

ISBN 9977-984-80-8

1. SERVICIO DE FARMACIA EN HOSPITAL. 2.
FARMACIA 3. HISTORIA DE LA MEDICINA 4. HISTORIA
5. COSTA RICA 1. Título

© Editorial Nacional de Salud y
Seguridad Social (EDNASSS). 2000

Centro de Desarrollo Estratégico e
Información en Salud y Seguridad Social (CENDEISSS)

Caja Costarricense de Seguro Social
Apdo. 10105-1000
San José, Costa Rica

Dirección editorial: Gerardo Campos Gamboa
Diseño de portada: Carlos Barrientos
Artes finales e impresión: Guilá Imprenta Litografía, S.A.
Corrección de pruebas: el autor y EDNASSS

EDNASSS Imprimiendo Salud y Bienestar

Fotos portada:

- 1- Entrada principal del Hospital San Juan de Dios frente al parque Carrillo (La Merced) a finales del siglo XIX.
- 2- Las hermanas de la caridad durante muchos años fueron las encargadas de preparar los medicamentos para los pacientes.
- 3- El mortero: símbolo universal de la farmacia.

CONTENIDO

Dedicatoria	9
Advocación	11
Agradecimientos	13
Al Dr. Clorito Picado, In memoriam	15
Presentación	17
Prólogo	19
Introducción	29
TÍTULO I. CONSIDERACIONES GENERALES	31
1. La farmacia y el medicamento: su origen en el tiempo	33
2. La farmacia hospitalaria	36
3. La farmacia autóctona americana	36
TÍTULO II. LA COLONIA EN COSTA RICA: MEDICINA, ENFERMEDAD Y CURACIÓN	41
1. La organización sanitaria	43
2. La población nativa	44
3. Enfermedades y medicamentos	46
4. Medicina en la colonia: Tulio von Bülow	48
TÍTULO III. LA INDEPENDENCIA: EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Y EL INICIO DE LA FARMACIA HOSPITALARIA EN COSTA RICA	77
1. Formación del estado costarricense	79
2. La realidad sanitaria y terapéutica	81
3. Fundación del Hospital San Juan de Dios	87
4. La primera organización técnica, administrativa y farmacéutica del Hospital San Juan de Dios	93
5. La segunda organización del Hospital San Juan de Dios, las 98 Hermanas de la Caridad y la farmacia	98
6. La ordenación hospitalaria para finales del siglo XIX	104
7. Medicinas y tratamientos utilizados en el Hospital San Juan de Dios	106
8. Evolución de los gastos realizados en compra de medicinas y comparación con otros rubros	122
TÍTULO IV. LA FARMACIA PROFESIONAL COSTARRICENSE, INICIO Y CONSOLIDACIÓN	133
1. La farmacia y la Universidad de Santo Tomás	135
2. La farmacia y el protomedicato en Costa Rica	138
3. La farmacia en la facultad de medicina, cirugía y farmacia de la República de Costa Rica	141
4. La génesis del Colegio de Farmacéuticos: polémica y separación	146
TÍTULO V. EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS EN EL SIGLO XX: EL ADVENIMIENTO DE NUEVAS FORMAS DE TRATAMIENTO Y DIAGNÓSTICO EN SUS PRIMERAS DÉCADAS	165
1. Organización general y farmacia	167
2. El gabinete eléctrico-terápico y los rayos X	173
3. La anatomía patológica	180
4. El laboratorio clínico	194
TÍTULO VI. PRIMERA PARTE. EL DESARROLLO FARMACÉUTICO PROFESIONAL EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DURANTE LA PROTECCIÓN SOCIAL	209
1. De la caridad a la protección social	211
2. Características generales del hospital e inicio y organización de la farmacia profesional	214
3. El primer formulario terapéutico	225
4. El primer comité de farmacia, la farmacia y los inyectables	230
5. La penicilina, el Dr. Clorito Picado y el Hospital San Juan de Dios	240
TÍTULO VII. SEGUNDA PARTE. EL DESARROLLO FARMACÉUTICO PROFESIONAL EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DURANTE LA PROTECCIÓN SOCIAL. PRINCIPALES RASGOS DE LAS DÉCADAS DE 1950 y 1960	251
1. Organización de la farmacia	253

2.	Vistazo general a la sección de inyectables	262
3.	El Comité de Normas Terapéuticas y el formulario terapéutico del Hospital San Juan de Dios	267
4.	Situación farmacéutica para finales de la protección social	277
TÍTULO VIII. LA FARMACIA HOSPITALARIA EN LA SEGURIDAD SOCIAL. PRIMERA ETAPA: DE ENCUENTRO Y ADECUAMIENTO		
		289
1.	La Caja Costarricense de Seguro Social	291
2.	Farmacia y seguridad social	295
3.	La Junta de Protección Social y el traspaso del Hospital San Juan de Dios a la Caja Costarricense de Seguro Social	299
4.	El Departamento de Farmacia del Hospital San Juan de Dios	305
TÍTULO IX. EL DESARROLLO FARMACÉUTICO DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS EN LA SEGURIDAD SOCIAL. SEGUNDA ETAPA: DE CONSOLIDACIÓN Y EXTENSIÓN		
		311
1.	Marco de referencia	313
2.	Logros concretos	321
3.	Complejidad, cambio de ordenación y especialización	335
4.	Hacia el siglo XXI	349
TÍTULO X. A MANERA DE CONCLUSIÓN		
BIBLIOGRAFÍA GENERAL		
371		
ANEXO No. 1		
	Formularios utilizados en el Hospital San Juan de Dios en las décadas de 1930 y 1940	381
ANEXO No. 2		
	Estadística de los casos de cáncer atendidos en el Hospital San Juan de Dios durante los años comprendidos entre 1989 y 1996	399
ANEXO No. 3		
	Lista de personal nombrado en propiedad que labora en el Servicio de Farmacia "Año 1997"	425

DEDICATORIA

A mi esposa Fioreny:

Remanso de serenidad, consejo y sentido común dentro del torbellino existencial.

A mi hijo Carlos Eduardo:

Para que siempre tenga presente que el trabajo sin presunción, el amor al prójimo y el espíritu de servicio constituyen la verdadera riqueza de los hombres ante sus semejantes.

A mis padres Yetty y Olmedo:

Han iluminado el sendero por el camino del bien, mas su luz perdurará por siempre en la estela de mi conciencia.

ADVOCACIÓN

*Pasaré por este mundo
solo una vez.
Por tanto cualquier bien
que pueda yo hacer o
cualquier acto de bondad
que pueda mostrar a mis semejantes
no habré de evadirlos ni seré negligente
porque no habré de pasar
este camino nuevamente.*

La Divina Providencia

AGRADECIMIENTOS

El aprecio efusivo para las siguientes personas e instituciones: a las funcionarias Leticia Castro, Carmen Cascante, Marcia Burke, Marta Monge, Luz Marina Ugalde, Laura Castillo, Patricia Montes de Oca y Virginia González, de la Biblioteca Nacional.

A Marta Cilia Jiménez, del Sistema de Bibliotecas de la Universidad de Costa Rica.

A Sonia Cruz, del Cendeiss.

A Jorge Cervantes, de la Unidad de Imprenta CCSS.

A Norma León y Ligia Blen, de la Organización Española de Ayuda Internacional.

A los fotógrafos, Oliver Zamora, del Departamento de Servicios de Apoyo de la CCSS y Bayardo Urbina del Departamento Audiovisual del Hospital San Juan de Dios; extensivo a los funcionarios Minor Gómez Goicoechea y Licda. Ana Maroto.

Al Dr. Edgar Cabezas, Jefe de la Sección de Cirugía del Hospital San Juan de Dios, extensivo a Nuria Hernández de esa misma sección.

A Miguel Quesada e Iris Mata, de la Junta de Protección Social de San José.

A Adela Sandoval y Gerardo Caruzzo, del Departamento de Estadística y a Jorge Mora y su personal, de la Unidad de Microfilm del Hospital San Juan de Dios.

Al Dr. Rafael González, Jefe del Departamento de Radiología, Hospital Max Peralta.

Extensivo a las siguientes instituciones:

Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica

Facultad de Farmacia de la Universidad de Costa Rica

Caja Costarricense de Seguro Social

Dirección y Administración del Hospital San Juan de Dios

Archivo Nacional de Costa Rica

Dirección General de Estadística y Censos

Un agradecimiento especial para Benjamín Hernández por su asesoría y su amplio apoyo en digitación y graficación.

**AL DR. CLORITO PICADO
IN MEMORIAN**

*El orgullo sano es sinónimo de dignidad,
pero nos referimos al orgullo que emana del propio valer,
que depura las inclinaciones que es una necesidad
constante de nuestro honor,
que es parte de nuestra constitución moral
que es nuestra naturaleza,
oponiéndose al relegamiento...
El que se envanece es tonto,
el que se menosprecia es necio.
Apocarse uno mismo puede ser humildad,
pero dejarse apocar por otro es vileza...
La satisfacción que nos produce
la vanidad es muy pasajera,
luego nos viene la decepción
al ver que los demás nos toman
por lo que realmente somos
y no lo que pretendemos ser...
Los que más hacen por la humanidad,
son los que menos se envanecen
por ello son grandes...
Muchos hombres deben su reputación
de modestos al prestigio de su moderación o
a la magia de su silencio.
Unos se pavonean con
honorés comprados o inmerecidos,
mas otros no creen merecer lo que se han ganado.*

*Tilghman
Revista El Mortero
Octubre 1973
San José, Costa Rica*

PRESENTACIÓN

El Hospital San Juan de Dios ha querido incursionar en el campo de la historia. Han sido muchas las acciones que esta Institución Benemérita ha hecho, rescatando en alguna forma los valores morales, éticos, filosóficos, religiosos y humanísticos que le han dado su fisonomía a través de los años y que la colocan sin lugar a duda en el marco preferencial que ha servido de cuna a esos valores, unido a su abierta disposición de atención al enfermo. Con pasos más sólidos se reinicia esa preocupación por reseñar y dejar plasmado para las generaciones actuales y futuras todos los elementos tangibles o no que han hecho posible la fundación de nuestro sistema de salud, con la publicación del libro “150 años de Historia”. En ese libro se hace patente la riqueza histórica que encierran las paredes de este viejo nosocomio y el gran aporte que ha brindado al país, no sólo en el campo de la salud, con la formación de las grandes escuelas médico-quirúrgicas, farmacéuticas, de laboratorio clínico, de rayos equis, de anatomía patológica y la incorporación de elementos de alta capacidad tecnológica como la medicina nuclear y el diagnóstico por imágenes, los avances en informática y computación, sino en lo social y lo político, colaborando con la estabilidad democrática de que disfrutamos, al constituirse en un recurso indispensable para la sociedad a lo largo de los años, en donde se encuentra, a toda hora y en cualquier momento, el apoyo necesario para el mantenimiento de la salud.

El libro *Evolución Histórica de la Farmacia del Hospital San Juan de Dios* constituye un nuevo e importante eslabón en la cadena de eventos que pretendemos desarrollar; es un esfuerzo más por recopilar información de gran valor histórico que indefectiblemente rebasa el campo farmacéutico para poder brindar una imagen global del impacto que la Farmacia del Hospital San Juan de Dios ha tenido en todas las actividades de nuestra nación y en la que han intervenido de diversas formas gran cantidad de personalidades.

Al presentar este libro durante mi gestión como Director del Hospital San Juan de Dios, condición que me llena de orgullo, me comprometo con la Historia a continuar propiciando documentos como el presente, para lograr en un futuro no muy lejano la creación del Museo Nacional de Ciencias de la Salud, que venga a llenar ese vacío en nuestro sistema asistencial, y en donde podamos rendirle tributo a los valores históricos que hicieron posible la creación de nuestra Seguridad Social y a los que en diferentes formas han logrado mantenerla para beneficio y orgullo de nuestra Patria.

*Dr. Manrique Soto Pacheco
Director General
Hospital San Juan de Dios*

PRÓLOGO

Dr. Edgar Cabezas Solera

Primero

El hacer esta presentación del libro sobre la historia de la farmacia del Hospital San Juan de Dios y Costa Rica, es un momento de importante vivencia.

Además, es motivo de orgullo y agradecimiento personal que no puedo dejar de manifestar, ya que significa poder dar pensamientos sobre lo que iremos a leer más adelante.

Durante muchos años he tenido la suerte de poder hablar un idioma común a través de inquietudes sobre hechos históricos con Carlos González.

Han sido tiempos de gran disfrute pues Carlos posee un contagioso entusiasmo y gran dedicación a su cometido.

Así mismo, es de hacer justo reconocimiento al Director del Hospital, Dr. Manrique Soto, sobre su decisión de orientar una persona con esas dotes, dedicarlo a rescatar nuestra historia que se guarda en los diferentes archivos, sobre todo los que cuenta nuestro hospital, como la biblioteca que utilizó don Clorito Picado; las actas del Consejo Técnico; los libros donde anotaba el Dr. José Ma. Barrionuevo las operaciones que se efectuaban día a día, con una claridad extraordinaria que nos muestra la patología que se manejaba desde principios de este siglo, lo mismo que la versatilidad de nuestros cirujanos, pues igualmente reducían fracturas, trepanaban un cráneo, trataban una catarata, efectuaban una laparotomía por múltiples patologías. También, es digno de mención el archivo de Patología, en donde hay un verdadero museo de piezas anatómicas de extraordinario valor, y el de láminas, autopsias que han sido motivo de miles de estudios para

conocer la patología nacional a través de los años. Como se podrá ver, la riqueza es extraordinaria.

Por otro lado, he visto como Carlos escruta los archivos de la Curia Metropolitana, del Archivo Nacional, de la Biblioteca Nacional y de la Junta de Protección Social de San José, la cual iba a la par de su principal objetivo, el San Juan de Dios.

Ahí también hay para años de trabajo, pues está claramente la muestra de lo que pasaba en Costa Rica en el campo de la salud.

En esta presentación me tomo la libertad de incluir algunos relatos del desarrollo de las cosas y de la Farmacia.

Importante es mencionar que el primer farmacéutico que pisó suelo costarricense fue el Maestro Bernal, quien llegó a Carian con Colón en su cuarto viaje.

De eso se relata lo que Ricardo Archila refiere (tomado de *La Medicina en América* (3)).

“Por el camino de los Descubridores y Conquistadores debieron llegar también los primeros profesionales de la Medicina. De acuerdo con una reglamentación impuesta por los Reyes Católicos, las expediciones a indias tenían que llevar a bordo “para los servicios sanitarios” un personal. En las instrucciones dadas a Colón por los Soberanos, en Medicina del Campo, el 15 de junio de 1497, se le ordenaba: “asimismo debe un físico, e un boticario e un ervolario e algunos instrumentos e músicos para pasatiempo de las gentes que allá han de estar”. Sin embargo, que sepamos nosotros, en el cuarto viaje del Almirante tan solo le acompañó Carabela Capitana como físico, un Maestre Bernal. Según parece, la prioridad efectiva acerca de la presencia de médicos europeos en nuestro suelo data del arribo de la primera expedición de Ojeda (año 1499), la cual trajo consigo un cirujano español de nombre Alonso, y un boticario italiano, Maestre Bernal. Conforme a Rodríguez Rivero, Alonso era ducho en achaques de cirugía en su villa natal de Gueta, y por consiguiente, debió lucir sus habilidades en los tripulantes heridos por los indígenas en la sangrienta reyerta de Chichiriviche o Puerto Flechado (el cual se cree que puede haber sido el actual Puerto Cabello). Del segundo viaje de Ojeda, sólo se sabe el nombre del boticario: Diego de Montes de Oca” (10).

Podríamos pensar que esos nombres corresponden a los primeros farmacéuticos que pisaron nuestra Costa Rica.

Segundo

Al inicio de los tiempos, el hombre prehistórico no era muy diferente de los animales en sus demandas básicas de existencia; y utilizaba mecanismos de defensa que son característicos de todos los seres vivientes.

Poco a poco se fue aprendiendo que agentes externos como animales, insectos, el tiempo; y objetos como piedras, armas, astillas y otros, les producían lesiones en ciertos momentos.

Se empezó a aprender que estudiando las pinturas de cavernas prehistóricas, lo que dibujaba era, además de mostrar seres vivientes de la época, una forma de ordenamiento, una clasificación de fenómenos naturales que se conectaban con su forma de vivir. Las imágenes, producto de mentes revelan sentimientos mágicos, o de alguna religión, que eran las formas de explicación en esas épocas; pues concluían al parecer, que la enfermedad o muerte eran forma de castigo por haber roto reglas sagradas para ellos.

La respuesta que daban tratando de explicar fenómenos era de diferentes formas de actuar; tal es el caso de los hombres que fueron teniendo aptitudes para desarrollar formas de curación: objetos mágicos y prácticas que solo se transmitían a otros especialistas; tal es el caso de lo que refiere el antropólogo (1) Evam-Pritchard en que: “los ritos religiosos de los africanos, NUER junto con los diagnósticos que emergen de esos ritos, tienen como su principal objetivo un entendimiento de todo lo que tiene lugar en el mundo exterior”.

El mismo autor (1) describe como los Azandes (africanos) no creían que la muerte fuese el inevitable fin de la vida y los eventos que ocurren en el curso de esto. Como el cambio no tenía lugar en su mentalidad la muerte era resultado de una causa específica lo cual tenía que ser descubierto si el orden natural y social eran perturbados por el evento que debería ser restaurado.

Parecía haber una escala que juzgaba la seriedad de una enfermedad y después de cierto nivel la medicina producía sus efectos si se contaba con hechicería.

Chamanismo

Las razones de este se encuentran en la creencia de que el mundo es dominado por fuerzas misteriosas y poderosas. En sus orígenes se ubica en las gentes del Asia Central.

Este fenómeno tiene algún paralelismo con prácticas de sicoterapia moderna y además es fuerza vital en las culturas del mundo.

“El Chamán es un hombre o mujer que tiene la capacidad de entrar voluntariamente en un estado no ordinario de conciencia con objeto de tomar contacto con el mundo de los espíritus en nombre de los miembros de su comunidad” (2).

Este suele tener gran poder e influencia en una comunidad, pues es jefe religioso, político y además médico. Con la evolución de las sociedades, la religión y medicina se comportan teniendo vínculos, mientras que la religión y la política se separan.

Dice Capra (2): “La característica más destacada de la visión chamánica de la enfermedad es la creencia de que los seres humanos son parte integrante de un sistema ordenado y que la enfermedad es consecuencia de cierta falta de armonía en el orden cósmico.”

El chamanismo tiene una visión distinta pues tiene el ser humano como parte de una sistema ordenado e integrado dejando a un lado el sistema biologista y busca la causa de la enfermedad en la influencia ambiental, en la sicología y las relaciones sociales; para así derribar las proporciones terapéuticas del mal o enfermedad.

La Ciencia Médica Occidental

Como representante de esta se encuentra la Medicina generada por la escuela hipocrática cuyo arte de la curación se basó en la tradición griega que se inicia en el período pre-helénico.

Estaba vinculada con divinidades y ritos curativos que eran secretos guardados por sacerdotisas.

Esculapio tuvo dos hijas, Higeya o Higía y Panacea (la que todo lo cura) quien se especializaba en el conocimiento de los remedios derivados de las plantas o la tierra.

Igualmente, al otro lado del Atlántico, sin que fuese descubierto, existía un enorme continente con una enorme riqueza. Tan rico en recursos naturales, que la evolución no era tan rápida como en otros continentes; no había que ser superior o más resistente para sobrevivir, muchos climas buenos, agua y alimento en abundancia, eso era, ha sido y es nuestra América.

Pero con los años se fue poblando, el ser humano fue creciendo y aumentándose de manera irresistible.

Sus creencias surgieron y las respuestas a las enfermedades fueron adquiriendo una orientación o una respuesta religiosa y mágica; hasta ahí se llegaba en la evolución del pensamiento y la investigación como consecuencia de todo.

La enfermedad era casi siempre de un origen divino, supernatural; por lo tanto el hombre que establece ese contacto era muy importante pues combinaba sus prácticas mágicas religiosas con el conocimiento empírico de sustancias para completar su terapia; lo cual tampoco era extraño en los otros continentes.

Cada zona o centro de concentración tenía sus dioses: Itzamá, dios y hombre a la vez padre de la medicina maya, que junto con la diosa Ixchel y Citbolontun formaban la trinidad que se encargó de descubrir las virtudes medicinales y heredando los conocimientos de los H-MENES, verdadera familia hipocrática iniciada en los secretos del arte de curar (3).

Los aztecas con su dios principal Xipe, reconocido como el protector de las plantas medicinales y de las personas que las aplicaban.

Según la tradición médica, Inca el dios Viracocha, creador de todas las cosas, era el que originaba la vida, daba la salud y producía o alejaba la muerte.

Pero, ¿a qué viene todo esto?, ¿cuáles fueron sus aportes?, ¿que importancia tenía?

Ese encuentro de culturas, produjo también encuentro de conocimientos y tal vez uno de los relatos que para mí tiene un extraordinario encanto es el llamado La Dorada Leyenda de la Quina, que reza así (3):

“Se cuenta que muy cerca de Loja, existía un hermoso lago, en cuyas márgenes crecían árboles y sus corpulentas raíces fueron precipitadas en el lago, mezclándose sus tranquilas aguas, con las cortezas y la médula de los árboles y raíces. Los indios que tenían por costumbre ir a aplacar la sed en sus aguas, notaron que estas habían cambiado de sabor transformándose en amargo. Muchos de ellos eran febricitantes, iban con sed doblada por la calentura y el agua no sólo les aplacó la sed, sino que les curó de sus fiebres.

Comprobaron que era la certeza que comunicaba el sabor amargo y que las raíces, cuando habían permanecido mucho tiempo bajo el agua, perdían este sabor y la cualidad antifebrífuga”. (125)

Como usualmente la fiebre se precede de escalofríos, se dice que los incas creían que el espíritu maligno estaba actuando para hacer ver el pecado cometido.

La experimentación con las hierbas practicada durante muchísimos años, les permitió seleccionarlas y conocer las formas de aplicarlas y de preparar las infusiones; les permitió saber qué era lo que causaba el sabor peculiar de cada una de ellas, y llegar a establecer con seguridad sus efectos, como el hecho de suprimir las fiebres en el caso de la quina.

Este conocimiento tenía un carácter secreto y se restringía a sitios donde el cultivo era abundante y el conocimiento también. Tal era el caserío denominado Malacatos, cerca de Loja. El secreto lo ocultaron a los españoles durante largo tiempo. (125)

El conocimiento de las propiedades curativas de la quina, por parte de los españoles, sucedió alrededor del año 1600, cuando un cacique indio, después de adoptar la religión católica, curó, mediante el uso de la quina, a un religioso jesuita que padecía de fiebres.

Posteriormente, el conde de Chinchón, quien fue virrey del Perú entre los años 1629 y 1639, tuvo que ver con este medicamento. Se cuenta que en cierta oportunidad cuando se esposa, la condesa, enfermó de ese mal, fue curada con el líquido amargo. Poseedora la condesa del secreto de la quina, y con el propósito de combatir una epidemia, accedió a aplicarlo a los enfermos con sus propias manos, de donde se originó el nombre de “polvos de la Condesa” con que se le conoció en algunos lugares, o “chinchona”, como se le llama aún en la actualidad. En vista de los sorprendentes efectos obtenidos con la quina, el conde de Chinchón pidió que se estableciera la enseñanza de la medicina. (125)

Consecuentemente, este suceso tan importante en la historia médica transformó la sobrevivencia de la gente en Perú y en muchos otros lugares del mundo donde las fiebres palúdicas causaban estragos, y, además, estimuló a que se iniciara, sino la primera, una de las primeras escuelas de medicina en América continental. De esta manera, la leyenda de la quina pasó a constituir un hecho importante en la historia, pues con ella se inició algo muy concreto en la medicina, como es el principio de dar tratamientos específicos para una determinada enfermedad.

Fácilmente se llega a la convicción del alto grado de importancia que ha tenido para la humanidad, la medicina de la América precolombina, y de cómo se justifica reivindicar y reevaluar justamente, los estudios y los esfuerzos de aquellas personas que, en las

comunidades autóctonas, se dedicaban a ayudar a sus semejantes enfermos. Estas personas de ninguna manera pueden seguir siendo llamados hechiceros. Deben, correctamente, ser reconocidos y denominados como médicos indígenas.”

Tercero

Linios antecedentes interesantes

En 1271 (5) se establece un documento, llamado Juramento de Basilea en que se les exige a los farmacéuticos ser cristianos y no vender medicamentos sin receta.

Además, las primeras farmacias conocidas (5) son las boticas de los hospitales en los monasterios que los regían médicos durante el siglo XII y en el siglo XIII ya se empieza a tener la fisonomía que los conocemos ahora. Hay un farmacéutico o boticario que prepara medicamentos haciéndolo en latín.

Se refiere que la primera farmacia pública se construye en Praga en 1360 y el primer farmacéutico a sueldo es el magister Rycchardius, en 1363 (5).

La farmacología se estableció por sí sola como lo hizo la medicina, particularmente en dos lugares: el Hospital y el Laboratorio.

La idea de catalogar cosas fue adquiriendo forma en los siglos XVII y XVIII. Se empezó usando plantas o partes de estas para tratar ciertas enfermedades. En 1813, la lobelia se administró por primera vez para tratar el asma (4).

Otro, el quebracho, se usó para asma y como vasodilatador. La cáscara sagrada como laxante. La coca, conocida desde la conquista española en Méjico y Perú, era usada como analgésico.

En el siglo XIX se inicia un cambio hacia el empirismo, comenzó a tener credibilidad la profesión médica; en la que empezaron a aparecer estándares, tendencias y métodos que hacían progresar la medicina teniendo como líneas principales: la química farmacéutica, la investigación clínica y la investigación en organismos vivientes.

Las bases de lo anterior se fueron fundando por muchos investigadores tales como Karl Scheele (1742-1786) (4) a quien tienen como fundador de la química farmacéutica, quien se hizo amigo de Lavoisier y en 1770. Descubrió en 1774 el oxígeno que llamó “aire libre”; esto no lo comunicó y Joseph Priestley tuvo los créditos del descubrimiento (4).

Todos los descubrimientos de Scheele dieron las bases, para la química orgánica que luego se utilizó en la ciencia de la farmacología.

Cuarto

Una página interesante en la Historia

La Teriaca (o Triaca)

Es uno de los medicamentos más famosos de la antigüedad. Inclusive en el siglo XIX se usaba.

Sus orígenes son misteriosos, no se tiene claro cuándo se inventó ni tampoco quién lo hizo.

Su nombre empezó a utilizarse en los establecimientos médicos en Egipto, entre los siglos III y IV antes de Cristo (1) y luego se difundió por los imperios griego y romano.

Inicialmente se usaba contra los venenos de animales, de ahí su nombre.

Luego se utilizó contra todos los envenenamientos. Conforme el tiempo pasó, se le fueron agregando ingredientes, de 4,40 y hasta 100 componentes.

Se indicaba para: envenenamientos, plagas, migraña crónica, dificultad para oír, visión pobre, vértigo, expectoración de sangre, dificultad para respirar, indigestión, náusea, daños hepáticos, enfermedad renal, hidropesía, etc.

Ahora, conforme a esas indicaciones, veamos algunos de sus componentes: iris, rosa seca, canela, mirra, esencia de azafrán recogido en el vallo de corico, lavanda francesa, pimienta negra, ginger, valeriana, vino maduro, miel, cebolla con polvo de harina y cocinada. Se le agrega carne de un reptil herido con vinagre y también pan.

El líquido de todo eso se guarda en pequeños recipientes a la sombra. A Europa llegó a través de los árabes.

En el siglo XIII la escuela de Salerno la recomendaba y luego en el Renacimiento tuvo un auge importante pues estaba incluida en todas las farmacias con las modificaciones de la época. Fracastoro la recomendaba contra la fiebre pestilente, la tisis y sífilis.

La receta tenía en cada lugar su propio reservorio de vidrio, como ya se mencionó, con su nombre bien impreso celosamente guardado. Se reunía un grupo de gente para realizar la ceremonia de preparación, que era con características de evento público, con un estricto control del gobierno a través de la supervisión del colegio médico respectivo.

Se mantuvo en las farmacopeas de los siglos XVII y XVIII, sin embargo el número de patologías para su uso se reducía cada vez más. Ya en el siglo XIX no se le ponía carne y otros ingredientes se le fueron quitando; sin embargo una droga llamada Teriaca después de haber vivido 2000 años no era fácil borrarla completamente y no fue sino hasta la segunda mitad de siglo XIX, en que la industria farmacéutica y la nueva medicina la eliminaron, ya que actualmente no tiene uso por inefectiva pero no se le puede quitar ese nombre de “real” y “divina” (1).

Bueno, con el perdón de Carlos haberme extendido, ya no los canso más y disfrutemos nuestra historia de la farmacia en Costa Rica y del Hospital San Juan de Dios.

Nota:

Origen de la palabra Farmacia

Del griego: FARMAKON: para los remedios

Del egipcio: FARMAKI: donador de seguridad.

Quinto

Bibliografía

1. Pharmacy Through the Ages (pág.# 9) Farmitalia Carlos ERBA 1987.
2. El punto crucial-Fritgof Capra (pág. # 358) Editorial Troquel 1992 Buenos Aires Argentina.
3. Medicina en América (pág. # 33) EDNASSS 1990.
4. Pharmacy Through the Ages from Laboratory to industry-Farmitalia Carlo ERBA 1987.
5. Crónica de la Medicina Vol. 2-Plaza y Janes Editores 1994.

INTRODUCCIÓN

Como funcionario del Benemérito Hospital San Juan de Dios, ha sido uno de mis anhelos el poder realizar estudios históricos relativos al desarrollo de una institución, la cual llevo en mis entrañas. La razón se justifica plenamente, con solo expresar que es la primera institución formal establecida en Costa Rica, para la atención de la salud perdida de sus habitantes.

Efectivamente, la génesis de tal lucha se encuentra bajo los viejos moldes de la caridad y la beneficencia, sustentados con hidalguía por la institución más representativa: el Hospital San Juan de Dios. A partir de esas primeras formas de brindar atención médica, el hospital ha evolucionado en un proceso amplísimo, pasando su labor por diferentes etapas enmarcadas por el estado costarricense. De esta forma, la institución pasa por los senderos de la caridad, la beneficencia, la asistencia pública, la protección social y la seguridad social en un largo recorrido. En la actualidad, con renovados bríos, se apresta a ingresar al siglo XXI, convirtiéndose en un hospital que se entrelazará por tres siglos, lo que marcará todo un hito dentro de la historia de la salud nacional.

Su historia, por tanto, es una fuente de magnitud y un reflejo permanente de lo que ha sido la salud y la enfermedad, además del consecuente desarrollo positivo de las ciencias médicas, en concordancia con el desarrollo social, económico y cultural del país.

La realidad es que la medicina nace en el mismo momento en que se piensa en conservar la vida. Por tal razón, los conceptos de salud y enfermedad han ido variando a través del tiempo: magia, religión, técnicas y ciencia con sus características propias. Al final, si se quiere, la evolución de la medicina evidencia un grado de avance y progreso de una civilización o pueblo en particular, ya que es una actividad de gran relieve para la vida humana.

Dentro de este ámbito sobresalen también, desde un inicio, vinculados a la recuperación de la salud, la farmacia y sus componentes.

En el transcurrir de los tiempos y en todas las sociedades, las enfermedades siempre han estado presentes, trayendo como consecuencia la mortalidad y la incapacidad. En el fondo, la historia de la farmacia es una complejidad en donde se manifiesta dramáticamente el esfuerzo del hombre por sobresalir en un ambiente hostil.

Juan Esteva con mucho criterio expresa que el desarrollo de la farmacia es la confrontación entre el ingenio del hombre y una naturaleza pródiga en enfermedades; es el esfuerzo por dotarse de unos remedios de los que originalmente el hombre no dispone.¹

El ser humano, en su lucha contra la enfermedad, ha recurrido y utilizado todo tipo de materiales a partir de la farmacia, con la intención de brindar medicamentos útiles. En ese sentido, se han utilizado plantas, animales, minerales, la oración, el encantamiento, la música, la danza y la magia.

Para el mismo Esteva, la historia de la farmacia enseña que los medicamentos no surgen al azar, sino que son la lógica consecuencia de la sociedad que los produce.²

En el caso de Costa Rica, a nivel institucional y aunque en forma incipiente, la actividad farmacéutica estuvo presente en el Hospital San Juan de Dios desde sus inicios, a partir de la segunda mitad del siglo XIX. Adquirió esta rama científica, en conjunto con los profesionales farmacéuticos, una condición relevante para la segunda mitad del siglo XX, como lo es la farmacia hospitalaria como actividad primaria en el campo de la salud.

La historia del Hospital San Juan de Dios es muy vasta, no solo en la evolución e incidencia de las enfermedades, sino también en el desarrollo de las especialidades médicas. La farmacia, entre estas, ocupa un lugar preponderante por su identificación al servicio del paciente.

En el fondo, el estudio sobre la farmacia y la enfermedad, viene a ser un complemento necesario y muy útil para comprender mejor el papel que ha efectuado el Hospital San Juan de Dios, como reflejo de una realidad nacional.

A pesar de una serie de limitaciones de carácter documental y de fuentes de información, el presente trabajo es un esfuerzo que pretende dar una contribución al estudio del conocimiento del pasado, de una parte muy significativa dentro de la mecánica funcional del Hospital San Juan de Dios: la organización de la farmacia, sus cambios, y principales alcances.

El autor

1. David Cowen. Historia de la Farmacia. Ediciones Doyma, España, 1992, p. V.

2. Loc. cit.

Título I

CONSIDERACIONES GENERALES

1- LA FARMACIA Y EL MEDICAMENTO: SU ORIGEN EN EL TIEMPO

La palabra farmacia se origina del vocablo griego *pharmakon*, que significa remedio.³ Sin embargo, la farmacia y las medicinas existen desde que el hombre está en la tierra, en sus formas más rudimentarias. En el fondo, curar cuerpo y alma y preparar medicinas en muchas culturas fueron tareas de una misma persona.

Desde los pueblos primitivos, la relación curativa estaba conformada por aspectos mágico-religiosos y empíricos, a base de hierbas y restos animales. Las funciones de médico y farmacéutico las realizaba el sacerdote, brujo o curandero. Por tal razón, en la preparación y recolección de remedios se asienta el origen de la farmacia.

Las sociedades que alcanzaron un grado de civilización a partir de la escritura o que tuvieron algún nivel de organización político-social, no cambiaron sus nociones mágico-animistas sobre la enfermedad, aunque sí hubo adelantos valiosos para la farmacia, y la medicina en general.

En Mesopotamia se encontró el primer documento relativo a fórmulas y formas de preparación, tomando como punto de partida elementos de los tres reinos: animal, vegetal y mineral.

Igualmente referente a Egipto, el papiro escrito en Tebas hacia 1600 a.C. aporta más de 700 nombres de fármacos y prescripciones, entre los que se encuentran sedantes como el opio, el beleño, el cáñamo indio y la mandrágora, así como purgantes como el sen y el recino. Además de elementos de origen animal, como intestinos de antílope y sangre de ciervo.⁴

El efecto sobrenatural de un medicamento a veces no coincide con el farmacológico; es por esto que en Egipto la medicina y la magia se separan.

3. David Cowen. *Op. Cit.* p. 3.

4. J.M. Pelt. *Los Medicamentos*, Ediciones Martínez Roca, Barcelona, 1971, P.31.

Aquí el médico hacía de farmacéutico, pero también había farmacéuticos prácticamente profesionales que se encargaban de la recolección, preparación y conservación de fármacos. Entre las prescripciones sobresalían los gargarismos, cataplasmas, fumigantes, vinos, pomadas y colirios.

En China, el Pen Tserao fue considerado por mucho tiempo la farmacopea más antigua. Se originó con base en las compilaciones sobre materia médica que inicia el emperador Shen Nung en el tercer milenio a.C. Consistía en una síntesis voluminosa que describía plantas, sustancias animales y muchos minerales, relacionándose los fármacos con el Yin (Principios femeninos) y el Yan (principios masculinos).

La Antigüedad greco-latina se identificó en materia médica y farmacéutica con Hipócrates, quien separa la medicina de los conceptos mágico-religiosos, dándole principios técnicos y científicos. Sus obras abarcaban las drogas conocidas en oriente y occidente, y su Corpus Hipocraticum resume lo que sería un aporte invaluable para la humanidad por varios siglos.

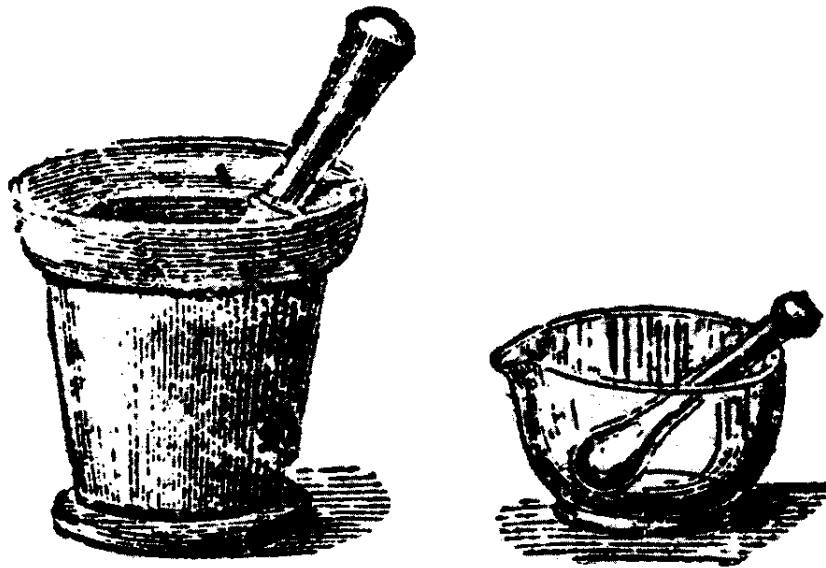
En la historia romana, Galeno fue su más famoso representante, además los farmacéuticos lo consideran el padre de la farmacia, ya que estudia las formas bajo las cuales deben presentarse y administrarse los medicamentos. Con la caída del imperio romano de occidente y la llegada de la edad media, la materia médica y farmacéutica se estancó en occidente, volviéndose a prácticas mágico-religiosas. El desarrollo farmacéutico pasa a ser una actividad de los conventos y monasterios a cargo del clero con poco progreso. Sin embargo, la farmacia árabe toma auge, enriquecida e influenciada de la antigüedad helénica, haciendo aportes como el alambique y el ácido acético, sobresaliendo, entre otros, Avicena y Rhazes. La farmacia árabe contribuye con el advenimiento de las sales y óxido de mercurio, y los ácidos nítrico y clorhídrico. Un apoyo transcendental fue la organización autónoma de la farmacia con sus propios reglamentos que le dieron los árabes y que se completa en el siglo XIII, cuando el emperador Federico II separa formalmente la medicina de la farmacia en Europa, con las famosas constituciones entre 1231 y 1240.

El Renacimiento trae consigo todo un cambio con los descubrimientos, la navegación, las ideas, el pensamiento y la cultura en general. Aquí aparece Paracelso contradiciendo los criterios de la antigüedad en farmacia y medicina, como la teoría humoral. Esta consistía en un concepto biológico que era el humor y que estaba formado por la asociación de cuatro elementos: sangre, bilis amarilla, bilis negra y flema, que daban la interacción entre lo seco, lo cálido, lo húmedo y lo frío. La enfermedad enton-

ces, se va a concebir como un predominio de alguna cualidad sobre las demás y que significaba el desequilibrio.

Paracelso era del criterio que la enfermedad estaba sujeta a alteraciones naturales que tenían que tratarse químicamente. Entonces aparecen los extractos bajo destilación, buscando la superación entre la pureza y la impureza pero sin reacción; esto es la alquimia.

Con el modernismo dentro del mundo de nuevos conocimientos, la ciencia se abre paso con Descartes, Newton y Locke. Con la Revolución Industrial, la farmacia adquiere un carácter irrefutable de ciencia y sus contribuciones para el desarrollo, el progreso y la vida humana son inconmensurables en conjunto con Química, la Bioquímica, la Biología, la Microbiología, la Botánica, la Fisiología y la Homeopatía, entre otras. Algunos de sus más sólidos representantes han sido: Boyle, Hoffman, Withering, Hanemann, Glauber, Coventou, Pelletier, Heinrich, Erhlich, Stall, Lavossier, Sequard y Bernard⁵.



5. Albert Lyon. *Historia de la Medicina*. Editorial Mosby, España, 1994. cap. final.

2- LA FARMACIA HOSPITALARIA

La actividad farmacéutica tiene sus antecedentes en el mundo árabe y en la Edad Media. Sin embargo, su inicio formal puede situarse en el siglo XIX, en Francia, cuando la labor farmacéutica de los hospitales tenía que estar bajo la tutela de un profesional en Farmacia. De esta forma, se hicieron cargo de la farmacia como un ente de apoyo en donde se preparaban las medicinas del hospital, se expendían y valoraban. O sea, que el farmacéutico no solo era considerado un boticario sino también un profesional de la salud.

De acuerdo con Cowen,⁶ la farmacia hospitalaria toma cuerpo en los Estados Unidos y Canadá, cuando se establecieron centros médicos en las ciudades. Para finales del siglo XVIII, se establecieron farmacias hospitalarias a cargo de boticarios con responsabilidades clínicas, mientras que para el siglo XIX la responsabilidad ya era del farmacéutico. Durante el siglo XX, con base en una mejor organización hospitalaria, los progresos de la farmacia con algunas de sus ramas como la farmacología y la farmacología clínica han sido algo excepcional. Para la farmacia hospitalaria, han sido vitales los formularios terapéuticos, que son la base de las prescripciones médicas. Su elaboración tuvo auge en el siglo XIX y primeras décadas del presente siglo. También aparecen en este sentido los comités de farmacia, generalmente compuestos por médicos y farmacéuticos y que son los encargados de evaluar y seleccionar los medicamentos que el hospital requiere, así como los medicamentos que se excluyen y otros que se incluyen en relación con las patologías del paciente y su propio beneficio.

3- LA FARMACIA AUTÓCTONA AMERICANA

Con su implacable conquista y sus consecuencias políticas, religiosas, culturales e institucionales que España aplicó en las tierras americanas se inicia una desigual “fusión cultural” y que en el campo de la farmacia se vieron muy beneficiados.

El protomédico español, Francisco Hernández, cuando llega a México, en 1570, describe que allí hay más cantidad de plantas, hierbas, y semillas medicinales conocidas, que en otra parte⁷.

6. David Cowen. *Op. Cit.* p. 281.

7. Diego García. *Historia del medicamento*. Ediciones Doyna, Barcelona. 1985, p. 18.

La enfermedad, en las culturas americanas, también era achacada a los espíritus, pérdida del alma, castigo, o faltas cometidas por los individuos que tienen que pagar con la enfermedad.

Los curanderos, sukias o chamanes fueron los encargados de interceder para liberar de las enfermedades a los atacados por éstas, desde una perspectiva mágico-religiosa.

El uso de las plantas medicinales fue común para lograr la curación de los enfermos a través de la intervención de los dioses. Dentro de este campo, sobresale el tabaco, que se usaba como analgésico.⁸

También está el guayacán, que los primeros conquistadores la consideraron de mucho valor para tratar las bubas (sífilis), los reumatismos y las fiebres.⁹

La caña fístola fue una droga muy usada como laxante y purgante, y como tratamiento posterior para enfermedades del hígado, riñones, sarampión o viruela.

No se debe olvidar a la quinina y su aporte al viejo continente. Fue usada muy intensamente para combatir el paludismo y las fiebres.

Las virtudes de la quinina, llamada también cinchona, fueron conocidas mucho antes que llegaran los conquistadores, lo mismo que la coca.

Otra contribución autóctona americana fue la ipecacuana, a la que se le reconocieron propiedades eméticas y expectorantes.

El maíz también era utilizado como alimento y como diurético en forma de chicha. En fin, la lista de plantas medicinales en la farmacopea indígena es enorme, lo mismo que los medicamentos de origen animal como los caldos de zorrillo como fortificante y el caldo de cuzuco para fortalecer el apetito. También se utilizaba el pene de mapachín como afrodisíaco. En el campo mineral los indios utilizaban el mercurio metálico y carbonato de sal, así como las piedras preciosas.

En Costa Rica, se distinguía el sukia como sacerdote, médico y adivino. Los sukias, de acuerdo con Jorge Lines, eran renombrados herbolarios y tenían conocimientos

8. José Reina Valenzuela. *Bosquejo Histórico de la Farmacia y la medicina en Honduras*. Ediciones Aristón, Tegucigalpa, 1947. p. 21.

9. José Muñoz. *Apuntes para la Historia de la Farmacia en el Ecuador*. Editorial Rumñahui, Quito, 1945. P.19

precisos de las virtudes curativas de multitud de plantas.¹⁰

El buen uso de las plantas era el producto de años de observación y transmitidos por tradición. Los sukias a veces efectuaban prácticas de hipnotismo, sugestión y magia para poder realizar sus curaciones. Uno de los tratamientos más usados por el sukia era el que brindaba con la pipa de tabaco, cuyo humo envolvía al paciente, pronunciando palabras significativas hasta estallar en gestos y gritos, para quedar en trance a la par del paciente. Igualmente hacían masajes, pretendiendo extraer del paciente el cuerpo extraño que supuestamente producía la enfermedad. En buena medida, parte del curanderismo del costarricense tiene sus raíces cimentadas en las heredadas tradiciones supersticiosas indígenas. Algunas de las plantas que pudieron utilizar los indígenas costarricenses, aunque con otros nombres, de acuerdo con José Camacho,¹¹ podrían ser, entre muchas, las siguientes:

Jocotillo: para limpiar heridas.

Madera negra: para usos de la piel.

Dormilona: para tratamientos estomacales.

Escalera de mono: para combatir los parásitos.

Caña fístola: para laxante.

Kekli: como expectorante.

Copalchí: contra parásitos y calenturas.

Zarza: para reumatismo.

Naranja agria: para resfríos.

Nashawo: dolores de cabeza y resfríos.

Güitite: problemas inflamatorios.

En una excelente investigación, Alia Sarkis y Víctor Campos¹² nos exponen algunos ejemplos de lo que ha sido el curanderismo tradicional costarricense y supersticioso. Para alejar espíritus malignos, se pueden usar los “siete inciensos”

10. Jorge Lines. Sukia. En: *Revista de Archivos Nacionales*. 1945. pp. 42-170.

11. Edgar cabezas S. *Historia de la Medicina en Costa Rica*. EDNASSS. CCSS. 1990. p. 41.

12. Alia Sarkis y Víctor Campos. *Curanderismo Tradicional Costarricense*. Editorial Costa Rica, San José, 1981, P. 19.

que consiste en una mezcla de incienso, mirra, copal, laurel, estoroque, chirraca y romero.

Se queman echándoles un poco de azúcar, sus vapores se esparcen por toda la casa y con esta debe tenerse fe para destruir la primacía del espíritu maligno; a la vez, se utiliza la misma fórmula para cambiar la suerte y atraer riquezas.

Otra receta para hacerle el mal a una persona, se elabora a partir de la toma de tinta de escribir, tierra de panteón, aceite de comer y excremento de cabra, se mezcla y se echa en la casa del destinado. También para los malos espíritus, una receta tradicional ha sido la de lavar los pisos de la casa, con agua de lluvia, de cañería y de mar en una mezcla con azafrán, jabón azul y limón.

Título II

LA COLONIA EN COSTA RICA: MEDICINA, ENFERMEDAD Y CURACIÓN

1- LA ORGANIZACIÓN SANITARIA

Durante el período colonial, la provincia de Costa Rica, perteneciente a la Capitanía General de Guatemala, se mantuvo en una serie de limitaciones; unas impuestas por la corona española y otras de orden interno que afectaron el desarrollo económico y social.

A pesar de que hubo algunas excepciones importantes, como lo fueron los ciclos de producción de cacao y tabaco que propiciaron alguna acumulación de capital, para españoles y criollos, la realidad fue que la economía colonial prácticamente no avanzó.¹³

En general, las características predominantes fueron de pobreza y abandono, pésimas vías de comunicación y escaso nivel técnico, aunque la igualdad no fue una característica generalizada en la colonia.¹⁴

Con respecto al desarrollo farmacéutico y médico, el estudioso de la farmacia costarricense, Dr. Carlos Alberto Serrano, dice:

*“Durante la época colonial y hasta los primeros años del siglo diecinueve el país se vio privado del servicio de farmacéuticos y de farmacias y el oficio era ejercido por frailes y curanderos por medio de la aplicación y confección de remedios caseros.”*¹⁵

El anterior criterio es compartido por otros estudiosos, como el caso de José María Barrionuevo quien manifestaba:

“En tiempos de la colonia, así como en los primeros días de la independencia, Costa Rica adoleció de la falta de facultativos médicos estables. La pobreza del país fue un factor

13. Ciro Cardoso y Héctor Pérez. *Centroamérica y la Economía Occidental (1520-1930)*, EDUCA. pp. 83 y 125.

14. Iván Molina. *El Legado Colonial y la Génesis del Capitalismo*. Universidad de Costa Rica, San José 1991, pp. 54, 55, 56.

15. Carlos A. Bonilla S. *Vistazo sobre el Desarrollo Institucional de la Farmacia en Costa Rica*. Colegio de Farmacéuticos, San José, 1972, p. 1.

*predominante para que ningún médico de los contados que se aventuraron a colaborar en la colonización de nuestros tierras, pensaron en radicarse identificándose con el medio.”*¹⁶

Las personas de posición y cierta preparación eran las encargadas de realizar algunas labores médicas y farmacéuticas, pero el charlatán y el curandero imperaban. El mismo Barrionuevo agregaba que debía tomarse en cuenta que al analizar el problema, los factores higiénicos de educación y culturales que coadyuvaban en aquella lamentable situación; en que se pudo observar que el número de muertos en ocasiones sobrepasaba el de nacimientos, obligando a las autoridades españolas a tomar medidas contra los curanderos, pese a no existir alternativa.¹⁷

Los criterios en relación con lo antes expresado confirman la realidad de la provincia de Costa Rica en el campo de la salud. Uno de ellos lo expresa el historiador Ricardo Fernández, al manifestar que era la provincia más atrasada del Reino de Guatemala y sus 50 mil habitantes vegetaban miserablemente con gran aislamiento, no habiendo en todas ellas una imprenta, ni un médico ni una botica.¹⁸

El mismo gobernador, Diego de la Haya Fernández, comunicaba que en Cartago no se encontraba ni un médico, ni cirujano, ni barbero; además, en una habitación de su propia casa funda un hospicio para la atención de algunos enfermos que eran víctimas de los curanderos.¹⁹

En síntesis, existió coincidencia en lo que fue la organización médica y farmacéutica durante la colonia en Costa Rica y entre los estudiosos que han investigado en detalle tal situación, está el farmacéutico Dr. Gonzalo González, quien expresaba que Costa Rica no contó con servicio de médicos, ni boticas hasta los primeros años del siglo XIX.²⁰

2- LA POBLACIÓN NATIVA

La población autóctona costarricense durante la colonia sufrió un descenso considerable. Evidentemente el encuentro entre españoles e indígenas fue violento; en un primer momento

16. José Barrionuevo. *Medicina en la Colonia*. Imprenta Lehmann, San José, sin fecha, p. 1

17. Loc. Cit.

18. Guido Miranda G. *La Seguridad Social y el Desarrollo de Costa Rica*. Edit. EDNASSS, CCSS. San José, 1994. p. 4.

19. Marco Medaglia. *Historia del Hospital Max Peralta*. Inédito.

20. Gonzalo González. *Historia de la Farmacia y Medicina en Costa Rica*. En: Revista Universidad de Costa Rica, No. 1, 1944 p. 63.

con las armas y luego con el pillaje y saqueo de sus cultivos.²¹

Las arremetidas de los colonizadores fueron constantes, significando pérdida de cosechas con consecuencias nefastas como muerte y enfermedad.

El peninsular al cambiarle a los indígenas sus creencias, valores y otras condiciones propias, produjo un desmoronamiento que fue:

“Tan brusco como imprevisto, no podía menos que alimentar entre los indios la sensación de desamparo total y los abandonaron las ganas de vivir, la huida, el desarraigo; con la ruptura consiguiente de los lazos familiares y comunitarios; fueron reacciones instintivas sobre la presencia ofensiva e ineludible del invasor.”²²

Obviamente, para lograr tal situación utilizó instituciones que le sirvieron para esos fines como los repartimientos y encomiendas, cuyo fin era el de someter al indio a la nueva estructura colonial basada en la explotación de mano de obra en forma esclava.²³

Las enfermedades que atacaron a la población nativa fue otra razón de peso que influyeron notoriamente para el decrecimiento de la población, destacándose los de origen foráneo. Al respecto, Eduardo Rosés expresa que a partir del dominio español los nativos contrajeron enfermedades que se manifestaron en su organismo con mayor violencia que antes, y su organismo, ya bastante afectado por la explotación, sufrió los efectos de virus que fueron letales y disminuyeron en forma inevitable la población.²⁴

Un criterio claro y concluyente emite el historiador José Reina cuando menciona que:

“España nos trajo el tesoro de su lengua y nos enseñó la esencia de la imponderable religión de Cristo, pero en cambio quizás fue necesario, nos cargó de cadenas, que fueron pesadas o leves, según la conciencia y los apetitos de los hombres enviados por la corona.”²⁵

21. Rafael Bolaños V. *Contribución al Estudio del Decrecimiento de la Población Nativa de Costa Rica*. Tesis, UCR, 1981, p. 38.

22. *Ibid.* P.40.

23. Edgar Cabezas. *Op. Cit.* P. 81.

24. Rafael Bolaños. *Op. Cit.* P. 111.

25. *Ibid.* P. 114.

3- ENFERMEDADES Y MEDICAMENTOS

Con respecto a las enfermedades predominantes en el tiempo colonial y que hicieron estragos entre la población aborigen, sobresale la viruela, que es una enfermedad infectocontagiosa, que produce erupciones en la piel.

Esta enfermedad tenía que causar alta mortalidad, tomándose en cuenta los atrasos de la ciencia.

La viruela hizo su aparición en varias ocasiones entre los pueblos indígenas como en Quepos, Ujarrás y Orosi. Se considera que esta enfermedad llegó a América por medio de un esclavo africano;²⁶ sin embargo, desde la Edad Media ya era conocida en Europa por los estragos que ocasionaba. Se cree que entró a Europa a través de los cruzados que venían de oriente.

Al principio, la profilaxis únicamente consistía en el aislamiento de los enfermos. Con los descubrimientos de Jenner sobre la vacunación en el siglo XVIII, se difundió por el mundo esta práctica. La vacunación antivariólica llega a Costa Rica en 1806, cuando a pedido del gobernador Tomás de Acosta, el Dr. Manuel del Sol procedente de Guatemala inicia tan importante y necesaria actividad preventiva.

El sarampión, enfermedad febril y contagiosa, estuvo presente también causando bastante mortalidad, así como la tuberculosis, el paludismo y la lepra, por mencionar algunos.

En este aspecto es curioso cómo las recetas para la curación de las enfermedades venían de la Capitanía General de Guatemala en representación de la corona y de la parte clerical.²⁷

El resfriado, la gripe o la influenza, en la colonia, era conocida como “la bola”. Pues bien, para esta enfermedad, la forma de curación era la siguiente:

“Luego que el enfermo sienta la calentura, se le echarán ayudas hechas con cuatro onzas de raspadura y media onza de jabón de la tierra deshecho en agua de malva; así que halla obrado la ayuda, se le hace sobijo en las coyunturas con sebo o con unto sin sal frito en vino, y acabado el sobijo se le da un sudor de cola de alacrán cocido con maíz y ajos, y de esta misma agua beberán en abundancia, porque mientras más beban, más lo hace sudar y

26. José Reina V Op. Cit. P. 34.

27. Tulio Bülow. *Apuntes para la Historia de la Medicina de Costa Rica*. En: Revista de Archivos Nacionales, 1945, pp. 128, 129.

mear. Los que no puedan sudar con esta agua, tomarán la yerba de San Antonio cociendo bastante yerba de modo que quede bastante verde el agua; de esta agua se toma medio guacal y con ella sudan; la tos se alivia con chupar caña de trapiche asada y con beber unos tragos de agua de orégano bien caliente y si no les crece la calentura de tarde, la podrán tomar hasta tres veces al día. Los que tengan vómitos y evacuaciones, también tomarán la leche por todo alimento; los que tuvieran hipo tomarán poquitos de leche y en cada tres veces el peso de un real de colpachí en polvo deshecho tres veces en agua y yerbabuena molida. Los que tomen la leche dejarán pasar cuatro horas para tomar limonada y otras tantas horas de la limonada a la leche... Cuando la evacuación los apure mucho, tomarán un poquito de tizante blanco deshecho con agua, con hojas de Guñoquaquel: no comerán carne, ni chile, ni chocolate. Han de tomar limonada una vez por la mañana y otra por la tarde, siempre tibia: el agua de borraja y maíz ha de ser siempre tibia, nunca beban nada frío ni se bañen; cuando se sientan con dolores de cabeza y otras partes del cuerpo, podrán tomar chicha o guarapo caliente, pero que no estén fuertes. Para aplacar la tos cuando no basta la leche, harán un lamedor de culantrillo, orégano y yerbabuena cocidos en agua, y en esta agua se hará el lamedor con la mitad de azúcar y la mitad de miel; y lo estarán chupando con una raíz de malva, a todas horas del día."²⁸

Sobre la receta anterior, la verdad es que era la idónea para la gripe, además lo importante es que eran dadas para hacer el bien de acuerdo con la época. Indiscutiblemente las plantas han sido elementos imprescindibles para la vida del ser humano, por su acción farmacológica; sus sustancias y derivados figuran en farmacopeas oficiales durante los siglos XIX y XX.²⁹

-
28. Otón Jiménez. *Comentarios de una Receta del Siglo XVIII*. En: Congreso de Farmacia y Bioquímica en San Salvador, Colegio de Farmacéuticos, San José. 1967, p. 105.
29. *Ibid.* P. 136.

Cronología de las pestes en el período colonial

Año	Enfermedad	Lugar
1524		Nicoya
1569		Nicoya y Costa Pacífica
1573		Nicoya y Costa Pacífica
1576		Valle Central y Esparza
1604		Valle Central
1614		Atirro, Ujarrás, Cachí, Turrialba
1632		Atirro y Pejibaye
1654-56	Viruela y sarampión	Orosi y Valle Central
1690	Viruela	Valle Reventazón y Valle Central
1700	Sarampión	Garabito y Turrialba
1707	Sarampión, viruela	Esparza
1765	Viruela	Orosi
1769-70	Viruela, sarampión	Parragua
1787	Peste de la bola	
1780-81	Viruela	Quircot, Tobosi y Cot
1785	Viruela	Valle Central y Térraba
1801	Tosferina	Cartago
1814	Paludismo	Cartago Ujarrás

Fuente: Bolaños, Rafael. Contribución al Decrecimiento de la Población Nativa. UCR. 1981, p. 116.

4- MEDICINA EN LA COLONIA: TULIO VON BÜLOW

El Dr. Tulio von Bülow Cordero, hijo de padre alemán y madre costarricense, tiene el especial mérito de haber sido uno de los principales historiadores de la medicina nacional. Su trascendental obra titulada “Apuntes para la Historia de la Medicina en Costa Rica durante la Colonia”, demuestra la constancia, el esfuerzo y lo laborioso de su trabajo investigativo, basado en fuentes primarias localizadas en el archivo nacional.

Su obra es digna de mención y una lectura obligatoria para todo aquel autor que quiera penetrar por este acervo histórico; ya que como expresaba el mismo Bülow:

“Entre las condiciones sociales ocupa el lugar principal las relacionadas con la salud y la vida de los individuos. Conocer los recursos médicos de que se disponían, saber los medicamentos que se podían usar, los profesionales capaces de dar salud y escudriñar las epidemias que devastaron la colonia, y las endémicas y afecciones agudas que minaban

las resistencias físicas, ayudan grandemente a situarse la época y el ambiente.”

El Dr. Bülow Cordero obtuvo en Suiza un doctorado en ciencias, del cual nunca hizo ostentación, sino más bien cumplió una labor silenciosa pero muy constructiva para beneficio de Costa Rica. Bülow, quien también era graduado en Filosofía y Lógica, murió en 1946, a la edad de 52 años. Fue nieto de Alejandro von Bülow, comerciante alemán que vino a Costa Rica en el siglo XIX, y teniendo por su propia voluntad una activa participación en contra del esclavista norteamericano, William Walker y su rapiña, en favor de las tropas libertarias costarricenses comandadas por los Mora y Cañas.

Macabeo Vargas dijo del Dr. Bülow:

“Muchas revistas se ufanaron con sus trabajos. El tejió su corona fúnebre que nadie hará. Para muchos faltan las flores en la tumba, a otros les sobra como basura.”

El Dr. Tulio von Bülow dividió su obra “apuntes” en cuatro partes, a saber:

- A. *La Profesión*: hechiceros, curanderos, médicos y boticas.
- B. *Las Grandes Epidemias*: viruela, sarampión y bola.
- C. *Enfermedades Infecto Contagiosas*: lepra, sífilis, tuberculosis y malaria.
- D. Como un homenaje a tan ilustre ciudadano costarricense y por la valía de su aporte, a continuación se transcribe la cuarta parte, por ser muy afín al tema que se desarrolla.

«EL CABILDO NOMBRA ABOGADA CELESTIAL CONTRA LA RABIA

Es cuadro sintomático que presenta la rabia es, sin duda, uno de los más dramáticos y espectaculares que puedan observarse en patología humana. Sólo puede ser comparado con el que presenta el tétano o el envenenamiento por la estricnina.

«También en el animal, es decir, en el perro, que es en el que más frecuentemente se observa, la enfermedad presenta, durante las fases de excitación, caracteres que no es exagerado calificar de demoníacos: el lomo arqueado, el pelo erizado semejante al de un lobo frenético, los ojos brillantes como ascuas, las fauces enrojecidas y babeantes, el labio superior contraído

dejando en descubierto los caninos, hacen perder al perro toda su dulzura, su innata bondad, la nobleza de su mirada. El animal, enloquecido, ciego corre hacia adelante e, inconscientemente, muerde y desgarrar todo lo que se pone a su alcance. ¡Y en esa mordedura inocular la muerte! Su boca lleva el virus fatal que, antes del descubrimiento de Pasteur, significaba inevitable condena a muerte en medio de los más atroces sufrimientos.

»A principios del siglo XVIII, parece haber habido en la provincia un brote de rabia, si hemos de creer al acuerdo tomado por el Cabildo de Cartago, el 27 de agosto de 1714(1), y que dice:

“Por quanto se esta experimentando en esta ciudad. el mal de la rrauvia de quean muerto algunas personas de dho. accidente porque se deue clamar a Dios nro. Señor y a sus Santos que se apiade de nosotros por Su gran misericordia, dispusieron el apellidar por abogada a mi Señora Santa Ana asinandole todos los años dia en que se selebre Su festividad para cuio efecto dijeron que asignaun y asignanron el dia Veinte Y seis de jullio ques, el dia en que nra. Santa madre Yglesia le celebra...”

»A este acuerdo sigue la enumeración de festejos que han de celebrarse en honor de la Santa, así como el presupuesto de lo que se había de gastar en ellos.

»Ahora surgen dos preguntas: ¿Cómo llegó la rabia a Costa Rica en el siglo XVIII? ¿Cómo desapareció posteriormente del país, sin que se hubieran tomado medidas especialmente destinadas a controlarla, es decir, sin que jamás se haya recurrido a la vacunación pasteuriana antirrábica?... Cabe preguntarse también: ¿Fue realmente la rabia la que motivó la alarma del Cabildo de Cartago en el año de 1714, y que le obligó a implorar —como supremo recurso— la ayuda de Dios y sus Santos?

»En el párrafo anterior transcrito del acuerdo tomado por el Cabildo, se notará que se afirma haber muerto varias personas del “dho. accidente”. Es evidente que serían necesarios datos más completos para que pudiéramos aceptar, sin más no más, el diagnóstico de rabia. Se debería, ante todo, poder responder a las dos preguntas anteriormente formuladas: ¿Cómo llegó la rabia a la colonia y cómo desapareció de ella? No conocemos (lo cual desde luego no significa que no exista), ningún documento que nos informe sobre el primer extremo, que es el más importante.

»Más lejos veremos la existencia de ciertas epizootias que pueden simular la rabia. Por el momento, limitémonos a lo que refieren los documentos de nuestros Archivos Nacionales.

»En el libro de actas del Ayuntamiento, que termina en el año 1717, no volvemos a encontrar ninguna referencia a la rabia. Y así, debemos reconocer que, si rabia hubo, el cabildo de la Provincia no pudo tener más acierto en la escogencia de su “abogada”, que en pocos meses logró terminar con la enfermedad. Pero o no se cumplió debidamente con la “abogada” o ésta se olvidó de sus clientes. El hecho es que, pocos años después, volvió a aparecer la rabia.

»CONTROL DE PERROS

»En 1721, el Capitán D. José de Mier Cevallos, consideró que quizás era más práctico y eficiente suprimir los perros que buscar abogada en la Corte Celestial. Y así, el 24 de junio de 1721 (por error dice 1701), hizo publicar un bando limitando el número de perros que se podían tener en las casas de la ciudad y en el campo:

“Y porque me hallo informado asimismo del gran daño que se experimenta en los campos de esta dha. ciudad del ganado Bacúno y cabayar menudo a causa dela abundancia de perros que se crian en las chacaras de dhos. campos Andando en manadas como lobos., ordeno y mando a dhos. Vezinos a sus criados y sirvientes de las haziendas los hagan matar y maten a dhos. Perros dejando solo en dada casa Vno y en donde Vbiere hatos de ganado, dos; Y si fueren brabos los mantengan amarrados por el daño que pueden hacer a las criaturas.”

»En el mismo bando el Capitán de Mier Cevallos fijaba un plazo de quince días para que su orden fuera cumplida:

“...con apercibimiento que pasado el termino de dhos. quince dias, se saldra por las calles con esquadras de gente a quitar tan perjudicial estoruo...”

»Una multa de cinco pesos “en moneda de cacao, por la escasez de plata”, fue fijada para quienes no acataran el bando(2).

»Fuera porque el Capitán de Mier sólo actuaba en calidad de Teniente de Gobernador, fuera por cualquier otra causa, el hecho es que los habitantes de la provincia no parece que hubieran hecho gran caso de sus órdenes. Pero el Gobernador, D. Diego de la Haya Fernández, debe de haber sido hombre a quien no agradaba que se pasara por encima de la autoridad de sus subordinados. No habiéndose acatado el bando de su teniente, hizo publicar otro, fechado el 11 de octubre del mismo año de 1721.

»Nótese que en el bando del Teniente del Gobernador no se hizo referencia alguna a la rabia, pero en el del propio Gobernador sí se menciona expresamente el peligro que los perros representan en cuanto a su diseminación:

“...después (de publicado el bando del teniente) sean ocasionado otras quejas de mordidas de perros a diferentes Personas a Tpo. que de quatro días a esta partte sea experimenttado haber picado el Mal de Rabia a dos de Ellos que mande mattar...” (¡Suponemos desde luego que fue a los perros!)

»En su auto, el Gobernador de la Haya se refiere concretamente a los daños que la rabia puede causar en los animales domésticos y al hombre; menciona los “estragos y ruinas habidos en los años anteriores”, pero no cita ningún caso de rabia humana (aunque hubo varios mordidos).

»Malogradas las medidas tomadas hasta esa fecha, tendientes a disminuir el número de perros callejeros, éstos no parecen haberse dado por entendidos de los bandos promulgados en su contra y siguieron reproduciéndose con toda tranquilidad.

»En 1763, obedeciendo sin duda a uno de esos accesos de actividad que parecen haber sido norma de nuestros gobernantes desde tiempos de la colonia, al Gobernador, Don Joseph Ant. de Oriamuno, le dio la ventolera por emprenderla contra los perros, como ya lo habían hecho el Cabildo en 1714 y el Gobernador de la Haya en 1721. Hubo, desde luego, el inevitable bando, el cual, para que llegara a noticia de todos y nadie pudiera alegar ignorancia de él “*fue leído en dia festivo, en la Plaza Pública y remitido a los valles de Uxarras, Azerri y Barva, del que pasará la ciudad de Esparza*”.

»El bando del Gobernador Oreamuno, no se concretó a ordenar que se quitaran los perros de las casas de las poblaciones, sino que, de una vez, decretó que debían ser “*haorcados* “. (3)

»Si hemos de creer los motivos invocados por Don José Ant. en el auto que condenaba a muerte a los perros, no le faltaba razón para tan drástica medida. En efecto, dice así el auto:

“Por quanto ha mas tiempo de dos años que se está Experimentando en esta Prova, de mi mando el General Contagio de la Ravia delos Perros y Que en dho. tiempo han mordido a algunas personas las que HAN MUERTO RABIANDO LASTIMOSAMENTE SIN ENCONTRAR REMEDIO ALGUNO PARA LIBERTARLES LA VIDA(), y que cada dia con la muchedumbre que hay de Perros asi en esta civd. Etc....”*

* En capitales, por el autor.

»Debemos admitir que, en realidad, en el año 1763 y los dos anteriores, los perros transmitían la rabia a los habitantes de la provincia. Ya vimos que, en 1714, se imploró, para luchar contra la misma enfermedad, la ayuda de Santa Ana y que, posteriormente, se consideró más práctico limitar el número de perros que se permitía tener a cada dueño de hatos de ganado. Esto en 1721.

»Pero, desde el punto de vista epidemiológico, cabe preguntarnos:

¿dónde se ocultó el ultra-virus rábico, entre ese año de 1721 y el de 1761, es decir, durante CUARENTA AÑOS, en que parece haber aparecido de nuevo? No podemos sino plantear la pregunta; pero sería de gran interés encontrar elementos para responder a ella. ¿Fue quizás en animales selváticos: “coyotes” y “tigrillos”, etc., que se mantuvo activo el ultra-virus rábico? Sólo podemos suponerlo, sin que haya posibilidad de encontrar ningún dato positivo que nos autorice a afirmarlo.

»Insistimos sin embargo en preguntarnos: ¿cómo desapareció definitivamente el virus-rábico de Costa Rica?... Porque es un hecho demostrado que, por lo menos durante el presente siglo, no se han presentado casos de rabia canina ni humana. Y ello a pesar de que jamás ha existido en el país una instalación u organización para el empleo de la vacuna pasteuriana antirrábica.

»Al respecto, podemos decir: existen en los animales ciertas encefalitis que provocan en ellos violentos estados de agitación, muy semejantes clínicamente a la rabia. No sólo se observan estas encefalitis en los perros, coyotes y tigrillos, sino también en los vacunos. El animal que es atacado por esas afecciones, aunque normalmente sea manso y dócil, se enfurece, corre hacia adelante y atropella lo que encuentre; sus ojos tienen el brillo de los animales rabiosos y de su hocico corre abundante baba. Generalmente, el ataque termina con convulsiones y el animal queda extenuado, tirado en el suelo, agotado. Pero estas encefalitis se diferencian de las que provoca el ultra-virus rábico en que el animal -si se trata de un perro- no tiene tendencia a morder y en que, aun cuando lo haga, su baba no transmite la enfermedad al animal u hombre mordido.

»En 1922, tenía a mi cargo el laboratorio del Hospital de Liberia. Un día recibí órdenes telegráficas del señor Secretario de Salubridad, Dr. Solón Núñez, para que precediera al examen de un perro que había mordido a un vecino de uno de los pueblos del alrededor. El animal presentaba los síntomas que acabo de indicar y que, justificadamente, podían considerarse como manifestaciones de rabia. El perro fue sacrificado y su cerebro examinado.

Se encontraron las típicas lesiones de una encefalitis, PERO NO SE PUDO CONSTATAR LA PRESENCIA DE LOS CUERPOS QUE CARACTERIZAN LA RABIA. El caso implicaba seria responsabilidad: en primer lugar, estaba en juego una vida humana; en segundo, existía la posibilidad de que si se trataba realmente de rabia la epizootia se extendiera. Prestamos, pues, al caso, toda la atención y cuidado que podíamos darle y concluimos por afirmar terminantemente que no se trataba de rabia. Una ligera cura antiséptica ayudó a la rápida cicatrización de las lesiones causadas por la mordedura del perro, y las cosas no pasaron a más.

»Pudiéramos preguntarnos si los casos de “rabia” que durante la colonia motivaron a las medidas que acabamos de ver, no fueron también casos de ENCEFALITIS, según expresa el Gobernador Oreamuno. ¿Se trataba realmente de rabia? ¿No podría suponerse un “CONTAGIO MENTAL”, una sugestión? Tal hipótesis no es de desdeñar.

»En 1781 se promulgó otro bando contra los perros(4). En él no se menciona la rabia, sino los destrozos que hacían en el ganado pequeño. Parece que la colonia fue en aquellos días lo que era Constantinopla a principios de este siglo.

»En ese bando decía el Gobernador Don Juan Flores:

“por quanto han llegado ami diferentes vesinos quejandose de daños echos en sus Reses y Crias por la muchedumbre de Perros y como me costa qe. EN EL DIA FALTAN VI VERES PARA LOS RACIONALES”() y infiero que por preciva necesidad han de continuar los perro estrechados del ambre mattando terneras..., etc, etc.”*

»Es decir, parece que en esta ocasión se decretó el exterminio de los perros, más por temor de que aumentara la necesidad de alimentos de que padecían los habitantes de la colonia, que porque la rabia amenazara a la población.

»No hemos encontrado ningún otro documento relacionado con el asunto, y es de creer, por lo tanto, que si realmente hubo rabia en la colonia, su último brote fue el de 1763.

»Y así podríamos decir que la historia de la rabia en Costa Rica durante la colonia, terminó, no en un pleito entre perros y gatos, sino entre perros y racionales, que se disputaban unos cuantos terneros para su sustento.

* En capitales por el autor. Nótese que estábamos en el año 1781 y que todavía faltaban 150 años para que el Dr. Calderón Guardia llegara al poder y le sucediera el Lic. Picado!....

»LA OPERACIÓN CESÁREA EN LO TEMPORAL Y LO ESPIRITUAL

»De acuerdo con la leyes del Reino era terminantemente prohibido dar sepultura al cuerpo de ninguna mujer que hubiera muerto en estado de embarazo, sin que previamente se le hiciera la operación cesárea. De velar por su cumplimiento estaban encargados los Prelados Eclesiásticos y los Gobernadores.

»La Real Cédula de 13 de abril de 1804, expedida en Aranjuez(5), se refiere a los muchos males “que en lo espiritual y temporal” resultaban de la no observancia de las disposiciones al respecto, y dice:

“EL REY. Por parte de Dn. Juan Ygno. Gutierrez Canonigo de la Yglecia Metropolitana de Sta. Fé se hicieron presentes en 8 de Octubre de 1802 los muchos males que en lo temporal y espiritual se seguian de no practicarse la operacion cesaria con la debida instruccion, y qe. para evitarlos hizo imprimir a su costa elemetodo qe. pr. tal operaon. traé el monge Cisterciense Dn. Alfonso José Rodriguez en el tomo cuarto de su aspecto de Teología medico-moral, de cuyo metodo remitió un Exemplar pidiendo si formase un breve y clara instruccion para executar dha. operacion encargando su ovservancia muy estrechamte. a las Junts. y Parrocos de los Pueblos. Y habiendose visto en mi Consejo de la Indias, con lo qe. dijo mi fiscal y consultandome sobre ello en veintitres de Dbre. del propio año de mil ochocientos y dos, tuve a bien mandar qe. el Colegio de Cirugia de S. Carlos formase la instruccion qe. aprovada por el Proto-cirujano á compañia á ésta mi Rl. Cedula: y es mi voluntad se observe con las precauciones siguientes: Primera, que en los Pueblos donde hubiere facultativos el que acista a cualquiera enferma embarazada, luego qe. fallesca dé aviso al Cura Parroco; y por si auendo Cirujano y que avido no por el que hubiere en el Pueblo, disponga se proceda a la operacion cesárea despues de cersiorado del verdadero fallecimiento de la embarazada, por los medios y baho las reglas de la referida instrucción, qe. deberá tenerse a la vista para su puntual observancia. Segunda, qe. si el parroco como el facultativo qe. se llamara para aquel fin deban encualquiera hora del dia o de la Noche qe. se les llame pasar inmediatamente á la casa de la Difunta, sin poder escusarse a ello, ni al cumplinmto. de su respectivo cargo, bajo pretexto alguno. Tercera, qe. en los Pueblos donde no hubiere facultativo, el Cura Parroco, de acuerdo con la justa, nombren el sujeto qe. creyeren de mejor talento, destresa e idoneidad para executar la operacion cesária con presiso y exacto arreglo a la instruccion, qe. se tendrá presente en el acto y acuya perfecta execucion coadyvará en caso necesario el Cura con sus advertencias y conocimientos. Cuarta y ultima, qe. con esta mira los Parrocos y las Justicias conserben en su poder pa.

los casos que ocurran la orn, qe. se les comuniquen pr. los Prelados Eccs. y Gobernadores, pues los primeros no han de consentir se dé sepultura a muger alguna de cualquier clace qe. fuere qe. haya fallecido embarazada sin qe. les conste antes qe. con ella se ha practicado la operacion; y los segundos deben zelar y cuidar de que todo lo prevenido se execute exactamente, dando cuenta a los Superiores correspondientes de las faltas que notaren en materia de tanto interez a la humanidad. En su conceciendiamando a los Virrendos Arzobispos y Reverendos Obispos de mis Dominios de Yndias e Yslas Filipinas comuniquen la referida adjunta instruccion respectivamente a las Justicias de su Distrito y a los Curas de sus Diocesis, encargandoles estrechamente su cumplimiento y contribuyendo todos a qe. logre su importante esta mi benefica y soberana determinacion. Dada en Aranjuez a trece de Abril de mil ochocientos y quatro== Yo el Rey== Por mandado del Rey Nsro. Dor.== Antonio Poezel== Hay tres rúbricas==

Es copia del original Ympreso, qe. queda en esta Secreta, de Gobierno. Cartago, 3 de octubre de 1804, as.

(f) Thomas de Acosta.”

»Sería muy interesante conocer el original de la Real Cédula a que se refiere el bando del Gobernador de Acosta, y que contiene las precisas instrucciones para la operación cesárea. ¿Debía practicarse la cesárea en toda mujer embarazada, o por mejor decir en cualquier momento del embarazo, o bien había un plazo determinado para ello? Porque es evidente que la operación, practicada en una mujer fallecida a los siete meses de embarazo tenía grandes probabilidades de salvar al hijo, pero que no ocurría lo mismo en una que solo estuviera embarazada de seis meses. ¿Se tomaba en cuenta este elemento en las instrucciones dadas por el Monje Cistircense D. Alfonso José Rodríguez? Cabe así mismo preguntarse si se contemplaba la enfermedad para la práctica de la operación, o bien, si se dejaba esta al arbitrio de quienes la practicaban. Esas y muchas preguntas surgen cuando se lee el bando del Gobernador. Desgraciadamente no ha sido posible encontrar en los expedientes de los Archivos Nacionales, el documento que podría aclarar tan interesantes temas. Debemos pues concretarnos a señalar el hecho escuetamente, copiando el bando del Gobernador literalmente sin poder sacar de él conclusión ni crítica científica alguna.

»EL “MAL DE SIETE DÍAS” Y LA MORTALIDAD INFANTIL

En el recién nacido el tétano tiene un período de incubación mucho más corto que en el adulto; en lugar de 12 ó 15 días que tarda en éste para hacer su aparición en aquél ese tiempo

se reduce a siete días después del nacimiento, es decir DESDE EL MOMENTO EN QUE EL BACILO DE NICOLAIEV PENETRA EN EL ORGANISMO DEL RECIÉN NACIDO. De este período de incubación procede uno de los nombres que se han dado al TÉTANO del RECIÉN NACIDO: “*Mal de siete días.*”

»No cabe duda que hasta hace muy pocos años, esta infección ha sido UNA DE LAS GRANDES CAUSAS DE MORTALIDAD DEL RECIÉN NACIDO en nuestros países. En efecto, todavía en 1927 cuando en calidad de Delegado de la Secretaría de Salubridad Pública visité por primera vez el cantón de Osa, la mortalidad por tétano del recién nacido alcanzaba la enorme cifra del 70%. Nunca olvidaré la fantástica escena del primer parto que pude observar:

»La partera, una nativa, asistió el caso. Hizo hervir agua, pero no tuvo inconveniente en que el parto se hiciera en un viejo camastro, sobre el cual, y en una sucia y vieja estera, estaba acostada la parturienta. Llegado el momento de cortar el cordón, sacó de una infecta bolsa unas tijeras, que tuvo, eso sí, el cuidado del quemar ¡con una llama de alcohol! Aquello me consoló, y aunque la ligadura se hizo con hilo corriente, abrigué esperanza de que la esterilización de las tijeras evitaría muchos males. Mientras la partera cortaba el cordón con sus TIJERAS ESTERILIZADAS, decía ella, una ayudante hacía en su propia mano una mezcla de saliva y de una especie de nidos que fabrican ciertas avispas en las soleras de las casas con boñiga de res y barro. Antes de que tuviera tiempo de intervenir, ya la “ayudante” había aplicado en el corte umbilical aquel asqueroso emplasto. A pesar del carácter oficial con que estaba investido, yo no tenía ningún derecho para intervenir ni en esa ni en ningún otro caso de parto. No quedó más camino que tratar de hacer comprender a aquellas gentes que el famoso “Mal de siete días” sólo era una consecuencia del procedimiento que las parteras del lugar empleaban.

»Como antes lo digo, esos hechos tuvieron lugar en 1927. No debemos pues admirarnos de que durante la época colonial el “Mal de siete días” fuera una de las principales causas de mortalidad infantil que contribuyeron en gran parte al escaso aumento de la población nativa.

»Ello era tan evidente que la Administración Colonial creyó del caso tomar medidas y promulgar bandos para luchar contra la enfermedad.

»Una Real Orden, datada en Aranjuez el 25 de mayo de 1795, pone en conocimiento de las autoridades coloniales el descubrimiento hecho en la Ciudad de Cuba, de un ESPECIFICO PRESERVATIVO del “Mal de siete días”, que era, dice la Real Orden,

“una de las principales causas de la despoblación de aquella Isla”.

»Nótese que en esta orden se habla de PRESERVATIVO y no de CURATIVO. Había pues ya la noción muy clara de que el tétano, que no otra cosa es el “Mal de siete días”, podía ser PREVENIDO, o evitado, antes de que hubiera completado su período de incubación, pero que, una vez declarado todo lo que se hiciera para combatirlo era poco menos que inútil. Actualmente, y a pesar de la seroterapia antitetánica, la situación es más o menos la misma: aplicando el suero antitetánico antes de que la toxina haya alcanzado los centros nerviosos, hay posibilidad de que la enfermedad no se desarrolle; pero una vez aparecidos los primeros síntomas el pronóstico es siempre fatal.

»El método preventivo, descubierto en Cuba, y a que se refiere la Real Orden, tenía como objetivo la destrucción de las esporas del bacilo tetánico in situ y en el momento mismo en que habían sido introducidas en el organismo del recién nacido. Es decir, al hacer el corte del cordón.

»La Real Orden a que nos referimos(6) informa que desde que en Cuba se descubrió “el específico preventivo del mal de siete días... *que es una especie de Alferecia que acomete a los recién nacidos en los primeros siete días de su vida siendo tan fijo el término que pasado sin que acometa el accidente queda por lo común asegurada la criatura... Pero introducido el uso del Azeyte de Palo conocido también con los nombres de Azeyte Canimar y Bálsamo de Copayva y aplicando al recién nacido en el corte del cordón umbilical luego que se hace esta operación una dosis como la que se vende en estos Dominios por medio real de la moneda corriente no hay ejemplo de que en Cuba haya acometido el accidente a niño alguno a quien se aplique el preservativo”.*

»El bálsamo de copaiba ha seguido siendo empleado en nuestra medicina vernácula, tanto para evitar la infección tetánica en el recién nacido, como para la curación de heridas susceptibles de infectarse. Es indiscutiblemente uno de los más valiosos productos que la naturaleza tropical ha brindado al hombre y es con razón que, al referirse a él, decía la mencionada Real Orden: “*El Bálsamo de Copayba es tina de las mas vellas y utiles producciones de estos Reinos*”. Ya sabemos que, hasta hace muy pocos años, era de empleo corriente en el tratamiento de ciertas enfermedades venéreas. (Véase más adelante sobre estos bálsamos).

»LAS NIGUAS Y SU TRATAMIENTO

»Las niguas deben de haber sido una de las grandes mortificaciones que hubieron de soportar los conquistadores desde su llegada a América. Actualmente, sabemos que no

sólo son causa de lesiones locales, que a veces llegan a presentar gran gravedad, sino que también son portadoras las esporas del bacilo tetánico. Es muy natural que su exterminación fuera uno de los primeros problemas sanitarios que abordaran los españoles desde los primeros años de la Conquista.

»En realidad, el método de extirparlas mediante una aguja o cuchilla, pronto como comienza a penetrar en la piel del sujeto es el más seguro. Pero sea por descuido, o por falta de sensibilidad de la región en que penetran, a menudo ocurre que cuando la víctima se da cuenta que una o varias niguas han escogido su dermis como nido de su futura prole, es demasiado tarde para recurrir a su extirpación mecánica. En esos casos ya el parásito ha provocado la formación de una cápsula de tejido conjuntivo y construido así un nido en el que depositará las docenas de huevos que constituyen cada postura de la hembra. Al tratar de extraer mecánicamente el parásito, la cápsula se rompe, pone en libertad los huevecillos y grandes porciones del cuerpo lacerado de la hembra. Sobreviene entonces una infección que en algunos casos, es grave y si, por desgracia, la nigua es portadora de esporas del bacilo causante del tétano, este puede aparecer a los pocos días. Como antes lo dijimos, el tétano es de un pronóstico fatal si el suero antitetánico no se aplica tan pronto como sus esporas han penetrado en el organismo y que sus toxinas hayan alcanzado los centros nerviosos.

»Todos estos hechos justifican sobradamente los numerosos ensayos que se han hecho, sea para evitar la penetración del parásito en los tejidos del cuerpo humano, sea para extirparlo cuando ya ha entrado en ellos.

»Como tanto lo hemos repetido en esta serie de anotaciones, la Corona española se preocupó siempre por la salud de sus súbditos de ultramar; y ello hasta en asuntos al parecer insignificantes. Siempre trató de intervenir de manera útil y efectiva.

»En lo que se refiere a las “niguas” existe en estos Archivos un Superior Despacho(7) en que se pone en conocimiento de las autoridades de las Provincias del Reyno de Guatemala, la Real Orden fecha en San Lorenzo el 20 de noviembre de 1786, y cuyo contenido es el siguiente:

“El Arzobispo Virrey de Santa Fee con fcha. de dos de Julio ultimo ha dado Cuenta de un remedio eficaz descubierto felizmente por su Confesor contra los estragos que Causan las Niguas en los payses Calidos de America; y reduciendose a untar en la parte donde Reciden las Niguas con Aseyte de olivas, sin calentar, y que muriendo ellas sedesprenden facilmente, las volsillas que las contienen”.

»Recibido fue ese despacho en Cartago, el 20 de octubre de 1787, se procedió a ponerlo en conocimiento de los pobladores por medio de bandos según el uso de la época.

»El empleo del aceite de olivas frío no puede ser más sencillo, y es, además, absolutamente inocuo. Falta saber si realmente es tan eficaz para matar las niguas, como lo aseguraba el confesor de S. Sria, el Virrey de Santa Fé.

»LOS BÁLSAMOS

»Existe en nuestros archivos un documento, copia del original, del Archivo General de Indias y que es un estudio muy completo sobre el bálsamo del Perú y del Copalchí(8). Este trabajo, debido al Dr. Joseph Flores, parece ser uno de los primeros que, sobre el asunto, existen en la literatura científica del continente americano y, tanto desde el punto de vista botánico como del farmacológico, puede considerársele como muy completo. Merece ser conocido, por ello creemos oportuno hacer referencia a él.

»Antes, debemos indicar que en esa copia hay algunos errores que es necesario aclarar. Así por ejemplo, en el documento que acabamos de mencionar, se puede leer como encabezamiento: “*Copia-Relación del Bálsamo del Copalchí*”. Ahora bien, jamás ha existido un “*bálsamo de Copalchí*”. Se conocen en América, dos especies de árbol de “*Copalchí*: el *Croton glabellus* y el *C. niveus*”. Ambas especies son utilizadas en la medicina indígena, pero no por sus resinas o bálsamos, sino por sus cortezas, a las que se atribuyen propiedades febrífugas que, por lo demás, no están comprobadas. Al mencionar en el encabezamiento de ese documento el “*bálsamo de copalchí*”, hubo sin duda un error de copia: el texto mismo del documento lo comprueba, pues, en efecto, la descripción corresponde al bálsamo del Perú, o bálsamo negro. Este es la resma que se encuentra en el *Myroxylon pereirae*, árbol vulgarmente conocido bajo los nombres de “*Bálsamo*” y también de “*Chirraca*”, aunque este último nombre se aplica más bien a su corteza(9).

»En estos apuntes hemos mencionado ya otras oleoresinas, incorrectamente denominadas *bálsamos*: la de *copaiba* y la de *camibar*. La verdadera *copaiba* se extrae del *Copifera officinalis*, originario de la América del Sur. El *camibar* es la oleoresina del *Prioria copifera*, que también produce una variedad de *copaiba*(10).

»El trabajo del Dr. Flores, al cual nos referimos aquí, tiene, además de su importancia histórica, un gran valor como estudio de ciencias naturales. La descripción botánica que

hace del *Balsamero* y del *Copalchí* es de gran exactitud; pero a nuestro juicio el principal mérito de esa exposición reside en las observaciones ecológicas que contiene, y en la cuidadosa descripción y análisis que hace de los métodos, admirables por su delicadeza, que empleaban los indígenas para extraer los diversos productos de ambas especies. Describe además los procedimientos para obtener algunos derivados oficinales del *Bálsamo*, tales como la tintura extraída de las semillas, llamada Balsamito del Padre Director “*por haber sido . . . Don José de Leon Presvitero, Director que fue de la casa de moneda cuando se estableció en esta Capital en mil setecientos treinta y tres el primero que la hizo y usó...*”.

»El trabajo del Dr. Flores es tan interesante que solo por no alargar en demasía estas anotaciones no lo reproducimos íntegro, como fuera nuestro deseo. Por lo demás, tratándose de una copia, escrita en letra muy clara y sin abreviaturas ni signos paleográficos, su lectura y consulta están al alcance de todas aquellas personas que tuvieran especial interés en estos estudios.

»LAS CHINCHES O TRIATOMAS

»El primer cuarto del siglo XVI, Gonzalo Fernández de Oviedo visitó nuestra provincia y llegó a la Isla de Chira y a la Península de Nicoya. En toda esa región fue víctima de las picaduras de insectos al cual se refiere en su tan conocida obra(11).

»Fernández de Oviedo relata así su primer contacto con estos insectos, que ya él denominó “*chinchés*”:

“...en los buhíos había muchos chinchés con alas; e no parecen de día, ni había pocos de noche, e son mas diligentes e prestas e enojosas que las de España, e pican mas, e son mayores que aludas grandes; e si ensucian, lo cual hacen muy a menudo o las matais rodeandoos en la cama, se despachurran sobre sobre la hamaca o sábana e deja una mancha como la uña de un dedo... Y ESTAS CHINCHES EN TODA LA PROVINCIA E ISLAS DE NICARAGUA LAS HAY”

»Al leer la descripción que Fernández de Oviedo hace de las “*chinchés*”, no puede cabemos la menor duda: se refería a los insectos chupadores de sangre, que la sistemática zoología moderna hace entrar en el género *Triatoma*. Muy lejos estaba Fernández de Oviedo de sospechar que los tales insectos no sólo eran “*molestas e enojosas*” sino que también son los agentes transmisores de una de las endemias más transcendentales del continente americano. Este papel

jugado por las “*chinchés*” o triatomas es solo a principios de este siglo que ha sido puesto en evidencia por el gran tropicalista brasileño, Carlos Chagas, quien lo llevó a cabo en ese faro deslumbrador de la medicina tropical que es el Instituto Oswaldo Cruz. Con sobrada razón y justicia se denominó la enfermedad que transmiten estas “*chinchés*”, enfermedad de Chagas.

»A medida que en el Brasil, en la Argentina y en otros países del continente americano se han interesado los hombres de ciencia en el gran problema que plantea la enfermedad de Chagas o “*Trypanosomiasis americana*”, los descubrimientos se han acumulado y hoy puede decirse con absoluta certidumbre que NO HAY UN SOLO PAIS DE LA AMERICA TROPICAL QUE NO PAGUE UN FUERTE TRIBUTO A ESTA ENFERMEDAD.

»En Costa Rica, después de la descripción más pintoresca que científica, que hizo Fernández de Oviedo de las “*chinchés*”, pasaron varios siglos sin que llamara la atención de nadie. Sólo fue a fines del siglo XIX, que algunos naturalistas extranjeros constataron la existencia en Costa Rica del *Triatoma* (o como entonces se denominaba, *Conorrhinus dimidiatus*). Desconocido como lo era entonces el papel jugado por el *Triatoma* en la transmisión de la Tripanosomiasis, no se le dio más importancia que a cualquier otro insecto de colección.

»El autor de estos apuntes, tomando en cuenta que la *Trypanosomiasis americana* o enfermedades de Chagas, había sido constatada ya en casi todos los países de la América tropical, abrigaba la convicción de que ella debía existir también en Costa Rica. En 1941, encontró una gran infestación de las casas de Esparta por el insecto transmisor (*Triatoma*). Poco después, en la ciudad de Nicoya, no solo encontró que todas o casi todas las casas de la población están invadidas por los *Triatomas*, sino que tuvo la suerte de poder constatar, clínica y hematológicamente, los dos primeros casos de infección humana por el *Trypanosoma*, agente causal de la *Trypanosomiasis americana*(12).

»Digamos de paso, aunque ello no es en honor del espíritu científico de nuestros grandes pontífices de la ciencia médica costarricense que a nuestro hallazgo se ha opuesto la más eficaz arma de los gregarios: la de la conspiración del silencio. Hay, entre estos sumos sacerdotes, algunos que no ignoran ya el grave y trascendental problema que para los países tropicales significa la *Trypanosomiasis americana*. Saben bien que gran número de muertes súbitas infantiles son debidas a la localización del parásito en el miocardio; saben que el *Schizotrypanum*, se localiza asimismo en los centros nerviosos y en diferentes

vísceras; no desconocen la afirmación de Tallice de que es éste uno de los más serios problemas de la medicina tropical americana. Pero todo eso no les importa: es preferible callar. Actuar, tomar medidas para conocer la exacta prevalencia de la Enfermedad de Chagas en nuestro territorio les obligaría, aun cuando sólo fuera incidentalmente, a mencionar el nombre del autor del hallazgo. Y antes de que esto suceda, es preferible que la enfermedad siga su marcha triunfal...

»Hacemos historia, historia documentada, y no tenemos por qué callar. Los recientes estudios sobre la *Trypanosomiasis americana*, especialmente los realizados en vastísima escala por la M.E.P.R.A.(*), han evidenciado el papel que ella juega en la mortalidad infantil y aun en numerosas afecciones cardiacas del adulto.

»Ello no obstante en Costa Rica, infestada desde hace siglos por los *Trytonideos* (“chinchas”) transmisores de la enfermedad de Chagas, en Costa Rica, donde tanto se habla y se escribe la mortalidad infantil, donde las muertes súbitas por lesiones cardiacas son ya un problema sanitario de capital importancia, se guarda silencio sobre la *Trypanosomiasis americana* y sistemáticamente, como si fuera tabú, se ignora su hallazgo y COMPROBACIÓN CLÍNICA Y HEMATOLÓGICA, hecha por el autor de estos apuntes hace cuatro años, como ya lo dijimos. ¿Por qué? Digámoslo de una vez y claramente: porque es muy duro para quienes monopolizan, no la VERDADERA CIENCIA, sino la distribución de prestigios y fama, tener que declarar que quien descubrió y comprobó en el país la existencia de la *Trypanosomiasis americana* en 1941 (como descubrió y comprobó la existencia del *Pian* en 1925(**), es precisamente la persona a la cual, por todos los medios, se le ha impedido desarrollar y aplicar sus capacidades de trabajo y de investigación. Y esta ruindad, que a la postre no perjudica tanto al autor como a la nación, tiene como consecuencia que, por no querer reconocer méritos ajenos, mueran anualmente algunos centenares de niños costarricenses víctimas, ESTAMOS ABSOLUTAMENTE SEGUROS DE ELLO, de la enfermedad de Chagas.

* Misión de Estudios de Patología Regional Argentina.

** Justo es decir que, cuando en 1925 hicimos el hallazgo de *Pian*, que rápidamente invadía la región Sud-Oeste del país, el entonces Secretario de Salubridad, Dr. Solón Núñez, dándose cuenta de la gravedad de los hechos, nos encargó de organizar la campaña contra esa afección y nos dió amplia libertad de acción. En tres años que duró la campaña, se inyectaron miles de ampollas de neo-sal-varsán y el resultado fue que hoy no se encuentra ni un solo caso de *Pian* en toda esa vasta zona.

»Perdónesenos esta digresión personal, pero como ya lo dijimos, hacemos historia y queremos que, ANTE EL EXTRANJERO Y ANTE LA POSTERIDAD, cada palo aguante su vela.

»CHINCHES Y BOCIO

»Uno de los síntomas que más llamaron la atención de Chagas y sus discípulos, al estudiar la *Trypanosomiasis americana*, fue el hipertiroidismo que algunos pacientes presentan. Los más recientes estudios de las escuelas argentina y uruguaya, especialmente, demostraron que, en realidad, el hipertiroidismo, no constituye un síntoma cardinal de la enfermedad, aun cuando sí se le encuentra con frecuencia. Posteriormente a la constatación que hicimos en 1941 de la elevada prevalencia del insecto transmisor de la *Trypanosomiasis* en la regiones del Golfo de Nicoya y en la ciudad de este nombre y en los pueblos vecinos, diversos colaboradores han encontrado la “chinchas” o “*Triatomas*” en muchas localidades de la Meseta Central. En la PROPIA CIUDAD DE SAN JOSE, en el BARRIO LUJAN, han sido capturados algunos ejemplares^(*).

»No es pues exagerado afirmar que la distribución del *Tryatoma dimidiata*, agente trasmisor de la enfermedad de Chagas, y cuya existencia fue señalada en el país en el primer cuarto del siglo XVI, por Fernández de Oviedo, abarca LA INMENSA MAYORIA, POR NO DECIR LA TOTALIDAD, DEL TERRITORIO NACIONAL.

»Siendo el hipertiroidismo, una de las manifestaciones más evidentes y fáciles de constatar de la enfermedad de Chagas, no es de extrañar que se haya comprobado desde hace muchísimos años su prevalencia en diversas zonas del país. (No olvidemos que desde antiguo, los habitantes de San José eran designados en el resto del país, bajo la denominación de “güechos”). Esta indudable prevalencia de este tipo de bocio en el territorio nacional condujo a uno de nuestros más prestigiados hombres de ciencia del país a formular la hipótesis de que tal prevalencia era debida a condiciones de ambiente, particularmente a la carencia o escasez de yodo en las aguas de bebida. No participamos de esa opinión ya que en primer lugar ningún trabajo experimental fue hecho para demostrar esa carencia de yodo, en segundo lugar, la forma y distribución del

* En este mes de enero de 1946 se me han remitido ejemplares colectados en la Y Griega. En el propio laboratorio de Salubridad, se capturó hace pocos días un ejemplar adulto que llegó volando a una de las ventanas!!!

bocio permiten asimilar el país a una de las regiones “*bocígenas*” conocidas en otros países. (No debe olvidarse que en ellas, no sólo los seres humanos, sino también los animales, presentan el hipertiroidismo.)

»Más racional, y más conforme con los hechos observados, nos parece la hipótesis de que el hipertiroidismo (muy moderado por lo demás, hoy día) que se observa en el país, sea debido fundamentalmente a la enfermedad de Chagas. Futuros estudios se imponen para determinar hasta dónde nuestra suposición pueda ser exacta.

»Sea como fuere, la observación de Fernández de Oviedo, víctima de la “*chinchés*” mientras permaneció en la Isla de Chira y viajó por la Península de Nicoya es, sin duda, la primera que se haya hecho sobre un género de insectos chupadores de sangre cuya importancia en patología tropical todos conocemos. Muy lejos estaba sin duda el ilustre observador español de imaginar que esas “*chinchés*” eran, no solo “*molestas e enojosas*”, sino que también habían de plantear, cuatro siglos más tarde, uno de los más interesantes problemas de la medicina tropical americana.

»EL MULATO PIRÓMANO

»El caso de este esclavo cuya manía consistía en incendiar casas y cocinas, es, sin duda, el primero en la historia de nuestro derecho penal en cuanto a la irresponsabilidad de los dementes se refiere.

»Creemos, los legos en esta materia, que ha sido precisamente una de las conquistas de la ciencia penal moderna, la doctrina de la irresponsabilidad del delincuente que realizaba un acto punible dentro del período de su anomalía mental.

»Pero en realidad, desde épocas inmemoriales, entre los pueblos más primitivos, siempre ha habido la tendencia a considerar al demente, no sólo como un irresponsable, sino a veces, hasta como un instrumento de la voluntad divina. Este criterio popular parece haber influido de manera muy marcada en el derecho penal antiguo y desde luego, con mayor razón, en el moderno.

»Tratando de conocer los principios que rigen nuestra actual legislación penal en cuanto a enfermos mentales se refiere, solicitamos algunos datos a nuestra máxima autoridad en derecho penal, el Sr. Lic. don Enrique Guier, presidente de la Corte Suprema, con la gentileza que le caracteriza, se sirvió atender nuestra solicitud; y así pudimos saber que ya en las “*partidas de*

Don Alfonso” se consideraba como irresponsables a “los locos, a los furiosos y a los desmemoriados”. (Partda. 7a.; Título 1o; Leyes 9a. y 10a.)^(*)

»Es muy claro que ciertos estados mentales anormales, aquéllos especialmente que están en las fronteras de la razón y la demencia, cuyo psiquismo vive, por decirlo así, en el *not men land* de la normalidad y la anormalidad, y a quienes el Prof. Grasset dedicó especial atención en su obra “*Demi fous et demi responsables*”, plantean un problema que apenas si contemporáneamente ha sido correctamente enfocado.

»En todo caso, cuando el mulato Ramón González, esclavo de Manuel González, cometió los delitos de incendio que motivaron su comparecencia ante la justicia⁽¹³⁾, regían en las Colonias Hispanas las leyes que ya mencionamos y que se encuentran en la legislación promulgada por D. Alfonso El Sabio.

»El estado de demencia del esclavo González era tan evidente, que los propios perjudicados lo reconocen sin reticencia en sus primeras declaraciones. Parece pues que, dada la primera declaración por las personas cuyas casas y cocinas habían sido quemadas por el mulato pirómano, y reconocido su estado demencial, no cabía sino dictar un auto de sobreseimiento definitivo.

»Sin embargo, la legislación promulgada en las partidas de D. Alfonso, estaba profundamente marcada -y ello es muy comprensible- por la organización social de la época, es decir, por el régimen feudal. Y es así como, según las citadas leyes el Señor era responsable, por lo menos pecuniariamente, de los daños causados por sus vasallos, aun cuando a éstos se les declara irresponsables.

»Este principio parece haber subsistido por varios siglos y en las colonias fue adaptado al régimen de esclavitud de tal manera que el amo de un esclavo era pecuniariamente responsable de los daños que éste causara aun cuando los produjera en estado de demencia. Ello nos explica las incidencias del juicio que se siguió contra el mulato González.

»Los hechos son claros: a fines del año 1726, el mulato Ramón González incendió en días sucesivos (entre el 22 y el 28 de noviembre del mismo año), varias casas y cocinas pertenecientes a habitantes del Valle de Barva (Pueblo de San Bartolomé). Capturado y

* Séanos permitido expresar nuestro más profundo agradecimiento al Sr. Lic. Guier, por la buena voluntad con que se sirvió ilustrarnos y atendernos.

tomádole que fue su declaración, reconoció ser el autor del delito. Como se ve, el esclavo González tenía clara memoria de los hechos relacionados con su delito. Esta constatación es suficiente para descartar la hipótesis de que se tratara de un epiléptico que actuara durante sus accesos. Pero es todo lo que, contando con los escasos documentos que tenemos a la vista se puede afirmar. Tenemos la seguridad de que no se trataba de un epiléptico, pero nada autoriza para catalogar a González como un esquizofrénico, un demente precoz, un paralítico general o víctima de un delirio de persecución o, mejor dicho, de perseguido persecutor.

»En su segunda declaración se le preguntó a González si tenía motivos de agravio de parte de los dueños de las propiedades que había incendiado, a lo cual respondió que de ninguno de ellos había recibido agravios ni molestias, pero que sí quemaba las casas “y que las quemaba por que le daba un mal que se le quitaba la vista y entonces iba a pegar fuego a las casas”.

»Este “mal” que según decía “le quitaba la vista”, y lo impulsaba a incendiar ¿no podría ser un “aura epiléptico?”. Ciertamente que no, pues, como ya lo dijimos, el hecho de conservar el recuerdo de sus actos delictuosos descarta la posibilidad de la epilepsia.

»Casi sería verosímil la hipótesis de que el esclavo González no fuera en realidad un demente, sino más bien un simulador^(*), cuyas taras mentales tuvieran origen en un complejo de inferioridad. Pero también, y no menos justificadamente, se plantean otros dos posibles diagnósticos: una *oligodremia* o una *psicosis impulsiva*.

»Como antes lo dijimos, los perjudicados en su primera declaración, manifestaron únicamente que, como se trataba de un demente, instrumento de la voluntad de Dios, ellos le perdonaban el daño causado y exoneraban también a su amo de toda responsabilidad.

»¡Tanta caridad cristiana era demasiado bella para que fuera verdadera! En efecto, del expediente resulta luego que sin tan sumisos se sintieron los damnificados para acatar los mandatos divinos fue simple y humanamente porque, por medio del Capitán de Caballos, Francisco Montero, el amo del esclavo González, Manuel González, le ofreció pagar en dinero efectivo el equivalente de sus propiedades incendiadas.

»Pero, por una u otra razón, la promesa de pago, hecha en ese arreglo extrajudicial, no se cumplió. Automáticamente, los buenos creyentes perjudicados olvidaron la voluntad

* La psicopatología moderna por lo demás considera a todo simulador como un tarado mental.

divina y creyeron más cristiano pedir a la justicia colonial que ésta se cumpliera colgando al esclavo y ahorcándole por su crimen; en cuanto al dueño del mulato esclavo, se pedía que pagara los daños causados por aquel.

»Debe notarse que el mulato González, no sólo era considerado como demente, sino que su edad, 14 ó 15 años, según expresó su defensor, le eximía en gran parte de responsabilidad. Notemos que este dato de la edad nos permite presumir o por lo menos descartar, ciertas psicosis. No podía tratarse de un demente senil, ni de un paralítico general, pero sí de un demente precoz o de un débil mental. En todo caso, la justicia colonial no lo declaró irresponsable. Su amo fue obligado a pagar los daños causados por los impulsos incendiarios del esclavo, y para cubrir la suma que esos daños representaban, así como los gastos judiciales, no le quedó más camino que entregar a los perjudicados el esclavo de su propiedad para que fuera vendido y con el producto de la venta cubiertos los daños y perjuicios por él causados.

»Es evidente que en este caso no se respetó ni el espíritu ni la letra de las leyes del reino que tan claramente, como ya lo vimos, tomaban en cuenta el estado mental del delincuente para apreciar su responsabilidad.

»EL GOBERNADOR DEMENTE

»Los expedientes relacionados con la locura que afectó, en el año de 1760 al Gobernador de la Provincia, D. Manuel Soler, se inician con una carta que escribe y fecha en Bagaces, el 21 de marzo del mismo año, Miguel Pérez de Rueda, y dirigida al Señor Gobernador y Comandante General don Melchor de Lorca y Villa(14). En esa carta Pérez de Rueda relata que el Gobernador Soler, que había llegado a Esparza acompañando al Señor Obispo de la Diócesis, súbitamente emprendió viaje hacia Cartago, pero, en realidad, se dirigió en sentido opuesto, hacia “*el salto*”. Según se le informó a Pérez de Rueda, el Gobernador, que el 18 de marzo había dormido en casa del Capitán Antonio Durán, “*en sus acciones y movimientos mui agenos de su gran talento, capacidad y prudencia daba muestras que tenía en parte perdido el juicio... iba solo con un muchacho que por casualidad topó en el camino, sin cama ni providencia de bastimentos...*”

»Seguía informando el autor de la carta, que ante esa noticia regresó hacia el Norte para buscar al Gobernador y que en Bagaces se le informó que había pasado por allí, ya solo, pues el muchacho que le acompañaba se había devuelto y que D. Manuel iba con rumbo

probable hacia Nicoya. Terminó su carta Pérez de Rueda, indicando la necesidad que había de que se hiciera buscar al Gobernador extraviado.

»En vista de tales noticias, Don Melchor Vidal de Lorca y Villena se dirigió al “*Mui Ilustre Señor Don Alonzo de Arcos y Moreno, Presidente, Governador y Capitán General de este Reyno*”, poniendo también esos hechos en su conocimiento e informándole que D. Joachin de Alvarado, que regresaba de Costa Rica *le había dado a entender* que el Gobernador de Costa Rica se había perdido en el monte. Ese dato, corroborado que fue por la Carta del Teniente de Esparza, Pérez de Rueda, hizo que Vidal de Lorca y Villena, dictara las medidas conducentes para buscar al perdido Gobernador de Costa Rica.

»El 30 de marzo siguiente, aparece el Gobernador Soler en Masaya, desde donde dirige una carta al “*Señor Mariscal de Campo Dn Alonzo de Arcos y Moreno*”. Esta carta es reveladora del estado mental del Gobernador: después de leerla no cabe la menor duda de que el Gobernador Soler padecía de delirio de persecución. En ella declaraba que había tenido que salir huyendo de Costa Rica para “*acogerse al abrigo y protección del Gobernador D. Melchor Vidal de Lorca*”. Su fuga la provocó, según dice su carta, las maquinaciones que contra la autoridad gubernativa hacían “*sujetos que me devían la mayor satisfacción*”. En dos ocasiones, seguía diciendo, trataron de poner en ejecución sus proyectos. La carta en sí es disparatada y falta de sentido. Lástima grande es que se trate de una copia y que no tengamos a la vista el original; éste, en efecto, podría quizás ilustrarnos grandemente sobre la naturaleza de la psicosis que provocaba en Don Manuel, el delirio de persecución de que estaba atacado. Sabida es la gran importancia que el análisis grafológico tiene en el diagnóstico de las enfermedades mentales.

»Como en tantas psicosis ocurre, el profano, muy a menudo juzga y considera como normal a un sujeto que, sin embargo, es en realidad un demente, pero el cual, solo en determinadas ocasiones o bajo la influencia de ciertos estímulos, da claras pruebas de su demencia. Tal ocurrió a D. Melchor de Lorca, cuando llegó a su casa, en busca de “*protección*”, el Gobernador Soler. En carta dirigida al ya citado General de Arcos y Moreno, fechada el 30 de marzo, le refiere que desde “*las cuatro de la tarde del mismo día, no hemos cesado aquel cavallero e yo, de tratar en el misterioso asunto de su tragedia*”. Bien se dice que un loco hace ciento: D. Melchor no pone en duda ni un momento el buen juicio del Gobernador Soler ni de la veracidad de sus “*lástimas y lamentos*”.

»Ante estos hechos, y muy probablemente sin saber a qué atenerse ni qué juicio formar en definitiva, el Presidente de La Real Audiencia proveyó que, mientras se aclaraban los hechos, el Gobernador de Nicaragua nombraba un gobernador ad interim para sustituir a Don Manuel. La persona nombrada debía, según la misma provisión, proceder a la averiguación de los hechos que se habían puesto en su conocimiento.

»En acatamiento al mencionado superior despacho, el Gobernador de Nicaragua, D. Melchor de Lorca y Villena, nombró como Gobernador de la Provincia de Costa Rica, y en fecha de 26 de abril del mencionado año de 1760, al Comandante de Caballería, D. Juan Antonio de la Peña Medrano, quien también tenía el carácter de *“Juez pesquisidor de las causas que dieron motivo a que Dn. Manuel Soler, Gobernador de la Provincia de Costa Rica, se ausentase de ella”*.

»Todo ello fue notificado al Gobernador Soler, y al Fol^o & vlt^o del expediente aparece su firma. No se nota en ella ningún rasgo que revele una alteración de carácter psico-motor, tal como el tabes o la parálisis general. Los rasgos son firmes, bien delineados, no revelan temblor de la mano ni vacilación, y son comparables a firmas del mismo Gobernador cuando su enfermedad aun no se había declarado. Cierto es que sobre una sola firma no se podría jamás basar una tentativa de diagnóstico respectivo de alguna de esas enfermedades, tanto menos si se toma en cuenta que la firma de personas que por su cargo o situación están obligadas a firmar diariamente numerosísimos documentos, llega a ser un acto absolutamente automático. En todo caso, la seguridad del trazo, su continuidad y demás caracteres son un elemento que en algo puede ayudar a establecer el diagnóstico, o que por lo menos permite eliminar los estados mentales en que las funciones motoras y coordinatrices se encuentran alteradas.

»El Comandante de la Peña se dirigió al Gobernador de Nicaragua, informándole del mal estado de su salud, que le haría muy difícil el ejecutar con la debida rapidez las órdenes recibidas y ello se comunicó al Presidente de la Audiencia.

»Mientras tanto, el tiempo había transcurrido, y llegó el mes de junio del mismo año. El dos del mes, el Corregidor interino del Pueblo de Ntra. Sra. del Viejo, informó:

“Que ahora que seran como las nueve de la mañana se ha aparecido en este Pueblo un Caullero que dicen ser Don Manuel Soler Gobernador de la Provincia de Costarrica que desia yba de trancito para la ciudad de Goathemala, para cuyo efecto pidio el avio correspondiente de canoas, las que haviendosele

facilitado, y apromptado, al dia siguiente amanecio de contrario parecer, y de resultas de hauerse confesado (para lo que hizo repetidas instancias pidiendo públicamente confección en la Yglesia) Dio en la mania de desnudarse de toda su ropa, quedandose en cueros, sin permitir ningun abrigo, de andar por la Plaza de rokillas, inclinandose asia la Yglesia llorando a gritos, y pidiendo a Dios Misericordia; en cuyo tezon se mantuvo toda la mañana, recistiendo toda la fuerza del sol, hasta que los padres Curas, salieron, a retirale movidos de Compasion y lastima, lo que no pudieron conseguir a la primera, ni segunda instancia, hasta que con engaños y quasi en hombros le condujeron a la casa del Padre Cura donde era su tema estar; y alli prosiguió con dicha manía, sin querer comer mas que maiz crudo, y este en el suelo, por decir era un (a) besttia y por tal queria tenerse y tratarse, sin admitir Cama, ni ropa conque cubrirse de Noche ni de dia...”

»El relato que sigue haciendo el Corregidor Espino sobre las actuaciones que en esos días tuvo el Gobernador Soler, corresponde a todo lo anteriormente dicho. A los pocos días de estar en el pueblo, desapareció súbitamente y el Corregidor hubo de enviar gente a buscarle hasta que por fin se le encontró, sin que pudiera manifestar hacia dónde se dirigía. Después de haber pasado algunos días, entregado a las lágrimas y a actos de humildad (patológica), como barrer públicamente la Iglesia y servir de rodillas a los padres, manifestó que deseaba ir a León a ver al Señor Obispo. Se le consiguió bestia y dos cabos para que le acompañaran, pero entonces declaró que no quería ir a caballo, pues para bestia, no necesitaba de otra que de él mismo. Tampoco quiso que nadie le acompañase. El Corregidor, sin embargo, dio orden a los cabos para que lo siguieran a cierta distancia y cuidaran de él. Por fin, y después de varias peripecias, llegó el Gobernador Soler a León, “como a las nueve de la noche del día seis”. Allí se dirigió hacia el Convento de San Francisco.

»Es muy interesante mencionar la declaración que ante el Escribano Juan Francisco Cantton y Montoya hizo en la ciudad de León, el señor Sargento Mayor Martín Díaz, quien desde que D. Manuel Soler se hizo cargo de la Gobernación de Costa Rica, fue su apoderado. En su declaración jurada manifiesta que, antes de llegar al Pueblo del Viejo, el Gobernador pasó en su casa varias horas. Que ya sabía y tenía noticia de su estado de demencia, pero que durante varias horas el porte de D. Manuel no permitía suponer que estuviera loco, hasta que de pronto, resolvió emprender viaje al Viejo, y ello “con tan extrañas manifestaciones que parecía estuviera arrebatado de alguna pacion, con lo que quedó el que declara, sumamente dudoso, entre reputarlo por cuerdo o por loco”. Hemos citado esta párrafo porque es una situación que a

menudo se plantea en medicina forense en relación con los testigos legos llamados a declarar sobre el estado mental de determinado sujeto. En realidad, salvo que se trate de una manía furiosa, muy a menudo el demente da la impresión de encontrarse en plena posesión de sus facultades mentales y sólo el examen detallado del especialista puede, durante ciertos períodos de la psicosis, establecer o comprobar la demencia.

»El Gobernador Soler permanecía en el Convento de San Francisco en la ciudad de León. En la tarde del 20 de julio del mismo año, recibió aviso el Alcalde ordinario de primer voto, Capitán D. Pedro Fernando de Urroz, que fuera al Convento a retirar de él al Gobernador, pues estaba atacado de locura furiosa y el Padre Guardián del Convento temía que cometiera algún desaguisado o causara “*alguna avería*” a cualquier religioso. El Alcalde fue al Convento y resolvió ponerle cuatro hombres en la puerta de la celda para que le cuidaran. La locura furiosa de D. Manuel fue en aumento en las horas siguientes y apaleó a varios religiosos y a los hombres que estaban al cuidado de él. Fue preciso amarrarle para poderle dominarlo. Al cabo se tranquilizó y fue trasladado al Cabildo, donde se le arregló un cuarto y se le hizo atender.

»Informado de tales hechos, el Presidente de la Real Audiencia, D. Alonso de Arcos, entre otras medidas dispuso que se hiciera reconocer al Gobernador Soler por peritos médicos.

»El reconocimiento por médicos, pedido por el Presidente de la Real Audiencia, no se pudo llevar a cabo por no haberlos en León ni en sus cercanías. Fue necesario de ejecutar tal reconocimiento por medio de dos religiosos que algo entendían de medicina: el Padre Prior del Hospital Real de Nuestro Padre San Juan de Dios, Fray Joseph González, y a su compañero Fray Antonio Carrillo.

»Según el informe vertido por el Padre González, iniciaron una conversación corriente con el Señor Soler. “*Sus respuestas, dice el Prior, fueron al parecer acordes y no obstante prosiguiendo en tiratar con el suso dicho Governador, advertí que su accidente principal demuestra tenerlo en la cabeza, y estar esta conturbada y confusa y con una gran palpitación en el corazón*”. Asegura en su informe el Prior, que si se consigue alimentar a dicho Señor en debida forma “*se le podrán aplicar los remedios conduzentes a su alivio y que con ellos se alcnce restituirse a su entero juicio*”.

»El informe del Prior del Hospital, no nos dice en resumen nada respecto al diagnóstico de la enfermedad que padecía el Gobernador Soler. Pero hay que reconocer que ningún médico de

aquellos días lo hubiera tampoco hecho, ya que para entonces la Psiquiatría no existía como ciencia especializada. Debemos, sin embargo, tomar en cuenta la observación que hizo respecto a la gran “*palpitación de corazón*”, la que tal vez nos ayude a formular un diagnóstico retrospectivo, por lo menos aproximado. Notemos también que su pronóstico *ad-curationem* fue favorable y errado.

»A fines de julio todavía no se había logrado hacer comer ni beber nada al Gobernador, según lo certifican los Escribanos de la Ciudad de León, el 29 de ese mes. El mismo día fue trasladado al Hospital de San Juan de Dios y puesto bajo los cuidados de los padres que allí atendían a los enfermos.

»En 1763, en el mes de abril, por orden del Presidente de la Real Audiencia, se resolvió trasladar al Gobernador Soler a Guatemala, haciéndole conducir en silla de manos. Ello nos indica que -puesto que ya habían pasado tres años desde que llegó a León- se había logrado por fin que tomara alimentos. En junio del mismo año, ya se encontraba el Gobernador Soler en Guatemala, asilado en el convento y Hospitalidad de Belem(15). En carta que escribía desde esa Capital, el Sr. Cristóbal de Galvez Corral, a D. José Antonio de Oreamuno, le decía además que le aseguraban “*que (Soler) no adelantaba cosa alguna, con qe. ya se contempla pr. insanable*”.

»Como lo hemos visto, mientras permaneció en León el Gobernador Soler, se compilaron muy cuidadosos detalles sobre su estado mental; pero desde que llegó a Guatemala, la anterior es la única referencia que hemos logrado encontrar en relación con su enfermedad. Pero tal vez con lo ya sabido, podría tal vez establecerse un diagnóstico retrospectivo de *probabilidad* sobre la clase de enfermedad mental de que padeció.

»Faltan absolutamente todos los datos que pudieran ilustrarnos sobre los antecedentes hereditarios y personales de D. Manuel, lo cual desde luego hace aún más difícil el diagnóstico. En cuanto a otros antecedentes personales, sólo sabemos que cuando llegó a Cartago a desempeñar su cargo de gobernador, se encontraba en una angustiosísima situación económica, a tal punto que durante casi año y medio que permaneció allí, el Sargento Mayor, D. Antonio de Oriamuno, proveyó hasta sus más ínfimas necesidades en alimentos, sirvientes, etc.(16). Por otra parte, realmente hubo en el país, en el partido de Nicoya, algún movimiento sedicioso contra las autoridades coloniales(17).

»Es presumible que las graves dificultades monetarias en que se encontraba el Gobernador Soler, quien no podía vivir según su rango y categoría, y que para hacerlo, siquiera fuera muy modestamente, tenía que recurrir a la ayuda ajena hasta para proveerse de alumbrado y de ropa

limpia, deben haber ejercido una influencia deprimente sobre su mentalidad. Si a eso agregamos las tentativas de rebelión en contra suya, encontraremos en esos hechos la causa inmediata de su demencia. Es claro que en él debía haber alguna tara hereditaria o personal que sirviera de substrato real o material a su demencia, pero, como antes dije, esas taras las desconocemos.

»Veamos ahora la evolución de su enfermedad:

Las primeras y más francas manifestaciones, fueron el absurdo viaje que, desprovisto de lo más indispensable, emprendió el Gobernador hacia Nicaragua. Digamos desde ya que tal viaje no puede ser confundido con una de esas fugas impulsivas, o dromomanía, que son propias de los epilépticos. En efecto, en estos casos el enfermo camina hacia adelante, sin rumbo y sin objeto determinado. Soler, en cambio, sabía que se dirigía hacia Guatemala, para defenderse allí de supuestas o reales tentativas en contra suya.

»Mientras permaneció en el Pueblo de Nuestra Señora del Viejo, aparecieron otras manifestaciones: dominan en esa época las ideas de culpabilidad y autoacusación, así como manifestaciones de negativismo: él, D. Manuel, debía comer maíz crudo y en el suelo, pues era “una bestia”. A ratos, sin embargo, D. Manuel razonaba cuerdamente, lo que hizo decir a su apoderado en León, que “estaba sumamente dudoso en reputarlo por cuerdo o por loco”.

»A esa face de depresión, siguió, ya encontrándose en el Convento de San Francisco en León, un período de manía furiosa, que hizo temer al Prior del Convento que D. Manuel causara alguna irreparable avería a alguno de los religiosos. Pero esa manía furiosa desapareció a poco; y trasladado que fue al Cabildo de León, su estado mental se traduce por la más constante y absoluta negativa para tomar alimentos.

»Del Cabildo fue trasladado al Hospital de San Juan de Dios, donde permaneció hasta que fue llevado a Guatemala, donde murió. No poseemos más datos sobre sus actitudes ni comportamiento desde que abandonó el Cabildo, pero es de suponer que se lograra hacerle comer, pues antes de morir en Guatemala, sobrevivió cerca de tres años.

»En resumen: de la muy mutilada historia clínica del Gobernador Soler, se puede concluir que padecía de una psicosis del grupo maníaco-depresivo, quizás de la forma denominada *melancolía de la involución*, que se observa en las mujeres al llegar a la menopausia y en los hombres al llegar a la edad correspondiente. Los caracteres que asignan los autores modernos

a esta forma de psicosis maníaco-depresiva, corresponden bastante bien con lo que sabemos de la historia clínica del Gobernador Soler. Así, y siquiera sea provisionalmente, nos atrevemos a formular el diagnóstico retrospectivo de la demencia que atacó al Gobernador Soler, como una *psicosis maníaco-depresiva* de la forma llamada *melancolía de la involución*.

»*TUTOR Y PUPILO DEMENTES*

»Don José Manuel Segura se presentó, a fines del Siglo XVIII, ante la Real Justicia, pidiendo que D. Ramón Ulate, que era su medio hermano, fuera puesto en interdicción por padecer de demencia. Su solicitud fue atendida, y se nombró a Segura tutor de Ulate⁽¹⁸⁾. Pero en setiembre de 1790, se presentó ante el Capitán D. Simón Escalante y Paniagua, Alcalde Ordo de Segdo Voto de la Villa Vieja, la señora doña Leonor de Alfaro, vecina de la villa y esposa de Segura, manifestando que éste, a su vez, se encontraba demente, y pidiendo por consiguiente que se le privara de la tutela que sobre su medio hermano Ulate había tenido, así como que se nombrara otro tutor de los bienes del pupilo.

»El Alcalde Escalante ordenó se recibiera información sobre la enfermedad de Segura, para proveer de acuerdo con lo que de ella resultare. Con este fin se llamó a declarar a D. Baltazar de Alfaro, (no se dice en el expediente qué razones hubiera habido para escogerle como perito dictaminador), para que dijera si era cierta la enfermedad de Segura. A ello respondió Alfaro que:

“...lo atratado (?) y comunicado con bastante cuidado procurando *especular lo sieto de su enfermedad y segun el estado en que se haya dho. Seguro... responde no hai duda en que está demente fuera de su juicio...*”

»En el mismo sentido fue llamado a declarar D. Mariano Zamora, y su declaración es igual a la anterior. También declaró en idénticos términos el señor D. José Manl. Gutiérrez. En vista de las declaraciones, se resolvió, de acuerdo con la solicitud de la señora esposa de Segura.

»Este caso, desde luego, no presenta nada de interesante. Lo mencionamos únicamente porque desde el punto de vista de la historia de la medicina en Costa Rica, es demostrativo de la manera como se procedía -y ello obligadamente por la falta de profesionales- en asunto tan grave como lo es la psiquiatría forense».

BIBLIOGRAFÍA

- (1) A.M.C. Exp. No. 656.
- (2) A. C. Exp. No. 255.
- (3) A. C. Exp. No. 600.
- (4) C.C. Exp. No. 464.
- (5) A. C. Exp. No. 1088.
- (6) C.C. Exp. No. 3530.
- (7) C.C. Exp. No. 639.
- (8) C.C. Exp. No. 4190.
- (9) Rev. Archivos Nacionales. Año IX, No. 1-2.
- (10) Manuel Quirós Calvo. Bot. Alic. a la Farm. T. II. 1945.
- (11) Fernández de Oviedo. Hist. Gen. y Nar. Indias. T. IV. : XLII. C. XII.
- (12) von Bülow, T. Tripanosomiasis Americ. Rev. Méd. C.R. Junio1941.
- (13) C. C. Exp. No. 0178.
- (14) C. Exp. No. 326.
- (15) A. C. Exp. No. 760.
- (16) G. Exp. No. 341.
- (17) G. Exp. No. 330.
- (18) G. Exp. No. 603.

Título III

LA INDEPENDENCIA: EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Y EL INICIO DE LA FARMACIA HOSPITALARIA EN COSTA RICA

1- FORMACIÓN DEL ESTADO COSTARRICENSE

Para comprender mejor el desarrollo médico y farmacéutico en Costa Rica, se hace necesario señalar, aunque sea someramente, algunos rasgos de la formación del estado costarricense, ya que es en él donde se insertan las políticas relacionadas con esas actividades. Después de la independencia lograda en 1821, la organización política, institucional, jurídica e ideológica ocupa en primera instancia la prioridad gubernativa. En su primera etapa, a su vez, se dio énfasis a resolver problemas que limitaban el desarrollo del aparato estatal, tanto a nivel de territorio y soberanía como a nivel de clases, de la estructura económica y del aparato jurídico administrativo.³⁰

En relación con la soberanía sobre el territorio, este fue un proceso lento. Para 1825, se incluye el territorio de Guanacaste al adherirse el Partido de Nicoya a Costa Rica. También se define el límite con Nicaragua con el tratado Cañas Jérez.

En la guerra contra los filibusteros 1856 y 1857, la soberanía nacional se fortalece al triunfar el ejército costarricense ante las huestes esclavistas comandadas por William Walker.

Para la formación del estado fue fundamental la organización de los poderes. Así, en la Ley Fundamental del Estado de Costa Rica de 1825, se regula, entre otras cosas, el sufragio y los supremos poderes, estableciendo un poder ejecutivo a cargo de un Jefe de Estado electo por cuatro años; un poder legislativo compuesto por un congreso y senado.³¹

Con la guerra de Ochomogo en 1823, se empieza a definir el problema de la capital, al triunfar los intereses liberales representados por San José. Situación que se consolida con la

30. Jorge Salazar. *Estado Liberal y Luchas Sociales en costa Rica*, Artículos de Ciencias Sociales, Universidad de Costa Rica, 1987, p. 92.

31. *Loc. Cit.*

guerra de la Liga de 1835, al quedar San José como capital definitiva, superando los intereses localistas de Heredia, Cartago y Alajuela.

Para la formación del estado nacional fueron básicos los gobiernos de Juan Mora Fernández y el licenciado Braulio Carrillo Colina. Este último realiza la codificación de Costa Rica, mediante la emisión de reglamentos y códigos en el campo del derecho penal, civil, de procedimientos y de policía.

Con respecto a la estructura económica imperante para mediados y finales del siglo XIX, ésta se caracteriza en principio por los procesos heredados de la colonia y que culminan en la década de 1830 con el inicio de la exportación de café a Chile y, en la siguiente década, directo a Gran Bretaña.³²

El panorama económico costarricense cambiará sustancialmente desde entonces y será sobre la actividad cafetalera que descansará el peso del desarrollo económico y social del naciente estado costarricense.

Con las exportaciones de café a Inglaterra se produce un cambio cualitativo trascendental, ya que quedó atrás la acumulación mercantil simple basada en el intercambio desigual, típico del período colonial.

Con la introducción de las nuevas relaciones de producción, se transforma radicalmente el país, porque la actividad cafetalera afectará todos los órdenes de la sociedad en donde la economía, la política y lo social se complementen dialécticamente.

Al respecto, el historiador costarricense, Dr. Jorge Mario Salazar, expresa:

“Con el cultivo y exportación del café, la economía costarricense se incorporó al mercado capitalista internacional, como economía mono productora y monoexportadora, lo cual permitía la constitución de un fuerte sector de cafetaleros y comerciantes quienes controlaron los medios de producción, la riqueza y el aparato estatal, bajo los lineamientos del liberalismo positivista.”³³

El mismo autor señala que, al calor de este proceso económico en que nuestro país se incorpora, también se estaba convirtiendo en un país dependiente y subdesarrollado, y el estado costarricense en un estado liberal oligárquico. Es decir, un estado liberal sustentado

32. Carlos González y Edwin Solís. *El Ejército en Costa Rica. Poder Político, Poder Militar*. Editorial Alma Mater, San José, p. 23.

33. Jorge Salazar. *Op. Cit.* p. 93.

en los principios económicos del liberalismo, como la propiedad privada, el libre cambio, sistema de mercado, libre empresa y la no intervención del estado en asuntos económicos. También, en los principios políticos del liberalismo que en teoría acentuaban las libertades públicas; y como un estado oligárquico, porque fue la élite cafetalera la que tuvo el control del estado garantizándose su dominación.

Es necesario resaltar, para la consolidación del estado costarricense, las acciones llevadas a cabo por el gobierno del Dr. José María Castro, al separar a Costa Rica de la Federación Centroamericana y brindar impulso a la educación y a las libertades individuales.³⁴

2- LA REALIDAD SANITARIA Y TERAPÉUTICA

Se puede afirmar que el estado nacional, a través de su acción gubernativa, participa de manera muy tenue en lo referente a la salud y a la sanidad de la población.

La realidad es que la participación directa del estado para estos asuntos se quedaría para finales del siglo XIX y principios del XX.

Durante buena parte del siglo XIX la cuestión sanitaria se delegaba a la sociedad civil, por medio de juntas y organizaciones religiosas, a pesar de que las enfermedades campeaban por el territorio nacional.

El Dr. Vicente Lachner, al caracterizar el aspecto sanitario, mencionaba que, a pesar del aumento de riqueza de Costa Rica debido al café y a las mayores comunicaciones y comodidades, poco se había hecho por mejorar las condiciones de la salubridad pública. Más bien, el aumento de población, la industria cafetalera y las facilidades del tráfico, se confabulaban para empeorar el estado sanitario y que nada se había hecho para neutralizar los malos efectos del progreso.³⁵

El mismo Lachner agregaba que:

“En tales condiciones es natural que el número de enfermedades conocidas entre nosotros, principalmente las infecciosas hayan aumentado en el presente siglo. La

34. *Loc. Cit.*

35. *Revista de Costa Rica en el Siglo XIX: “Higiene Pública”, San José, 1902, p. 189.*

mayor intensidad del paludismo, del cáncer, de la fiebre tifoidea, la fiebre amarilla, de la influenza, del cólera y de la escarlatina son prueba de ello."³⁶

A las enfermedades antes reseñadas se puede agregar otras como la tosferina, la difteria y la sífilis, que también estuvieron presentes.

Las observaciones realizadas por Lachner son ratificadas por el científico francés, Félix Belly, quien argumentaba que, entre 1824 y 1860, la población costarricense se debió haber duplicado, pero los estragos causados por varias epidemias como el sarampión, la disentería y sobre todo el cólera lo impidieron.³⁷

En relación con el panorama epidemiológico descrito, es importante acotar algunas referencias para una mayor comprensión de la realidad nacional en el ámbito de la salud.

La viruela, que causó tanto daño en la época colonial, también estuvo presente con fuerza en las primeras décadas de vida independiente.

En 1831 aparece en Cartago y de allí se distribuye por las demás regiones del país en diferentes períodos; aunque se contaba con la vacuna, las inoculaciones no se hacían con los cuidados requeridos.

Para finales del siglo XIX, la viruela se controla debido a la instauración de la vacunación obligatoria de los escolares.³⁸

El tratamiento que se utilizaba para combatir la viruela consistía en sangrías, vomitivos, purgantes, lavativas, bastante aseo y aire puro; así como también el aislamiento del enfermo, la destrucción de sus excretas, fumigaciones aromáticas y perseguir las moscas, ya que se creía que eran las primeras fuentes de transmisión de la enfermedad.

Para la década de 1830, se puso a circular entre la población alguna forma de curación para la viruela.³⁹

En términos generales, se manifestaba que la viruela era una enfermedad de la piel, de índole inflamatoria, y que ataca por igual a niños y a adultos incluyendo viejos, siendo más grave para los niños de uno a cuatro años de edad.

36. Ibid.p.190.

37. German Tjarks. *La Epidemia del Cólera en 1856*. En: *Revista de Historia*, UNA, Heredia, No. 3, p. 83.

38. *Revista de Costa Rica en el Siglo XIX*. Op. Cit. p. 195.

39. Gregorio Guerrero. *Método de Curar la Viruela*. Imprenta La Paz, San José, 1832. pp. 1-2.

La aparición próxima de la enfermedad se conoce por algunos síntomas que presenta el paciente como laxitud, tristeza, inquietud, somnolencia, temblores, calor, palidez, dolor de cabeza, catarro y vómitos.

La terapéutica recomendada estaba fundamentada en tomar tártaro emético disuelto en agua de azúcar. también cubrirse con ropas ligeras y limpias, además se deberá tomar bebidas ácidas y frías compuestas con vinagre o sumo de limón, a su vez alimentarse con frutas y hierbas cocidas. Si la violencia de la enfermedad no disminuye se pueden administrar sales evacuentes, malva y sauco. Para la inflamación de los ojos se utilizan cataplasmas de leche y migas de pan, lo mismo para la inflamación de las orejas.

Para la tos se debe chupar un lamedor a base de miel y culantrillo, y para la detención de la orina se deben envolver los genitales en paños con agua. Los granos que se hacen se deben abrir en su punto para que derramen la materia que contienen y después se limpian con una esponja empapada en agua tibia.

Para cuando la viruela es pútrida, o sea la más maligna, se debe beber cocimientos a base de quinina y alcanfor junto con pequeñas dosis de opio, y mantenimiento nutritivo de caldos de carne.

La fiebre amarilla fue otra de las enfermedades que se introduce en Costa Rica, supuestamente a partir de 1853 y comúnmente denominada fiebre pernicioso. La zona de los puertos o zonas bajas fueron las más afectadas; en Puntarenas, se presentaron diferentes epidemias para varios años, pasando a ser endémicas para finales de siglo.

En la zona atlántica esta enfermedad toma fuerza a partir de la construcción del ferrocarril, y el cultivo del banano. Ambas actividades trajeron consigo una gran movilidad obrera.

Rodrigo Fado, al respecto, manifestaba que era la historia de las grandes dificultades, en donde los trabajadores se ven diezmados por las enfermedades y el clima.⁴⁰

La fiebre amarilla estuvo presente en zonas como las de Alajuela y el Valle de Turrialba, pero todavía estaban lejos las medidas preventivas para evitar el contagio de esa enfermedad producida por el mosquito *Aedes* y de fácil propagación en zonas malsanas.

40. Rodrigo Fado. *Estudio Sobre la Economía Costarricense*. Editorial Costa Rica, San José, 1990. p. 72.

Definitivamente la enfermedad más temida en el país, sin ninguna duda, fue el cólera, y que a su vez demandó la mayor atención por parte del estado.

Esta enfermedad había hecho estragos en Europa, y para las primeras décadas del siglo XIX estaba presente en el continente americano.

Para los años 1836 y 1837 el cólera amenazaba con su entrada al país proveniente de Nicaragua, estableciendo un cordón sanitario en aras de su prevención. Entre las medidas asumidas por el gobierno sobresalen las siguientes:

- Autorización de gastos para atender la posible emergencia.
- Incluir una guarnición para que cubra diversos caminos.
- Establecimiento de juntas de sanidad en todos los pueblos.
- Imprimir un método curativo y que se haga circular entre los habitantes.⁴¹

En su afán de prevención, el gobierno le entrega a Jorge Stiepel la cantidad de 3.000 pesos, para distribuirlos entre los menesterosos del país en artículos de primera necesidad como: láudano para la parte medicamentosa y para alimentos, cien quintales de arroz, trescientas fanegas de maíz y cien quintales de harina.⁴²

Otra de las medidas asumidas fue establecer un cordón sanitario en las inmediaciones de la línea divisoria con Nicaragua, así mismo se manda a hacer acopio de cal para proveer a los diferentes pueblos, con el objeto de desinfectar un posible contagio.

En este último aspecto es muy importante resaltar los métodos farmacéuticos y terapéuticos utilizados en esa época, para contrarrestar los efectos de esa enfermedad y que consistían en las siguientes fórmulas:

- A. En cualquier estado que se presente el cólera, se debe administrar una copita de aguardiente de guaco y tisana guaco por cada media hora, y cada tres horas un terroncito de azúcar con seis gotas de éter sulfúrico, luego se prolongará la tisana cada tres horas por un día. La alimentación será a base de agua de arroz y atolitos calientes.

41. Bienvenido Ortiz, *Compilación de Leyes y Decretos*, Imprenta Nacional. San José, 1921. p. 40.

42. *Loc.cit.*

B. Si el paciente tiene punzadas, se le darán cuatro cucharadas de tisana guaco y seis gotas de láudano. Si el estado es algido se administrará lo mismo pero en mayores dosis.

Para las inflamaciones se aplicarán cataplasmas de mucílago de palo y hojas de guaco cocidas con aceite de almendras. Si las evacuaciones son muchas, se harán lavativas del cocimiento de guaco.⁴³

Para la década de 1850 se presenta en Costa Rica la terrible enfermedad, trayéndola al territorio nacional el victorioso ejército costarricense, luego de la Batalla de Rivas, en abril de 1856.

Se puede afirmar que prácticamente de una población de un poco más de 100.000 habitantes, se estima que 10.000 murieron por la enfermedad.⁴⁴

Con respecto a la terapéutica utilizada para tan terrible mal, el gobierno encabezado por Juanito Mora recomendaba como tratamiento preventivo evitar los sentimientos de miedo, susto y tristeza, además las casas deberían mantenerse limpias. Los alimentos deben ser nutritivos, siendo los más indicados carne fresca, el caldo y las verduras, pero se deben evitar las frutas, los dulces y las bebidas alcohólicas y fermentadas, cuando se presenten los primeros síntomas de la enfermedad: debilidad general, depresión del alma, dolores de estómago, evacuaciones y sudor profundo; se le debe suministrar al enfermo cada media hora una cucharadita de aguardiente alcanforado.⁴⁵

El Dr. Carlos Hoffman, primer director del Hospital San Juan de Dios, cirujano mayor del ejército y asesor del gobierno, recomendaba como remedio terapéutico contra el cólera el abstenerse de todo tipo de alimento sólido, tomar té de manzanilla con una cucharada de buen cognac y así sudar abundantemente. Una vez que se presenten las evacuaciones, se deberán suministrar polvos de Dower y cocciones de arroz. Si las evacuaciones persisten se debe dar ipecacuana como vomitivo, lo mismo que fricciones alcalinas de aceite de láudano y alcalí.

También el Dr. Hoffman recomendaba una mezcla de alcanfor, espíritu de vino y agua caliente, tomándola el paciente en cucharaditas cada cinco minutos con azúcar.⁴⁶

43. *Noticioso Universal*, 16 de abril 1834, p.1.

44. GermanTjarks. Op. Cit. P. 94.

45. Boletín Oficial, Gobierno de Costa Rica, 14 de mayo 1856, p. 400.

46. *Ibid* .P.444.

Para efecto comparativo es interesante agregar que, para los mismos años, las medicinas que se suministraban en Honduras para el cólera consistían en fórmulas a base de:

- gotas de láudano
- sirope de gengibre
- polvos de chile picante
- aguardiente
- canela en polvo
- cloroformo
- yema de huevo
- sirope de ruibardo
- colomel.

Aparte de las fórmulas antes mencionadas, también se recomendaba ponerse ladrillos calientes en las plantas de los pies.⁴⁷

Siempre dentro del campo terapéutico, no dejan de ser cautivante algunas recomendaciones que se promovían entre la población costarricense, con el fin de conservar la salud.

Por la importancia de una de esas recomendaciones y para su valoración, se transcribe textualmente la siguiente:

“Levantaos temprano; usad alimentos sencillos; haced mucho ejercicio sin temer algo de cansancio. No vistais a los niños en ropas mui ajustadas; es indispensable que sus miembros i músculos tengan libre juego para que gocen de salud i adquieran hermosura.

Evitad la necesidad de llamar al médico, si es posible, prestando particular atención á vuestra dieta. Comed aquello que os sienta bien i absteneos absolutamente de cuanto os haga daño por mas que os agrade. Unos cuantos dias de abstinencia i agua pura por bebida, han evitado frecuentemente una enfermedad pronta a estallar.

Si os sentis realmete enfermo enviad á buscar un buen medico: no os pongais en manos de charlatanes ni tomeis medicinas que vengan por su conducto. No sabeis lo que son, i ¿quien puede asegurar que los amigos oficiosos que las recomiendan, lo saben ellos mismos?

47. José Reina. *Op. Cit.* Pp. 143, 144.

Usad el lavatorios frecuentemente i de friegas por todo el cuerpo con un sepillo áspero.

Evitad en vuestros alimentos las especias, las cosas picantes i los estímulos de cualquier clase que sean. En cuanto sea posible comed i dormid a horas regulares.

Bañad los ojos en agua fría todas las mañanas. Evitad el leer ó coser con el crepúsculo ó con una luz demasiado fuerte. Si tuviereis la vista larga ver con algo menos luz i colocando el libro mas cerca de lo que pareceis desearlo. Si fueseis corto de vista, al contrario, colocad el libro lo mas lejos que se posible. Ambas imperfecciones pueden disminuirse de este modo.

Limpiad los dientes en agua pura dos á tres veces al día; pero sobre todo cuidad de tenerlos limpios al acostaros.

Procurad que vuestro dormitorio esté bien ventilado, i mudad la ropa de cama todas las semanas. No recibais el aire directo de una puerta ó ventana durante la noche. Es mui malsano el dormir en habitaciones calderadas.

Dad á los niños sus sopas de leche poco des pues de levantarse. Agua fría i una carrera al aire libre antes de almorzar.”⁴⁸

3- FUNDACIÓN DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

La fundación del Hospital San Juan de Dios estuvo antecedida y vinculada a la enfermedad de la lepra. Efectivamente, antes de la independencia, la enfermedad de Lázaro se había difundido vertiginosamente. En ese sentido, Sara Chinchilla manifestaba que:

“No sólo dentro de los barrios de Churuca y arrabal de la Ciudad de Cartago, sino también en las villas y pueblos de Ujarrás, Escazú, San José, Heredia y Alajuela.”⁴⁹

Con el objeto de darle ánimo a los lazarinos o para tenerlos aislados, se presentaron dos gestiones emitidas por los gobernadores Juan Flores y Tomás de Acosta. Ambas instancias estaban encaminadas a edificar un lazareto en una posición estratégica.⁵⁰ Esto quería decir estar distante de poblaciones, aunque cerca de algún paso, donde se pudiera recoger limosnas para su propia manutención, además que contaran con suficiente tierra fértil para cultivos de subsistencia.

48. El Mentor Costarricense. Imprenta del Estado. 18 abril 1846.

49. Sara Chinchilla. *La Lepra en Costa Rica*, Tesis UCR. 1972. p. 42.

50. *Ibid.*, p.24.

El plan de Flores consistía en construir unas casas en Cartago e internar a los leprosos en las mismas.⁵¹ Sin embargo, al parecer las casas no estaban en condiciones de ser habitadas, por lo que el traslado no se pudo llevar a cabo.

El plan de Acosta estribaba en construir el hospital para los lazarinos al suroeste de la ciudad de Cartago, pero con el aporte de los vecinos para su construcción.

La terapéutica que Acosta recomendaba era el total aislamiento, ya que la enfermedad era contagiosa y sobre esto último, llama la atención el conocimiento que tenía el gobernador sobre la enfermedad sin ser médico.⁵² Más aún, las casas que habían sido habitadas normalmente por pacientes leprosos, se recomendaba que se limpiaran profundamente, se les picara las paredes, se le removieran los pisos y se quemaran enseres y ropas.

El plan de Acosta para combatir la lepra que tanto pánico causaba entre la población, tampoco fue aprobado por la Gobernación General de Guatemala.

Después de la independencia, se acentúa un interés marcado por crear un hospital general o un lazareto. De hecho ambos hospicios le hacían mucha falta a la población, ante la carencia de instituciones de salud.

El 8 de mayo de 1826 y por la necesidad de contar con el lazareto, la asamblea constitucional destina para el mismo, el impuesto de un real por cada carga de algodón que entrara al país por La Garita de Río Grande.⁵³

Sin embargo, el 7 de junio de este mismo año, nuevamente la asamblea cambia la anterior disposición y decide fundar un hospital con el nombre de San Juan de Dios, y dependiendo de sus rentas le anexa el lazareto.⁵⁴

Al parecer, este híbrido no tuvo acogida entre la población, por lo que en 1830 quedaba abolido el anterior decreto.

La medida no fue la más acertada, ya que se estaba retrasando más el establecimiento de urgentes centros para la atención de la salud perdida de los habitantes.

51. Ibid.p.27.

52. Ibid. p. 33.

53. Bienvenido Ortiz. *Op. Cit.* P. 58.

54. Cleto González. *Reseña Histórica del Hospital San Juan de Dios, Informe Junta de Caridad de San José*, 1926, p. 174.

Para el licenciado Cleto González, mala fue la derogatoria y peor el motivo invocado, ya que la asamblea justificaba su decisión al manifestar que los hospitales no llenaban sus fines, porque son un lugar de tormento y crueldad para los pacientes desgraciados.⁵⁵

El decreto de mayo dejaba en vigencia el asunto del lazareto, así como también para su sostenimiento en el año 1833, se le apoya con el establecimiento de una manda forzosa, o sea, un impuesto de cinco pesos sobre el quinto de todos los súbditos del Estado, siempre que esta sea mayor de cincuenta pesos.⁵⁶

Ante polémica tan estéril, el Lic. Jesús Jiménez describe el aciago panorama burocrático así:

“Las leyes no tienen vigor, ni conexión, no hay códigos arreglados, no hay personas propias para ejecutarlos ni prestigio alguno en los funcionarios para poderlos ejecutar.

El Jefe de Estado es un autómatas, preso en su casa y que no puede más (que) pedir y dar informes. El Jefe Político es un reparte papeles y acusa recibos. El Consejo, un mal contador de cofradías que a ratos quiere meterse a soberano. La Asamblea es por lo común un club de rivalidades y disputas vanas. La corte de Justicia un mero espantajo, para los alcaldes. Estos unos meros corchetes de la corte, sin ninguna responsabilidad, ocupados en conciliar demandas hasta de cuatro reales, y los munícipes unos entes inoficiosos que ocupan asientos y nada hacen. ¡Pobre Estado! se consume en medio de tanto yerto.”⁵⁷

Indudablemente, el expresidente Jiménez tenía razón y tampoco tienen tiempo sus palabras, ya que ante la alborada del siglo XXI, algunas cosas todavía son como él las describió en el siglo XIX.

En lo que se refiere al Hospital San Juan de Dios, algún antecedente únicamente en cuanto a nombre se encuentra en Cartago. En visita que hiciera a Costa Rica el obispo Esteban Lorenzo de Tristán, percibió la necesidad de que en la capital hubiera un hospital. Para dicho fin solicita la Iglesia de la Soledad, ofreciendo 200 pesos, en 1784, como aporte inicial.⁵⁸

55. Cleto González. *Loc. Cit.* P. 174.

56. Bienvenido Ortiz. *Op. Cit.* P. 58.

57. Jesús Jiménez. En: Chinchilla. *Op. Cit.* p. 62.

58. Cleto González. *Op. Cit.* p. 171.

Este proyecto de hospital estuvo bajo la dirección de Fray Pablo Bancos venido de Guatemala y perteneciente a la orden religiosa de San Juan de Dios; congregación que fue fundada en España por el portugués Juan Ciudad y Duarte en el siglo XVI, denominada posteriormente San Juan de Dios, debido a su magna obra de amor al prójimo, llevada a cabo en favor de los que sufren y los menesterosos, llegándose a considerar por la influencia española en las tierras americanas, el Santo Patrón de los enfermos y de las actividades hospitalarias.⁵⁹

El siguiente intento para crear el Hospital en Cartago con el nombre de San Juan de Dios, nombre con que fueron bautizados los primeros hospitales latinoamericanos de origen hispano, lo realizó el obispo Nicolás García Pérez, en 1815, y proyectándose para su mantenimiento la compra de una hacienda de ganado que diera las bases necesarias para su manutención. El encargado de esta gestión fue el sacerdote Nicolás Carrillo, pero tampoco esta iniciativa tuvo los efectos halagadores deseados, ya que no se cumplió con lo encomendado.⁶⁰

La creación del Hospital General del Estado se da hasta el 3 de julio de 1845, al emitirse el decreto de su fundación con el nombre de San Juan de Dios, estando la actividad cafetalera en pleno apogeo y una estratificación social que empezaba a despuntar con fuerza. Acertadamente fue a expensas del Dr. José María Castro, que el Congreso Nacional aprueba el establecimiento del principal hospital, con una exposición de motivos que otrora la Asamblea Nacional, reacia, no tuvo más remedio en esta ocasión de aceptarla sin discusión en todos sus términos.

Las razones que apoyaron la ley de su creación se sustentaban en que era una obligación de todo buen gobierno, plantear los establecimientos de beneficencia públicos que estén a su alcance; y que la falta de un hospital sujeta a muchos infelices a una muerte segura, porque carecen de los recursos más necesarios para curarse cuando son atacados de alguna enfermedad, además de que la ciencia médica exige para su elevación y progreso, y que la humanidad doliente también demanda este refugio.⁶¹

El Dr. Castro Madriz, presidente de cámara de representantes, en su iniciativa, esgrimió lo siguiente:

59. Carlos Eduardo González. *Hospital San Juan de Dios, 250 Años de Historia*. EDNASSS, CCSS, 1995, pp. 15-18.

60. Eugenia Incera. *El Hospital San Juan de Dios, Antecedentes y Evolución 1845 -2900*. Tesis, UCR. 1978, p. 5.

61. Cleto González. *Op. Cit.* p. 175.

“La obligación del gobierno de una sociedad de procurar la salud de todos los que no tienen medios de curarse por sí; la necesidad de poner 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 donde verificar el estudio de la medicina; la falta de local donde practicar las operaciones que en las casas de los infelices no pueden ejecutarse o no surten su efecto, donde hacer los reconocimientos de los cadáveres las veces que se presentan, donde 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 progresos 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 erección de un Hospital General del Estado.”⁶²

Para la manutención del hospital se destacan los fondos que se iban a destinar al lazareto, además mil pesos anuales del tesoro público y donaciones, básicamente.⁶³

Otros aspectos de relevancia reflejados fueron la creación de un cementerio dependiente del hospital y de una junta de caridad, encargada de gobernar y administrar el futuro establecimiento y que se hizo efectiva el 29 de setiembre de 1845, e integrada por las siguientes personas:

- Dr. Nazario Toledo
- Don Eusebio Rodríguez
- Lic. Cruz Alvarado
- Dr. Víctor Castella
- Br. Luz Blanco
- Dr. José María Montealegre
- Sr. Manuel Alvarado
- Sr. Román Castro
- Sr. Cipriano Fernández.

Además componían esta Junta los Presbíteros:

62. *Loc. Cit.*

63. Carlos Eduardo González. *Op. Cit.* P. 29.

- Cecilio Umaña
- José Madriz
- Juan Carrillo
- José Ana Ulloa⁶⁴

En la integración de esta junta de caridad, queda evidenciada la influencia eclesiástica que va a tener el hospital en su derrotero evolutivo, así como también se destacan los primeros médicos que practicaban en el país.

El principal mérito logrado por esta junta, fue el de ubicar y comprar una propiedad al señor Santiago Fernández, al oeste de la capital, por un valor de 1.500 pesos. Precisamente, lugar de mucha polémica, ya que se argumentaba que estaba localizado distante del centro de San José; además, el terreno era pantanoso.⁶⁵

Sin embargo, a pesar de la oposición, el hospital se ubicó en su lugar de origen, en donde ha desarrollado su extraordinaria labor asistencial y bienhechora a través de decenas de años para beneficio de los habitantes del país.

Después de hacer la compra del terreno, la primera Junta de Caridad dejó de funcionar normalmente, hasta que en 1852, el presidente Juan Rafael Mora, bajo decreto emitido el 1 de julio de ese año, reactiva el decreto emitido el 3 de julio de 1845. En este decreto, se promueven nuevas disposiciones, para lograr la definitiva construcción del hospital, estableciéndose una nueva Junta de Caridad a cargo del obispo Anselmo de Llorente y la Fuente con poderes extraordinarios, y forjándose como el protector del Hospital San Juan de Dios. También la conformaban los señores: José Joaquín Mora, Bruno Carranza, Nicolás Ramírez, Vicente Herrera y Francisco Gallardo.⁶⁶

Con el apoyo brindado por la ciudadanía en general y con base en donaciones en dinero y materiales, como también con el apoyo de la clase eclesiástica, el edificio se concluye en 1855, con un costo de 30.000 pesos.⁶⁷

64. *Ibid.*P.29.

65. Rodrigo Cordero. *Historia Social del Hospital San Juan de Dios*. Inédito 1974. P. 55.

66. Carlos Eduardo Gonzáles. *Op. Cit.* p. 35.

67. Carlos Eduardo Gonzáles. *Op. Cit.* p. 181.

El establecimiento tan anhelado desde la época colonial, ya era una realidad a mediados del siglo XIX, produciendo mucha alegría, ya que significaba:

“Una esperanza para la humanidad doliente, para el forastero desvalido, para el nacional indigente y para todo el que quiera buscar en él la curación de sus males.”⁶⁸

4- LA PRIMERA ORGANIZACIÓN TÉCNICA, ADMINISTRATIVA Y FARMACÉUTICA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

El Hospital San Juan de Dios inicia formalmente sus actividades en 1855, de manera mínima. El trabajo se va a acrecentar para el período 1956-1957, debido a la llegada a la capital de las tropas costarricenses venidas de Nicaragua, bastante maltrechas físicamente por la guerra y el cólera.

Para desarrollar su necesaria actividad en beneficio del enfermo, era fundamental para el hospital contar con una organización acorde a sus obligaciones; organización que también incluye la Farmacia.

Esta misma representación empieza por la misma Junta de Caridad de San Juan, que estaba conformada por todas aquellas personas reconocidas, en primera instancia por el Obispo Monseñor Anselmo Llorente y la Fuente.

Los miembros de la Junta deben de ser personas honradas y capaces de apoyar al hospital con sus caudales y, además, tenían que reunirse una vez al año cada 24 de diciembre y dicha reunión sería presidida por el Presidente de la República o por Llorente y la Fuente.⁶⁹ El primer acto que se realizaba consistía en el ofrecimiento de un discurso, que se pronunciaba detallando los adelantos que se hacían en el Hospital, incluyendo referencias sobre asuntos económicos y sobre los pacientes.

Después se pasaba a nombrar propiamente la Junta de Gobierno del Hospital, que en algunos años estaba compuesta por un Hermano Mayor o Presidente, un síndico, un secretario, un tesorero y dos vocales.⁷⁰

Los miembros de la Junta de Gobierno, que tenía carácter de corporación, podían ser reelegidos hasta por tres períodos. Las sesiones se llevaban a cabo en el hospital, todos los

68. Yolanda Cruz. *La Junta de Caridad de San José*, Tesis, 1981, p. 57.

69. *Archivo Nacional*, Sección Congreso. Doc. No. 5118, folio 1.

70. *Ibid.*Folio2.

domingos, a las diez de la mañana, comenzando por la lectura del acta anterior.

El tema central de las sesiones era indiscutiblemente el económico, ya que, dependiendo de las finanzas, así era el servicio que se brindaba.

En las sesiones todos los miembros tenían voz y voto, y una vez que cada componente diera informe de su gestión, le correspondía al Hermano Mayor cerrarlas una vez agotados los temas a tratar.

Por ser las primeras normas que entraban en vigencia en Costa Rica en el campo hospitalario, no deja de ser interesante mencionar algunas de las principales funciones que tenían los miembros de la Junta de Gobierno del Hospital.

En el caso del Hermano Mayor, podía ser eclesiástico o secular, además, entre sus virtudes debían estar presentes la capacidad, la honradez y reconocida caridad. Para gobernar el Hospital debe adaptarse a las condiciones de altruismo que caracteriza al establecimiento, también este funcionario debe ejecutar lo siguiente:

- A. Convocar a los miembros de la Junta a sesionar extraordinariamente cuando sea necesario.
- B. Planificar las sesiones de trabajo.
- C. Recibir los estados diarios de la Contaduría.
- D. Presentarse en el Hospital desde las siete de la mañana para presenciar la visita del médico y anotar las faltas a que se refieran las quejas de los enfermos.
- E. Visitar todas las oficinas para observar el manejo de cada uno de los encargados de ellas.
- E. Corregir las faltas de los sirvientes, cuando su actuación sea incompatible con los intereses del Hospital y los pacientes.
- G. Ocupar las plazas vacantes con sujetos idóneos en función de las reglas establecidas.
- H. Velar sobre la enseñanza y la clínica médica y quirúrgica, bajo la inspección de un académico de Medicina.
- I. Solicitar al Gobierno todos los auxilios necesarios que demanden las necesidades y mejoras del hospital.

- J. Cuidar que se administren exactamente el cumplimiento de los auxilios espirituales de los enfermos y que el culto sea digno a Dios, que se adore el templo de la Caridad.
- K. Tener presente la fiesta anual de San Juan de Dios con jubileo en el Templo, también encargarse de adornar las salas y las camas, así mismo mandar una comida extraordinaria a los enfermos.⁷¹

Sobre las anteriores funciones obligadas en el Hermano Mayor o Presidente, llama la atención aquellas tareas de índole médico que tenía que verificar, ya que, por lo general, los presidentes de la Junta no eran médicos, sino comerciantes y políticos en su mayoría.

En el caso del síndico, debía ser un individuo letrado, ya que fungía como el apoderado de la Junta para todos sus negocios y transacciones que realizara.

La participación del Tesorero era fundamental para la Junta, ya que estaba encargado de salvaguardar los valores del hospital. Algunas de sus características se detallan de la siguiente manera:

- A. El tesorero debe ser un hombre honesto y capitalista y debe custodiar todos los fondos del Hospital.
- B. Realiza el pago de los sueldos de los funcionarios.
- C. Para el aspecto contable llevará los libros específicos para tales efectos, así como libros de recibos.
- D. No autorizará ningún pago sin la aprobación de la Junta.

Es muy curioso el dato de que para los miembros de la Junta, no era obligatorio asistir a misa en la capilla del Hospital, a pesar de la identificación religiosa que se demuestra en algunas actividades. Esto podría explicarse en el sentido de que la mayoría de los miembros que componían la Junta de Caridad de San José eran liberales.⁷²

Para que el hospital cumpliera con sus objetivos, era prioritario distribuir las funciones entre los empleados, sobresaliendo el contralor, el cirujano mayor, el capellán, los cabos, las madres, la cocinera, la lavandera, el portero y el almacenista.⁷³

71. *Ibid.* Folio 3 y 4.

72. Yolanda Cruz. *Op. Cit.* Pp. 7-12.

73. *Archivo Nacional*, *Op. Cit.*, folio 5.

El contralor, que necesariamente tenía que saber escribir, supervisaba al personal para que cumpliera con sus deberes, además estaba pendiente de las entradas y salidas del hospital, con respecto a los pacientes y las necesidades del gasto diario en alimentos y medicinas. Esto último es de capital importancia, ya que se menciona por primera vez un rasgo elemental del área farmacéutica, como lo es el caso de las medicinas. Aun más, se puede afirmar que el contralor es primer funcionario hospitalario con tareas específicas, inherentes al ramo de la farmacia al tener que:

“Verificar que la botica esté bien administrada, las medicinas frescas y oportunamente preparadas.”⁷⁴

Otra de las funciones que tenía que cumplir el contralor, era la de que no le faltara nada a los pacientes, principalmente a los más delicados, y que requerían mayores cuidados en la preparación de sus alimentos y de su limpieza en general. Este mismo funcionario hacía que los enfermos fueran reconocidos diariamente por el practicante, para que fueran socorridos con oportunas medicinas. En caso de que algún paciente falleciera, debía llamar al practicante para comprobar su estado para su posterior enterramiento antes de 24 horas, en la jurisdicción parroquial correspondiente.

En el derrotero del Hospital San Juan de Dios, siempre ha sido sustancial la labor espiritual, cristiana y de fe, tanto es así que cerca de los albores del siglo XXI, la capellanía y sus actividades dependen directamente del arzobispado de San José.

Desde el mismo inicio de las actividades intrahospitalarios, el aporte del capellán estuvo presente en funciones de cura. Las mismas comprendían las siguientes diligencias:

- A. Daría visita general a los enfermos en los días de fiesta de guarda.
- B. Confesar a todo enfermo que ingresara al hospital.
- C. Bautizar a los niños que nacieran en el establecimiento.
- D. Socorrer con consejos, consuelo y oraciones, a los enfermos que se hallen en suma gravedad.
- E. Llevar un libro parroquial en el que constaban los bautismos, matrimonios y fallecimientos, que acontecieran en el Hospital.

74. Ibid. Folio 6.

F. Celebrar con la solemnidad la fiesta de San Juan de Dios y la de otros santos, que se verificaran en la capilla del Hospital.⁷⁵

Obviamente la participación del médico y cirujano en el hospital, era la más importante para la atención de los enfermos y su curación. Los médicos eran nombrados por la junta de gobierno. El médico o cirujano mayor tenía que visitar a los enfermos por lo menos una vez al día, y verificar las curaciones a las seis de la mañana en compañía del practicante, teniendo a su vez fe pública para tratar lo médico legal que se presentara.

El cirujano mayor era el jefe superior del hospital y responsable de los tratamientos, que se les daba a los enfermos en las salas.

El practicante, que es el ayudante directo del cirujano, informará a éste del estado de los enfermos y su evolución, llevando un libro en el que describirá las entradas de los mismos.

No deja de ser interesante las labores que tenía el almacenista y que podrían compararse con las que, décadas después, abarcaría el proveedor.

En sus funciones es imprescindible el aprovisionamiento que tiene que hacer al hospital de alimentos, colchones, almohadas y ropa de cama que necesitan los enfermos; además, tendrá que supervisar lo referente a la despensa y al despacho de comidas, siguiendo las instrucciones del cirujano mayor.

Con respecto a la Botica, se especificaba que estaría bajo la tutela de un farmacéutico; sin embargo, a falta de estos profesionales en el país, la misma estaría bajo la vigilancia de una madre.

La madre que hace funciones que asumirán posteriormente las enfermeras, tendrá que tener la Botica bien surtida y con remedios y preparaciones frescas, debiendo apuntar las recetas y las medicinas.

La Botica dará servicio por la mañana y por la tarde durante dos horas.

Siempre dentro de este entorno de inicio de actividades farmacéuticas, llama también la atención los quehaceres que le tocaban a los cabos. Estos empleados eran funcionarios de sala dedicados al cuidado directo del enfermo y era requisito para el puesto saber leer y escribir.

Una de las diligencias más representativa de los cabos consignaba la administración de las medicinas a los pacientes encamados, teniendo el cuidado de no cambiar las preparaciones

75. Loc. Cit. Folio 6.

asignadas. En este sentido también acompañaba al médico en sus visitas a las salas, para anotar sus recomendaciones sobre los enfermos en el ámbito de las medicinas, los alimentos y tópicos afines.⁷⁶

Cabe resaltar que el cabo, al igual que la madre, eran los encargados directos de la Botica, pero además debe estar pendiente de la preparación de la cama de los pacientes, sus dietas y sus necesidades básicas. En resumen, se puede afirmar que desde sus inicios las autoridades del hospital le dieron especial atención al factor medicamentoso, encargando para ello a funcionarios que con esmero y dedicación ejecutarán tales movimientos.

Para entender todavía mejor el desarrollo y las actividades acaecidas en el Hospital San Juan de Dios en su tiempo, y por ser una información de trascendencia valorativa por sus peculiaridades, se deducen algunos otros aspectos como:

- A. El hospital debía contar con una despensa que serviría para guardar víveres de primera necesidad para los enfermos, tales como: pan, frijoles, almidón, jabón, café, dulce, chocolate, azúcar, candelas, leña, vino, aceite, vinagre, mantas e hilo para curación de heridas.
- B. Las dietas principalmente se constituían por caldo de pollo o sea dieta líquida, para pacientes graves. Para pacientes que tenían que estar internados varios días: arroz, tortilla, verduras y frijoles.
- C. La cama de todo enfermo debía estar provista de una jícara para que pueda tomar sus alimentos, vaso y guacal.
- D. Los pacientes que sufrían de locura, delirio o decrepitud eran colocados en camas con cepos, y tratados con habilidad y piedad.
- E. En cada sala de enfermos se establecía una vela de dos horas a cargo de los cabos, desde diez de la noche hasta las cinco de la mañana.
- F. Había una campana pequeña en la puerta de cada sala, para que una vez que llegara el médico se anunciara tocándola.⁷⁷

5- LA SEGUNDA ORGANIZACIÓN DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS, LAS HERMANAS DE LA CARIDAD Y LA FARMACIA

La primera organización del hospital estuvo cimentada en las buenas intenciones de sus forjadores, al menos en el plano teórico. De hecho, no todo se pudo llevar a la práctica, debido a

76. *Ibid. Folio 8.*

77. *Ibid. folio 10.*

que sus rentas a base de impuestos como el de curatos, boticas, testamentarias, mausoleos y nichos no eran suficientes para atender adecuadamente todas las funciones.

Para la coyuntura 1856-1857, o sea en los inicios del hospital, éste prestó valiosa ayuda erigiéndose como un baluarte para el país, debido a los auxilios médicos que recibieron los soldados costarricenses y filibusteros dentro de las dos salas que componían la primera planta física. Fueron atendidas 661 enfermos de los cuales sobresalen 386 costarricense y 217 norteamericanos.⁷⁸

Indudablemente, el gobierno de Mora ante la eventualidad nacional, apoyó económicamente al hospital para que pudiera dar un servicio eficaz en alimentos, curación y medicina. Sin embargo, ya para 1858, llega la penuria al hospital porque no había dinero para su mantenimiento. Al respecto, don Cleto González era del criterio que mejor hubiera sido que el gobierno recogiera esos pequeños impuestos, a cambio de una renta mensual fija, ya que sin una suma segura no se podían admitir enfermos.⁷⁹

Efectivamente, a partir de 1858, al hospital prácticamente no le llegan pacientes, no porque no existieran, sino porque no había los elementos necesarios para recibirlos. En el mes de mayo de ese mismo año, el ministro Esquivel manifestaba que el Hospital San Juan de Dios se encontraba cerrado, a falta de los indispensables fondos para su sostenimiento.⁸⁰

Lo anterior, pero con sentido crítico, lo ratifica Francisco Krutze, director de Obras Públicas, al informar que el hospital servía para enfermos del presidio.⁸¹

Dichosamente para el país, en el año 1863, el licenciado Jesús Jiménez retoma con fuerza el asunto del hospital, dándole nuevos impulsos para activarlo efectivamente.

Primeramente se constituye una verdadera Hermandad de Caridad que va a incluir a mujeres, con el objeto de darle consistencia al hospital. La misma estaba compuesta por hombres y mujeres con capacidad económica, para que pudieran colaborar con el establecimiento en diversas formas. La Hermandad tenía que reunirse dos veces al año, y estaba pendiente de todas las actividades que se lleven a cabo y obligada a desempeñarse en comisiones especiales, como también nombrar la Junta de Gobierno del Hospital.⁸²

78. Carlos González Pacheco, *Op. Cit.* p. 38.

79. Cleto González Víquez. *Op. Cit.* p. 184.

80. *Loc. Cit.*

81. *Ibid.* p.185.

82. Colección de Leyes y Decretos, Gobierno de Costa Rica. 1863, decreto No. XXIII. p. 42.

La Junta de Gobierno se compone de un presidente, un tesorero, dos vocales y un secretario. La duración del período era de un año, pudiendo ser reelecta y con funciones totalmente gratuita, además tenía que reunirse dos veces por mes. Entre las funciones que le competían a la Junta de Gobierno están:

- A. Hacer y cumplir las leyes y disposiciones relativas al hospital.
- B. Nombrar los empleados y sirvientes y cuidar de que cumplan con sus funciones.
- C. Proponer al Supremo Gobierno arbitrios para aumentar las rentas.
- D. Decretar los gastos ordinarios y proponer a la Hermandad los extraordinarios.
- E. Visitar diariamente el hospital, turnándose cada semana.⁸³

El presidente por su rango tenía que presidir las secciones de la Hermandad y la Junta, así como velar por el exacto cumplimiento de las leyes, normas e inspecciones de los funcionarios. También debía procurar que se cobrara las rentas respectivas y dar permiso de ingreso al hospital a los pacientes, previo reconocimiento del médico.

Para los vocales, las funciones se concentraban en conceder permisos para la construcción de mausoleos y supervisión de las mejoras y conservación del edificio.

El tesorero síndico debía coleccionar y custodiar las rentas del hospital, cubrir las planillas y dar informe y estado que sobre rentas se pidan. Además, debía representar a la Junta en asuntos judiciales y celebrar los contratos que se requirieran.

El secretario debía llevarlos libros de actas de las sesiones y llevar la correspondencia, y daba fe pública en las certificaciones que tenía que autorizar en los casos legales.⁸⁴

No deja de ser importante para los intereses del hospital la participación por primera vez de una Junta de Señoras, cuya meta era auxiliar a la Junta de Gobierno en el servicio del hospital y visitarlo diariamente.

Con respecto a los empleados, únicamente laboraron un médico, un practicante, un enfermero, una enfermera y un llavero. En este campo es llamativo que con respecto a la

83. *Ibid.* P. 45-46.

84. *Ibid.* P. 47.

farmacia, no se nombra ningún especialista para la Botica. Esta función recaía en el médico del hospital, ya que aparte de visitar diariamente a los enfermos, también debía cuidar y conservar la Botica.

Por su parte, los enfermeros tenían entre sus funciones principales las de barrer y asear las salas y servir los alimentos con educación y esmero.

A la llavera le correspondería intervenir en la compra de los artículos del hospital y su custodia, así como no permitir que los hombres se pasaran a la sala de mujeres.

También a la llavera le tocaba dirigir la cocina e inspeccionar los alimentos que se sirvieran.

Es muy importante la participación que van a tener los que aporten al hospital, porque:

“Serán Bienhechores del Hospital todos los que hagan donaciones o legados que no bajen de quinientos pesos y en consecuencia se considerarán también individuos natos de la Hermandad con voz y voto y a su fallecimiento donará los fondos para el Hospital, se les dará un sitio para que construya un mausoleo en el panteón del San Juan de Dios.”⁸⁵

A partir del 8 de marzo de 1864, reinicia su actividad el hospital, para nunca más cerrar, asumiendo la administración la primera Junta de Gobierno de esta fecha, compuesta por los señores:

- Manuel Mora
- Manuel Gutiérrez
- Alejo Jiménez
- Francisco Gallardo
- Florentino Herrera
- Nicolás Gallegos
- Joaquín Alvarado
- Ramón Quirós
- Telésforo Alfaro
- Benjamín Herrera

85. *Ibid.* p.56.

Contó esta Junta con la colaboración de la primera Junta de Señoras compuesta por:

- Ignacia Sáenz de Gallegos
- Esmeralda Jiménez de Oreamuno
- Elena Giralt de Ulloa
- María Montealegre
- Manuela Gallegos
- Mariana Devars de Argüello
- Feliciano Quirós de Bonnefil
- Juana Fernández.⁸⁶

La segunda organización del hospital necesitó 35 años para su consolidación final, ya que las limitaciones económicas que tenía la Junta, eran la causa principal de los atrasos que sufre en su desenvolvimiento técnico y organizativo.

A pesar de los esfuerzos que hacía la Junta para atender la actividad hospitalaria, que empieza a tomar cuerpo en la década de 1860 con un aumento lento pero progresivo de pacientes, no eran suficientes ¿Razones? En primer lugar, los empleados que se interesaban en trabajar para el hospital, aparte de su entrega y abnegación, no estaban capacitados en materia hospitalaria. Esto era obvio, ya que en Costa Rica no existía una Escuela de Enseñanza de la Enfermería.

En segundo lugar, los miembros de la Junta de Gobierno no podían entregarse a tiempo completo al hospital, ya que tenía que participar prioritariamente en sus actividades personales. Ante tal panorama, las autoridades de la Junta desde 1869 iniciaron las gestiones para traer de Europa o Guatemala a las Hermanas de la Caridad, congregación devota de San Vicente de Paúl y especialistas en la administración y el cuidado de hospitales y enfermos a nivel mundial.

El criterio de la Junta estribaba en que los enfermos asistidos por las Hermanas se sentirían muy bien y con ello la demanda por el hospital crecería.⁸⁷

86. Cleto González Víquez. *Op. Cit.* p. 186.

87. *Ibid.* p. 200.

Entre Félix Mariscal, superior de la congregación y Ramón Quirós, en representación de la Junta de Caridad, firmaron el contrato respectivo, cuyo objetivo era que dichas servidoras se hicieran cargo del régimen interior del establecimiento. Esto último incluía a la Botica, o sea que las Hermanas de la Caridad, entre sus tareas de mucho valor, van a tener las de orden farmacéutico.

Las Hermanas llegan a Costa Rica en 1872 e inician sus labores intrahospitalarias a partir de enero de 1873; se destacan entre sus funciones la dirección moral y del buen orden, además la de tener bajo su supervisión la cocina, la ropería, la enfermería, el aseo y las salas de estancia de los pacientes.⁸⁸

Las primeras Hermanas que ingresaron a laborar al hospital fueron:

- Sor Encarnación Aranda (México)
- Sor Petra Howell (México)
- Sor Melanie Mathiew (Francia)
- Sor María Ortega (Guatemala).⁸⁹

El historiador Carlos Eduardo González, sobre este tema expresa:

“Con las Hermanas de la Caridad en la rectoría del Hospital, se inicia un vínculo extraordinario que perdurará por más de una centuria, para provecho y utilidad del Hospital pues ellas sobresalen por su abnegación y consuelo para sus semejantes.”⁹⁰

El hospital, para las décadas de 1870 y 1880, sufre cambios de importancia, promovidos especialmente por el Dr. Carlos Durán Cartín, extraordinario médico y humanista, al servicio del hospital y la patria, quien contaba con el apoyo irrestricto de las Hermanas de la Caridad.

Una de las innovaciones de mayor trascendencia fue la creación de un departamento de cirugía, ya que las operaciones se hacían en las propias salas a vista de los pacientes. Este cambio significó que el hospital pasara de ser una casa de salud a un centro hospitalario. Al respecto, la historiadora Eugenia Incera notificaba que con la venida de Europa de médicos, como Carlos Durán y Daniel Núñez y de otros como Juan José Ulloa, Pánfilo Valverde, Ramón

88. Carlos González Pacheco. Op. Cit. pp. 419-423.

89. Junta de Protección Social de San José. Reseña Histórica, 1989, p. 16.

90. Carlos González Pacheco. Op. Cit. p. 55.

Boza y Martín Bonnefil, se inició una revolución científica en la Institución, ya que fueron los primeros en practicar operaciones de alta cirugía.⁹¹

Otros cambios de suma importancia fueron la creación de una sala de autopsias, y una sala para convalecientes. Así mismo se dividió el departamento de hombres en salas para medicina, cirugía y venéreas; el departamento de mujeres se dividió en salas para medicina, cirugía y criaturas.⁹²

También, dentro del marco administrativo, ocurren cambios estructurales al emitirse un normativo que venía a regular los aumentos contables y financieros del hospital, ya que la actividad asistencial y curativa se manifestaba en aumento.

Como muestra de este crecimiento se puede indicar que para 1865 se atendieron 86 pacientes con una mortalidad de 15% y un costo diario de 29 centavos; mientras que para 1875, se atendieron 341 pacientes con una mortalidad de 10% y un costo diario de 53 centavos por cada paciente.

Estos cambios, en conjunto con el crecimiento en la demanda de los servicios, hacía necesario reformar la organización inicial emitida en 1863, cambios que también afectan directamente a la Botica.

6- LA ORDENACIÓN HOSPITALARIA PARA FINALES DEL SIGLO XIX

El Hospital San Juan de Dios, para la última década del siglo XIX, logra su consolidación final con base en nuevas reformas realizadas para mejorar su nivel organizacional. Por tal razón, su estructura inicial debido a innovaciones, termina por moldearse para finales del siglo.⁹³

Para la década de 1880, la Hermandad empieza a exigir a la Junta de Gobierno, un informe detallado sobre ingresos y egresos de la Tesorería, el movimiento general de los pacientes asistidos y curados y las enfermedades tratadas.

Con relación a las Hermanas de la Caridad, recaía sobre ellas el mayor peso y responsabilidad del servicio hospitalario, ya que después del presidente de la Junta, era la Hermana Superiora la que ostentaba el mayor rango, dentro del escalafón administrativo.

91. Eugenia Incera, *Op. Cit.* pp. 87-88.

92. Carlos González Pacheco. *Op. Cit.* p. 75.

93. Ver las obras ya citadas de González Víquez, González Pacheco e Incera.

La Hermana Superiora podía despedir y contratar personal de acuerdo con su buen criterio, así como también, tenía a cargo el control del gasto diario, inventarios y planillas. Las demás hermanas tenían a cargo la contraloría, la botica, la ropería y la cocina.⁹⁴

Es importante hacer un esbozo sobre las labores de las hermanas, para tener un mejor panorama de sus excelentes aportes, por ejemplo: la hermana encargada de la Contraloría tenía la obligación de llevar un libro diario de consumos alimenticios, tanto de los enfermos como de empleados. Generalmente, las dietas estaban compuestas por café, té, chocolate, caldos, carne, tortillas, legumbres, arroz y frijoles.

En este sentido también había una hermana encargada de la supervisión directa de la cocina y a la vez otra hermana encargada de la ropería, la que ejercía control sobre la costurera, la lavandera y estaba al tanto de la conservación de la ropa y las telas requeridas por el hospital.

Con respecto a los funcionarios farmacéuticos, aparecen formalmente vinculados a las hermanas encargadas de las salas, ya que éstas tenían que:

- Velar para que todos los días se barrieran y sacudieran las salas.
- Procurar que la ropa de cama y de los enfermos se mudara cada 8 días.
- Tomar razón de la dieta de cada enfermo.
- Organizar la distribución de dietas y las medicinas prescritas por el médico.
- Sacar al corredor el cadáver del paciente que falleciera.

Sobre la Botica del hospital, hay que decir que era dirigida por las hermanas, quienes debían realizar las siguientes funciones:

- Inspección y control de la Botica.
- Cuidar de mantenerla bien surtida.
- Avisar a la superiora en caso que faltaran medicinas a fin de realizar las compras pertinentes.
- Recibir directamente las recetas que presentara el médico.
- Preparar los medicamentos y despacharlos con las precauciones dadas.

94. Junta de Caridad de San José, Estatutos del Hospital San Juan de Dios, 1883. p. 8.

- Acompañar al médico en sus visitas a las salas y en conjunto hacer las curaciones de rigor.
- Tomar nota sobre las medicinas que recomendara el médico para los pacientes.
- Acompañar al médico cuando este creía conveniente inspeccionar la Botica.⁹⁵

Las Hermanas de la Caridad, a los pocos años de su llegada al hospital, ya tenían el control total del mismo en el marco administrativo, concesión hecha por la Junta, al tener facultad la Hermana Superiora de imponer castigos correccionales, tanto a los empleados como a los enfermos que infringieran las reglas básicas del establecimiento.⁹⁶

Es necesario acotar, como corolario de este proceso, que para finales de siglo el desarrollo del hospital se estabilizó, al emitirse normas bien estructuradas para el servicio exclusivamente médico, que contemplaban aspectos fundamentalmente para la atención de los enfermos, como la división en secciones de los departamentos de Medicina y de Cirugía, el nombramiento de jefes médicos y cirujanos, así como de auxiliares y ayudantes de médicos y de cirujanos; el nombramiento del superintendente quien fungía como director del hospital, y los nombramientos de médicos residentes y médicos de consulta.

7- MEDICINAS Y TRATAMIENTOS UTILIZADOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

El Hospital San Juan de Dios, durante el siglo XIX, pasa de atender un mínimo de pacientes, a la atención de una complejidad de enfermedades que presentaban los enfermos admitidos, obviamente, de acuerdo con una mejoría gradual que se da en su capacidad resolutive y en concordancia con su adelanto técnico, científico y administrativo.

En este sentido, la actividad medicamentosa era fundamental para la recuperación y mejoría de la salud perdida de los pacientes.

Para especificar sobre las medicinas y algunos tratamientos más utilizados en el hospital, y por ende en Costa Rica, a continuación se presentan los siguientes cuadros que muestran parte de esa complejidad.

95. *Ibid.* pp. 9-11.

96. *Ibid.* p. 16.

Cuadro No. 1
Enfermedades presentadas por pacientes
atendidos en el HSJD en 1856

Cáncer	Gálico	Pulmonía
Cólera	Heridas varias	Reumatismo
Colerín	Hidropesía	Tiricia
Demencia	Llagas	Úlceras
Disentería	Melancolía	

Fuente: Incera, Eugenia. *Hospital San Juan de Dios: Antecedentes y Evolución Histórica. 1845-1900*, UCR. 1978.

Cuadro No. 2
Enfermedades más comunes presentadas por los
pacientes atendidos en el HSJD en 1885

Abscesos	Escrófula
Alcoholismo	Enteritis
Almorranas	Estrechez de uretra
Aminorrea	Fimosis
Ampollas	Flegmon
Amputaciones	Fracturas
Anemia	Furúnculos
Artritis	Gangrena
Blenorragias	Gastralgias
Bronquitis	Gastroenteritis
Bubones	Gonorrea
Caries	Helmintiasis
Cefalalgias	Hepatitis
Chancroides	Heridas
Cirrosis	Hemiplegia
Cistitis	Hernias
Cánceres	Herpes
Contusiones	Histeria
Degeneración grasosa del hígado	Ictericia
Demencia	Idiotismo
Diabetes	Insuficiencia Mitral
Diarreas	Infarto del bazo
Disentería	Laceraciones
Dispepsia	Laringitis
Dolor de cabeza	Lepra
Edemas	Lombrices
Efusión pleurética	Lumbago
Elefantiasis	Lupus
Epilepsia	Meningitis
Erisipelas	Mordidas de lagarto y culebra

Continúa en la siguiente página

Continuación Cuadro No. 2

Nefritis	Pulmonía
Niguas	Quemaduras
Orquitis	Reumatismo
Parálisis general	Tétano
Paraplegia	Tisis
Pleuritis	Tuberculosis
Pneumonía	Vicio de Opio
Papilomas	

Fuente: Junta de Caridad de San José, *Informe de labores*, 1885.

Cuadro No. 3
Enfermedades presentadas por los pacientes
atendidos en el HSJD en la Sección de Cirugía en 1899

Abscesos	Heridas
Abortos	Hernias
Aneurismas	Histeria
Anquilostomiasis	Hipertrofia próstata
Acné	Iritis sífilica
Artritis	Necrosis
Bubones	Neuralgia
Blefaritis	Neurastenia
Beri-Beri	Otorrea
Atrofias	Paludismo
Cánceres	Panadizo
Cálculos	Placenta previa
Cataratas	Papalomoyo
Chancroides	Parotitis
Cistocele	Piojos
Disentería	Partos
Difteria	Papilomas
Embarazos	Pionefrosis
Eczemas	Reumatismo
Erisipela	Rinoescleroma
Endometritis	Rectocele
Epulis	Sarna
Epilepsia	Septicemia
Fístulas	Sífilis
Fimosis	Sarcomas
Gastralgia	Sinosis
Gonorrea	Tumores
Hepatitis	Tétano
Hidrocele	Tuberculosis
Hemorragias	Úlceras
Hemorroides	Vejez

Fuente: Junta de Caridad de San José, *Informe de Labores*, 1899.

Cuadro No. 4
Enfermedades mostradas por los pacientes atendidos
en la Sección de Medicina del HSJD en 1899

Anquilostomacia	Influenza
Accidentes de vejez	Miseria fisiológica
Aneurisma	Metritis
Alcoholismo	Metrorragia
Ascarides	Nefritis
Apendicitis	Neuritis
Bronquitis	Neuralgia
Cáncer de estómago	Paludismo
Cirrosis	Pleuresía
Ciática	Pneumonía
Disentería	Reumatismo
Dispepsia	Sífilis
Enteritis	Sarna
Epilepsia	Simulación
Eritema	Tétano
Erisipela	Tenia
Hemorragia cerebral	Tosferina
Hepatitis	Tiña
Ineficiencia mitral	Tuberculosis
Ictericia	Vómitos

Fuente: Junta de Caridad de San José. *Informe de Labores*. 1899.

Las preparaciones y medicinas que se utilizaban en el Hospital San Juan de Dios eran compradas en las boticas de San José o en el exterior.⁹⁷

Para la segunda mitad del siglo XIX algunas de las principales boticas josefinas pertenecían sobre todo a médicos tales como:

- José Ventura Espinach
- Alejandro Frantzius
- Carlos Hoffman
- Juan Braun
- Bruno Carranza
- Alfonso Carit
- Carlos Durán.

97. Junta de Caridad de San José, *Estatutos del Hospital San Juan de Dios*, 1883, p. 9.

También son llamativos los nombres con que se denominaban algunas boticas de la época en las que sobresalen:

- La Central
- León
- La Estrella
- La Violeta
- El Águila
- Plaza Nueva.

Estas boticas importaban medicamentos y sustancias en su mayoría de Europa, además en el hospital empieza a imperar la influencia inglesa traída por el Dr. Carlos Durán a partir de 1875, reforzados por otros representantes del Guy's Hospital de Londres, como los Drs. Daniel Núñez, Gerardo Jiménez y Federico Zumbado.⁹⁸ La escuela francesa tenía sus representantes en el Hospital San Juan de Dios, los que eran encabezados por los Drs. José María Soto y Elías Rojas; la escuela norteamericana la representaban los Drs. Martínez Bonnefil y Emilio Echeverría.⁹⁹

Con base en lo anterior es deducible, por tanto, que las prescripciones que se daban en el hospital fueran preparadas con base en las farmacopeas de los países citados. Preparaciones, dicho sea de paso, efectuadas por las Hermanas de la Caridad.

Las importaciones de medicinas se efectuaba por la vía marítima, por ejemplo el Bergantín “Constancia”, al atracar en puerto costarricense traía entre sus artículos de importación los siguientes:

- Aceite de linaza
- Clavos
- Cobre en planchas
- Cristalería
- Drogas y útiles de botica
- Ladrillos

98. Carlos Serrano. *Formularios Terapéuticos de Costa Rica*, 111 Congreso Farmacéutico Nacional. 1977, p. 125.

99. Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, *Revista Médica*, v 13-14, 1982, pp. 40-45.

- Loza
- Manufacturas de algodón y lana
- Muebles
- Ollas de hierro
- Palas
- Pintura
- Sacos de sal
- Zinc en planchas.¹⁰⁰
- Entre las medicinas que más se importaban se destacan las siguientes:
- Aceite de castor
- Aceite de alcanfor
- Aceite de glicerina
- Aceite de eucaliptus
- Aceite de bacalao
- Ácido nítrico
- Ácido sulfúrico
- Ácido tartárico
- Ácido carbónico
- Amoníaco bálsamos
- Botellas gárgaras
- Casa y algodón
- Jabón medicinal
- Opio
- Magnesias
- Píldoras de quinina
- Píldoras bristol

100. Gobierno de Costa Rica. Secretaría de Estado, Guerra, Gobernación, Justicia y Fomento. *Informe General*. 1869.

Evolución histórica de la farmacia del Hospital San Juan de Dios

- Quinina en polvo
- Ruibarbo
- Sulfato quinina
- Sal de glover
- Trementina
- Yeso.¹⁰¹

También se debe mencionar que los botiquines de los pueblos estaban autorizados para vender entre la población medicinas, tales como:

- Aceite de almendras
- Aceite de oliva
- Adormideras
- Ajenjo
- Alcanfor
- Bálsamo de copaiba
- Beleño
- Belladona
- Bicarbonato
- Bromuros
- Canabris índica
- Cloroformo
- Colomel
- Digitalis
- Ergota
- Éter sulfúrico
- Hierro
- Ipecacuana en polvo
- Magnesio
- Mentol

101. Estadística y Censos. *Informe*. Imprenta Nacional. San José, 1883, p. 41.

- Pepsinas
- Polvo de opio Ruibarbo
- Subnitrato de bismuto
- Sulfato de quinina
- Timol
- Yodoformo
- Yoduro de potasio.¹⁰²

Era comprensible pues que las medicinas que circulaban dentro del mercado nacional fueran las mismas que se utilizaban en el Hospital San Juan de Dios, sobre todo si se toma en cuenta la relación existente entre los médicos, las boticas y la Junta de Caridad.

Dos criterios relacionados con la botica del hospital nos los dan el Dr. Carlos Durán y el Lic. Gerardo Castro, presidente de la Junta.

Durán expresaba que el resultado del tratamiento de las enfermedades era satisfactorio, además de que la botica se mantiene constantemente prevista de todas las drogas indispensables para el buen servicio.¹⁰³

Por su parte, el Lic. Gerardo Castro indicaba que el hospital contaba con una droguería muy completa y que las medicinas que se debían comprar eran las que se iban gastando.¹⁰⁴

No deja de ser significativo para efectos de comprensión y asociación del hospital con el mercado interno, el hecho de la variedad de medicamentos que se ofrecía del exterior. Por ejemplo, la industria farmacéutica francesa ponía a disposición medicinas tales como:

- Jarabe Berthé para la tos
- Cápsula Raquin antiblenorrágica
- Cápsulas Mathey para la gonorrea y metritis a base de copaiba y sándalo
- Vino Mourry, yodotámico para linfatismo
- Píldoras de Moussette para jaquecas y neuralgias a base de oconitina

102. *Gaceta Médica de Costa Rica*, No. 1, agosto 1897. P. 1.

103. Junta de Caridad de San José, *Informe de Labores*, 1885. P. 3.

104. Junta de Caridad de San José, *Informe de Labores*, 1890. P. 2.

Evolución histórica de la farmacia del Hospital San Juan de Dios

- Crageas Rabuteau para regenerar los glóbulos rojos
- Solución Pautauger para tuberculosis y raquitismo a base de clorhidrato de fosfato
- Vino de Bellini para afecciones y fiebre a base de quinina
- Píldoras de Blancard contra tumores, infartos, sífilis, tisis a base de yoduro de hierro
- Píldoras Dehaut para purgas
- Jarabe Laroye tónico y antinervioso
- Vino de Gilbert fortificante contra calenturas y enfermedades nerviosas
- Agua Lechelle contra flujos, anemia, catarro y disentería
- Jarabe Gelineau a base de bromuro potásico arsenical para insomnios y dolores
- Roussel Hierro inyectable para la anemia.¹⁰⁵

Para las últimas décadas del siglo, tomando como soporte los cuadros demostrativos de las enfermedades que presentaban los pacientes atendidos en el Hospital San Juan de Dios, obviamente había algunas de mayor incidencia y causa de mayor mortalidad.

La realidad es que durante la segunda mitad del siglo XIX, el cuadro epidemiológico no tuvo cambios significativos, más bien se mantuvo constante. Para 1891, dentro de la complejidad de enfermedades, las que más hacían estragos a los pacientes eran:

Enfermedades	Número de casos
Úlceras sifilíticas	23
Anemia	16
Sífilis	24
Fiebre intermitente	38
Colerina	60
Disentería	70
Reumatismo	19
Paludismo	176
Tuberculosis	47
Úlceras sifilíticas ¹⁰⁶	30

105. Gaceta Médica de Costa Rica. Volúmenes comprendidos entre 1897 y 1899.

106. Junta de Caridad de San José. *Informe*, 1899. Pp. 42-43.

Las enfermedades mencionadas eran las que producían mayor número de fallecidos, así como también requerían los mayores gastos de manutención porque producían el mayor número de estancias, al menos para el año 1899. Para sacar conclusiones pertinentes sobre lo expuesto, se presenta la siguiente información, sobre las causas de defunción de pacientes atendidos en el Hospital San Juan de Dios:

Nombre	Lugar	Edad	Enfermedad
Agnelli D. J.	Italia	50	Tisis
Arias J. A.	San Sebastián	62	Tuberculosis
Arias O. C.	Los Yoses	52	Tisis
Benneth M.	Jamaica	40	Tisis
Blanco P.	San José	23	Anemia
Calderón J.	San José	29	Anquilostomancia
Carvalho N. B.	San José	80	Tumor Cerebral
Castro Ch. R.	San José	75	Parásitos
Christofer S. F.	Alemania	35	Afección cardíaca
Cordero S. N.	Desamparados	20	Tuberculosis
Donza J.A.	Italia	52	Disentería
Espíritu S. J.	Atenas	80	Anquilostomancia
Fallas A.J.	Desamparados	33	Tisis
Fallas C. M.	San José	35	Tisis
Flores E. J.	Guatemala	24	Tisis pulmonar
Flores G. Y.	El Salvador	26	Tisis
Fodem M. W.	Jamaica	27	Tisis
Franck J.	Jamaica	39	Disentería
Gómez B. J.	Jamaica	32	Cirrosis
González M.C.	San José	28	Neumonía
Jiménez M. S.	Desamparados	60	Diarrea
Jiménez Z. J.	San José	75	Paludismo
Lemon W. T.	Jamaica	45	Sífilis
López R.	La Sabana	6 meses	Sífilis
Marín M. J.	Pavas	25	Sífilis
Martínez J. N.	San José	38	Tuberculosis
Mercedes C. M.	Guadalupe	60	Tuberculosis
Monge M. J.	La Sabana	20	Disentería
Mora G. J.	Dos Ríos	24	Tisis
Morden F. L.	Desamparados	60	Derrame cerebral
Murillo S. N.	Alajuelita	50	Disentería
Navarro M. M.	Cartago	62	Cáncer
Padilla R. J.	San José	23	Tisis
Pomogua A. E.	Heredia	60	Cáncer
Rojas H. S.	San José	36	Sífilis
Rojas J. M.	Cartago	40	Disentería

Evolución histórica de la farmacia del Hospital San Juan de Dios

Rueda A. Y.	Puntarenas	27	Paludismo
Sánchez C.	San Mateo	28	Tifoidea
Sánchez V. M.	San José	55	Cáncer
Sandí A. J.	Pavas	26	Tisis
Schevartz F. B.	Alemania	33	Disentería
Segura S. M.	Tres Ríos	62	Tisis
Sequeira F. E.	Desamparados	30	Anquilostomancia
Solano M.	San José	21	Tuberculosis
Solano S. R.	San José	45	Cáncer
Tenorio D. M.	Guadalupe	42	Tisis
Umaña G.	Santa Bárbara	50	Tisis
Vargas D. A.	Alajuelita	41	Disentería
Zamora Z. M.	Uruca	32	Disentería ¹⁰⁷

Entre las enfermedades predominantes que causaban muchos estragos a los pacientes del Hospital San Juan de Dios y a la población en general estaba la sífilis. Esta enfermedad aparece entre los marinos que acompañaron a Cristóbal Colón a su regreso del primer viaje y luego fue difundida por las tropas que combatían en Europa; se le identificó con el nombre de Morbo Gállico o Mal Francés.¹⁰⁸ Sin embargo, la tesis que priva actualmente es que la sífilis aparece en diversas partes de mundo indistintamente, desde hace muchos siglos.

La sífilis fue la enfermedad más característica del Renacimiento; los médicos de la época la relacionaban con influencia astrológica. Luego se le asoció con las relaciones sexuales de los individuos, de allí es que desde el siglo XVI se intenta reducir la prostitución, tanto femenina como masculina.

El aumento del tráfico comercial, sobre todo en las ciudades portuarias, difunde la enfermedad con rapidez, y adquiere caracteres alarmantes.¹⁰⁹

La prostitución era una actividad libre, ejercida por miles de mujeres en todas partes y en condiciones sanitarias deficientes; estas mujeres se convertían en diseminadoras de esta enfermedad y de otras de origen sexual.

Las autoridades civiles y religiosas siempre intentaron reducir el impacto de dicha enfermedad con medidas de diversa índole, aunque tuvieron poco éxito.

107. Junta de Caridad de San José, *Informe de Labores*. 1889, pp. 17-20.

108. Albert Lyon. *Historia de la Medicina*. Editorial Doyma, Barcelona, 1994, p. 376.

109. Alberto García. *Historia de la Medicina*. Editorial Interamericana, Madrid, 1987. P. 176.

Como remedio terapéutico para combatir la sífilis, en principio se utilizaban purgantes y la famosa triaca, que era una combinación antigua e hipocrática compuesta por muchos ingredientes y que se aplicaba contra muchas enfermedades en general. El tratamiento a base de mercurio emerge para difundirse por el mundo y convertirse en un tratamiento idóneo para varias épocas, en conjunto con el palo de Guayacán.¹¹⁰

Con respecto al mercurio, por lo común era utilizado con cierto éxito para la primera etapa de la sífilis, o sea, para unciones en la piel. Debieron pasar algunas centurias para que Fritzs Schaudim demostrara, en 1905, que el *Treponema Palledun* era el causante de la sífilis. De esta forma, Ehrlich sintetiza algunos productos químicos capaces de destruir el microorganismo, así aparece el arsénico o salvarsán como agente terapéutico de uso contra la sífilis y otras enfermedades; para dar paso, décadas después, a la revolución médica y farmacológica coronada por el advenimiento de la Penicilina y las sulfanomidas.¹¹¹

En Costa Rica, también las enfermedades venéreas han estado presentes y han sido un mal muy antiguo entre la población, según el criterio de Lachner.¹¹²

En muchas ocasiones, varios enfermos de sífilis eran confundidos con leprosos, por eso se puede afirmar que era una de las enfermedades más comunes, ya que en Costa Rica la prostitución pública ha sido una actividad normal y muy acentuada, a pesar de las restricciones dadas.¹¹³

Para las últimas décadas del siglo XIX este mal venía en aumento, situación que la ratifica el poder ejecutivo, al emitir en 1875 un reglamento de higiene para regular y contrarrestar la enfermedad. El gobierno la justificaba así:

“Con el fin de evitar los funestos efectos del mal venéreo, que según los informes Dados por los profesores de medicina se está desarrollando y propagando de una manera alarmante.”¹¹⁴

Efectivamente el reglamento buscaba, supuestamente, dar las disposiciones conducentes a la conservación de la moral y la salubridad pública. De esta forma, el susodicho instaba a realizar un registro en las principales capitales de provincia y comarcas sobre las meretrices existentes;

110. Diego García. *Historia de la Farmacia*. Editorial Doyma, Barcelona, 1985, p. 130.

111. Albert Lyon. *Op. Cit.* P. 561.

112. Gobierno de Costa Rica, *Op. Cit.* P. 561.

113. *Loc. Cit.*

114. Bienvenido Ortiz. *Op. Cit.* p. 222.

también la supervisión que van a tener sobre ellas los médicos de higiene y los establecimientos encargados para atenderlas.

En realidad, estos esfuerzos se hicieron patentes en parte hasta 1894, año en que por iniciativa de la Secretaría de Policía, a cargo del Dr. Juan José Ulloa Giralt, se destina un espacio dentro de las salas del Hospital San Juan de Dios, específicamente para la profilaxis venérea¹¹⁵

Para estas fechas estaban inscritas aproximadamente 1379 mujeres que ejercían la antigua práctica de vender el uso de su cuerpo. Pero no estaban en lista otra buena parte de meretrices que también comerciaban con su cuerpo libremente.

A partir de esta problemática, es el Hospital San Juan de Dios el que se yergue como una fortaleza en la lucha antivenérea, y su primer encargado es el Dr. José Mario Soto Alfaro. El Dr. Soto acertadamente expresaba que la frecuencia de la sífilis estaba vinculada con el servicio militar, ya que los soldados venidos en su mayor parte de los campos y otros lugares distantes a prestar servicio en los cuarteles, se relacionan con prostitutas enfermas de quienes contraen fácilmente la sífilis e infectan a sus esposas y éstas a sus hijos menores.¹¹⁶ Como dato adicional, no se debe olvidar el exceso de prostitución que se ejercía en las zonas bananeras y los puertos.

Las medicinas y tratamientos que se les daba a los pacientes con sífilis que eran atendidos en el hospital consistían en las siguientes:

A. *Para la primera y segunda etapa de la enfermedad*

- Bicloruro de Hydrorgirio (mercurio)
- Extracto Tebaico
- Extracto de Quina
- Extracto de Opio

B. *Para manifestaciones rebeldes de la enfermedad*

- Sirope de Gilbert yodurado
- Fumigaciones mercuriales

115. Carlos González Pacheco. *Op. Cit.* p. 86.

116. *Ibid.*p.87.

C. *Para el desarrollo de la enfermedad muy avanzado*

- Tónicos de quinina y hierro
- Yoduro de potasio y mercurio.¹¹⁷

Para finales del siglo XIX y las primeras décadas del XX la anquilostomiasis se convierte en una verdadera calamidad nacional; era una de las enfermedades que producía fatales consecuencias a los enfermos internados en las salas del hospital.

El principal estudioso de esta enfermedad fue el Dr. Carlos Durán Cartín, quien por varios años dio seguimiento a través de los síntomas presentados por los campesinos venidos de los cantones del sur de la capital.¹¹⁸ La anemia que presentaban dichos enfermos casi siempre les producía la muerte; además, está asociada a las malas condiciones higiénicas de los trabajadores de la actividad cafetalera y del campo, la falta de letrinas, falta de calzado, el agua impura y la contaminación fecal.

En 1896, el Dr. Durán, con la ayuda del Dr. Gerardo Jiménez, descubre por medio de autopsia el parásito denominado anquilostoma, nemátodo propagador de la enfermedad parasitaria llamada anquilostomiasis o enfermedad del cansancio, como popularmente se le llamó.¹¹⁹

Pues bien, para los enfermos que presentaban esta patología las medicinas que se le recetaban en el Hospital San Juan de Dios eran básicamente dos: Timol y Helecho macho.¹²⁰

El timol es una sustancia cristalina que se obtiene del tomillo y soluble en el agua. Su principal característica es su acción bactericida, y es el remedio principal para la expulsión de esos dañinos gusanos.

El helecho macho contiene un cierto número de ácidos orgánicos que lo hacen muy efectivo como antihelmítico.¹²¹

Dentro del ámbito de las enfermedades predominantes que presentaban los enfermos que acudían al Hospital, el paludismo merece un lugar especial por los estragos que causaba.

117. *Loc. Cit.*

118. Ministerio de Salud, *Memoria Cincuentenario 1927-1977*, Junio 1977, p. 8.

119. Mark Shapiro. "Apuntes Sobre la Evolución Médica en Costa Rica". *Revista Médica de Costa Rica*, No. 343, p. 498.

120. Carlos González Pacheco. *Op. Cit.* p. 99.

121. A. J. Clark. *Farmacología Aplicada*, Editorial Pobul, Barcelona, 1930, pp. 110-114.

El paludismo o malaria es transmitido por un protozooario del género Plasmodium a través de la picadura del mosquito anópheles. Laveran logra el hallazgo del protozooario en 1880 y Ronaldo Ross descubre que era el zancudo el transmisor de la enfermedad para finales de siglo, siendo conocida como fiebre intermitente y vinculada a los pantanos y zonas malsanas.¹²²

El primer medicamento efectivo fue una planta llamada Quina o Cinchona originaria del Perú e introducida en Europa como remedio contra la malaria hacia el año 1640.¹²³

El alcaloide quinina fue aislado en la primera mitad del siglo XIX, convirtiéndose en el medicamento por excelencia contra la malaria.

En Costa Rica esta enfermedad ha estado presente en los lugares pantanosos, en las tierras bajas y costeras y zonas incultas, así como también en algunos lugares del Valle Central. Los peones y jornaleros eran presa fácil de los mosquitos en sus rancherías desprovistos de aspectos elementales. Al Hospital llegaban esos enfermos que tenían que ser tratados con píldoras de quinina.

Algunas de las medidas que recomendaba el Dr. Carlos Pupo para evitar la malaria consistía en:

- A. Dormir bajo un mosquitero
- B. Destrucción de cacharros, latas vacías y otros objetos que pudieran contener agua
- C. Drenaje de estanques
- D. Preferiblemente dormir en partes altas de la casa.¹²⁴

Por último, otra de las enfermedades desastrosas por sus consecuencias para con los enfermos era la disentería. Está vinculada a un protozooario llamado ameba, transmitido por las moscas, y su caldo de cultivo es el agua contaminada.

Una de las explicaciones que podría darse para tal virulencia, está ligada a las acequias contaminadas que pululaban por San José y principales pueblos. Inclusive, para finales de siglo, ya muchos de esos contaban con cañerías pero siempre sus fuentes eran de aguas impuras. Esto lo

122. Carlos Pupo. *Principios de Higiene*. Imprenta Nacional, San José, 1918, pp. 158-159.

123. A. J. Clark. *Op. Cit.* p. 88.

124. Carlos Pupo. *Op. Cit.* p. 169.

confirmaban los doctores Elías Rolas y Antonio Gustiniani, al argumentar que una de las principales causas para contraer la enfermedad era la mala calidad del agua de las cañerías, insalubres y casi venenosas.¹²⁵

Las acciones para restablecer a los pacientes contagiados de esa enfermedad recaían en la ipecacuana, principal proveedor del alcaloide productor de la emetina.

Para finalizar este apartado, es muy interesante reseñar que la medicina popular a base de hierbas y plantas era cosa corriente entre la población nacional. Las plantas más utilizadas y que a su vez se enviaban al exterior para ser transformadas en valiosas medicinas por la industria farmacéutica de países adelantados fueron las siguientes:

- | | | |
|-------------------|-------------------|-----------------|
| - Acedeta | - Caña Agria | - Frailecillo |
| - Achicoria | - Cañafístula | - Guaco |
| - Aguacate | - Capitaneja | - Guapinol |
| - Ajenjo | - Carao | - Guarumo |
| - Ajo | - Carboncillo | - Güitite |
| - Albahaca | - Cardosanta | - Guízaro |
| - Alcotán | - Carvalle | - Higuerrillo |
| - Amapola | - Cedrón | - Hoja de poró |
| - Anima | - Chanchalagua | - Hoja sen |
| - Anisillo | - Chirraca | - Hombre grande |
| - Anona | - Cola de alacrán | - Huachipelín |
| - Apasote | - Copal | - Ipecuacana |
| - Artemisa | - Copalchí | - Llantén |
| - Balsamito | - Copey | - Malva |
| - Bálsamo de Tolú | - Coralillo | - Manzanillo |
| - Bodoque | - Culantrillo | - Matasán |
| - Borraja | - Duerme muela | - Mozote |

125. González Pacheco. *Op Cit.* p. 125.

Evolución histórica de la farmacia del Hospital San Juan de Dios

- Nacascal	- Ruibardo	- Vainilla
- Naranja Agrio	- Saguí	- Valeriana
- Orégano	- Salvia	- Yerba buena
- Platanillo	- Sauco	- Zacate de limón
- Reina de la noche	- Tamarindo	- Zarza
- Romero	- Tempate	- Zorrillo. ¹²⁶
- Ruda	- Uña de gato	

8- EVOLUCIÓN DE LOS GASTOS REALIZADOS EN COMPRA DE MEDICINAS Y COMPARACIÓN CON OTROS RUBROS

Desde su reapertura, en 1864, la Junta de Caridad y las autoridades del hospital dieron énfasis a los aspectos que eran básicos para el buen cuidado de los enfermos: medicinas y alimentos.

El primer gasto que se hizo por compra de medicinas tuvo un costo de 68,20 pesos, siendo el presupuesto total gastado de 1.414 pesos y atendándose a 74 pacientes. Con base en esto, se deduce que el porcentaje gastado por concepto de medicinas representa un 4,82% dentro del gasto total. Para el año 1868, el gasto que se hace por concepto de compra de medicinas fue de 124,01 pesos, y el total gastado fue de 2.571,20 pesos y se atendieron 98 pacientes. El porcentaje gastado representó por tanto una similitud con el del año 1864, además el gasto total estaba conformado también por reparaciones, alimentos, ropa, leña y sueldos.¹²⁷

Para el primer año de la siguiente década se gastan 136,14 pesos en medicinas, siendo el presupuesto total gastado de 2.822,69 y se atendieron a 95 pacientes.

Para 1878 se gastaron 478,03 en medicinas, siendo el gasto total de 9.911,44 y atendándose a 339 pacientes.

El porcentaje gastado en medicinas representó 4,83% del gasto total.

De acuerdo con los datos vertidos aparece una constante para las décadas de 1860 y 1870, en relación con el porcentaje que se le otorga al rubro de las medicinas, ya que no pasa del 5%. Obviamente, se debe tener en cuenta que el número de pacientes atendidos era relativamente bajo,

126. Estadística y Censos. *Anuario 1883-1884*, Imprenta Nacional, San José. P. 117.

127. Junta de Caridad. *Informe de Labores*. 1868, p. 9.

situación que afecta el suministro de medicinas, además los servicios que ofrecía el hospital eran valiosos pero limitados por aspectos económicos.

Para la última década del siglo, este panorama cambiará substancialmente. Al menos para 1890 se gastan 2.906,43 pesos en medicinas, de un gasto total de 39.279,20 con el cual se atendieron un total de 841 pacientes. El porcentaje invertido en la compra de medicinas representa el 7,4%.

Para 1896 se invierten en medicinas 6.178,10 pesos, la inversión en la compra de medicinas representó el 10,11%. El gasto total ese año fue de 61.156,77 pesos y el número de pacientes atendidos fue 897.

Para 1898 el costo de las medicinas fue de 6.315,75 pesos y el gasto invertido en la compra de medicinas representó el 8,80.

En resumen, para la década de 1890, en algunos años se duplica el porcentaje utilizado para la compra de medicinas en comparación con las décadas anteriores. También se debe tomar en cuenta el aumento de los pacientes atendidos, debido a una mayor organización y especialización del Hospital San Juan de Dios, como el aumento general de la población. Inclusive para esta década, los presupuestos estaban debidamente bien contemplados, y en concordancia con los ingresos. Un ejemplo de esto es la adecuada señalización de los diferentes rubros.

Ingresos	Egresos
Bóvedas	Alimentos
Mausoleos	Alumbrado
Nichos	Leña
Legados	Vestuario
Donaciones	Útiles de dormitorio
Subvenciones del Gobierno	Ornamentos capilla
Mortuorios	Sueldos generales
Pensión de estancias	Instrumentos
Intereses particulares	Medicinas
Certificaciones	Reparaciones
Venta de ladrillos	Gastos generales
	Eventuales ¹²⁸

128. Cleto González Víquez. *Op. Cit.* p. 21.

El caso de los alimentos también era un rubro representativo que causaba mayores gastos a la Junta. Al menos para los últimos diez años del siglo XIX en que se encuentra una estadística confiable, el gasto por la compra de alimentos representa el primer lugar dentro del gasto general del hospital.

En un período de diez años, el gasto anual pasa de 11.683,6 pesos en el año 1889, a 23.700,04 en el año 1899, se observa cómo se duplica el presupuesto. Esto mismo se refleja en el comportamiento de los porcentajes asignados a la compra de medicinas en relación con el gasto total del hospital en la lista siguiente¹²⁹:

Año	% Compra de medicinas
1889	0,63
1890	7,4
1891	2,9
1892	0,19
1893	5,14
1894	3,95
1895	0,87
1896	4,54
1987	5,76
1898	5,38
1899	4,6

A la par de los gastos ocasionados por las medicinas y los alimentos, también los salarios representaban un gasto importante. Prueba de ello es que el hospital, para 1867, pagaba 962,20 pesos en salarios, en 1889 la cifra alcanzaba los 5.320 pesos y, para 1899, el gasto salarial era de 8.490,80 pesos.

En síntesis, durante el siglo XIX los principales gastos estaban conferidos a los alimentos, en primer lugar, luego los salarios y en tercer lugar la compra de medicinas.

Estos gastos los caracterizaba el número de pacientes atendidos, los precios, el número de estancias y el número de empleados.

Los siguientes cuadros y gráficos detallan parte del movimiento efectuado en el Hospital San Juan de Dios.

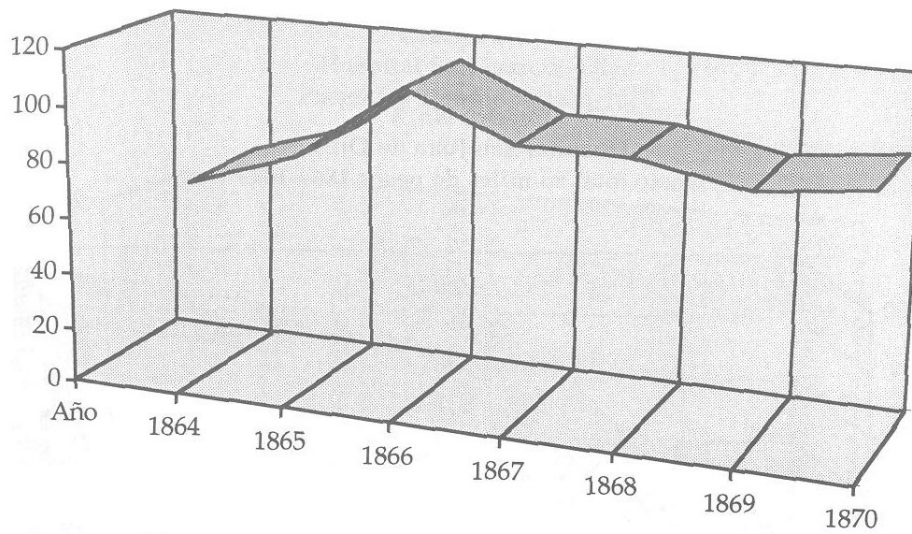
129. Junta de Caridad, *Informe de Labores 1889-1899*.

Cuadro No. 1

Año	No. pacientes	Gasto en medicinas en pesos	Gasto total
1864	74	68,2	1.414
1865	86	86,19	1.787
1866	114	133,36	2.765,12
1867	98	119	2.467,31
1868	98	124,01	2.571,2
1869	91	131,67	2.730,05
1870	95	136,14	2.822,69

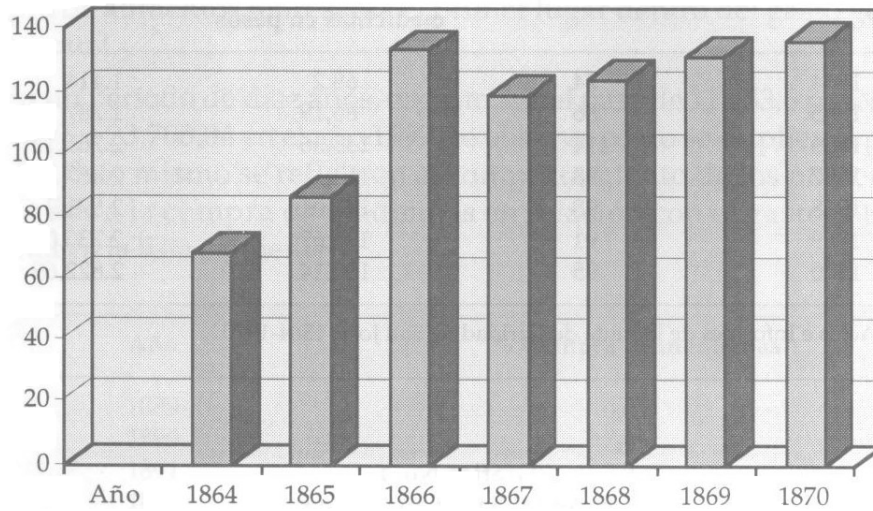
Fuente: Actas e Informes de la Junta de Caridad de San José, 1864-1970.

Gráfico No. 1
Hospital San Juan de Dios
Pacientes atendidos 1864-1870



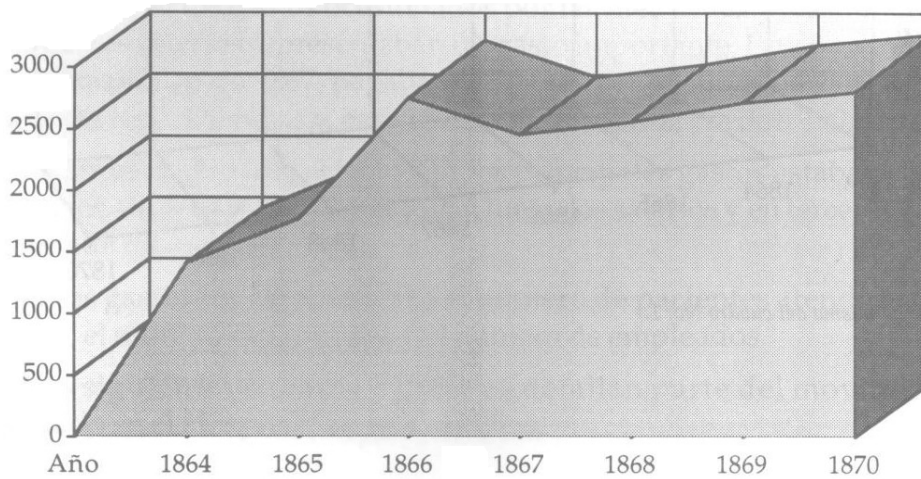
Fuente: La misma del cuadro No. 1.

Gráfico No. 2
Hospital San Juan de Dios
Gasto en medicinas en miles de pesos 1864-1870



Fuente: La misma del cuadro No. 1

Gráfico No. 3
Hospital San Juan de Dios
Gasto total en miles de pesos 1864-1870



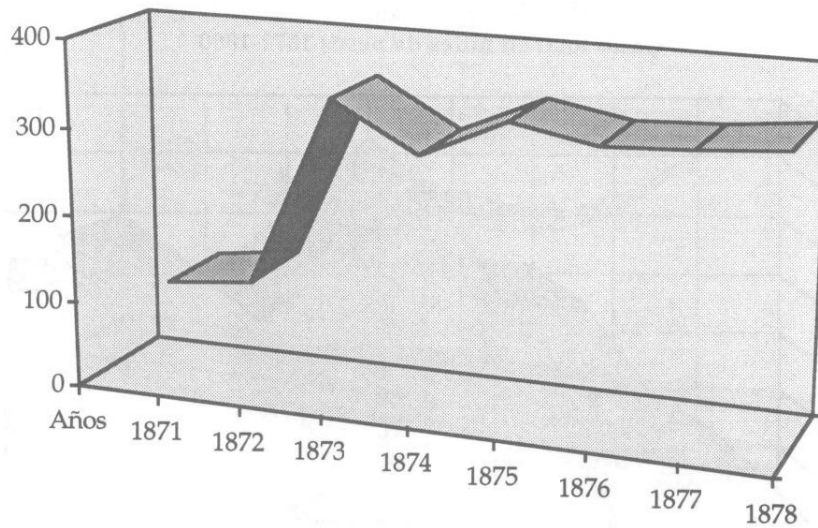
Fuente: La misma del cuadro No. 1.

Cuadro No. 2

Año	No. pacientes	Gasto en medicinas en pesos	Gasto total
1871	125	139,6	2.894,28
1872	136	215,02	4.458,12
1873	350	399,65	8.286,28
1874	298	409,16	8.483,46
1875	341	606,68	12.578,91
1876	326	483,84	10.031,9
1877	329	373,62	7.746,66
1878	339	478,03	9.911,44
1879		433,09	8.978,68
1880		416,33	8.632,27

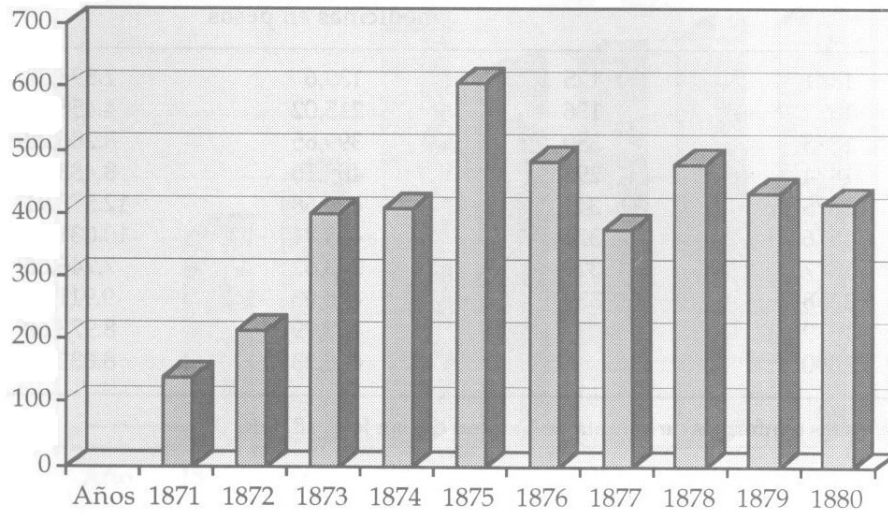
Fuente: Actas e Informes de la Junta de Caridad de San José, 1871-1880.

Gráfico No. 4
Hospital San Juan de Dios
Pacientes atendidos 1871-1878



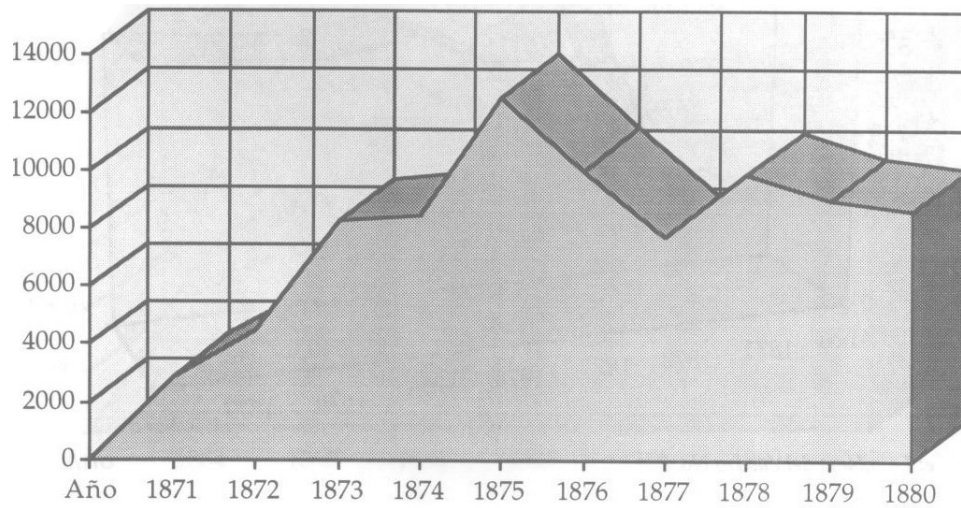
Fuente: La misma del cuadro No. 2.

Gráfico No. 5
Hospital San Juan de Dios
Gasto en medicinas en pesos 1871-1880



Fuente: La misma del cuadro No. 2.

Gráfico No. 6
Hospital San Juan de Dios
Gasto total en miles de pesos 1871-1880



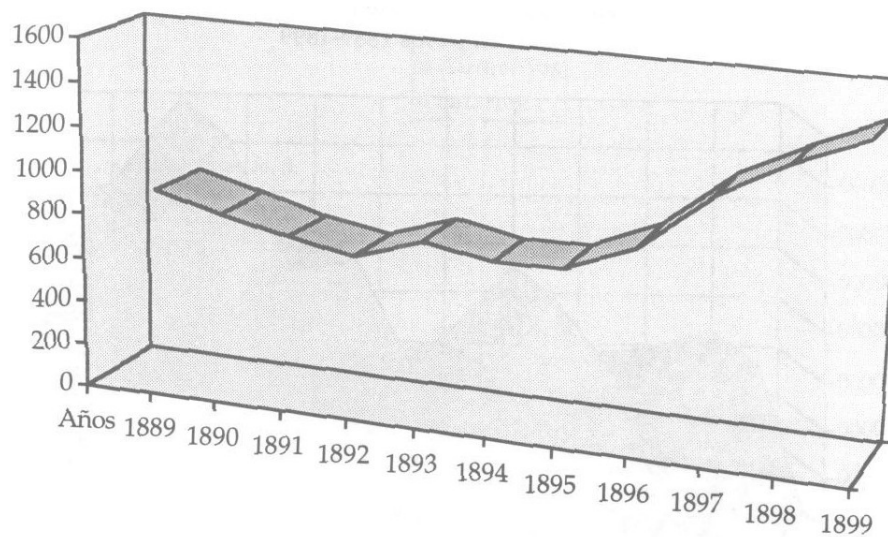
Fuente: La misma del cuadro No. 2. 128

Cuadro No. 3

Años	No. pacientes	Gasto en medicinas	Gasto en alimentos	Gasto en salarios	Gasto total
1889	918	268,15	11.683,6	5.437,8	42.876,8
1890	841	2.906,43	11.666	5.650	39.279,2
1891	764	1.105,15	11.596,75	5.980	38.015,81
1892	714	105,7	12.958,91	6.600	55.572,2
1893	821	2.008,3	13.932,95	6.680	40.809,43
1894	760	1.438,4	14.197,1	6.865	36.443,26
1895	768	3.154,85	19.522,75	7.389,2	63.175,21
1896	897	6.178,1	20.391,64	8.167,15	61.156,77
1897	1151	7.025,05	26.612,26	9.180	88.709,94
1898	1315	6.315,75	32.840,7	10.367	71.083,63
1899	1451	3.116,39	23.100,04	8.490,8	67.764,9

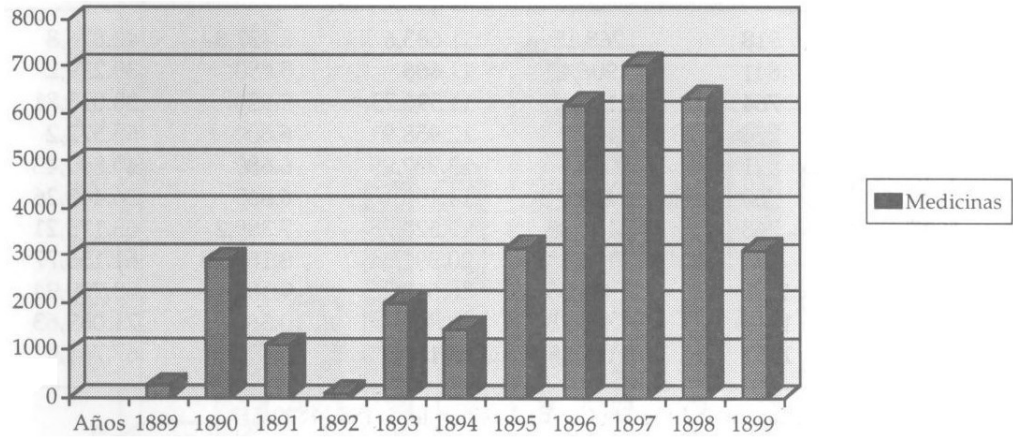
Fuente: Actas e Informes de la Junta de Caridad de San José, 1889-1899.

Gráfico No. 7
Hospital San Juan de Dios
Gasto en medicinas 1889-1899



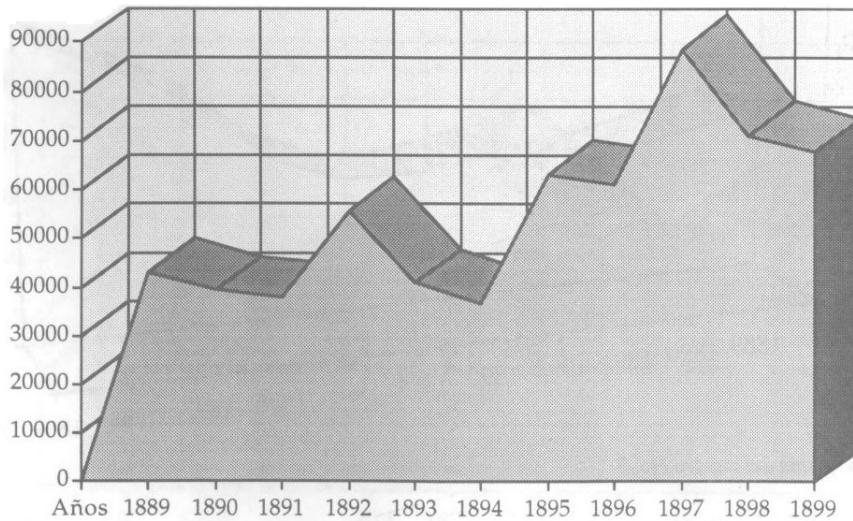
Fuente: La misma del cuadro No. 3.

Gráfico No. 8
Hospital San Juan de Dios
Gasto en medicinas en miles de pesos 1889-1899



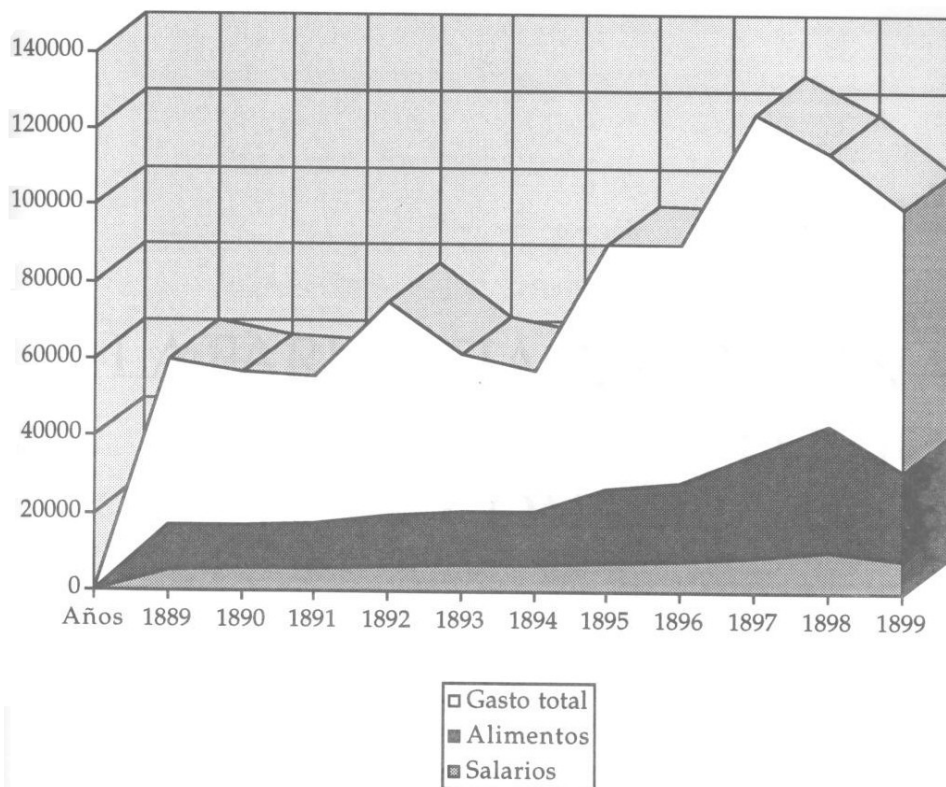
Fuente: La misma del cuadro No. 3.

Gráfico No. 9
Hospital San Juan de Dios
Gasto total en pesos 1889-1899



Fuente: Cuadro No. 3.

Gráfico No. 10
Hospital San Juan de Dios
Gasto en alimentos, salarios y gasto total 1889-1899



Fuente: La misma del cuadro No. 3.

Título IV

LA FARMACIA PROFESIONAL COSTARRICENSE, INICIO Y CONSOLIDACIÓN

1- LA FARMACIA Y LA UNIVERSIDAD DE SANTO TOMÁS

Los estudios superiores de Farmacia en Costa Rica estuvieron vinculados desde un inicio a la Universidad de Santo Tomás. Esta casa de estudios superiores tuvo su embrión en la Casa de Enseñanza de Santo Tomás e inició sus actividades a partir de 1814. Fue en 1843 cuando esta Casa de Enseñanza se transformó en universidad, bajo la administración de José María Alfaro, pero fue el Dr. José María Castro Madriz quien se erigió como su gran impulsor.¹³⁰

En la Universidad se impartían varias cátedras en diversos campos del saber, así surgen los primeros intentos por fundar también cátedras sobre el estudio de la Farmacia y Medicina. Uno de los principales conocedores de la evolución de la Universidad de Santo Tomás fue el historiador Paulino González, quien expresaba que:

“Durante 1839 Don Braulio Carrillo intentó fundar una cátedra de medicina a cargo del Dr. Nazario Toledo, pero la falta de Hospital y otros instrumentos metodológicos impidieron la realización del proyecto.

Lo mismo sucedería en 1844, en 1850 y 1866, ya dentro de la Universidad de Santo Tomás, hasta que por fin el año 1872, por iniciativa del Dr. José María Castro, se enviaron a traer a Europa los instrumentos necesarios y se abrió la cátedra en aquellos momentos en que su gestor buscaba cumplir los objetivos de la Universidad.”¹³¹

A pesar de lo antes mencionado, fueron los estudios de Farmacia los que primero se estructuraron formalmente en esa Universidad, al crearse la cátedra en 1849y estando el Dr. Santiago Bourdón a cargo de ella.¹³² Dicha cátedra estaría en vigencia a partir del 1 de marzo de

130. Edgar Cabezas. *La Medicina en Costa Rica*. Editorial Ednasss, CCSS, San José, 1990, p. 166.

131. Paulino González. *La Universidad de Santo Tomás*. Editorial U.C.R. San José, 1989, p. 7.

132. Revista FÁrmacos. *Historia de Farmacología en Costa Rica*, CCSS, 1996, p. 7.

1849 según lo mandado por el Dr. Castro Madriz y considerando que esta cátedra era de mucha importancia para el país.¹³³

Para justificar la creación de la cátedra de Farmacia, se indicaba que el país tenía suficientes médicos y cirujanos, pero que carecía del complemento de las Ciencias Médicas, la Farmacéutica, de acuerdo con Rodrigo Blanco.¹³⁴

La realidad era que en Costa Rica, para la década de 1850, había muy pocos médicos ejerciendo, y todavía eran menos los farmacéuticos ejerciendo su profesión en el país, pues sólo aparecen Fermín Meza y Juan Braun.¹³⁵

Los cursos para la cátedra de Farmacia se dividían en teóricos y prácticos. La parte teórica duraría dos años y constaba de las siguientes materias:

- *Primer año:* Física Médica, Química Médica, Zoología Médica
- *Segundo año:* Farmacia Teórica.

La parte teórica se complementaba con un estudio práctico que se realizaba en una botica pública durante dos años.¹³⁶

Para matricularse en la carrera era necesario tener el grado de Bachiller en Filosofía y para obtener el grado de Licenciado en Farmacia, se debía examinar por las autoridades respectivas inclusive para la graduación, la Universidad de Santo Tomás tenía su propio juramento de incorporación y que reza como sigue:

“Digo yo, Bachiller en Filosofía, aprobado en el ejercicio de la Farmacia, que juro por Dios nuestro señor, respetar al gobierno de la Nación, defender la Patria, obedecer las leyes, asistir con la debida puntualidad a la oficina de Farmacia que está a mi cargo, no abusar en ningún caso ni de manera alguna de mi facultad, no expender sin receta de médico, sustancias heroicas o tóxicas, no vender ninguna clase de medicamento alterado ni a mayor precio del que justamente merece, ni dejar de socorrer gratuitamente a los pobres con los remedios necesarios para sus enfermedades.

133. *Revista de la Universidad de Costa Rica*. Historia de la Farmacia y la Medicina en costa Rica. 1945, p. 65.

134. *Fármacos*. *Op. Cit.* p. 8.

135. *Revista de Costa Rica en el Siglo XIX*. *Op.Cit.*

136. Universidad de Costa Rica: Centro de Investigación Académica. *La Enseñanza de la Farmacia*, 1983, p. 86.

*Juro asimismo, observar los Estatutos de la Universidad y cumplir las órdenes de los que por ellos la gobiernan. Así Dios me ayude y si no me lo demande.*¹³⁷

Al parecer, de estos primeros estudios únicamente se tituló el Señor Francisco Madriz, quien realizó sus estudios prácticos en el Hospital San Juan de Dios.¹³⁸ Esto último es muy interesante, porque quiere decir que también los estudios profesionales ligados a la Farmacia, se asocian directamente a la par de la misma evolución del Hospital San Juan de Dios.

Aparte de este intento por formalizar la carrera de Farmacia en la Universidad, hubo otros ensayos que buscaron establecer la enseñanza de la medicina y que incluían cursos relativos a la Farmacia.

Tal es el caso de Tomás Guardia quien, deseoso de dar a la enseñanza superior la mayor amplitud posible y de proporcionar al talento y aplicación de la juventud costarricense acceso a una nueva carrera, emite un decreto restableciendo en la Universidad de la República la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia.¹³⁹ La enseñanza de la medicina se iba a dar en dos frentes: la parte teórica en las aulas de la Universidad de Santo Tomás y comprendía los siguientes cursos:

- *Primer año:* Anatomía descriptiva, Fisiología, Historia Natural, Finca médica
- *Segundo año:* Anatomía, Fisiología, Patología General, Historia Natural, Zoología, Botánica
- *Tercer año:* Patología Interna, Patología Externa, Historia Natural, Química, Minerología, Cirugía
- *Cuarto año:* Patología Interna, Patología Externa
- *Quinto año:* Terapéutica, Materia Médica, Medicina Legal
- *Sexto año.* Farmacia

La parte práctica estaba destinada a realizarse en el Hospital San Juan de Dios, y contemplaba las siguiente asignaturas:

137. Bienvenido Ortiz. *Compilación de Leyes y Decretos Referentes a la Medicina e Higiene*. Imprenta Nacional, San José, 1921, p. 62.

138. Carlos Serrano. *Vistazo sobre el Desarrollo Institucional de la Farmacia en Costa Rica*. Colegio de Farmacéuticos, 1972, p. 2.

139. Bienvenido Ortiz. *Op. Cit.* p. 66.

Evolución histórica de la farmacia del Hospital San Juan de Dios

- *Primer año:* Disección
- *Segundo año:* Pequeñas cirugías, Nociones de Clínica
- *Tercer año:* Clínica Médica
- *Cuarto año:* Ambas Clínicas, Anatomía, Patología, Medicina Operatoria
- *Quinto año:* Ambas Clínicas, Arte de Formular, Medicina Operatoria
- *Sexto año:* Clínica, Farmacia.¹⁴⁰

Sobre el anterior currículum se evidencia la necesidad e importancia que tenía para el ámbito médico las materias de Farmacia como debía ser; además, se gradúan como bachilleres en Medicina con este plan los siguientes personajes:

- Cirilo Meza
- Héctor Polini
- Diego Robles
- Juan Ulloa.¹⁴¹

Finalmente, el interés mostrado para que en la Universidad Pontificia de Santo Tomás se consolidaran los estudios académicos en Farmacia y Medicina quedaron truncados, al emitirse el decreto de su clausura en 1888, siendo Secretario de Instrucción Pública en ese momento el Lic. Mauro Fernández.

Para justificar el cierre de la Universidad de Santo Tomás, se esgrimieron razones de diferente orden como: falta de organización, incongruencia con la condición social y económica del país y otras. En el fondo lo que privó fue que el desarrollo de una universidad en Costa Rica con los rasgos eclesiásticos y coloniales que caracterizaron la Universidad de Santo Tomás, contrastaba con los intereses políticos, económicos y sociales de la clase liberal que conducía los destinos del país en aquel entonces.

2- LA FARMACIA Y EL PROTOMEDICATO EN COSTA RICA

La regulaciones en materia médica y farmacéutica durante centurias le correspondió supervisarlas a una institución denominada Protomedicato. La misma tuvo su origen en España,

140. Ibid. Pp. 66-67.

141. Edgar Cabezas, *Op. Cit.* p. 171.

durante el reino de Alfonso de Aragón, al establecerse una legislación para quienes tenían y querían ejercer la profesión médica quedando sujetos a previo examen. Posteriormente los alcaldes mayores se convirtieron en examinadores de los individuos que irían a ejercer la medicina, moldeándose de esta forma el Protomedicato, el que es reafirmado por los Reyes Católicos de España.¹⁴²

En la época de la conquista y la colonia esta institución se difunde por América, siendo la legislación imperante en materia médica y farmacéutica hasta las últimas décadas del siglo XIX, luego de las luchas por la independencia.

El Protomedicato se establece en Costa Rica en 1857 bajo la administración de Juan Rafael Mora, el Congreso Nacional, para justipreciar el Protomedicato de la República, consideró que era favorecer los progresos de la Ciencia Médica y para proteger la salud pública, tomando en cuenta el correcto ejercicio de la profesión.¹⁴³

El Protomedicato estaba compuesto por un Protomédico como Presidente, un Censor y un Secretario, además tenía el carácter de examinador. Dentro del Protomedicato también formaba parte una sociedad médica de índole literaria y compuesta por todos los doctores y licenciados en Medicina, Cirugía, Farmacia, Obstetricia y Odontología.¹⁴⁴

El Protomedicato tenía, entre sus funciones primordiales, el autenticar los títulos de las personas que ingresaban al país a ejercer las citadas especialidades, así como valorar el nivel de conocimientos mediante exámenes teóricos y prácticos.

Para el caso específico de la Farmacia, el examen teórico versaría sobre los siguientes temas:

- Botica
- Zoología
- Química
- Principios Generales de Farmacia

142. Edgar Cabezas, *Op. Cit.* p. 181.

143. Bienvenido Ortiz, *Op. Cit.* p. 59.

144. Loc. Cit.

- Conocimientos sobre Drogas y Mixturas
- Arte de formular.

La valoración práctica se verificaría en una oficina farmacéutica bien surtida, en donde el candidato pudiera mostrar sus aptitudes. También, el Protomedicato contribuiría con la Policía Médica en lo correspondiente al papel coercitivo, ya que debía ejecutar las siguientes funciones:

- A. Visitar boticas una vez al mes, a fin de verificar el surtido de los medicamentos, los elementos para su buen despacho y el buen estado de las drogas.
- B. Cuidar que en ninguna botica pública se vendan medicinas sin receta de un facultativo, a excepción de aquellos que no lo requerían.
- C. Controlar que no se vendieran venenos, salvo una cantidad bien calculada por el médico y el farmacéutico.
- D. Velar porque fuera castigada aquella persona que sin ser de la profesión vendiera medicinas heroicas o venenos.
- E. Velar para que las recetas de medicinas urgentes, fueran despachadas por la botica de turno en cualquier lugar de día o de noche. (Las boticas de turno existían en Costa Rica desde 1849.)
- E. Mandar a cerrar las boticas cuyo dueño profesional responsable faltara sin justificación.
- G. Extender los métodos curativos que debían publicarse en casos de epidemia y para la curación de enfermos endémicos.¹⁴⁵

El Protomedicato, cuyo objetivo final era fortalecerse como gremio y eliminar a los charlatanes y empíricos de la práctica médica y farmacéutica, sucumbe en 1895, cuando es sustituido por la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia de la República de Costa Rica.

Cabe destacar que prácticamente ningún farmacéutico forma parte del Protomedicato durante su existencia, pues en todo momento estuvo influenciado por la parte médica, a pesar que en el país ejercían farmacéuticos graduados en reconocidas universidades como:

- Enrique Guier

145. Ibid. P. 256.

- Federico Núñez
- Axel Shibbye
- José Frias
- Carlos Beutel.¹⁴⁶

3- LA FARMACIA EN LA FACULTAD DE MEDICINA, CIRUGÍA Y FARMACIA DE LA REPÚBLICA DE COSTA RICA

La Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia es la Institución que sustituye al Protomedicato, mediante decreto emitido el 3 de abril de 1895.

Este cambio era necesario debido a que el Protomedicato no funcionaba muy bien por falta de más rigidez en su organización, falta de apoyo del Estado y porque también, para finales del siglo XIX, había aumentado el número de médicos y farmacéuticos. Esta situación requería entonces un mejor control.

Esta nueva institución tendría un carácter más bien de colegio profesional y asesor en materia médica, además de tener atribuciones académicas. A la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia pertenecían todos los médicos, cirujanos y farmacéuticos autorizados.

Entre los objetivos de la Facultad destacan:

- A. Dirigir la enseñanza de la Medicina, Cirugía y Farmacia.
- B. Promover y fomentar el desarrollo de esas ciencias.
- C. Conferir títulos académicos de las diversas ramas de su competencia.
- D. Conceder o rechazar la incorporación de los profesores recibidos en el extranjero.

Sobre estos objetivos se da una contradicción en la parte correspondiente a conferir títulos académicos, porque ¿dónde se realizarían los estudios universitarios que acreditarían esos títulos? Por lo demás, están correctos los alcances perseguidos por la facultad.

Entre las obligaciones que asumió la Facultad se destacan el de velar porque sus miembros se ajustaran a las disposiciones vigentes, ejercer suprema vigilancia respecto a la higiene y la

146. Carlos Lachner. *Op. Cit.* Pp. 218, 221.

salubridad pública y resolver las consultas que cualquiera de los supremos poderes planteara.¹⁴⁷

Con referencia a sobre la actividad farmacéutica, la Facultad toma medidas bastante estrictas y complejas para legislar, tan importante, necesario y productivo espacio.

Para comenzar, nadie podía abrir ni poner al servicio público boticas, oficina de farmacia o botiquines, sin previa autorización de la Junta de Gobierno de la Facultad; además, se estipulaba que mientras no hubiera un número suficiente de farmacéuticos en las diferentes poblaciones del país, quedaban autorizados los médicos para abrir boticas.¹⁴⁸

También se emiten nuevas legislaciones atinentes a la Farmacia como:

- A. Se podrá permitir a personas de confianza la venta de drogas que sean de más uso en los pueblos y en donde no se halle ninguna botica regentada por un farmacéutico.
- B. Solamente en los establecimientos de boticas o botiquines administrados por un médico o farmacéutico se puede hacer despacho de recetas.
- C. Los farmacéuticos están obligados a dirigir personalmente las operaciones en laboratorios, los medicamentos y sustancias venenosas.
- D. Ningún médico o farmacéutico podrá regentar más de una Botica.
- E. Denomínanse boticas u oficinas de farmacia todo aquel establecimiento en donde se despachen recetas y se expendan drogas y medicamentos.
- E. Es obligación del regente de todas las boticas dar copia de las recetas a los interesados.
- G. En todas las boticas y botiquines se llevará un libro para copiar recetas que se despachan, por orden numérica y sin dejar espacios en blanco. Este libro se conservará por cinco años y se presentará a la autoridad competente.
- H. Todo medicamento que se despache deberá llevar una etiqueta o rótulo que indique el nombre del establecimiento, modo de administrarlo y el precio.

147. Bienvenido Ortiz, *Op. Cit.* Pp. 69,70.

148. *Gaceta Médica de Costa Rica*, diciembre 1896, p. 320.

- I. Cuando el medicamento preparado fuera venenoso, el farmacéutico hará poner en el envase una etiqueta de papel rojo con una leyenda que diga “cuidado” y con una calavera pintada.
- J. Es prohibido a los farmacéuticos propietarios de las boticas, botiquines y todo comercio de drogas, vender sin recetas autorizadas por un facultativo, las siguientes substancias:
 - Aceite de almendras
 - Acónito
 - Agua de laurel
 - Arsénico y sus preparados
 - Todos los alcaloides menos la quinina
 - Cantárido
 - Cloruro de zinc
 - Curare
 - Cloroformo
 - Cloral
 - Conicina
 - Cotchce
 - Digital
 - Fósforo
 - Nuez vómica
 - Opio y sus alcaloides
 - Tártaro emético
 - Todas las drogas, substancias y preparaciones tóxicas.¹⁴⁹

Es muy llamativo el hecho que la Junta de Gobierno tenía la facultad de visitar dos veces al año las boticas, botiquines, oficinas de farmacia y boticas del hospital sin dar noticia previa.

La visita podría hacerse cualquier día y la comisión visitadora estaría conformada por dos médicos y un farmacéutico. Esta comisión tenía el objetivo de supervisar y controlar el buen

149. Ibid. P. 321.

desarrollo de los establecimientos, exigiendo a sus dueños la licencia legal y la patente. Además, esta comisión examinaría los aparatos, pesos y medidas, las drogas y medicinas, útiles e implementos.

Las sanciones podían ir desde amonestaciones hasta el cierre del centro comercial, dependiendo del tiempo de irregularidad que se encontrare, incluyendo la pérdida de derechos de patente.

Sin lugar a dudas, uno de los aportes más significativos de la Facultad fue el impulso para la creación en Costa Rica de la Escuela de Farmacia. Efectivamente, ante la necesidad de que el país contara con un número suficiente de farmacéuticos profesionales, la Facultad acordó el 1 de febrero de 1897, el establecimiento de dicha escuela en la capital de la república como dependencia suya.¹⁵⁰ El 8 de febrero el gobierno encabezado por el Lic. Rafael Iglesias Castro aprobó dicha solicitud. El investigador, farmacéutico e historiador, Dr. Oscar Ramírez sobre este hecho indica:

“Aunque nacida en seno médico farmacéutico, hay que agregar que por esa época existía en el Gobierno de la República una corriente liberal bastante fuerte que, muy posiblemente hacía eco de los postulados filosóficos del positivismo de Augusto Comte, circunstancias éstas bastante distintas de la de mediados de siglo en la Universidad de Santo Tomás, en que ésta tendía más bien a ser una entidad de tipo confesional y por lo tanto, sin mucha inclinación hacia los estudios científicos experimentales aplicados, los cuales, además carecían de la base que necesariamente tiene que ofrecer una sólida enseñanza primaria y secundaria.”¹⁵¹

A partir de 1897, los estudios académicos en Farmacia, de manera ininterrumpida, son una realidad en Costa Rica. En 1940, esta labor es asumida por la Universidad de Costa Rica. El currículum inicial comprendía cursos teóricos y prácticos ofrecidos a lo largo de cuatro años.

El primer plan de estudios en cuestión lo componían las siguientes materias:

— *Primer año:* Física General, Química Inorgánica, Historia Natural, Botánica General

150. Gonzalo González. *Op. Cit.* P. 67.

151. Oscar Ramírez. *Aspectos Fundamentales del Origen y Desarrollo de la Farmacia*, Universidad de Costa Rica, 1983, p. 99.

- *Segundo año*: Química Orgánica, Botánica, Trabajo de Oficina, Examen de Drogas, Preparaciones Oficiales y Despacho de Recetas, Zoología General, Mineralogía y Cristalografía
- *Tercer año*: Química Analítica Farmacéutica, Elementos de Fisiología Humana, Trabajo Práctico de Oficina, Farmacia Teórica
- *Cuarto año*: Análisis Tetrimétricos, Toxicología, Trabajos Prácticos de Microscopía, Materia Médica, Terapéutica General, Farmacia Teórica.¹⁵²

El requisito para ingresar a la Escuela era poseer el título de Bachiller en Filosofía, Ciencias o Letras; sin embargo, la Junta de Gobierno de la Facultad podía dispensar de tal requisito durante sus primeros cuatro años de existencia de la Escuela, a aquellas personas que, a su juicio, tenían conocimiento de segunda enseñanza, necesaria para emprender la carrera.

La Escuela tendría abiertas sus cátedras durante nueve meses al año, de marzo a noviembre, y durante los primeros días de diciembre se realizarían los exámenes y el resto del tiempo para vacaciones.

La Facultad podía conferir grados académicos de Bachiller a los estudiantes que hicieran los dos primeros años y de Licenciado a los que hicieran los dos últimos años del plan de estudios; además, el costo por los derechos de inscripción para los primeros años era de veinticinco pesos, y de treinta pesos para cada uno de los últimos.¹⁵³

Con esta organización, se inicia el desarrollo de la Farmacia Profesional Académica, en una casa que estaba situada en la esquina suroeste del Parque Central, figurando entre sus primeros profesores, los doctores:

- Carlos Beutel
- Jesús Pardiñas
- Pedro Torrents
- Luis Bolaños.

Para el último año del siglo XIX, don Elías Jiménez Rojas se hace cargo de la Dirección de la Escuela, contando entre sus profesores a los señores:

- Enrique Jiménez
- Teodoro Picado

152. *Gaceta Médica de Costa Rica*. Febrero de 1897, pp. 325-326.

153. *Ibid.* p. 327.

- Carlos Beutel
- Alberto Brenes
- Ana María Montealegre (Clases de Inglés).

Como dato adicional, cabe destacar que la matrícula inicial de la Escuela fue de trece alumnos, de los cuales se graduaron los siguientes:

- Francisco Jiménez Zúñiga
- José Antonio Araya Gutiérrez
- José Víctor Lapeen
- Edgardo Balma
- Fausto Montes de Oca
- Zacarías Guerrero Angulo.¹⁵⁴

A su vez, y pese a la oposición a su matrícula y de diferentes prejuicios de la época, la señorita Lita Chaverri M. fue la primera mujer en graduarse con excelentes notas en la Escuela de Farmacia, en 1916; además, fue la primera mujer graduada en Costa Rica en una institución de enseñanza superior.

4- LA GÉNESIS DEL COLEGIO DE FARMACÉUTICOS: POLÉMICA Y SEPARACIÓN

En la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia surgieron serias disputas y contradicciones entre los médicos y farmacéuticos durante los primeros meses de 1902.

La Facultad, compuesta en su mayoría por médicos, no deseaba acatar la ley que dejaba a las farmacias y boticas en manos de los farmacéuticos cuando existiera un buen número de ellos.

Más bien, algunos médicos estaban proponiendo una legislación tendiente a transformar la Facultad de Medicina Cirugía y Farmacia en solamente Facultad de Medicina. El objetivo consistía en que esta nueva organización abarcara a todos los profesionales que en materia médica ejercían en Costa Rica, incluyendo a los farmacéuticos.

154. Gonzalo González. *OP.* Cit. Pp. 68,69.

Pero en el fondo, lo que se perseguía era que las boticas y farmacias que hasta entonces habían sido regentadas y administradas por los médicos, siguieran en manos de éstos y así poder continuar usufructuando comercialmente el negocio; es decir, que el asunto en sí tenía características gremiales y lucrativas.

Esta cuestión se remonta a los inicios de la década de 1840, en que a falta de farmacéuticos en el país, el Lic. Braulio Carrillo concede autorización a los médicos y cirujanos de la república, para que puedan tener boticas por un período de dos años.¹⁵⁵

En el Reglamento de Policía de 1849, en el artículo 64, se estipulaba que los médicos y cirujanos no podían tener boticas propias, ni bajo nombres de personas supuestas. Sin embargo, podían seguir gozando del derecho a tener botica abierta, mientras que en el país no hubiera por lo menos cinco profesionales en Farmacia.

Posteriormente, con la Ley Orgánica de la Facultad de Medicina de 1895, se disponía que mientras en las diferentes poblaciones de la república no hubiera un número suficiente de farmacéuticos, quedaban los médicos autorizados para abrir boticas. Parte de esa ley decía:

“Tan pronto como la población cuente con farmacéuticos en proporción, la Junta de Gobierno ordenará el cierre de las farmacias y botiquines públicos no regentados por farmacéuticos titulados.”¹⁵⁶

No se sabe hasta qué punto los médicos del país habían influido para conseguir las concesiones que el Estado costarricense les proporcionaba, pero para finales del siglo XIX y principios del XX ya existía en Costa Rica un número apreciable de farmacéuticos, el que se aumentaba creciente-mente por los egresados de la Escuela de Farmacia.

Ante tal panorama, las sesiones de la Junta de Gobierno de la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia se volvieron el teatro de acontecimientos de una polémica que desembocaría en la separación definitiva de los farmacéuticos como gremio profesional.

Los participantes en dicha polémica por la parte médica fueron los doctores:

- Elías Rojas

155. Bienvenido Ortiz, *Op. Cit.* P. 134.

156. Gaceta Médica, *Op. Cit.* P. 320.

Evolución histórica de la farmacia del Hospital San Juan de Dios

- Rafael Calderón
- Francisco Rucabedo
- Marcos Zúñiga
- Manuel Aguilar
- José María Soto
- Teodoro Prestinary
- Fernando Iglesias
- Roberto Fonseca
- Federico Zumbado
- Mariano Rodríguez
- Enrique Carranza
- Carlos de Silva
- Francisco Fonseca
- Luis Paulino Jiménez
- Juan Arrea
- Pánfilo Valverde
- Emilio Echeverría
- Nazario Toledo
- Teodoro Picado
- Antonio Giustiniani.

Por parte de los farmacéuticos participaron los licenciados:

- Domingo Carranza
- José Victory
- Sacarías Guerrero
- Martín Quirós
- David Quirós
- Baldomero Fernández
- Edgardo Balma

- Carlos Beutel
- Alfredo Pirie
- Hicks Hawkins
- José J. Jiménez.¹⁵⁷

Desde el inicio, los farmacéuticos expresan su descontento por la forma en que se había convocado a las sesiones, ya que dicho procedimiento no se ajustaba a lo expresado en el reglamento. Lo anterior, porque la parte médica, no toda, quería aprobar la nueva ley que cambiaría el nombre de la Facultad, con la participación mínima de los farmacéuticos y supuestamente así seguir teniendo cabida a las boticas, al eliminarse las normas anteriores.

Se debe insistir en que no eran todos los médicos que los apoyaban este proyecto, como los casos de los doctores Soto, Fonseca y Rodríguez. Al menos el Dr. Fonseca Calvo no estaba a favor del proyecto, por cuanto consideraba que los farmacéuticos tenían derechos y debían hacerlos valer. Una posición contraria manifestaba el Dr. Silva, que en forma hiriente indicaba que los títulos de médicos y cirujanos costaban mucho esfuerzo y que había que obtenerlos en universidades reconocidas de los países desarrollados; además, que la profesión de médico era más honrada y más digna que la del farmacéutico, cuya principal misión era el comercio. Los farmacéuticos ripostaron el ataque, al reseñar, el Lic. Victory, que el proyecto a todas luces era irracional e injusto, ya que el mismo los dejaría sin derechos.¹⁵⁸

Para el Dr. Luis Paulino Jiménez, era correcto deslindar las atribuciones de ambos grupos profesionales.

De este penoso conflicto salieron airoso los farmacéuticos. Veamos cómo describe este triunfo el Dr. Oscar Ramírez:

“Como consecuencia de este movimiento revolucionario, el grupo de los farmacéuticos no solo logró lo que perseguía en primera instancia: la Farmacia fuera de las manos de los médicos, sino que obtuvo su propia facultad, la cual se denominó Colegio de Farmacéuticos de la República. Esto ocurrió mediante ley No. 74 del 12 de agosto de 1902, emitido por el congreso constitucional.”¹⁵⁹

157. Gaceta Médica. Sesión celebrada el 25 de junio de 1902, pp. 219,220.

158. *Ibid.* Pp. 220,223.

159. Oscar Ramírez. *Op. Cit.* P. 142.

Efectivamente, de tan acalorado debate se logró lo que en el fondo quizá ambos gremios ya querían: la separación definitiva. El Lic. Ascensión Esquivel, Presidente de la República, en agosto de 1902, emitió las leyes que le daban cuerpo a la Facultad de Medicina y al Colegio de Farmacéuticos respectivamente.

Sobre el Colegio de Farmacéuticos sobresalen los siguientes semblantes:

- A. Formarán parte el Colegio de Farmacéuticos, los reconocidos legalmente como tales, los que en adelante sean incorporados y los médicos propietarios de boticas, mientras las conserven en su poder.
- B. Sus atribuciones serán: Impartir la enseñanza necesaria para formar farmacéuticos; conceder, denegar y cancelar incorporaciones. Promover la difusión y adelanto de los conocimientos referentes a la Farmacia.
- C. A partir del primero de enero de 1903, ningún establecimiento de esta capital que no tenga a su frente un miembro del Colegio de Farmacéuticos, podrá despachar recetas de médico o expender drogas peligrosas, lo mismo en las demás poblaciones.
- D. Tanto el Colegio de Farmacéuticos como la Facultad de Medicina y las autoridades de Gobernación, tendrían derecho a inspeccionar los establecimientos en que se despachen recetas y vendan drogas peligrosas.¹⁶⁰

De manera complementaria, los delegados de la Facultad de Medicina, doctores: Rafael Calderón, Pánfilo Valverde y Francisco Rucabado, entregaron la Escuela de Farmacia de Costa Rica al Colegio de Farmacéuticos, el 28 de noviembre de 1902, dando por finalizado el vínculo que mantuvieron desde lustros atrás.

Cabe destacar que la primera Junta Directiva del Colegio de Farmacéuticos estuvo integrada por las siguientes personalidades, todos licenciados en Farmacia:

- José Victory
- Edgardo Balma
- Alex Murray

160. Ortiz, *Op. Cit.* Pp. 73, 74.

- Martín Quirós
- Alfredo Pirie
- José J. Jiménez
- Domingo Carranza.

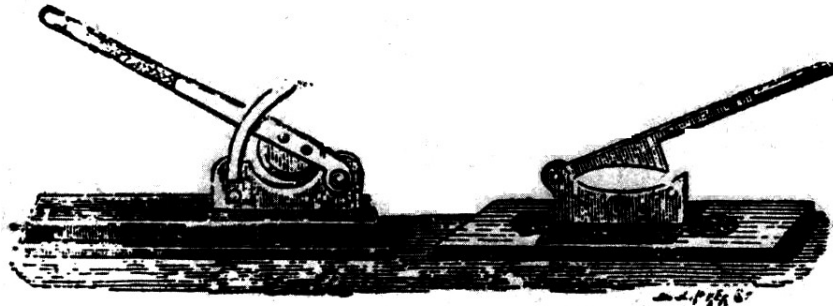
No deja de ser ilustrativo que los presidentes que han regido el Colegio de Farmacéuticos durante el siglo XX han sido los siguientes:

- José Victory
- Alfredo Pirie
- Ramón Rojas
- Francisco Jiménez
- José Aymerich
- Alex Murray
- Alonso Pérez
- Tito Chaverri
- Julio Gurdíán
- Carlos Salazar
- Miguel Umaña
- Ovidio Astorga
- Ramiro Solano
- Otón Jiménez
- Nicolás Lizano
- Max Acosta
- Armando Padilla
- Carlos Serrano
- Juan B. Ortiz
- Ricardo Solís
- Horacio Acosta
- Indalecio Sáenz
- Eugenio Garrón

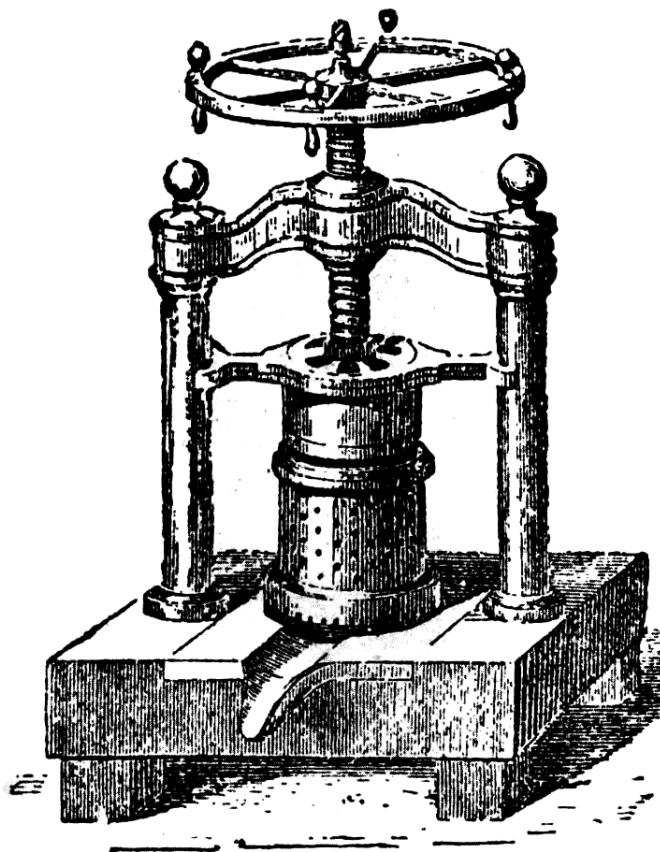
- Manuel Trejos
- Claudio Cortés
- José Zeledón
- Julio Berrocal
- Emilio Jiménez
- HansRaven
- Claudio Arias
- Tobías Cortés
- Rafael López
- Jorge Van Der Laat
- Rodolfo Sánchez
- Alfonso Beirut
- Oscar Ramírez
- Oscar Madrigal
- Virginia Ramírez
- Marcos Quirós
- Efrén Fernández
- Rodrigo Salas
- Carlos Calderón
- Edgar Zeledón.¹⁶¹

161. Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica. *Nómina de Presidentes*. Archivo personal del Lic. Carlos A. Serrano.

Algún instrumental que se utilizaba en la fabricación de medicinas en las primeras décadas del siglo XX

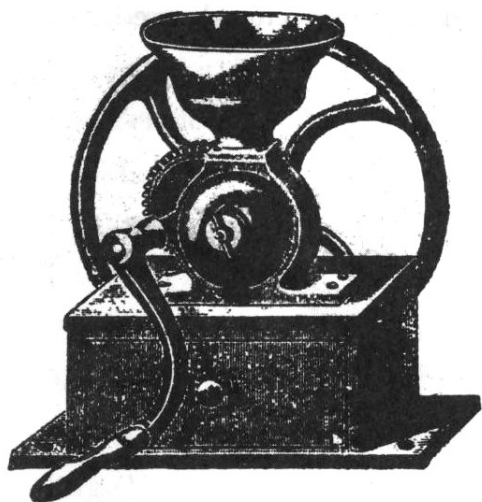


Cortadora

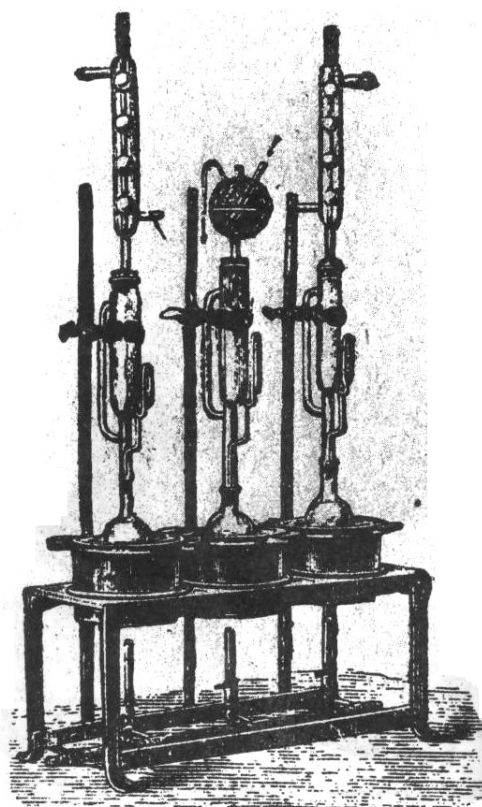


Prensa

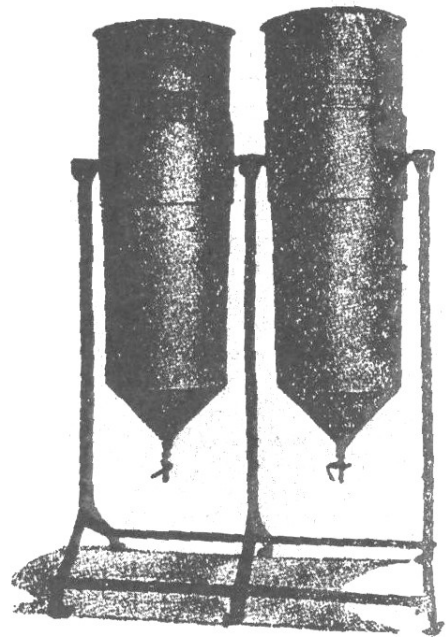
Evolución histórica de la farmacia del Hospital San Juan de Dios



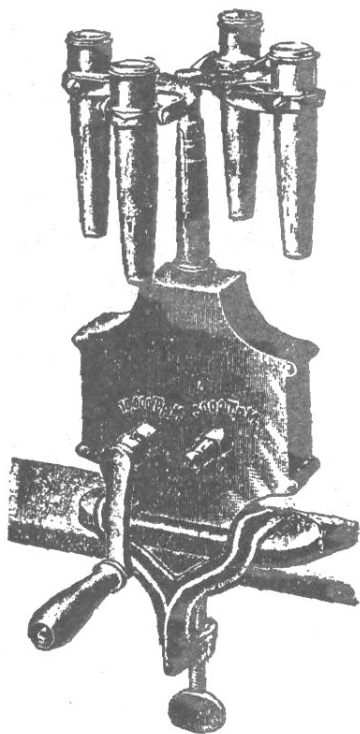
Molino



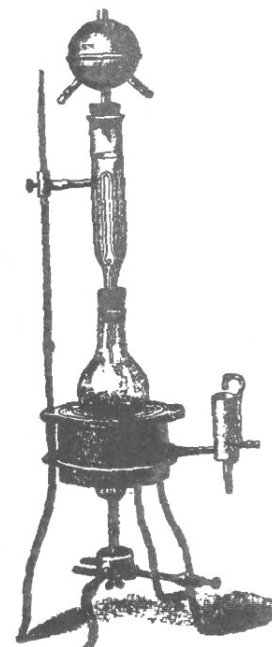
Extractor



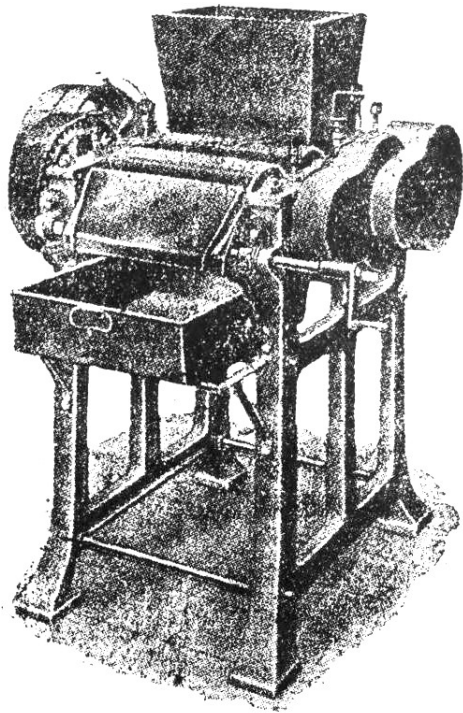
Lixiviador



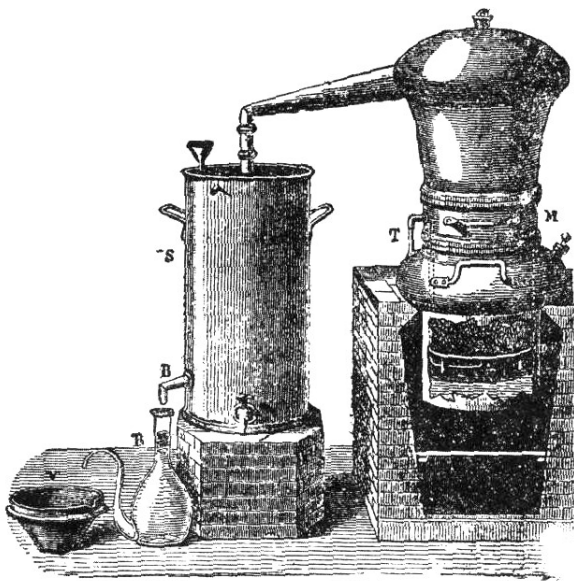
Centrífuga



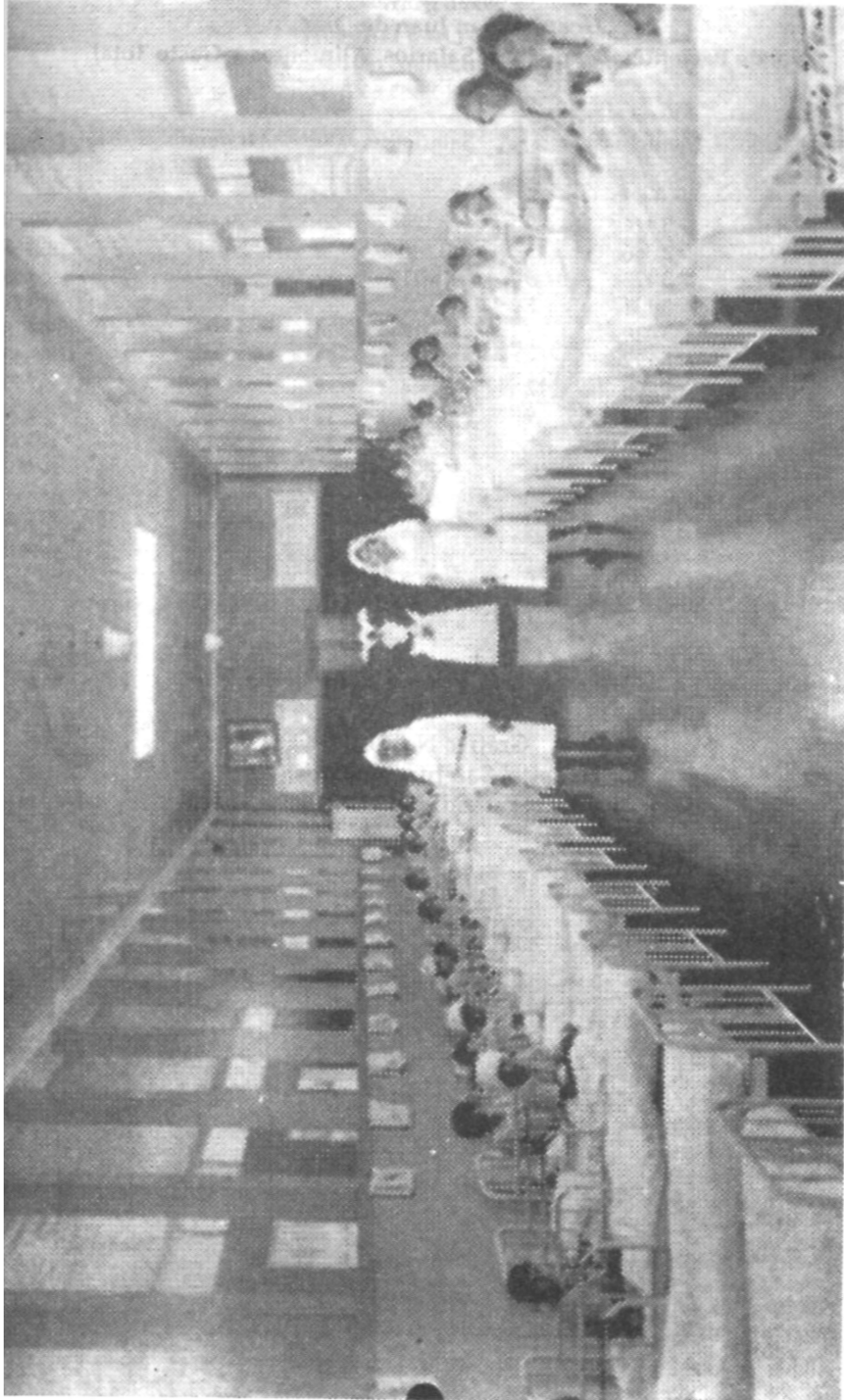
Extractor



Molino especial



Destiladora



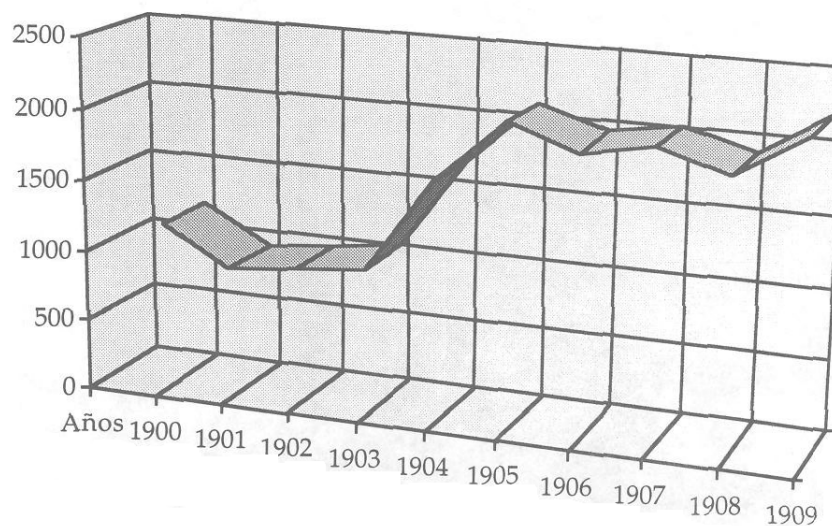
Las hermanas de la Caridad fueron las primeras funcionarias en brindar servicios de farmacia a los pacientes internados

Cuadro No. 4
Hospital San Juan de Dios
No. de Pacientes, Medicinas, Salarios, Alimentos y Gasto Total

Años	No. Pacien.	Medicinas	%	Salarios	%	Alimentos	%	Gasto Total
1900	1.200	5.444	9	12.124	21	29.491	51	58.300
1901	939	2.366	3	10.660	16	26.349	39	67.654
1902	980	3.423	5	11.411	17	22.639	33	68.535
1903	1.039	3.131	5	11.908	17	20.342	29	69.217
1904	1.692	3.419	7	11.417	24	19.955	41	48.188
1905	2.127	4.772	8	12.273	21	22.537	39	57.500
1906	1.972	7.208	12	12.514	22	23.309	40	57.750
1907	2.060	7.334	9	12.987	15	25.702	30	84.902
1908	1.909	5.180	5	14.203	12	27.434	24	113.937
1909	2.210	16.371	15	16.403	15	36.468	33	109.680
Total	16.128	58.648	8	125.900	17	254.226	35	735.663

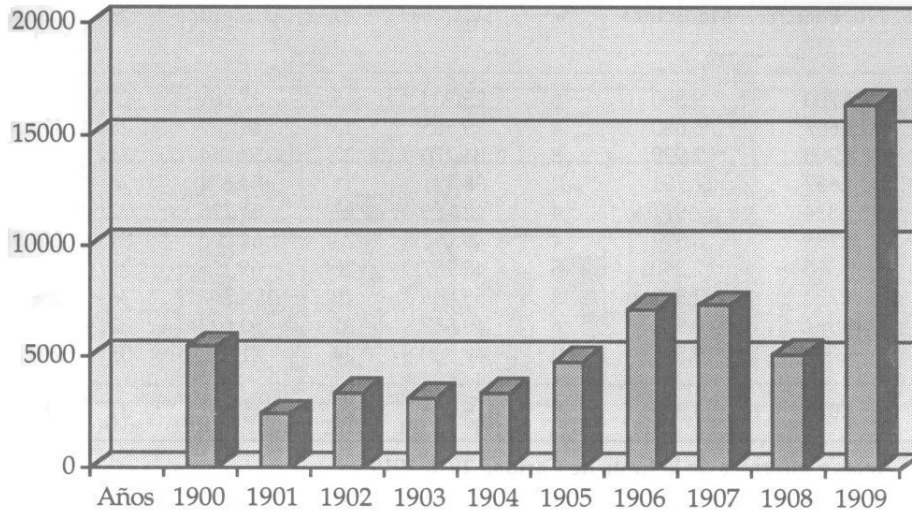
Fuente: Actas e informes de la Junta de Caridad 1900-1909.

Gráfico No. 11
Hospital San Juan de Dios
Pacientes atendidos 1900-1909



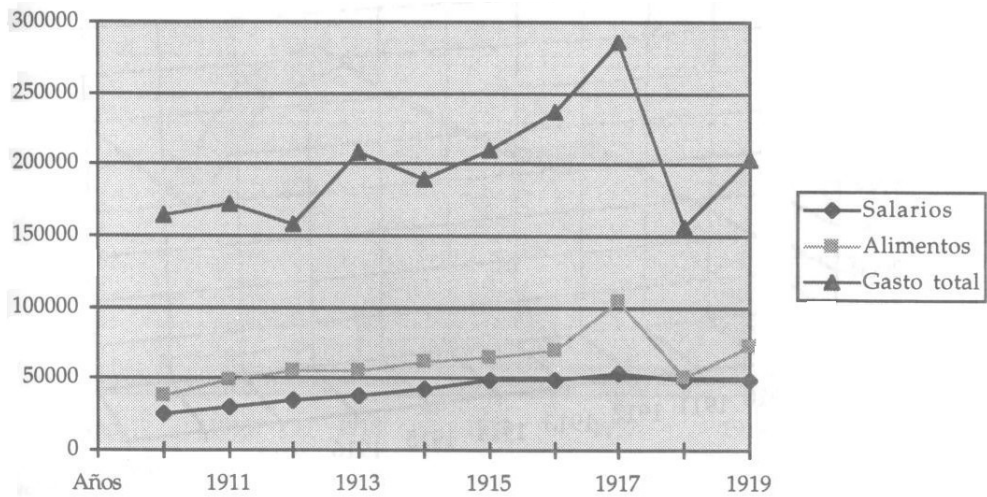
Fuente: Cuadro No. 4.

Gráfico No. 12
Hospital San Juan de Dios
Gasto en medicinas 1900-1909



Fuente: Cuadro No. 4.

Gráfico No. 13
Hospital San Juan de Dios
Salarios, alimentos y gasto total 1900-1909



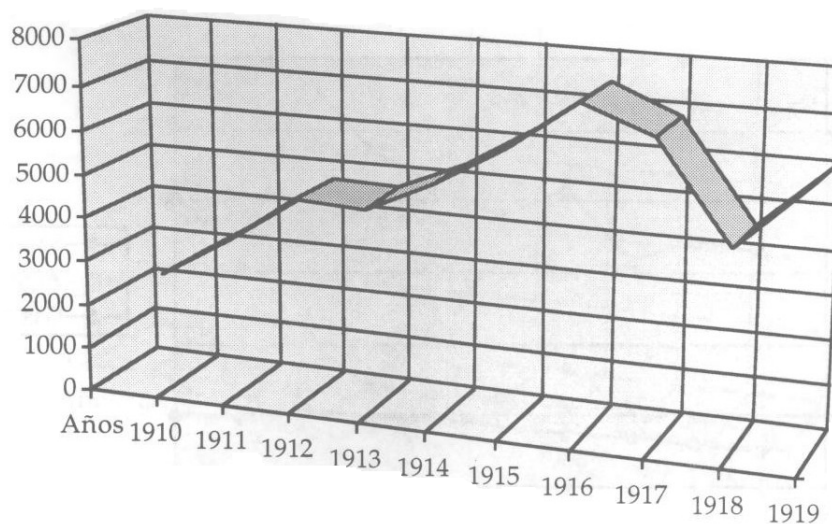
Fuente: Cuadro No. 4.

Cuadro No. 5
Hospital San Juan de Dios
No. de Pacientes, Medicinas, Salarios, Alimentos y Gasto Total

Años	No. Pacien.	Medicinas	%	Salarios	%	Alimentos	%	Gasto Total
1910	2.700	9.390	6	25.203	15	37.161	23	165.000
1911	3.657	6.080	4	29.365	17	48.267	28	172.305
1912	4.708	12.929	8	34.270	22	54.654	34	158.468
1913	4.657	14.791	7	38.121	18	54.674	26	208.709
1914	5.334	7.917	4	42.786	23	61.226	32	188.709
1915	6.295	8.804	4	49.110	23	64.280	31	209.982
1916	7.390	12.390	5	48.187	20	69.118	29	236.797
1917	6.770	22.548	8	53.806	19	104.267	36	286.464
1918	4.567	8.942	6	48.957	31	50.022	32	155.991
1919	6.000	19.578	10	49.500	24	71.938	35	203.887
Total	52.078	123.369	6	419.305	21	615.607	31	1.986.312

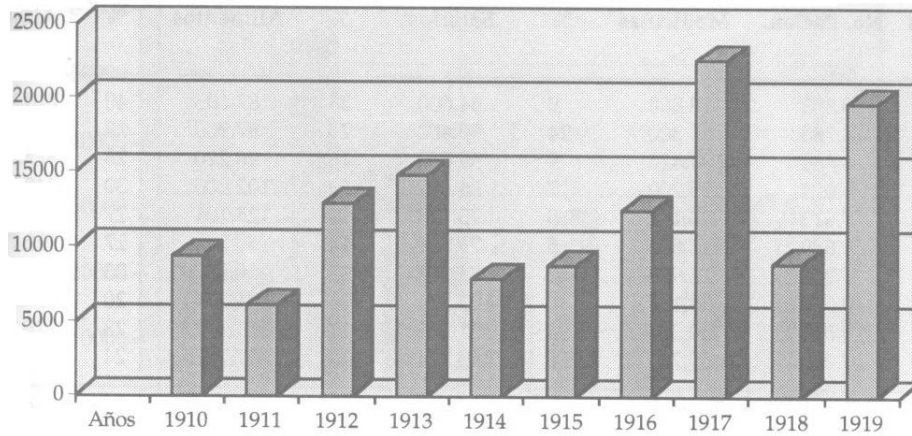
Fuente: Actas e informes de la Junta de Caridad 1910-1919.

Gráfico No. 14
Hospital San Juan de Dios
Pacientes atendidos 1910-1919



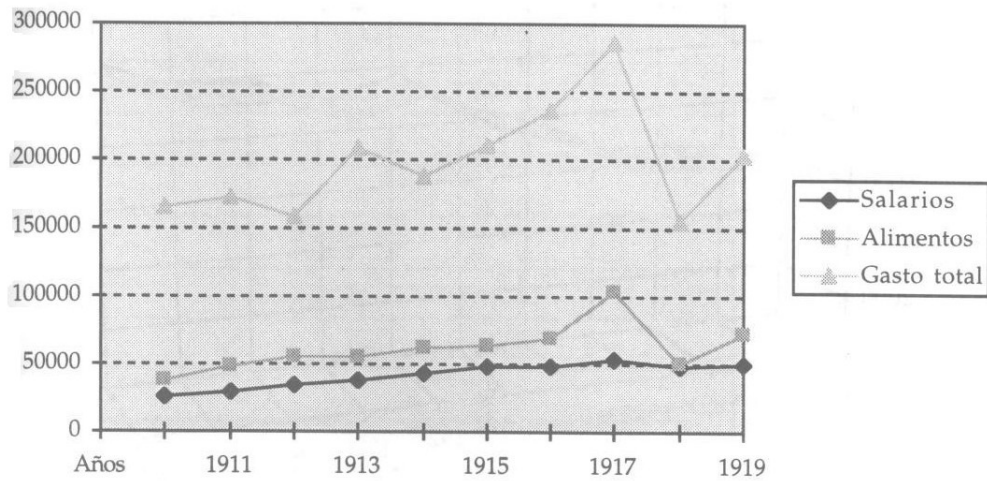
Fuente: Cuadro No. 5.

Gráfico No. 15
Hospital San Juan de Dios
Pacientes atendidos 1910-1919



Fuente: Cuadro No. 5.

Gráfico No. 16
Hospital San Juan de Dios
Salarios, alimentos y gasto total 1910-1919



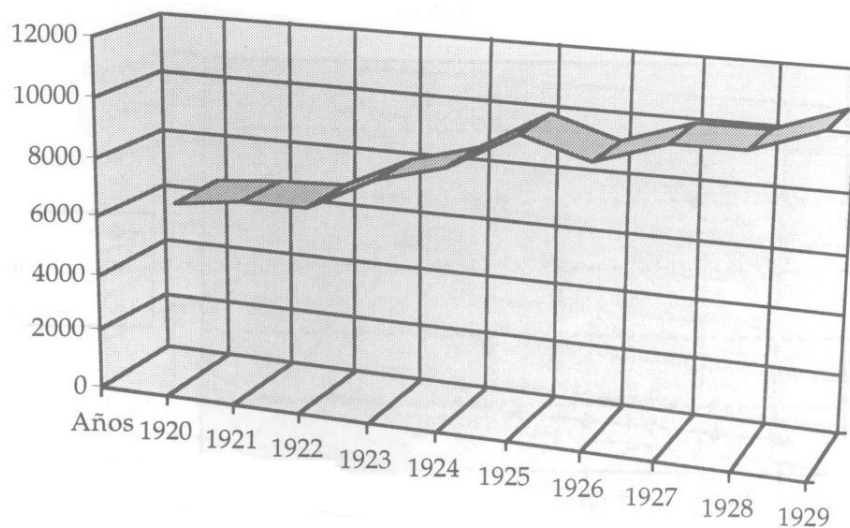
Fuente: Cuadro No. 5.

Cuadro No. 6
Hospital San Juan de Dios
No. de Pacientes, Medicinas, Salarios, Alimentos y Gasto Total

Años	No. Pacien.	Medicinas	%	Salarios	%	Alimentos	%	Gasto Total
1920	6.553	18.868	9	54.600	25	87.603	40	218.395
1921	6.788	55.300	24	56.400	24	87.900	38	232.172
1922	6.869	34.426	9	59.880	16	96.220	25	377.818
1923	8.024	25.200	7	64.609	19	102.900	30	345.967
1924	8.613	23.142	5	75.128	16	125.101	27	469.379
1925	9.889	27.836	5	75.219	14	139.269	27	522.731
1926	9.238	12.913	2	85.207	12	160.507	23	711.951
1927	10.023	38.197	5	109.334	13	171.534	20	839.356
1928	10.014	30.334	4	121.137	17	171.177	23	728.706
1929	10.870	50.791	6	143.214	17	197.782	24	822.020
Total	86.881	317.007	6	844.728	16	1.339.993	25	5.268.495

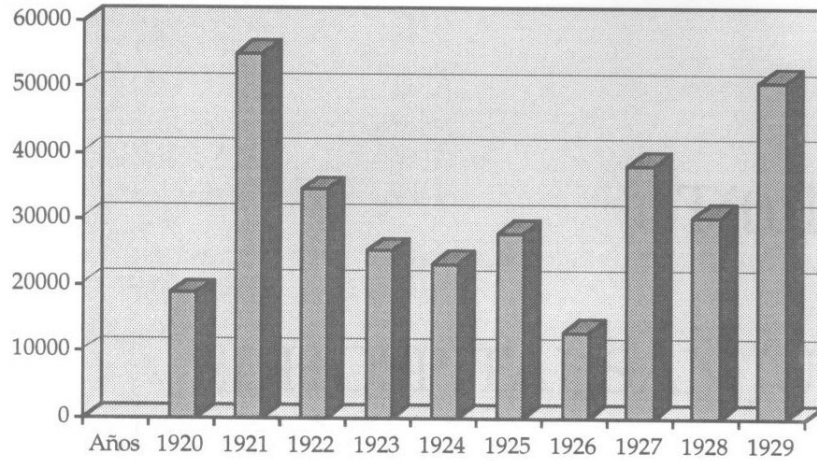
Fuente: Actas e informes de la Junta de Caridad 1920-1929.

Gráfico No. 17
Hospital San Juan de Dios
Pacientes atendidos 1920-1929



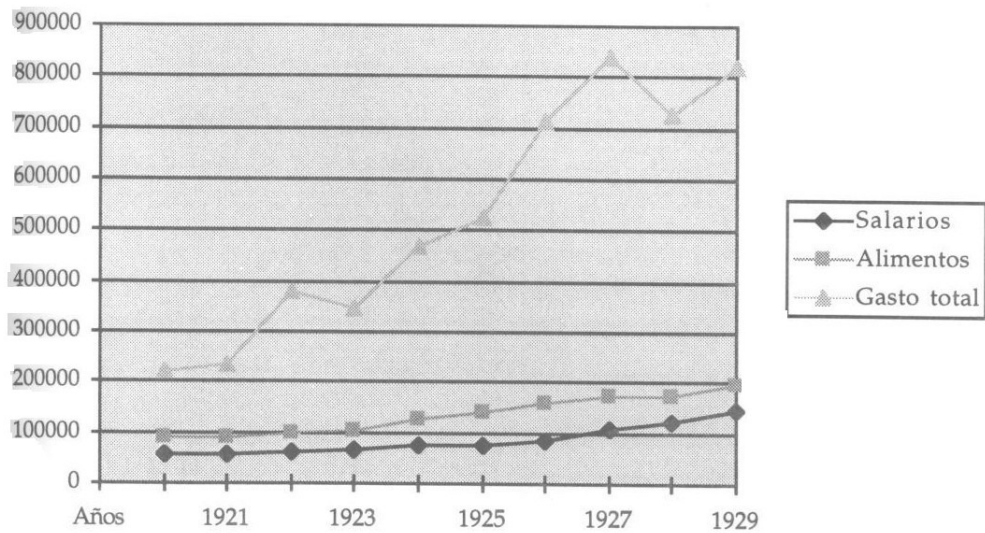
Fuente: Cuadro No. 6.

Gráfico No. 18
Hospital San Juan de Dios
Gasto en medicinas 1920-1929



Fuente: Cuadro No. 6

Gráfico No. 19
Hospital San Juan de Dios
Salarios, alimentos y gasto total 1920-1929



Fuente: Cuadro No. 6.

Título V

**EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
EN EL SIGLO XX: EL ADVENIMIENTO
DE NUEVAS FORMAS DE
TRATAMIENTO Y
DIAGNÓSTICO EN SUS
PRIMERAS DÉCADAS**

1- ORGANIZACIÓN GENERAL Y FARMACIA

El Hospital San Juan de Dios, para las primeras décadas del siglo XX, se empezó a transformar de manera extraordinaria en varios campos, y a gestar a su vez su desarrollo absolutamente científico para beneficio de la población del país.

En el plano nacional en estos años se empieza a dar una participación más directa del Estado en los asuntos de salubridad pública.

El 31 de agosto de 1914, el Gobernador de la República aceptó el ofrecimiento de la Comisión Rockefeller para emprender en Costa Rica el estudio y tratamiento contra la anquilostomiasis.¹⁶² En 1925, se constituye en Departamento de Anquilostomiasis, como una dependencia adscrita a la Secretaría de Policía, siendo su director, el Dr. Lois S. Shapiro y el Dr. Solón Núñez, su asistente.

El Departamento de Anquilostomiasis no solo sirvió para iniciar la campaña contra dicha parasitosis, sino también para mitigar los efectos de la uncinariasis sobre la población, el saneamiento ambiental y la educación higiénica en general.¹⁶³

En este Departamento en realidad quedaría plasmada la base de lo que posteriormente sería la Salud Pública y la Protección Social.

Como un complemento de la campaña contra la anquilostomiasis, se funda el Departamento Escolar, con el objetivo de proteger la salud de los niños de 7 a 14 años, que concurrían a las escuelas públicas y que estaban expuestos a las enfermedades infectocontagiosas. Con los años, el Departamento Escolar abarcaría el Saneamiento Escolar, las Clínicas Escolares Generales, Dentales, Oftalmólogas y las Clínicas Veraniegas Escolares, en 1920.

162. Ministerio de Salud: *Memoria Cincuentenario*, 1977. P. 10.

163. *Loc. Cit.*

Los servicios anteriores mencionados fueron los precursores de la medicina preventiva, organizada bajo supervisión estatal y, como resultado de esas iniciativas, el 12 de julio de 1922, se funda la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública de Costa Rica, dependiente de la Secretaría de Policía y así se centraliza en un solo organismo la actividad alusiva al ámbito de la salud.

En 1923, se emitió la “Ley Sobre Protección de la Salud Pública”, la cual le dio más apoyo legal a la Subsecretaría y le aumentaba el radio de acción. Acción sumamente positiva, ya que culmina con la creación de la Secretaría de Salubridad Pública, en 1927, que asume todas las funciones relativas a la protección de la salud y la beneficencia, y sobresale por sus excelsos aportes y verdadero patriotismo, el Dr. Solón Núñez Frutos.

El servicio que dio el Hospital San Juan de Dios, para estas primeras décadas, estuvo enmarcado filosóficamente en los mismos criterios del siglo XIX, o sea, con las características de caridad y beneficencia. Esto quería decir que los servicios brindados a las grandes mayorías no pudientes, eran totalmente gratuitos.

En lo que respecta a su organización, algunas de las medidas que se establecieron a finales del siglo pasado entran en vigor para estos nuevos años, prueba de ello son las funciones que van a desempeñar los médicos y cirujanos, en donde sobresalen, entre otras, las siguientes:

- Visitar diariamente los enfermos que le correspondían.
- Indicar al médico residente los tratamientos que deban seguirse.
- Estar en contacto con los otros médicos y cirujanos del hospital.
- Solicitar consejo de los médicos de consulta.
- Plantear las indicaciones correspondientes al Superintendente.
- Asistir con puntualidad a las operaciones.
- Atender igualmente a cualquier paciente.¹⁶⁴

Sobre el médico cirujano residente, éste tendría entre sus funciones la de pasar noche y día en el hospital, acudir con prontitud al lecho del paciente que lo requiera, atender a los médicos y cirujanos en las visitas que realicen, velar por las comodidades y el bienestar de los enfermos y enseñar a las Hermanas de la Caridad aspectos relacionados con la asepsia y antisepsia.

164. Junta de Caridad de San José, *Reglamento de Servicios Médicos del HSJD*, 1898, pp. 3-15.

Un hecho relevante será el rol que le tocará realizar al superintendente, ya que será el principal funcionario del hospital y en él recaerá la responsabilidad de la marcha del mismo. A su vez, es el funcionario encargado de implantar y ejecutar las políticas que emita la Junta de Caridad, y da informes detallados de su gestión.

En lo que respecta a la Farmacia del hospital, llama poderosamente la atención el hecho de que, a pesar de que la Escuela de Farmacia de Costa Rica promocionaba farmacéuticos año con año, desde 1900, en el hospital no labora ningún farmacéutico profesional para los primeros 37 años del nuevo siglo.

Al menos para el año 1915, el personal médico y profesional lo constituían los siguientes funcionarios:

- José María Soto, Superintendente
- Carlos Durán
- Federico Zumbado
- Luis Paulino Jiménez
- Benjamín Hernández
- Carlos Pupo
- José María Barrionuevo
- Ricardo Jiménez
- Jorge Lara
- Vicente Castro
- Ángel Coto
- Francisco Cordero
- Juan Arrea
- Antonio Guistiniani
- Elías Rojas
- Rafael Calderón
- Mariano Rodríguez
- Teodoro Picado
- David Quirós

- Julio Aguilar
- Antonio Facio
- Clodomiro Picado
- Carlos Víquez
- José Brunnetti.¹⁶⁵

Ningún funcionario de los antes mencionados tenía funciones específicas de farmacia o botica, ya que David Quirós, quien era farmacéutico, pero también cirujano, en el Hospital San Juan de Dios, laboraba como médico en el campo de la patología.

Una de las razones posiblemente para que la Junta no contratara a un farmacéutico profesional, podría estar en el poco pago que se ofrecía, también se puede creer que la enorme influencia que tenían las Hermanas de la Caridad para estos años, no permitió la entrada de este tipo de profesionales a realizar funciones que les habían sido asignadas a ellas desde su llegada al hospital.

Y es que la influencia bienhechora de las Hermanas para los primeros años del nuevo siglo estaban todavía más arraigada en la organización interior del hospital, ya que en ellas recaía el peso de las tareas administrativas, incluyendo la Farmacia.

La organización de las Hermanas de la Caridad, al menos para la segunda década del siglo, estaba liderada por Sor Luisa, quien era de nacionalidad belga, y fungía en calidad de Madre Superiora.

Sor Josefa, de nacionalidad salvadoreña, era la encargada de la ropería en donde se concentraban las piezas para los pacientes como: sábanas, almohadas, ropa de dormir, paños, delantales y cobijas.

Además, Sor Josefa tenía personal de apoyo que se encargaba de remendar los motetes de ropa en mal estado y para la confección de nuevas piezas.

Sor Marta, de nacionalidad costarricense, era la encargada de la lavandería en la que se encontraba una máquina de lavado al vapor con aplanchadora, dos hornos para secar ropa y una autoclave para desinfectarla. En la lavandería se lavaban 59 docenas de piezas al día y se duraban tres días para lavar toda la ropa del Hospital, la cual se enjabonaba dos veces.

165. Guillermo Tristán. En: *Un Templo de caridad*, 1915, San José, p. 4.

Sor Eugenia era la responsable de la cocina en donde se encontraban máquinas de moler maíz, pelar papas y legumbres, partir pan y moler carne, café y cacao. La cocina tenía una despensa en la que se almacenaban: pan, dulce, chayotes, yucas, camote, café, cacao, maíz, azúcar, frijoles, manteca, leña, arroz y bananos. Aquí se encontraban algunos refrigeradores utilizados para guardar alimentos de fácil descomposición como: leche, queso, carne, pollo y pescado.

Las horas de alimentación eran: a las 6:30 a.m. desayuno; a las 9 a.m. almuerzo, a las 3 p.m. comida y a las 7 p.m. refrigerio.¹⁶⁶

La puerta principal del hospital estaba bajo el cuidado de Sor Antonia, quien recibía a los enfermos y visitas de familiares señalados para los miércoles y sábados de 10 a.m. a 11 a.m. Además, llevaba los libros de la Secretaría del Hospital, entrada y salida de pacientes y revista diaria de los médicos.

También, las Hermanas de la Caridad eran las supervisoras de todas las salas de internamiento de los enfermos y del personal. En este sentido, esas labores le correspondían a Sor Vicenta, Sor Rafaela, Sor Rosa, Sor Marcelina, Sor Margarita, Sor María Luisa, Sor Josefina y Sor María.

Con respecto a la Botica, ésta se localizaba a un extremo del Hospital y estaba al cuidado de la misma Sor Teresa y tres ayudantes no religiosas llamadas: Amparo Alvarado, Rosario Fuentes y Elvira Rodríguez. En esta unidad se preparaban y despachaban 200 recetas diarias.

Una descripción general de la Farmacia dice que:

“El salón en donde está la farmacia es un tanto reducido para el objetivo a que está destinado. Tiene una lujosa estantería en las paredes laterales en donde se encuentran colocadas todos los frascos de medicamentos. Para esterilizar, existe una autoclave pequeña. Se preparan además de las recetas y prescripciones médicas, toda clase de ampollas para inyecciones hipodérmicas. Los pedidos de medicinas se hacen a las mejores fábricas europeas y americanas.”¹⁶⁷

A pesar de que en la Farmacia no se contara con profesionales en esa importante especialidad, no quería decir tampoco que el Hospital se estancó. Por el contrario, para estas primeras décadas se van a producir tres acontecimientos que van a revolucionar la práctica

166. *Ibid.* Pp. 10,11.

167. *Ibid.* Pp, 17,18.

Evolución histórica de la farmacia del Hospital San Juan de Dios

médica en el Hospital San Juan de Dios y, por ende, en Costa Rica, que repercutirán directamente en la acción medicamentosa y farmacológica a seguir en el Hospital.

Efectivamente, el advenimiento científico de los rayos X, los laboratorios clínicos y la anatomía patológica, marcará un cambio de enorme trascendencia y significancia y con ello se sentarán las bases del cambio sustancial, la transformación y la especialización de la práctica médica en el Hospital San Juan de Dios y que llevaría a la profesionalización posterior del servicio farmacéutico.



Vista interior de la botica en década de 1930

2- EL GABINETE ELÉCTRICO-TERÁPICO Y LOS RAYOS X

Entre las nuevas formas de tratamiento y diagnóstico introducidas en el Hospital San Juan de Dios para estos años, sobresale el gabinete eléctricoterápico.

Este valioso instrumento se instaló en 1912, y se convirtió en un poderoso aliado para la ciencia médica y para los enfermos, en el afán de restablecer la salud perdida de los pacientes que ingresaban.

Dicho sea de paso, para estas décadas, el cuadro epidemiológico se multiplica, lo mismo que la afluencia de enfermos o las salas del principal centro de recuperación de la salud de la nación; además, con un diagnóstico más certero, producto de la nueva inventiva, las acciones quirúrgicas y farmacológicas serán más eficaces.

El descubrimiento de los rayos X fue comunicado a la sociedad científica en 1895 por su descubridor el alemán Wilhelm Konrad Roentgen.¹⁶⁸ Sus estudios se basaron sobre descargas eléctricas a través de gases enrarecidos, que permitieron la salida de radiaciones.

Una de estas radiaciones fueron los rayos X, rayos que poseen la virtud de atravesar una serie de sustancias impermeables a las emisiones luminosas, pudiendo proyectar su imagen sobre pantallas fluorescentes e impresionar placas fotográficas, aún siendo invisibles para el ojo humano. De esta forma, los rayos X se convirtieron en una fuente de apoyo para el diagnóstico y tratamiento para las enfermedades.

Las primeras aplicaciones de los rayos X eran mostrar huesos fracturados o deformes, más tarde las sombras revelaron otras patologías torácicas y gastrointestinales, incorporándose a la práctica de la medicina como método de diagnóstico racional.¹⁶⁹

El profesor José Félix Brunetti, venido de Italia y residente en Costa Rica desde 1885, se interesó mucho por esta nueva tecnología y por eso el presidente de la República, Lic. Cleto González, lo envió a Roma en 1907, para que adquiriera mayores conocimientos sobre la naciente rama científica.¹⁷⁰

De esta forma, el Profesor Brunetti se convirtió en el primer técnico en radiología en Costa Rica y del Hospital San Juan de Dios, ya que fue nombrado encargado del Gabinete

168. Alberto García. *Historia de la Medicina, Edición Interamericana*. McGraw, Madrid, 1987.

169. Albert Lyons. *Historia de la Medicina*. Ediciones Doyma, Barcelona, 1994. p. 584.

170. Colegio de Médicos y cirujanos de Costa Rica. *Revista Médica*, 1982, p. 25.

Electroterápico, primer antecedente de lo que posteriormente sería el Departamento de Rayos X.

El Gabinete Electroterápico vino a enmarcar la utilización de la electricidad en asuntos médico-técnicos y a dar inicio a una nueva era para el desarrollo hospitalario.

El Dr. Carlos Pupo dio luz sobre este instrumental, al descubrirlo en sus aspectos físicos más relevantes.¹⁷¹

El aparato de rayos X, fabricado en los Estados Unidos está provisto de un interruptor que evita el gasto de platino; además, la bobina de inducción es la que recibe la corriente que suministra la electricidad después de atravesar un transformador industrial.

El interruptor cuenta con un tubo de Crocker y una válvula intercalada de Villard, cuya función es por medio de aluminio sin dejar pasar las descargas eléctricas de vuelta, la válvula evita la pulverización del platino del anticátodo, el cual se deposita sobre las paredes de vidrio y ennegrece, disminuyendo su transparencia.

Los tubos radiógenos están provistos de osmo regulador de Villard, dispositivo fundado en el principio de la permeabilidad del platino para el hidrógeno, cuando se ha calentado al rayo. A medida que el tubo de Crocker funciona, el vacío se hace más perfecto debido a la absorción del poco aire que contiene por los electrodos y por las paredes de vidrio. Se llega a un momento en que la ampolla radiógena no se deja atravesar sin que la corriente, calentando el platino en la lámpara de alcohol.

El estado de rarefacción del tubo de Crocker interesa al radioterapeuta pues los rayos son más penetrantes cuando más vacío se encuentra. Es evidente que las lesiones profundamente situadas no serán alcanzadas sino con rayos intensos, por lo que se desprende la necesidad de conocer la calidad de rayos que el tubo suministra.

Para encontrar las lesiones más profundas se usa el radiómetro de Benoist. El radiómetro se compone de un disco de plata rodeado de 12 láminas de aluminio, cuyo espesor de uno a doce milímetros. Basta fijarse en cuál de las 12 láminas que se presentan expuestas a los rayos, muestran el mismo tinte, para determinar la penetrabilidad de los rayos X.

171. *La Gaceta Médica*. Abril 1905, pp. 197-202.

No basta conocer la calidad de rayos, es necesario para evitar las radiodermitis a veces muy graves, conocer la cantidad de rayos Roentgen que se deben emplear, siendo el radiocronómetro de Holzkecht el aparato que permite apreciar tal situación.¹⁷²

El Gabinete Electro-terápico produce exámenes radioscópicos que ponen de manifiesto detalles que pueden escapar del ojo más ejercitado, además las radiografías son necesarias para localizar cuerpos extraños.

Para localizar balazos incrustados en el cuerpo, situación que era bastante común en muchos pacientes que ingresaban al Hospital San Juan de Dios, se recomienda utilizar el Gabinete de la siguiente manera:

- A. Fijar bien el tubo de Crocker en regla horizontal que se adapte por medio de un corredor al mástil vertical.
- B. Las placas sensibles envueltas en papel de azogue y provisto de una cuadrícula de donde se fija sobre una lámina que impide la difusión de los rayos.
- C. Colocar el tubo de Crocker por medio de la plomada de manera que su foco quede en línea vertical.
- D. Colocar con cuidado y de una vez la parte que se va a radiografiar sobre la placa, después de haber pintado con una sustancia colorante la cuadrícula metálica para que su imagen se reproduzca también en la piel.
- E. Sin mover la placa ni el paciente, hacer una segunda radiografía después de haber corrido la regla sobre la cual está fijado el tubo.¹⁷³

Con la puesta en práctica de los rayos X en el Hospital San Juan de Dios, se facilita el diagnóstico de enfermedades y a la vez por medio de corrientes galvánicas, farádicas y de alta frecuencia, se empieza a tratar enfermedades como cánceres cutáneos, lupus, micosis y tenias.

El Gabinete Electroterápico se transforma para dar paso al advenimiento del Departamento de Rayos X del Hospital San Juan de Dios formalmente, en septiembre de 1923,¹⁷⁴ a cargo de los doctores Benjamín Hernández y Antonio Peña Chavarría.

172. *Loc. Cit.*

173. *Gaceta Médica, Op. Cit. P. 201.*

174. *Junta de Caridad de San José. Informe año 1924 y 1925, Alsina, 1926, p. XI.*

Esta nueva unidad y tecnología de mucha importancia en apoyo médico y farmacéutico incluyó al profesor José Brunetti en la parte técnica y mecánica,

Para la década de 1920, el Departamento de Radiología hacía radiografías de:

- Huesos: osteomielites, neoplasmas, tuberculosis.
- De tracto intestinal: estómago, intestinos.
- De vejiga: uréteres y riñón.
- De tórax: pleuresías y cuerpos extraños, neoplasmas, y tuberculosis.
- De hígado y vesícula.
- De la cabeza y la cara por lesiones cerebrales.
- De miembros superior e inferior.
- De la columna vertebral.
- Radioscopias pulmonares e intestinales.¹⁷⁵

Aparte de lo anterior, el Departamento de Radiología utiliza como forma de curación la diatermia y los rayos infrarojos y ultravioleta, también dentro de esta nueva forma de curación utilizada en dicho departamento, la aplicación del radium ocupará un lugar preponderante.

Aparte de los flagelos de la tuberculosis, el paludismo y la anquilostomiasis, que todavía continúan siendo las enfermedades de mayor incidencia, ahora también se le debe agregar el cáncer, que se empieza a perfilar cuantitativamente peligrosa por su mortalidad.

Un ejemplo claro de eso lo manifiesta la estadística del hospital, ya que en 1912 en el Departamento de Medicina de Hombres murieron 5 pacientes por cáncer de estómago, hígado, esófago, colon y píloro, lo mismo sucede en el Departamento de Medicina de Mujeres.¹⁷⁶

Para el año 1929, en el Departamento de Medicina de Hombres fallecieron 12 pacientes víctimas de ese mal,¹⁷⁷ apareciendo ya con frecuencia tumores y sarcomas en los diferentes órganos de los pacientes.

175. *Ibid.* 1926-1927. P. 114.

176. Op. Cit. 1912, 1913, p. 31.

177. Op. Cit. 1928, 1929, p. 17.

Con respecto a esta enfermedad, ya en 1932 el gran benefactor costarricense, Lic. Alberto Echandi Montero, a razón de Presidente de la Junta de Caridad expresaba:

*“El Cáncer debe constituir una de nuestras mayores preocupaciones. Conocidos son los esfuerzos que en todas partes se llevan a cabo por dominar esa terrible y misteriosa dolencia, cuyo avance no se ha logrado detener hasta ahora. En el mismo se gastan diariamente cuantiosas sumas de dinero en la lucha contra el cáncer sin que se haya podido obtener otra conclusión que la de que un diagnóstico temprano y una atención médica inmediata son el único medio de salvarse.”*¹⁷⁸

Ante tal panorama, la Junta redobló los esfuerzos por comprar rádium, ya que era por esa época el elemento poderoso para la destrucción de los núcleos cancerosos en su período inicial, situación que se hará realidad para la década de 1930 para los pacientes del Hospital San Juan de Dios enfermos de ese flagelo.

Algunas anotaciones históricas importantes acotan que se debe a Enrique Bacquerel y al matrimonio Curie la introducción de la radiactividad en la práctica médica.

Efectivamente, luego del descubrimiento de Roentgen, otros científicos se interesaron en asuntos semejantes, demostrando Bacquerel las propiedades del uranio y de sus sales al emitir radiaciones invisibles, que impresionan la plancha fotográfica a través de una cubierta de papel ennegrecida de aluminio que descargan los cuerpos electrizados.

Después en Europa, el matrimonio Curie durante 1898 aisló dos nuevos elementos con propiedades radiantes y superiores al uranio, el plomo y el radio.

En el radio se descubrieron propiedades inmensas de energía producida por átomos. Estas propiedades podían ser transmitidas a cuerpos electrizados negativamente volviéndose esta acción radioactiva. Las radiaciones tenían un fuerte poder de penetración, teniendo una acción cáustica sobre el organismo animal.¹⁷⁹

El radio es un metal cuyo rayo espectroscópico existe en el sol, y es al radio que el uranio debe su actividad fotogénica y física cabiéndole a los señores Curie el mérito de llegar a producir sales de radio muy activas, llegando a la radiactividad inducida.

178. Op. Cit. 1932-1933, p. 4.

179. Gaceta Médica. Julio, 1904, pp. 183-184.

Para 1904, Bardet describe de manera muy atinada la acción fisiológica de las sales de radio.¹⁸⁰

Si se coloca un tubo que contenga radio en un recipiente opaco una caja cualquiera y se encierra en la oscuridad, se comprobará que las sustancias fosforescentes se iluminan, pero a menor grado que los rayos X.

Si se aproxima la caja a un ojo humano se manifestará en vivas sensaciones luminosas, pero un observador vecino comprobará que el fondo luminoso se vuelve fosforescente y esta luz es la que es percibida; la acción atómica o química de esas radiaciones es considerable y la retina sufre por su acción perturbaciones graves.

La manipulación del radio presenta algunas causas de peligro. La acción sobre los tejidos pasa inadvertida, pero la acción prolongada es susceptible de producir graves quemaduras. En los animales, si hace obrar el radio cerca de los centros nerviosos, se producen fenómenos paralíticos seguidos por la muerte del animal.

Basándose en la energía de los efectos producidos por el radio con aquellos que han sido comprobados con el empleo de los rayos X y de la fototerapia, ciertos médicos han intentado ya las aplicaciones en el cáncer el lupus, pero es prematuro extenderse sobre sus resultados, porque ellos no han definido nada. Ciertamente, en afecciones tan graves e incurables si tiene el derecho a intentarlo todo, pero es necesario conocer los hechos que están en estudio en los diversos servicios, y aquellos que son estudiado por los señores Bordas y Asonval, quienes ensayan soluciones radiactiva en animales. Es posible que un día el radio represente uno de los modificadores físicos más poderosos, pero es igualmente posible que no se pueda sacar nada de él desde el punto de vista terapéutico. Bardet, en resumen expresaba que el radio es un cuerpo dotado de propiedades físicas extraordinarias y desconcertantes, cuyo conocimiento pone en cuestión todas las teorías consideradas como definitivamente adquiridas por la mecánica física.¹⁸¹

Posteriormente, nuevas investigaciones probaron los alcances de ese elemento para la radioterapia, llegándose a implantar en el Hospital San Juan de Dios, en 1937. Año en que, con aportes de la Junta y bajo contribución pública, se recolectan, 173.966 colones; de este monto, se

180. Ibid. Abril, 1904, p. 105.

181. Loc. Cit.

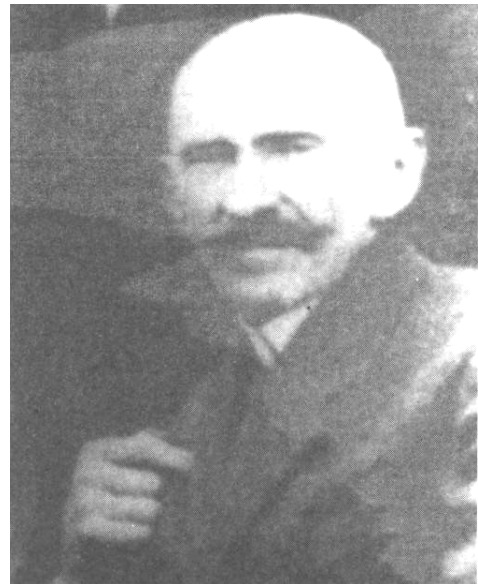
utilizan 116.571 para la compra de dos nuevos aparatos de Rayos X y 57.394 para pagar pedidos de radium.¹⁸²

Con la introducción de este nuevo instrumental para radiodiagnóstico y radioterapia, se le estaba dando la consolidación al desarrollo de la radiología científica en el hospital y en Costa Rica, debidamente complementada por la llegada al Departamento de Radiología del Hospital, del radiólogo alemán, Dr. German Nikilaus y los costarricenses médicos radiólogos, Drs. José Cabezas Duffner y Carlos de Céspedes Vargas.¹⁸³

Con esta nueva estructura, en el Hospital San Juan de Dios se van a dar servicios como:

- Radioscopía
- Radiografías
- Tratamiento de Radioterapia
- Tratamiento de Diatermia
- Tratamiento de Ultratermia
- Tratamientos de Rayos Ultravioleta
- Tratamiento de Rayos Infrarojos
- Tratamiento de Corriente Galvánica.¹⁸⁴

Prof. José Brunetti



182. Junta de Protección Social de San José, Memoria, 1936-1941, San José, 1944, p. XXIII.

183. Colegio de Médicos y Cirujanos. Op. Cit., p. 25.

184. Junta de Protección Social de San José, Op. Cit. P. 34.

3- LA ANATOMÍA PATOLÓGICA

El advenimiento de la anatomía patológica en el Hospital San Juan de Dios produjo cambios de gran significancia para el desarrollo médico científico, ya que esta especialidad médica se encargaría de estudiar la estructura y morfología de los órganos del cuerpo humano en relación con el diagnóstico clínico y el tratamiento de las enfermedades. Específicamente, la anatomía patológica tratará más directamente con la estructura de los tejidos y las células del organismo y su relación con las causas de las enfermedades que producían la muerte a los pacientes. Esto también tiene estricta relación con los tratamientos farmacológicos que se le daban a los enfermos, ya que se podía valorar directamente la eficacia de los tratamientos y medicinas que se les suministraban a los enfermos con el diagnóstico clínico.¹⁸⁵

Históricamente, con el desarrollo limitado de la cirugía durante la Edad Media, también se estaba incrementando el interés por la anatomía. La Escuela de Salerno fue una de las primeras instituciones en interesarse por esta área, partiendo de la disección de animales y en cadáveres humanos a partir del siglo XIV, sin olvidar que en la antigüedad clásica se efectuaron disecciones con cuerpos humanos, lo mismo que en culturas como la egipcia y china.

En nuevo renacer por el deseo de adquirir mayores conocimientos anatómicos, en primera instancia, estuvo vinculado a aspectos médico-legales, ya que las primeras autopsias que se practicaron tuvieron el propósito de descifrar la causa del fallecimiento.

El mejor disector medieval fue Mondino de Luzzi de Bologña, quien escribió un tratado de anatomía en 1316.¹⁸⁶ Inclusive, algunos artistas renacentistas se interesaron en las formas humanas, por lo que el estudio de la anatomía era algo esencial para su formación. Este es el caso de Leonardo Da Vinci quien, como inspiración para su trabajo pictórico, describe extraordinariamente varias partes del cuerpo y sus órganos.

Uno de los principales tratadistas de la anatomía fue Andrés Vesalio, graduado en la Escuela de Medicina de Padua. Sus estudios revolucionaron la anatomía conocida, ya que detalló aspectos de los órganos humanos.¹⁸⁷

Posteriormente, en el siglo XVIII, Xavier Bichat, de origen francés, se convirtió en el fundador de la anatomía patológica, al señalar que las causas de las enfermedades estaban

185. Alberto García. *Historia de la Medicina*. Interamericana McGraw. Madrid, 1987. P. 264.

186. Albert Lyons. *Historia de la Medicina*. Editorial Doyma, Barcelona, 1994, p. 331.

187- Ibid.P.416.

relacionadas con la alteración de los tejidos, sin olvidarse de Morghani. Finalmente, fue el alemán Dr. Rodouldt Virchow, cimentado en los descubrimientos de sus compatriotas, Muller, Schauden y Schawan, sobre la teoría celular, que íntegra metodológicamente la medicina clínica, fisiología y la anatomía patológica.¹⁸⁸

Sus trabajos estuvieron basados en que toda célula proviene de otra célula, lo que cambió totalmente el rumbo del pensamiento médico para la segunda mitad del siglo XIX, y lo llevó hasta el concepto de que la enfermedad era producida por alteraciones en la estructura y funciones de la célula en el organismo. Virchow, de esta forma, se convirtió en el principal anatómo patólogo por su profusa influencia en conjunto con el checoslovaco, Dr. Carl Rokitsanski. Con ellos, la autopsia se convierte en el centro de la medicina, al correlacionar las manifestaciones clínicas de la enfermedad con los hallazgos patológicos de los órganos. El microscopio, aquí, juega un papel fundamental para el examen de los tejidos.

Con respecto a esto último, le cabe el perfeccionamiento de esa inventiva visual a Marcelo Malpighi y a Antony Van Leuwenhoek durante el siglo XVII en Europa, para luego expandirse por el mundo.

En el Hospital San Juan de Dios para la última década del siglo XIX, se construyó una morgue y casa de autopsias bastante incipiente y rudimentaria. En ella practicaban autopsias en forma irregular y, por interés en algún caso específico, los Drs. Carlos Durán, Federico Zumbado, Tomás Calnek y Gerardo Jiménez.

En ese momento, dicho servicio no estaba reglamentado, además la práctica de autopsias debidamente estipulada por patólogos tampoco existía.

Durante la segunda década del siglo XX, se inició científicamente la anatomía patológica en el Hospital San Juan de Dios, al sustituirse la antigua morgue por otra de cemento armado, y que se describe así:

“Situada en la parte sur del establecimiento y después de un jardín de artísticos y caprichosos arriates se encuentra la morgue, donde son conducidos los cadáveres del Hospital y aquellos en los cuales por uno u otro motivo deben practicarse autopsias. Es un departamento de reciente construcción, con distintos apartamentos que demuestra el celo de la Junta de Caridad, y que ha venido a llenar un gran vacío.”¹⁸⁹

188. Ibid. P. 508.

189. Guillermo Tristán. En un Templo de Caridad. 1915, p. 18.

Esta nueva infraestructura y tecnología inició su actividad formalmente en 1913, teniendo al Dr. David Quirós Saborío, graduado en patología en Turín, Italia, como su primer director, siendo el primer patólogo nombrado en el hospital e iniciando el servicio regular de autopsias con inscripción de casos y resultados, en donde el reconocimiento de las vísceras y demás peculiaridades del cadáver se relacionan con el diagnóstico declarado previamente en la clínica.

Con el estudio metódico del cadáver, el Dr. Quirós Saborío renueva la práctica médica en el hospital, con el estudio de las causas de fallecimiento de los pacientes y su comparación con el diagnóstico inicial emitido por los médicos.

La morgue, a cargo del Dr. Quirós, se dividía en cuatro departamentos. En primer lugar, un depósito para cadáveres que iban a ser sujeto de autopsias en una mesa de mármol negro, luego un departamento de baldosas en donde se colocaban los cadáveres que iban a ser sujeto de autopsias. Finalmente, la morgue estaba constituida por una parte para museo y la oficina del jefe del servicio.¹⁹⁰

Los aportes del Dr. David Quirós Saborío, quien entre 1913 y 1914 realizó 253 autopsias, fueron muchos con base en la complejidad de enfermedades que presentaban los pacientes internados y las causas que les producía la muerte.

Con la intromisión del Departamento de Anatomía Patológica se empiezan a resolver los casos de difícil diagnóstico o duda, así como también afectará positivamente la cuestión farmacológica al comprobar la acción de los medicamentos. Además de la autopsia, los exámenes histológicos serán a su vez básicos para esta nueva praxis médica.

Un ejemplo de este desarrollo científico lo demuestra el Dr. Quirós en un caso de un paciente que murió con diagnóstico clínico de insuficiencia mitral y relacionado con la disentería amébrica, enfermedad bastante común en Costa Rica y en los pacientes que ingresaban a las salas de hospital.¹⁹¹

El paciente, vecino de Alajuela y de 32 años, ingresó al hospital con grave disentería. El examen microscópico dio por resultado amebas, por lo que fue tratado con inyecciones de emetina, pero el paciente murió mes y medio después de su ingreso.

190. Ibid. P. 20.

191. Junta de Caridad de San José. Anales del Hospital, Alsina, San José, 1915, Tomo I, p. 29.

La rigurosidad con que trabajaba Quirós queda evidenciada con la autopsia que le practicó a su paciente, manifestando que no había rigidez cadavérica en la mandíbula y lividez cadavérica en el cuello y el dorso muy anémico.

La piel del abdomen tiene un color verdoso y con edema en los pies, además, la constitución esquelética era normal y las masas musculares atroficas.

Con respecto al tórax, se encontraba gran dificultad de destacar el esternón, porque presentaba fuertes adherencias que le fijaban al hígado y presentaba un enfisema pulmonar.

El corazón presentaba poco líquido en el pericardio e hipertrofia del miocardio en el ventrículo izquierdo y numerosas esquimosis supericardiaca. La válvula aórtica era suficiente a la prueba del agua. La mitral dejó pasar con dificultad dos dedos y al corte se nota el miocardio muy anémico.

En referencia a los pulmones, el izquierdo presentaba adherencias antiguas a la pleura parietal del lóbulo superior y enfisema del lóbulo superior; el derecho no tenía adherencias y nada en el lóbulo superior y medio.

El abdomen tenía osas intestinales dilatadas por gases y con epiplón tenue y arrollado al borde inferior del hígado. El hígado sobrepasa desde el arco costal y la vejiga llena de orines y muy distendida. El bazo estaba hipertrofiado con cápsula distendida.

El riñón izquierdo grande y se descapsula con dificultad, el derecho también se descapsula con relativa dificultad.

Las cápsulas suprarrenales y el páncreas no presentaban nada notable. En el intestino delgado se encontraron solamente anquilostomas y tricocéfalos: En el grueso la mucosa del ciego y la del colon se encuentran en rojo vivo y también se notaban úlceras recién curadas. El apéndice cecal, contenía materia fecal semilíquida y el estómago no mostraba nada notable.

Los ganglios mesentéricos estaban infartados y la superficie de corte presentaba un color gris pálido.

El hígado estaba hipertrófico con superficie irregular y sobresaliendo gran cantidad de tumores que varían de tamaño de un limón a un grano de arroz. Al corte se encuentra el parenquino hepático sembrado de tumores duros y de color amarillo.

El hígado tenía todo el aspecto microscópico de un hígado sarcomatoso, teniendo poco de tejido hepático normal.

El examen histológico de los tumores fueron fijados con formalina al 10% y en líquido zenker con inclusión en parafina y coloración a la homotoxilina y eosine.

En la zona donde se pensaba encontrar tejidos sarcomatosos se encuentra una zona de un tejido homogéneo de aspecto fibroso. Esta zona es amorfa rodeada de tejidos conectivos. La tercera zona se deslinda claramente de tejido hepático bastante infiltrado de leucocitos y no encontrando amebas en ninguna zona.¹⁹²

Indudablemente el rigor científico queda plasmado al expresar el Dr. Quirós Saborío la siguiente conclusión:

“El caso fue tratado por inyecciones de emetina por varios días. Se demuestra la curación con el hecho de no haber encontrado amebas en los frotis hechos con materia recogida del ciego del colon transverso, ni en las de recto, a pesar de haber sido encontrados antes en materias fecales. Además en el intestino grueso se encuentran visibles todavía las cicatrices de las ulceraciones de la mucosa.

Por lo consiguiente nos encontramos ante un nuevo estado patológico del hígado, que por si fuera localizado en pequeñas zonas no produciría la muerte, pero como en mi caso donde casi todo el tejido hepático se encuentra destruido el resultado fatal es la muerte por insuficiencia hepática. A este nuevo estado patológico lo llamaría yo Cirrosis Amébrica del Hígado.”¹⁹³

Otro de los aportes más significativos del laboratorio de Anatomía Patológica del Hospital San Juan de Dios y del Dr. David Quirós al conocimiento médico nacional, fue el descubrimiento del primer caso de Pelagra, debidamente descrito.

La pelagra es una enfermedad grave producida por deficiencias vitamínicas y caracterizada por inflamaciones de la piel y trastornos digestivos y nerviosos.

El Dr. Quirós que compartía sus funciones patológicas con las de médico en uno de los servicios de medicina, venía sospechando de esta enfermedad al presentar muchos enfermos de su salón fuertes dermatitis en el dorso de las manos y ligeras neuritis periféricas, con diarrea abundante y ardor estomacal.¹⁹⁴

192. Ibid. Pp. 30,31,32.

193. Ibid. P. 35, 36.

194. Junta de caridad de San José, Anales del Hospital, Alsina 1915, fascículo 10, pp. 199, 110.

Quirós diagnosticaba a esos pacientes formas graves de intoxicación y de dermatitis Pseudo Pelagrosa. Sin embargo, su sospecha fue más allá, al poder distinguir y diagnosticar la causa de muerte de un paciente como verdadera Pelagra.¹⁹⁵

La etiología del caso para el galeno era muy clara, ya que se trataba de un muchacho que habitaba en una región donde el maíz y los frijoles eran la base de la alimentación y la bebida favorita también era a base de maíz fermentado.

El Dr. Quirós acotaba que para hacer tortillas primero hacían cocer grandes cantidades de maíz en ollas de barro o de hierro. Después, toman la cantidad de que tienen necesidad para el día, lo lavaban en agua corriente hasta que desapareciera la ceniza. Después lo muelen entre dos piedras hasta reducirla a una masa muy fina, operación esta llamada molienda.

De esta masa toman pequeñas porciones y hacen una esfera, después entre las dos manos la convierten en un disco de 2 a 25 centímetros de diámetro por medio centímetro de espesor y esto lo asan sobre una plantilla muy caliente. De esto hacen grandes cantidades y lo guardan envuelto en hojas de banano en cestos. De esta tortilla comen por lo menos 5 veces al día muy abundantemente.

También sobre la chicha, el citado médico expresaba que era una bebida fermentada y que para hacerla, tomaban maíz y lo hacían germinar; una vez que el embrión llega a tener un centímetro, lo hacen cocer y lo muelen hasta reducirlo a un atol espeso, le agregan dulce y agua y toda esta mezcla la hacen fermentar en vasijas de barro y después de cinco días la bebida está lista.

De esta se sirven por mucho tiempo de manera que las últimas porciones se encuentran cubiertas por una capa de hongos y de levaduras, las cuales dan las más variadas fermentaciones, algunas veces es tal la cantidad de alcohol que se produce, que hasta un vaso de regular capacidad es suficiente para producir la embriaguez.¹⁹⁶

La paciente en cuestión, de 14 años, presentaba, según el examen clínico, cefalea continua pero no fuerte con eritema en el cuero cabelludo, tiroide normal y laringitis. Los tonos del corazón eran profundos pero sin notable arritmia.

El bazo se palpa a nivel del arco costal y ligeramente doloroso a la presión. Hígado doloroso a la presión y reglomos abdominales exagerados.

195. Ibid. P. 119.

196. Ibid. P. 111.

El sensorio se encontraba muy alterado, en el día se encuentra completamente deprimida, no hablaba y lloraba con mucha frecuencia. En la noche; el cuadro cambiaba transformándose en un verdadero delirio agudo y además toda la piel se encontraba cubierta por eritema.

El examen de heces presentaba anquilostomas y tricocéfalos, haciendo de 15 a 20 deposiciones por día y muy fétidas y su estado mental se encontraba totalmente agravado y día con día los delirios aumentaban, muriendo 17 días después de su ingreso.

El Dr. Quirós le hace la autopsia a la paciente, utilizando el método general recomendado, examinando todas las partes del cuerpo como:

- Constitución esquelética
- Tejidos
- La piel
- Cavidad craneana
- Tórax
- Corazón
- Pulmones
- Abdomen
- Bazo
- Riñones
- Hígado
- Vesícula
- Páncreas
- Cápsulas suprarrenales
- Intestinos
- Estómago
- Genitales
- Ano.

Con base en estudios rigurosos y muy bien documentada bibliografía el Dr. Quirós señala que entre las lesiones principales de la pacientes encuentran:

- Anemia profunda
- Atrofia de todos los órganos
- Leptomeningitis
- Enteritis ulcerosa
- Gastritis
- Vulvo vaginitis
- Proctitis
- Causa de muerte: Pelagra.¹⁹⁷

Al Dr. Quirós Saborío se le debe en buena parte el avance científico que se va a presentar en el Hospital San Juan de Dios y va a representar el eslabón entre el diagnóstico clínico y la comprobación anatomo patológica.

Una prueba más de su análisis lo demuestra Don David, quien tenía como ayudante a Don Luis Arias, con un paciente que tenía fuertes dolores de cabeza y vértigo y que con los días las cefaleas se fueron aumentando, así como los dolores en la columna vertebral.

El jefe, Dr. Quirós, le practicó una serie de exámenes incluyendo una punción lumbar expresando que:

“Mi conclusión desde este momento fue de que se trataba de un tumor Cerebral.”¹⁹⁸

Posteriormente, con la autopsia, el médico patólogo pudo ratificar su pronóstico clínico inicial, ya que al investigar en los órganos del paciente específicamente en la cavidad craneana, se encuentra disploe muy abundante, duramadre fuertemente distendida y gran cantidad de líquido cefaleo raquídeo.

En el lóbulo frontal izquierdo se encontraba un tumor del tamaño de una naranja pequeña, al cual le hizo el examen histológico de rigor siendo un “mixo fibro sarcoma a células fusiformes”.

Sobre este mismo caso y en tono reflexivo señalaba el Dr. Quirós Saborío lo siguiente:

197. Ibid. P. 119.

198. Junta de Caridad de San José, Anales del Hospital, Alsina, 1916, fascículo III, p. 23.

“Hubiera convenido su extracción. Creo que toda intervención quirúrgica en este caso hubiera sido de un éxito negativo. Pues en la numerosa literatura consultada sobre este argumento, no he encontrado descrito algún tumor a tipo sarcomatoso de dimensiones tan grandes como este.”¹⁹⁹

Es muy interesante valorar el hecho de que en el Departamento de Anatomía Patológica del Hospital San Juan de Dios, también se descifran casos de competencia médico legal.

Tal es el caso de una niña de 4 meses, cuyos padres la trajeron muerta al hospital y manifestando que se trataba de un infanticidio.

El Dr. David Quirós primeramente informa a la autoridad judicial competente, porque la niña presentaba un hundimiento en la frente, hecho que se produjo según sus padres cuando andaban cortando leña para cocinar.²⁰⁰

Quirós por orden del alcalde procede a realizar la autopsia correspondiente. El resultado de la misma fue concluyente, ya que no se trataba de un infanticidio, sino de una muerte súbita por congestión pasiva de timus enormemente petrificado.

El patólogo se preguntaba el hecho de que si la niña era sana, cómo se produjo esa congestión tan violenta. El mismo se contestaba detallando que la gente de pueblo tenía la costumbre de abandonar a los niños por largos períodos y agregaba que:

“Esta criatura probablemente lloró, posiblemente de hambre, pues en el resultado de la autopsia el estómago estaba casi vacío, lo mismo que el intestino delgado y el llanto fue lo que provocó la congestión con una verdadera oclusión de tráquea.

En la declaración sus padres hacen hincapié sobre la zanja en la frente, pero ya dije que estas gentes no observan nada y seguramente nunca se dieron cuenta de la malformación de la cabeza de la niña, pero una vez que faltó la presión de la sangre en la cavidad craneana, la fontanela y la sutura metópica se hundieron y de aquí el origen del supuesto crimen.”²⁰¹

El Dr. Quirós Saborío realizó una labor inicial digna de todo mérito, máxime si se toman en cuenta las limitaciones económicas de la época, sustituyéndolo en la siguiente década como jefe

199. Ibid. P. 29.

200. Junta de Caridad de San José, Anales del Hospital, Alsina 1917, fascículo II, pp. 79,80.

201. Ibid. Pp. 85,87.

del Departamento de Anatomía Patológica, el Dr. Ernest Nauk. Dicho médico era de origen alemán y especializado en patología, el cual la Junta de Caridad contrata a un costo nada despreciable.²⁰²

Entre los cambios promovidos por el Dr. Nauk destaca la práctica de autopsias para todos los pacientes que fallecieran en el Hospital, con excepción de aquellos casos cuyos parientes se opusieran. También Nauk inicia las labores de recolección de piezas y preparados para exposición en el museo, con las explicaciones correspondientes para la parte médica.

Una de las tareas por las que más se interesó e impulsó fue por el mejoramiento del laboratorio histológico en el plano instrumental y técnico, para que se pudieran ejecutar exámenes diversos.²⁰³

La labor que realizaba el Dr. Nauk comprendía los siguientes apartados:

- A. Exámenes hitológicos de los órganos de los cadáveres.
- B. Exámenes de muestras de escisiones (biopsias) para aclarar diagnósticos.
- C. Exámenes de partículas de tejidos y tumores, extraídos por medio de operaciones las cuales son de interés científico y por pronóstico.

Otro de los aportes significativos del Dr. Ernest Nauk fue el dejar abierto el camino para que los médicos particulares pudieran hacer autopsias y dictámenes en el Hospital para efectos de los juzgados, ante la falta de infraestructura adecuada para esos casos en otras instituciones.

Es necesario señalar que el patólogo alemán estableció excelentes relaciones con círculos científicos de Europa y los Estados Unidos, por lo que su práctica médica fue de mucha rigurosidad para beneficio del Hospital San Juan de Dios, ya que su mayor interés iba encaminado a comprar equipo más moderno, preparar personal técnico y profesional y así emprender una labor intensa sobre los temas de patología humana y animal, la cual sería de mucho provecho e importancia para el saneamiento del país y la Salubridad Pública; como también hacer experimentos que beneficien al país y al hospital como por ejemplo, exámenes de medicamentos y sus alcances farmacológicos, exámenes toxicológicos de venenos de plantas y animales del país.²⁰⁴

202. Junta de Caridad de San José. Informe de labores, 1928, San José, p. 115.

203. Ibid. P 116.

204. Ibid. P. 117.

El Dr. Nauk realizó investigaciones muy valiosas sobre el paludismo, la anquilostomiasis y el rinoscleroma.

Desgraciadamente para el hospital la estancia del Dr. Nouk fue muy corta, ya que recibe ofertas de trabajo económicamente mucho más altas, de las que podía ofrecerle la Junta de Caridad, por lo que deja el país para finales de 1928.

Para sustituir a Nauk, la Junta hace una excelente elección al nombrar al Dr. Marcial Fallas Díaz como director del Departamento de Anatomía Patológica.

El Dr. Marcial Fallas, quien también se había especializado en ese campo, reacomoda la estructura del departamento, haciendo énfasis en los siguientes objetivos:

1. El estudio macroscópico de las lesiones o anomalías anatómicas a través del estudio y prácticas de autopsias, que tiene como fin el control del diagnóstico clínico y el estudio de la investigación para esclarecer lesiones, cuyos síntomas durante la vida no fueron claros en la observación médica y servir en el futuro a la experiencia del médico como escuela de enseñanza directa.
2. El estudio microscópico de los tejidos enfermos o histopatología, cuyo objetivo es el control minucioso de las lesiones cuando estas dejen duda al examen ocular simple, o cuando el tipo de las lesiones observadas, tales como tumores, exijan una verificación definitiva.
3. El estudio microscópico y macroscópico de tumores benignos malignos y de lesiones orgánicas.
4. El estudio patológico de las lesiones sanguíneas.
5. Trabajos de investigación científica y el estudio de la nosología patológica del país, contribuyendo así a la orientación de las campañas organizadas para el saneamiento de regiones y para la profilaxis y terapéutica.

Es muy ilustrativo reseñar que para el período 1928-1929 se realizan 5 autopsias, encontrándose el Dr. Fallas que la patología infecciosa es una de las principales causas de muerte, siendo la más preponderante la tuberculosis y la anquilostomiasis entre las parasitarias, sin olvidar el paludismo entre las microbianas. Sin embargo la mayoría de los esfuerzos que realiza el Dr. Fallas Díaz fueron encaminando al estudio del cáncer, ya que las neoplasmas malignas causaban gran número de fallecidos entre los pacientes que ingresaban al Hospital. Al respecto Fallas afirmaba:

“Es digno de mucha mayor atención el despistaje por el diagnóstico precoz de los cánceres del tubo digestivo, que están en los primeros lugares como causa de defunción por tumores.”²⁰⁵

El Dr. Fallas realiza los primeros estudios profundos sobre el cáncer en el Hospital San Juan de Dios y en Costa Rica. En este sentido y las biopsias que se practicaba revelaron la abundancia de tumores malignos del tubo digestivo.

Con el laboratorio dirigido por Fallas se empezó un control detallado y debidamente clarificado tanto de autopsias como de biopsias, que permitían la revisión inmediata de cualquier caso que se deseara.

He aquí lo que expresaba el Dr. Fallas sobre esto mismo:

“Estos cuadros dan una idea del control enorme que el Departamento ejecuta, y de la importancia que tiene sobre toda la lucha contra el cáncer, ya que mientras no haya medios de curación seguros es el diagnóstico precoz antes de la metaplasia maligna, quien dicte la conducta que debe seguirse, pues la mayor parte de tumores, aún malignos, extirpados a tiempo son perfectamente curables.”²⁰⁶

Un aspecto de mucha relevancia para los intereses científicos del Hospital San Juan de Dios es lo concerniente a las reuniones que se verificaban mensualmente. En estas reuniones el Dr. Fallas presentaba casos para su discusión y que a su vez merecían un interés especial, porque era del criterio que la medicina se debía practicar con mayor colaboración y apoyo, más exacto y más científico para avanzar segura y eficazmente hacia el mejoramiento de los hospitales y el estado general de salud del país.²⁰⁷

Después del Dr. Marcial Fallas, la influencia alemana nuevamente se patentiza en el Departamento de Anatomía Patológica con la llegada a la jefatura del Dr. Wernr Rotter en la segunda mitad de 1930.²⁰⁸

El patólogo alemán Dr. Rotter hereda un departamento bien estructurado con base en los aportes de sus antecesores: doctores: Quirós, Nauk y Fallas, situación que le fue muy ventajosa para efectos de investigación científica.

205. Junta de Caridad de San José. *Informe de Labores 1928-1929*, San José, Alsina, 1930. P. 83.

206. *Ibid.*, p. 83.

207. *Ibid.*, p. 84.

208. Junta de Caridad de San José, *Informe de Labores 1930-1 931*, Alsina, 1932, p. 122.

El citado patólogo introdujo la práctica de autopsias también para las horas de la tarde, aumentando obviamente el porcentaje de las mismas. Durante el bienio 1930 -1931 se practicaron 569 autopsias, encontrándose el Dr. Werner Roter que las causas de muerte se distribuían así:²⁰⁹

Tuberculosis	22%
Tumores malignos	8%
Anquilostomiasis	8%
Paludismo	3%
Amibioasis	3%
Enfermedades sistema nervioso	3%
Enfermedades sistema respiratorio	16%
Enfermedades sistema digestivo	10%
Enfermedades sistema uro-genital	6%
Enfermedades sistema circulatorio	6%
Sepsias y otras	5%

Para el Dr. Rotter, el museo de piezas fue muy importante, por lo que se interesa por completarlo con todo tipo de muestras, así como también crea un archivo fotográfico destinado a dar una sinopsis sobre las enfermedades tropicales que se encontraban en Costa Rica.

Al Dr. Rotter le preocupaba las enfermedades predominantes como la tuberculosis, el paludismo y la anquilostomiasis, por lo que en las reuniones médicas mensuales hacía demostraciones macroscópicas y microscópicas sobre las mismas, para compartir las experiencias con el cuerpo médico del Hospital. La labor del patólogo fue muy amplia en investigaciones y análisis, tomando como punto de partida lo que recababa en su departamento, dejando a la comunidad científica nacional estudios como los siguientes:

- La micosis en Costa Rica, en conjunto con el Dr. Antonio Peña Chavarría.
- La tuberculosis en Costa Rica, en colaboración con el Dr. Peña Chavarría.
- ¿Pueden perforar el intestino sano las ascárides? Con el Dr. Peña Chavarría.

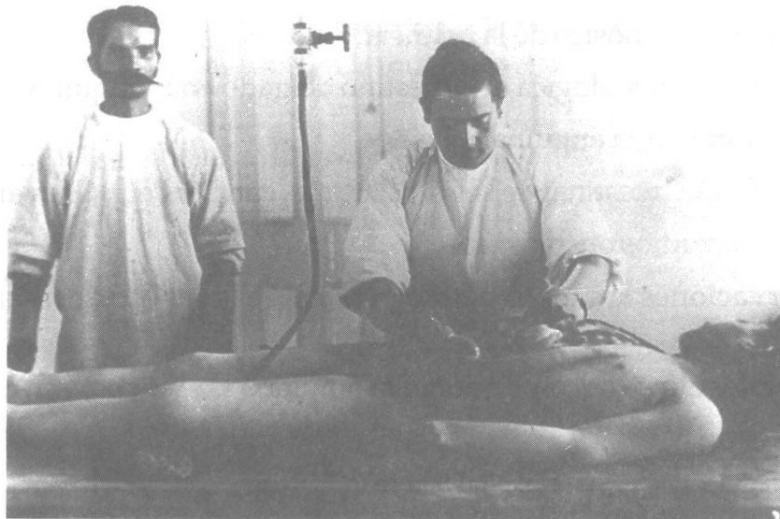
206. *Loc. cit.*

- Observaciones hematológicas y anatómo-patológicas sobre la anemia anquilostomática.
- Edema avitaminósico de la infancia.
- La alteración histológica del intestino delgado en la anquilostomiasis.
- Linfo granulama inguinal en niños.
- Localización intestinal del rinoscleroma, con Dr. Peña Chavarría.
- Nuevos estudios oncológicos.
- Observaciones anatómo patológicas sobre la tuberculosis en Costa Rica.
- Eritrocitos elípticos como anomalía familiar.

Hospital San Juan de Dios
Cáncer tratado por meses y servicios en 1935

Meses	Medicina Hombres	Medicina Mujeres	Obstetricia	Cirugía Hombres	Cirugía Mujeres	Total
Enero	4	2		5	4	13
Febrero	1	1	1	2	2	8
Marzo	1	2		4	5	11
Abril	1	3		5	4	12
Mayo	3			1	9	16
Junio	5	2		4	4	13
Julio	3		5	6		15
Agosto				7	7	15
Setiembre		2		5	7	12
Octubre	1	1		4	5	11
Noviembre	4	1		4	4	13
Diciembre	2			5	8	16
Total	25	13	6	52	59	155

Fuente: Junta de Caridad de San José. Informe de Labores 1934-1935.



A la derecha el Dr. David Quirós junto a su ayudante Luis Arias realizando una autopsia

4- EL LABORATORIO CLÍNICO

Los análisis clínicos y el estudio de los microorganismos y sus acciones infecciosas, así como la forma de contrarrestarlas de manera farmacológica más eficaz, fueron sin lugar a dudas uno de los cambios más revolucionarios para la práctica médica, para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades.

El bastión principal para llevar a cabo ese cambio sustancial fue el laboratorio de análisis clínicos del Hospital San Juan de Dios, primeramente cargo del Lic. Carlos Víquez Segreda y luego por el genio nacional universal, Dr. Clodomiro Picado Twright.²¹⁰

El nacimiento de la Microbiología y de los diversos análisis químico- clínicos en el cuerpo humano se empieza formalmente a estructurar en Europa durante el siglo XIX. La Microbiología obviamente aparece vinculada a la invención del microscopio y que significó uno de los avances más importantes para las ciencias.²¹¹

210. Junta de Caridad de San José. Informe de Labores 1914-1915, Alsina, San José. P. 97

211. Lyons, Albert. Op. Cit, p. 439.

Esta innovación se le atribuye en principio a fabricantes de anteojos holandeses y al mismo Galileo, sin embargo fue Antony Luewenhoeck el verdadero descubridor del mundo microbiano, al construir microscopios sencillos, capaces de aumentar de 200 a 300 veces el tamaño original y con ello observar microorganismos tan pequeños como las bacterias.²¹²

La demostración de Leuwenkoeck planteó definitivamente la existencia de organismos vivos de ínfimas dimensiones, aunque no llegó a establecer relaciones con fenómenos naturales o enfermedades infecciosas. Inclusive ya desde siglos atrás Roger Bacon y Fracostoro de Verona, sin necesidad de utilizar lentes de aumento, habían intuido la existencia de seres invisibles para la vista humana causantes de enfermedades, pero sin pruebas.

Fue hasta en el siglo XIX que la Microbiología adquirió su carácter plenamente científico con el mejoramiento de los microscopios y los grandes aportes de hombres de ciencia. Ignaz Semmelweis demostró la naturaleza contagiosa de la infección puerperal, dando a su vez la base de la apepsia al promover el lavado de manos con agua y jabón entre los médicos de Viena, antes de cualquier contacto con los pacientes.

Joseph Hister introdujo en Escocia el término antisepsia para la práctica médica, al conservar las heridas de los enfermos libres de contaminación con la utilización de sustancias capaces de destruir bacterias.²¹³

Louis Pasteur en su obra monumental reconoció la efectividad de la asepsia y la antisepsia, así como también formuló la teoría microbiana de la enfermedad al reconocer bacterias y microbios causantes de enfermedades y formas científicas de prevención y curación como vacunas, sueros, inoculación antirrábica, sentándose la base de la Microbiología y la Bacteriología al desarrollar método de esterilización, medios de cultivo, equipo y técnicas de manejo.

Robert Kock, también paralelamente al estudiar los microorganismos, le dio extraordinarios aportes a la nueva ciencia con el aislamiento del bacilo de ántrax y el tuberculoso, el desarrollo de técnicas de cultivo bacteriano y el método de esterilización a vapor, pudiendo así descubrir la causa de muchas enfermedades e introduciendo medidas de prevención para la tifoidea, la peste y el paludismo.

212. García vera. Introducción a la Microbiología. San José, EUNED. 1995, p.7.

213. Lyons. *Op. Cit.* P. 554.

Kock formuló la regla para probar que una enfermedad específica es producida por un microorganismo, si este se encuentra en todos los individuos que padecen la enfermedad y el poder aislar del enfermo dicho microorganismo.²¹⁴

La Microbiología, la Bacteriología y los análisis de las sustancias biológicas asociadas a la Química, como los exámenes de sangre, orina, heces, glucosa y otros más, se empiezan a difundir con notoriedad por el mundo para las últimas décadas del siglo XIX, llegando a Costa Rica para finales de siglo. En Costa Rica, en el año 1896, el Dr. Durán practicó algunos exámenes de heces con el objetivo de localizar anquilostomas. También de manera particular los doctores del Hospital San Juan de Dios: Luis Paulino Jiménez y Carlos Pupo, montaron un laboratorio para los primeros años del nuevo siglo, acondicionándolo con instrumentos necesarios de acuerdo a la época y realizaron particularmente cultivos y hemocultivos, investigaciones de esputos, frotis, recuentos globulares y búsqueda de hematozoarios y espiroquetas, así como análisis de orina, citológicos y bacteriológicos.²¹⁵

Dentro de este ámbito, es necesario resaltar el hecho de que fue el doctor Carlos Pupo Pérez, el iniciador de la Cátedra de Análisis Clínicos en la Escuela de Farmacia de Costa Rica. Propiamente en el Hospital San Juan de Dios en el año 1896, el Dr. Emilio Echeverría inició la práctica de cierto tipo de exámenes al instalarse en el Hospital, el Instituto Nacional de Higiene, con lo que los pacientes salieron beneficiados en alguna medida, aunque este sistema funcionó de manera interrumpida; luego en 1909 el estudiante de Farmacia, Eugenio Garrón, también practicó algunos exámenes, pero este incipiente laboratorio no disponía de lo necesario para llenar satisfactoriamente las funciones bacteriológicas. Formalmente, en el Hospital se iniciaron los exámenes de laboratorio bien regulados a partir del año 1911 con el servicio bacteriológico, a cargo del Lic. Carlos Víquez Segreda. Víquez era farmacéutico y químico, egresado de la Escuela de Farmacia de Costa Rica y discípulo del Dr. Carlos Pupo.²¹⁶

El Lic. Víquez Segreda, para la coyuntura 1911-1913, practica análisis a los pacientes internados en el Hospital San Juan de Dios, como los siguientes:

214. García. *Op. Cit.* P. 13.

215. Revista Médica de Costa Rica. Marzo-abril 1934, San José, pp. 139-140.

216. *Loc. Cit.*

- Exámenes microscópicos de heces
- Análisis de orina
- Análisis de jugo gástrico
- Exámenes microscópicos de esputo
- Exámenes microscópicos de pus y líquido de pleura
- Reacciones Widal y Wassermann
- Reacciones de esputo-albúmina
- Exámenes de mocus
- Exámenes de sangre.

Los resultados de muchos de esos exámenes que se le practicaban a los pacientes fueron bastante reveladores y ratificaron la problemática intrahospitalaria. En los exámenes de heces se encontraron en su mayoría:

Anquilostomas, ascárides, tricocéfalos, amebas y cerconomas. En los exámenes de orina se encontraron muchos pacientes con altos niveles de albúmina y azúcar; en los de esputo bacilos de Koch; y en las de sangre manifestaciones claras de paludismo; y en los exámenes de jugo gástrico se encontraron muestras definidas de pacientes con cáncer.²¹⁷

Entre el instrumental con que contaba el Lic. Viquez para ejecutar sus pruebas se encontraban:

- Microscopio
- Centrífuga de mano
- Centrífuga eléctrica
- Horno Pasteur eléctrico
- Horno Calcino eléctrico
- Baño María eléctrico
- Estufa D'arsonaval
- Estufa de Roux
- Deabómetro espectómetro

217. Junta de Caridad de San José. Informe de Labores 1912-1913, Alsina, San José, 1914, pp. 175-177.

- Balanza sensible
- Balanza hidrostática
- Planchas de vidrio
- Refrigerador
- Cristalería.

El local en donde se realizaban las pruebas era bastante pequeño, situado en la esquina noreste del hospital, por tal motivo el Lic. Carlos Víquez solicitaba la construcción de un nuevo local, debido a la importancia que significaba el laboratorio para el diagnóstico y tratamiento de muchas enfermedades.²¹⁸

Entre los aportes más importantes realizados por el Dr. Víquez en el laboratorio clínico del Hospital San Juan de Dios, sobresale especialmente un estudio de 33.500 análisis efectuados. Este estudio nuevamente ratifica y da verdadera luz sobre las enfermedades predominantes en el Hospital y Costa Rica en relación con la problemática social.²¹⁹

De todos los exámenes realizados, 25.600 correspondían o presentaban enfermedades parasitarias e infecciosas. Al menos en el caso de la anquilostomiasis, los pacientes que presentaron estos parásitos provenían de todos los lugares del país, siendo las siguientes poblaciones las que presentaban más de 100 casos:

- Alajuela
- Atenas
- Cartago
- Escazú
- Guápiles
- Jiménez
- Juan Viñas
- Limón
- Orotina

218. Loc. Cit,

219. Junta de Caridad de San José. Anales del Hospital, San José, 1915, Tomo I. P. 85.

- Puriscal
- Puntarenas
- San José.

De la misma manera, el Lic. Víquez identificó en forma minuciosa los casos que presentaban tricocéfalos, ascárides, cercomonas, amebas, tenias y anguilulas.²²⁰

Otra de las enfermedades predominantes del estudio fue la tuberculosis, la mayoría de los casos se distribuyen en las siguientes poblaciones:

- San José
- Alajuela
- Cartago
- Desamparados
- Escazú
- Limón
- Orotina
- Puntarenas
- Puriscal
- Santa Ana
- San Pedro
- Turrialba
- Jiménez.

Con el anterior trabajo, el Lic. Carlos Víquez pone en claro cuáles son los más constantes enemigos de la salud pública, tomando en cuenta el conjunto de personas que de diversos lugares del país acuden al Hospital; concluye que el porcentaje general de infección era el siguiente:

Anquilostomas	50%
Tricocéfalos	43%
Ascárides	33%

220. *Ibid.* Pp. 86-100.

Tuberculosis	4%
Sífilis	4%
Amebas	3%

Indudablemente, el cambio de mayor repercusión para la ciencia y la cultura nacional lo produce la obra magnánima realizada por el Dr. Clodomiro Picado Twright, desde el laboratorio clínico del Hospital San Juan de Dios y que el Dr. Rodrigo Zeledón la describe así:

“Estamos en condiciones de afirmar que Clorito representa toda una etapa científica en la vida de este país. Por espacio de 30 años, la biología costarricense tuvo en Clorito a su más digno representante y su labor merítísima patrimonio científico y orgullo de Costa Rica puede considerarse el tronco donde ha brotado directa o indirectamente, la mayor parte de los representantes de las Ciencias Biológicas Costarricenses en sus aspectos básicos o en sus aplicaciones. Podrá decirse que Picado vivió para la posteridad y logró lo que todo verdadero científico logra, aún sin proponérselo, la gloria de no ser olvidado por las juventudes estudiantiles de la patria y del mundo, después de haber pagado con creces el tributo que era gloria exige la renunciación y el sacrificio personal en todos los extremos que le están impuestos al apóstol de la investigación.”²²¹

Otro científico eminente del Hospital San Juan de Dios, Dr. Alfonso Trejos Willys, expresó que tuvo la oportunidad de convivir con Clorito y la faceta de su personalidad que más le impresionó fue una clase particular de amor, no a la ciencia, ni a la verdad, sino a la búsqueda de la verdad a través de la ciencia, al continuo hacer en pro de nuevas verdades, ya que parte de su filosofía era dudar de la verdad establecida y de esa duda y de la búsqueda de la verdad nacía la razón de su vida.²²²

La grandiosa obra de Picado ya fue recogida por la Editorial del Instituto Tecnológico de Costa Rica, por motivo de la conmemoración del centenario de su nacimiento, así como por diversos autores impactados por sus tareas y su brillantez científica. Por tales razones, sería impropio repetirla aquí, por lo que únicamente se mencionarán algunos ejemplos como ilustración y comprensión general. El Dr. Picado, graduado en la Sorbona y el Instituto Pasteur de París, llegó al Laboratorio Clínico del Hospital San Juan de Dios en 1914, asumiendo la dirección del mismo

221. García. *Op. Cit.* P. 15.

222. Picado, Clodomiro. *Obras Completas*, Editorial Instituto Tecnológico de Costa Rica, Cartago, 1988, Tomo I, p. 13.

Entre los primeros pasos que dio Picado estuvo el hecho de modificar la estructura que tenía el laboratorio y dividirlo en dos secciones. Una que comprendió la parte Química Clínica y Parasitología, a cargo del Lic. Carlos Víquez, la otra de Bacteriología y Hematología, a cargo del mismo Clorito.²²³ Con esta nueva organización, el Laboratorio realiza exámenes en el siguiente orden:

Química Biológica

- Análisis de orina
- Análisis de jugos gástricos
- Dosajes de urea en la sangre
- Investigaciones por sangre en heces.

Parasitología

- Exámenes de heces por parásitos
- Exámenes de heces por hematozoarios.

Bacteriología

Exámenes de esputos para casos de:

- Tuberculosis
- Apergilosis
- Neumobacilos
- Microsoccus
- Neumococos
- Hemoculturas
- Cultura de heces
- Exámenes de líquidos céfalo raquídeos
- Exámenes líquido de pleura
- Exámenes de falsas membranas
- Cultura de hongos.

220. Junta de Caridad de San José. *Informe de Labores 1914-1915*, Alsina San José, 1916, p. 97.

Hematología

- Cómputo de glóbulos
- Exámenes citológicos
- Reacciones Widal
- Reacciones Beshedka
- Reacciones Wassermann
- Isolicinas.

El trabajo realizado por el Dr. Picado, muy bien secundado por el Lic. Víquez, hizo que la Junta de Caridad estudiara la posibilidad de construir un nuevo edificio. El mismo presidente John M. Keit, para justificar la obra, manifestaba que el Laboratorio estaba en un cuarto viejo, pero por el incremento que se ha notado y por la ayuda que significa al cuerpo médico, se requería una mejor.²²⁴

Efectivamente, a partir de 1915 el trabajo crece mucho, siendo un apoyo relevante para diagnóstico de las enfermedades o para la confirmación de aquellas en la clínica médica, o sea que con la implantación de modernos métodos científicos que trae Picado de Francia, se une definitivamente el Laboratorio a la clínica médica, situación que tomaría mayor relieve con la construcción del nuevo edificio. Precisamente, cabe resaltar que el diseño de la nueva instalación fue planificada por el mismo Dr. Picado, ante solicitud de la Junta. Dicha infraestructura fue construida con cemento armado a un costo de 40.000 colones e inaugurado en 1917.

Esta nueva planta física estaba situada contiguo a la morgue y con el objeto de brindarle servicio tanto al Hospital como al Asilo Chapuí.²²⁵

El edificio estaba conformado por dos alas divididas por un zaguán que daba acceso a los corredores. En cada ala había un salón grande equipado para microscopía, también se encontraba una biblioteca, y un cuarto de incubado para calentar a temperaturas hasta de 60 grados centígrados; una sala para atención de pacientes, un sótano para enfriado y guarda productos biológicos, una sala para autoclaves, hornos y diverso material; una sala para preparaciones de medios de cultivo y un pequeño departamento para animales, conejos y cobayos.

224. Ibid. P. IV.

225. Junta de Caridad de San José. Informe de Labores 1916-1917, Alsina San José, 1918, p. VIII.

La construcción no tenía aleros para aprovechar el máximo la luz y las paredes sobresalían por sus amplios ventanales, además el piso era mosaico verde resistente a reactivos y ácidos.²²⁶

Pues esta planta física sería testigo de la obra fecunda con que el Dr. Picado iba a beneficiar a los pacientes del Hospital San Juan de Dios, de Costa Rica y el mundo.

En Costa Rica las enfermedades venéreas como la sífilis eran una calamidad nacional y de pésimas consecuencias para la salud pública, máxime que las reacciones Wassermann que se hacían para diagnosticar enfermedades incluyendo la sífilis, no ofrecían una seguridad completa.

Clorito introdujo en las reacciones Wassemann una técnica nueva denominada de Hetck y que se practicaba paralelamente en el afamado Instituto Pasteur y que consistía en una reacción de fijación de complemento presente en el suero humano. También, con nuevas técnicas, diagnostica las enfermedades como la tuberculosis, ya que a través de su influencia la Junta pudo adquirir reactivos y materiales básicos importados de Francia y así surtir el laboratorio. Picado inició, como parte de un desarrollo científico autóctono, la fabricación de inyectables para la utilización de los pacientes asistidos en el Hospital San Juan de Dios. El mismo Dr. Picado describía así sus aportes:

“A principios del segundo semestre de 1918, se estableció en el laboratorio una fábrica de ampollas para inyecciones hipodérmicas o intravenosas, de los productos más empleados. Este hecho tiene una doble significación, ya que logramos hacer bajarlos precios de algunos productos indispensables encarecidos por la guerra europea, tales como la emetina en un 50%, favoreciendo así a las personas pobres; además las entradas producidas por la venta de ampollas lograron equilibrar las del Laboratorio...”

A principios de 1919 nos fue encomendada la preparación de una vacuna contra la viruela; se preparó con todo éxito, siendo tan activa como la importada y no ofreciendo el más leve peligro. Esta es la primera vez que se prepara la vacuna antivariólica en Costa Rica.”²²⁷

Sobre sus contribuciones en los primeros años de labores, estas abarcaron desde nuevas técnicas para realizar hemocultivos y nuevos métodos para colorear bacilos de Koch y Hansen,

226. Picado, Manuel. Vida y Obra del Dr. Clodomiro Picado, Editorial Costa Rica, San José, 1964, p.230.

227. Junta de Caridad de San José. *Informe de Labores 1918-1919*, Alsina, San José, 1920. P. 122.

hasta el mejoramiento y aplicación de la coloración para la búsqueda de diplococos de Neisser y de Biot y Pich Yacobson para los gonococos incluyendo nuevas formas terapéuticas.

Como un ejemplo y haciendo eco de sus formas de efectuar análisis e interpretaciones partiendo de la deuda como principio elemental, Clorito detalla a continuación supuestas locuras de origen sífilítico que afectaban a algunos pacientes del Asilo Chapuí.

“La respuesta debe ser negativa y en muchos casos la infección no será sino coadyuvante y a veces puramente accesoria. Solo la Clínica y el tratamiento exploratorio podrán definir la cuestión. Lo que sí podemos afirmar es que todos aquellos que han dado un resultado positivo están tocados por la sífilis, pues los Wassermann practicados con métodos rigurosos tomando en cuenta las propiedades tal como se practica en este laboratorio, no son positivas sino en el caso de sífilis y lepra; los que sufren de Pian dan una reacción positiva, pero con la experiencia de Levaditti, se desprende que el Pian no es sino una sífilis con signos clínicos aberrantes. En cuanto a los Wassermann positivos que se dice que se obtienen en el paludismo, Bates ha demostrado la inexactitud de aquella aseveración y las estadísticas de nuestro Laboratorio conservan varios casos palúdicos ya confirmados que no dan el pretendido resultado positivo. Debemos pues, hasta nuevos descubrimientos admitir que solo la sífilis dio Wassermann positivos.”²²⁵

La realidad es que el Dr. Clodomiro Picado contribuyó en diversos campos ampliando el horizonte en Farmacología, Biología General, Microbiología, Fisiopatología, Inmunología, Fisiología Vegetal y Medicina Experimental. Así mismo, su vocación humanitaria y docente tuvo influencia en el Liceo de Costa Rica, Colegio Superior de Señoritas, Escuela de Farmacia y la Universidad de Costa Rica.²²⁹

Entre sus contribuciones de mayor relieve y preponderancia para Costa Rica y el mundo se destaca el de las serpientes venenosas y la sueroterapia antiofídica.

Un desglose sintético de este aporte extraordinario por sus alcances para la salud pública lo hacen los doctores Róger Bolaños y José María Gutiérrez.²³⁰

228. González Pacheco, Carlos. *Hospital San Juan de Dios, 150 años de Historia*. Edmann, CCSS, San José. P. 153.

229. Picado Clodomiro. *Obras Completas*, Editorial Tecnológico de Costa Rica, Cartago, 1988. Vol. VII, pp. 190-192.

230. *Ibid.* P. 129.

Estos microbiólogos expresan que primeramente Picado estudió las serpientes venenosas de Costa Rica y su relación con sus congéneres del norte y el sur del continente, observando elementos para decidir sobre el tipo de suero antiofídico para mayor utilidad de Costa Rica. Así, Picado clasificó las serpientes como la de Mar, Corales, Cascabeles, Mano de Piedra, Tamagá, Toboba, Terciopelos, Bocaracá, Oropel, Lora y la Víbora del Árbol. Picado enfoca el estudio de los venenos desde el punto de vista bioquímico y farmacológico y las manifestaciones de los pacientes envenenados con sus aspectos clínicos, patológicos, de tratamientos, de medidas de prevención y de control; siendo el suero el único tratamiento para el paciente mordido.

Sin embargo, por las limitaciones económicas, no pudo producir localmente los sueros antiofídicos, por lo que el Dr. Picado resuelve el problema por medio del intercambio de venenos de serpientes costarricenses por sueros provenientes del Instituto Pasteur, Butantán de Brasil y Behringwerke de Alemania.

Como consecuencia de sus esfuerzos, el gobierno de la República emitió, el 26 de mayo de 1926, un decreto que estableció la obligatoriedad de los finqueros de mantener una dotación de sueros antiofídicos al servicio de los trabajadores y la obligatoriedad del Estado de mantener sueros en hospitales, medicaturas y pueblos, jefaturas políticas y resguardos; así como divulgar las medidas necesarias de prevención y tratamiento.²³¹

Después de la muerte del Dr. Clodomiro Picado, en mayo de 1944, la labor de mantener el serpentario en el Laboratorio del Hospital San Juan de Dios, extraer periódicamente los venenos, preservarlos y enviarlos en canje al extranjero, recayó en sus distinguidos discípulos, doctores: Luis Bolaños, Hernán Badilla y Alfonso Trejos.

Como corolario de su actuación, es muy llamativo el criterio plasmado por otro ilustre costarricense y padre de la salubridad pública, Dr. Solón Núñez Frutos, quien manifiesta que el Dr. Picado como lo quería Hipócrates en sus pensamientos, sentía respeto y gratitud por sus maestros y delicado afecto por sus discípulos. La obra del Dr. Picado adquiere mayor relieve cuando se piensa en el medio en que le cupo actuar, tan escaso en elementos materiales y pobre en estímulos del espíritu. La investigación y el culto a la patria fueron los imperativos de su espíritu. De cada conquista científica desprendía los beneficios que de ella podían derivar, no él, sino

231. *Ibid.* P. 134.

sus semejantes: Costa Rica y el mundo. En el doctor Picado revivía el pensamiento de Pasteur: la ciencia no tiene patria pero el hombre de ciencia sí la tiene y él quiso siempre darle altura a la patria.

Desde niño amó la verdad, porque la ciencia es verdad y sólo verdad. Pero no basta amar la ciencia; es preciso ser amado por ella y el Dr. Picado fue un consentido de la ciencia.

Sus labios jamás se despegaron para decir algo que no fuera el fruto de su pensamiento y de su corazón y sus juicios salían a la calle libres, sin los grilletes del cálculo o del interés.

Insinceridad es nuestra lacra: insinceridad religiosa, insinceridad social, insinceridad política. Disparidad entre el pensamiento y la acción; entre la palabra y los hechos. Encontramos hoy bueno lo que ayer juzgábamos malo: juzgamos malo lo que ayer encontrábamos bueno. No es un proceso intelectual o de conciencia lo que nos transforma sino el ansia de honores, de posiciones y de riquezas. El doctor Picado pudo ser siempre leal a su pensamiento, porque jamás lo sedujo el oro ni la vanidad.²³²



Dr. Clorito Picado, gran maestro humanista y científico nacional

232. Ibid. P. 84.



El Dr. Clorito Picado con su vestimenta de graduación al recibir su doctorado en Francia



A la izquierda, el Dr. Clorito Picado en las montañas de Orosi



El Dr. Picado con un ejemplar de su serpentario

Título VI

PRIMERA PARTE: ELDESARROLLO FARMACÉUTICO PROFESIONAL EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DURANTE LA PROTECCIÓN SOCIAL

1- DE LA CARIDAD A LA PROTECCIÓN SOCIAL

El Hospital San Juan de Dios a partir de 1936 ingresa a una nueva etapa, al cambiarse los conceptos de caridad cristiana que enmarcan al Hospital, asociados con los aspectos eclesiásticos desde 1845, por los de protección social, vinculados a la beneficencia como un rasgo principal. En realidad, la caridad y la beneficencia son sinónimos, porque ambas formas de atender la salud van destinadas a las gentes sin recursos económicos; pero en el plano político, la primera es una acción delegada a la sociedad civil y la segunda es con participación directa e indirecta del Estado.²³³

Esta nueva forma de perfilarse la asistencia hospitalaria, produjo algunos cambios en el seno interno del Hospital San Juan de Dios, de alcances importantes para su organización general, incluyendo la Farmacia, ya que se da el paso necesario para la implantación académica y profesional del servicio farmacéutico.

En el plano político económico, este cambio de denominación estuvo antecedido por una preocupación estatal por asumir funciones determinantes en la solución de problemas como el de la salud, así se plantearon políticas intervencionistas.²³⁴

En 1918 se presentó un proyecto a la Asamblea Constituyente en el sentido de que las rentas de la Junta de Caridad fueran administradas por la Tesorería General, sin embargo fue rechazado, aduciéndose que el Estado no estaba preparado para asumir ciertos poderes centralistas, a pesar de la influencia reformista e intervención del Estado planteada en el manifiesto político truncado del Lic. Alfredo González Flores.²³⁵

233. Junta de Protección Social de San José. Anuario Histórico. 1989. P. 93.

234. Cruz, Yolanda. *La Junta de Caridad de San José (1845-1936)*, Tesis, UNA, Heredia, 1981. P. 110.

235. Salazar, Jorge Mario. *La Legislación Social en Costa Rica*, inédito. 1983, p. 125.

Lo mismo sucedió con una propuesta en 1926 que pretendía que instituciones como la Junta de Caridad, que recibía auxilios económicos del Estado fuera sujeto de controles. Pero el paso que aceleró el cambio fue la creación de la Secretaría de Protección Social y Salubridad Pública, en 1927, la cual asumió las funciones de higiene y salud pública, que eran competencia de la Secretaría de Gobernación.²³⁶

Nuevamente, en 1933, se presentó una nueva propuesta cuyo objetivo era el de fiscalizar, regular y supervisar a las Junta de Caridad, sobre todo la de San José, con base en el supuesto cuantioso capital en que se desenvolvía.

Ninguno de los proyectos fue aprobado, a pesar de que los argumentos no fueron rebatidos. Esto demostró que existieron presiones derivadas de intereses muy arraigados, que impidieron su aprobación, incluyendo el poco interés manifestado por el Poder Ejecutivo, explicado por la estrecha relación que por mucho tiempo mantuvieron con la Junta, don Cleto González Viquez y don Ricardo Jiménez, según el criterio de la Lic. Yolanda Cruz Molina.²³⁷

El cambio final de caridad por protección social se dio en la administración del Lic. León Cortés Castro. Su principal impulsador fue el Secretario de Salubridad Pública, Dr. Antonio Peña Chavarría, quien propugnaba por la intervención del Estado para los asuntos de sanidad y asistenciales del país.

La supuesta estructura cerrada de la Junta, así como las presuntas irregularidades que cometía con respecto al orden económico y a la necesidad imperiosa de darle un giro total, fueron la base de sustentación para que propusiera la creación de un Consejo Nacional de Salubridad, Beneficencia y Protección Social.

Una de las facultades que tendría este Consejo sería el de ser un cuerpo consultivo, en relación con las actividades de Salubridad Pública y cooperar con la inspección oficial de las instituciones de caridad y protección social que recibían subsidios por parte del Estado; obviamente esto era una auditoría para los hospitales y las corporaciones.²³⁸

El proyecto tuvo pros y contras de los diferentes grupos de presión, formándose muchos de sus aspectos originales y aprobándose mediante decreto emitido el 11 de noviembre de 1936 dicho Consejo de Salubridad.

236. Cruz. *Op. Cit.* P. 114.

237. *Loc. Cit.*

238. *Ibid.* P. 158.

En su artículo 22, el susodicho establecía que en adelante las Juntas de Caridad ya establecidas, se cambiarán por Juntas de Protección Social, siendo la primera en cambiar la de Junta de Caridad de Limón, en el año 1935, como antecedente inicial. Un hecho interesante es que las Juntas se mantenían como tradicionalmente se habían desarrollado, teniendo independencia para desempeñar sus funciones, pero bajo control estatal.

Independientemente de lo anterior, la realidad es que los miembros de la Junta de Caridad de San José, desde la creación de ésta, habían venido realizando una labor de enorme mérito a través de décadas de esfuerzos por mantener la base del sistema hospitalario nacional: el Hospital San Juan de Dios y el Asilo Chapuí. La verdad es que a pesar de la buena disposición del Estado en algunas ocasiones para darle rentas a su favor, significaban apenas un alivio, especialmente para el Hospital San Juan de Dios, que de hecho mostraba constantes déficits. Prueba de ello son los informes suministrados por la Junta y las mismas actas en donde se evidencia tal situación en todo momento.²³⁹

Fue gracias al tesón de los miembros de las Juntas que el Hospital San Juan de Dios, desde 1864, no volvió a cerrar sus puertas. Más aún, durante el siglo XIX, el Hospital pudo estabilizarse definitivamente gracias a un legado dejado a su favor por el Pbro. Cecilio Umaña, por un monto de 152.565 pesos.²⁴⁰ Hay que agregar que el sacerdote Umaña fue por varios años miembro activo de la Junta de Caridad. También para las primeras décadas del nuevo siglo, el Hospital pudo iniciar su etapa de modernización y transformación, tomando como punto de partida los suplementos que dejaba las ventas de la Lotería Nacional, la cual fue creada en 1885 para favorecer exclusivamente al Hospital de Insanos “Chapuí” y fue hasta el año 1910 en que, por justicia, se le empezó a girar dineros provenientes de la Lotería Nacional, convirtiéndose en la principal fuente de sustento económico y la clave de los cambios producidos.²⁴¹

Es indudable que la mayoría de los miembros de las Juntas eran solventes, de posición socioeconómica elevada y simpatizantes del liberalismo. También, con el pasar de los años, la Junta de Caridad llegó a tener mucha beligerancia para la vida nacional. Quizá esto sí contrastó y chocó para finales de la década de 1930 con las políticas reformistas que iban a cambiar la praxis política en Costa Rica, por la intervención del Estado en muchos asuntos, incluyendo los de

239. Junta de Caridad de San José. Informe de Labores, 1938, p. 7.

240. González Pacheco, Op. Cit. P. 56

241. *Ibid.*P.161.

orden de la salud, cambios que se consolidarán en los siguientes años promovidos por los líderes: Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia y José Figueres Ferrer.

Empero, el cambio de caridad por protección social se sustentó más en aspectos ideológicos y de poder político que en los económicos, porque después de 1936, la incongruencia financiera siempre va a perdurar en el Hospital San Juan de Dios.

Sobre la Junta y sus miembros es importante destacar que en varias ocasiones alzarán la voz proponiéndole al Estado que se hiciera cargo de los hospitales que administraba, sin embargo, esas solicitudes fueron rechazadas por lo que la Junta de manera estoica seguía asumiendo tales responsabilidades.²⁴²

2- CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL HOSPITAL E INICIO Y ORGANIZACIÓN DE LA FARMACIA PROFESIONAL

Con la llegada de la protección social también llegan cambios muy oportunos para el mejoramiento de los servicios médicos que brinda el Hospital.

Uno de los principales movimientos fue la entrada en vigencia, después de muchos años de ausencia, de un nuevo reglamento técnico emitido en la administración del Lic. León Cortés Castro, llenándose una necesidad muy sentida.²⁴³

Aquí queda plasmada la nueva estructura en la que tienen un papel especial los nuevos servicios como los de Patología, Análisis Clínicos y Rayos X, así como también los diferentes servicios que eran bastantes y que correspondían a las secciones de Medicina y Cirugía.

Dentro de este ámbito sobresale la entrada en vigencia de las Consultas Externas, centralizadas en el recién construido Pabellón Echandi, situado frente al Paseo Colón y el inicio de las consultas de: Cirugía Menor, Ortopedia, Urología, Curaciones, Prenatales, Medicina, Otorrinolaringología y Oftalmología.²⁴⁴

Con respecto al cuerpo médico se define la jerarquía médica en: Superintendente, Jefe de Sección, Jefes de Servicio, Jefes de Clínica, Médicos y Cirujanos, Asistentes, Internos, Auxiliares

242. Junta de Caridad de San José. *Informe de Labores*, 1906, San José, p. 23.

243. Junta de Caridad de San José. *Reglamento Técnico del Hospital San Juan de Dios*.

244. Junta de Protección Social de San José. *Informe de Labores*. 1936 -1937, p. 8.

y de Consulta. También, quedan debidamente estipuladas las regulaciones para los ascensos a base de concursos de méritos, para los cuales se tomarán en cuenta la antigüedad, asiduidad, eficiencia en el trabajo y calidades en general.

Un aspecto de mucha relevancia fue el papel que asumió el Superintendente quien era el encargado del Consejo Técnico; Órgano Técnico, Científico, Asesor, Consultivo y Deliberador. Además, entre sus funciones tenía las siguientes:

- A. Es el jefe superior del Hospital y velará por el cumplimiento de las normas.
- B. Responder ante la Junta sobre la marcha del Hospital.
- C. Ser el medio de comunicación entre el Hospital, la Junta y la Secretaría de Salubridad Pública.
- D. Asistir a las sesiones de la Junta cuando esta lo crea conveniente.
- E. Presentar informes anuales detallando todos los movimientos que ocurran en el Hospital.
- F. Organizar la admisión de los pacientes.
- G. Dictar las medidas necesarias para el mejoramiento del Hospital cuando crea necesario.
- H. Imponer las sanciones que estime oportunas ante las faltas cometidas.
- I. Exigir a todos los jefes que rindan informes detallados de sus labores.
- J. Descontará del salario de los empleados de cualquier categoría, el valor de los artículos e implementos que destruyan de manera impropia.

El puesto, para el año 1942, cambió por el de Director General del Hospital; así, ante el avance que representaba el Hospital para estos años, hizo que también se pensara en mejorar el aspecto farmacéutico y ponerlo a la altura de los demás servicios de apoyo dentro del marco profesional, máxime que era una actividad de mucha relevancia para la recuperación de la salud de los enfermos.

La iniciativa de nombrar un farmacéutico profesional incorporado al Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica partió del Consejo de Salubridad Pública, quien le recomendó a la Junta de Protección Social el nombramiento de un profesional capacitado para el despacho de

recetas y los pedidos de drogas.²⁴⁵ También el mismo Consejo recomienda para el puesto al Lic. Fernando Chaves Molina, quien se desempeñaba como farmacéutico y químico en el Departamento Agrícola del Café. La Junta acogió con beneplácito tal recomendación, por lo que la traslada a la Superintendencia del Hospital, a cargo del Dr. Luciano Beeche. El Dr. Beeche a medias la acepta, porque extrañamente contesta de la siguiente manera:

“Siendo la Botica el más importante departamento del Hospital por la delicadeza que entraña, no veo la necesidad de que el farmacéutico tenga ingerencia directa en su manejo, pero estimo más conveniente que sea un elemento consultor a quien la Hermana deba recurrir cuando las circunstancias lo exijan”.²⁴⁶

La contestación del Dr. Beeche fue a todas luces contradictoria, puesto que él mismo afirmaba la importancia de la Botica y sin embargo apoyaba que la misma siguiera estando directamente al mando de las Hermanas de la Caridad.

Obviamente, las Hermanas habían venido realizando una labor extraordinaria para beneficio del Hospital y los pacientes, pero ya había llegado el momento de cambiar esta situación que no iba acorde con la modernización y la política estatal, ya que con un farmacéutico profesional se estaría asegurando un mejor control técnico y científico de los medicamentos y la compra de medicinas.

A pesar de dicha contradicción y congruentemente con las circunstancias de la mecánica intrahospitalaria, la Junta de Protección Social acordó por primera vez en la historia del hospital:

“Nombrar al licenciado Don Fernando Chaves Molina como farmacéutico del Hospital San Juan de Dios con las obligaciones que le señale el Superintendente y devengando el sueldo que le señale el Presidente de la Junta”.²⁴⁷

Con el nombramiento del Lic. Chaves, en 1938, se producen dos hechos sumamente relevantes: en primer lugar, se cambia el nombre tradicional de Botica, con que había venido funcionando desde el siglo XIX, por el de Departamento de Farmacia del Hospital San Juan de Dios. En segundo lugar, el espacio técnico quedará circunscrito únicamente para el profesional

245. Junta de Protección Social de San José, Archivo Documental. 21 de junio 1938.

246. Junta de Protección Social de San José. Archivo Documental, 21 de junio 1938.

247. Junta de Protección Social de San José. Archivo Documental, 8 de junio 1938.

farmacéutico y el administrativo se le delega a una Hermana de la Caridad, así se aprovechará la experiencia de tan abnegadas funcionarias que habían venido acumulando en la administración del régimen interno del Hospital.

Luego del Lic. Chaves Molina, se sucedieron en la regencia o jefatura de la Farmacia las profesionales licenciadas Hilda Carranza, Agripina Chen, Bertalía Sánchez y Marta Ovares, quienes pusieron todo su empeño en aras de mejorarla e instalándose su planta física en el costado oeste del edificio construido para la Comunidad de las Hijas de la Caridad, en 1941, lugar en donde ya en la alborada del siglo XXI, todavía se encuentra prestando su servicio.

Con el aporte de los primeros regentes, la farmacia se va a organizar convenientemente y se involucra con los demás servicios del Hospital. Dentro del ámbito técnico, el servicio farmacéutico incluye el servicio de confección, preparados y despacho de recetas permanentemente, sobresaliendo entre las funciones de regencia las siguientes:

- A. Despacho de prescripciones.
- B. Supervisión y cuidado de los pedidos y preparaciones.
- C. Control y despacho de narcóticos y barbitúricos.
- D. Confección de informes generales y específicos.
- E. Establecimiento de normas de trabajo.
- F. Relaciones con los otros profesionales del Hospital.
- G. Programación de actividades de mejoramiento farmacéutico.
- H. Participar en el Comité de Farmacia.
 - 1. Verificación de los medicamentos existentes en los botiquines de las enfermerías.
- J. Control de los medicamentos en general.
- K. Supervisión de llenados y rotulación de envases.

A lo anterior se debe agregar que los empleados no profesionales se convirtieron en funcionarios de mucha ayuda y apoyo para las jefaturas y el departamento en general, porque pasaron a cumplir funciones tan necesarias como:

- A. Servicio de recepción.
- B. Almacenamiento y envasamiento de artículos.

- C. Despacho y rotulación de algunos pedidos.
- D. Servicio de entrega de medicamentos.
- E. Enjuague y esterilización de instrumental y cristalería.
- F. Desempacar pedidos.
- G. Marcamiento de algún material.
- H. Limpieza en general.

Para los primeros años de la década de 1940, la Farmacia del Hospital mostraba adelantos significativos y las jefaturas hacían importantes recomendaciones con el objetivo de mejorarla ante la Dirección General, a cargo del Dr. Antonio Peña Chavarría.²⁴⁸

Ya para el período 1944-1945, la jefe de la Farmacia, Lic. Agripina Chen, hacía las siguientes observaciones y con ello daba una panorámica sobre los alcances de la Farmacia:

“Comité de Farmacia

El comité creado en 1944 se ha reunido regularmente, siendo de gran utilidad para el Departamento. Se han discutido y resuelto todos los problemas que se han ido presentando.

Revisión de Licitaciones

Con el objetivo de aminorar los errores en las licitaciones para pedidos de drogas al exterior, se ha dispuesto que sean revisados previamente por el Comité de Farmacia, y en su defecto por la Regente. El principal objetivo es suplir al Hospital con drogas de las calidades de la Farmacopea y el Formulario Nacional de los Estados Unidos.

Por supuesto esta medida es muy útil, pero no del todo eficaz, ya que en ciertos casos se hace necesario el análisis químico para verificar los ensayos de identidad y pureza de los medicamentos.

Laboratorio Químico

Se acordó crear una sección para análisis químicos, dependiente del -Departamento de Farmacia. Será de gran utilidad para controlar periódicamente los artículos y para dosificar algunos de los inyectables preparados por la misma Farmacia.

248. Junta de Protección Social de San José. Archivo Documental, 8 de junio 1938.

Farmacéutico proveedor

Quiero insistir muy atentamente ante el señor Director, en la necesidad de solicitar a la Secretaría de Salubridad Pública la creación de una Plaza de Farmacéutico proveedor, por lo menos durante algunas horas diarias, a fin de que estudie detenidamente las muestras que se ofrecen y de que las compras efectuadas en plaza llenen las necesidades técnicas requeridas.

El desembolso que significa este servicio será compensado con economía de tiempo y eficacia. Precisamente uno de los principales defectos del Departamento de Farmacia consiste en la frecuencia con que faltan los artículos para el despacho diario. Hay mucha lentitud en los trámites para efectuar las compras, siendo muy corriente el caso de que las mercaderías sean suplidas a la Farmacia un mes o más después de pedidas.

Nuevo Recetario

A fin de facilitar la labor administrativa de la Farmacia y con el objeto de que el Hospital contara con libros recetarios apropiados, se mandó a imprimir una fórmula con casillas especiales para que los médicos se ajusten a la necesidad que tiene el Departamento de conocer el nombre del paciente, cama que ocupa y salón.

Entrega de Medicinas

Con el objeto de mejorar el servicio se dispuso usar permanentemente un sello de hule donde se indica la fecha, la hora en que llega el recetario o libro de pedidos a la Farmacia y la hora en que se entregan los medicamentos. También firma la empleada de la Farmacia que recibe el libro y la persona que recibe las medicinas, quien será la responsable de hacerlas llegar al salón respectivo.

Distintivo en los medicamentos

Con el fin de cortar posibles o futuros abusos con relación a los medicamentos que des pacha la Farmacia para uso de los enfermos, se han tomado las siguientes medidas.

- 1. A las fórmulas de patente de casas extranjeras, se les retira su etiqueta y se sustituye por una etiqueta escrita a máquina, lo que les hace perder gran parte de su valor comercial, al desaparecer la etiqueta que las distingue como de determinada casa extranjera de prestigio.*
- 2. Las nuevas cápsulas de gelatina se presentan en diferentes colores para distinguirlas del resto de cápsulas que expende el comercio.*

3. *El alcohol se despacha adicionado de un colorante inofensivo que lo distingue.*

Renovación de medicamentos

Periódicamente se imprimen hojas de polígrafo con listas de medicamentos para que los señores médicos se enteren de las existencias. Esta medida es muy conveniente, pues se trata de consumir la mercadería vieja para renovar y modernizar el stock de drogas. Si al mismo tiempo se trata de ir modernizando el equipo de trabajo, se estará realizando un mejoramiento que se notará dentro de algunos años.

Del personal de Farmacia

Los sueldos del personal fueron aumentados, lo que supone un mejoramiento en la idoneidad del mismo, ya que con mejores sueldos la institución tiene derecho para escoger mejores elementos. Sin embargo, sugiero al señor Director que todos los nombramientos de personal para Farmacia sean realizados por el Comité de Farmacia.

Además la jefe de Farmacia, Lic. Chen, agregaba:

“Nadie podrá poner en duda que los auxiliares idóneos son la base de cualquier buen trabajo. Con la colaboración de la jefe administrativa Sor Teresa Paredes se trata de ir mejorando el personal, lenta pero tenazmente.”²⁴⁹

Debido al grado de mejoramiento técnico y científico que mostraba el Hospital San Juan de Dios para mitad de la década, el Director Dr. Peña Chavarría, impulsa un proyecto para estandarizar el Hospital, de acuerdo con la nomenclatura y conceptos utilizados por los organismos hospitalarios norteamericanos. Esto era un movimiento que favorecía el esfuerzo para que se apliquen principios fundamentales para la atención eficiente.

El planteamiento se concreta ya que el Hospital cumplía con requisitos como:

- Tener un cuerpo médico organizado y competente.
- Confección de documentos médicos completos.
- Contar con los servicios necesarios de diagnóstico y tratamiento.

249. Junta de Protección Social de San José. Informe de Labores, 1944-1945, p. 147.

- Una planta física adecuada.
- Leyes y reglamentos.
- Departamento completo de Estadística.
- Personal técnico y suficientemente preparado.
- Conferencias y sesiones científicas constantes.

Aún más, la Farmacia también se involucra en esta estandarización, ya que cumplía con las exigencias requeridas porque contaba con las siguientes características:

- A. Servicio farmacéutico por jornada completa bajo regencia profesional para beneficio de los pacientes y del Hospital.
- B. Un comité de Farmacia cuyo propósito era el de asesorar el desarrollo farmacéutico y la farmacoterapia.
- C. Una biblioteca especializada en: Farmacopea de los Estados Unidos, Revistas de la Asociación Farmacéutica Americana, Anuario de la Asociación Farmacéutica Americana, obras generales sobre: Farmacología, Química, Toxicología y Bacteriología.
- D. Se usan para el tratamiento de los pacientes, drogas y preparaciones de calidad reconocida internacionalmente.
- E. Los farmacéuticos ejercen vigilancia sobre: preparación de inyectables y esterilización de preparaciones, suministro de drogas y medicamentos, envase y rotulado de recipientes, inspección quincenal del depósito farmacéutico en las unidades de enfermería, distribución de drogas, narcóticos e inventario permanente de ellos, supervisión y control sobre las compras de drogas y preparaciones, conocimiento exacto de los sistemas de pesos y medidas.²⁵⁰

Como un dato adicional e ilustrativo es preciso agregar que a partir de esta década se empieza a llevar un control exacto con referencia al número de recetas. Al menos para el año 1941, se inicia este registro. Las recetas despachadas se registran así:²⁵¹

250. Ibid, pp. 148-152.

251. Junta de Protección Social de San José. Memorias. 1936-1941, p. 10.

Evolución histórica de la farmacia del Hospital San Juan de Dios

Mes	No. de Recetas
Enero	6.588
Febrero	6.277
Marzo	6.871
Abril	6.591
Mayo	6.377
Junio	6.088
Julio	7.934
Agosto	7.926
Septiembre	7.518
Octubre	8.167
Noviembre	7.299
Diciembre	7.338
TOTAL	84.974

Para el año 1945, el despacho de recetas se distribuyó de la siguiente manera:

Áreas	No. de Recetas
Medicina	71.700
Pediatría	7.299
Cirugía	23.510
Consulta Externa	12.866
Empleados	631
Pensionistas	11.380
TOTAL	127.386



En el primer plano, a la derecha, se encuentra la Licda. Hilda Carranza cuando estudiaba en la antigua Escuela de Farmacia.

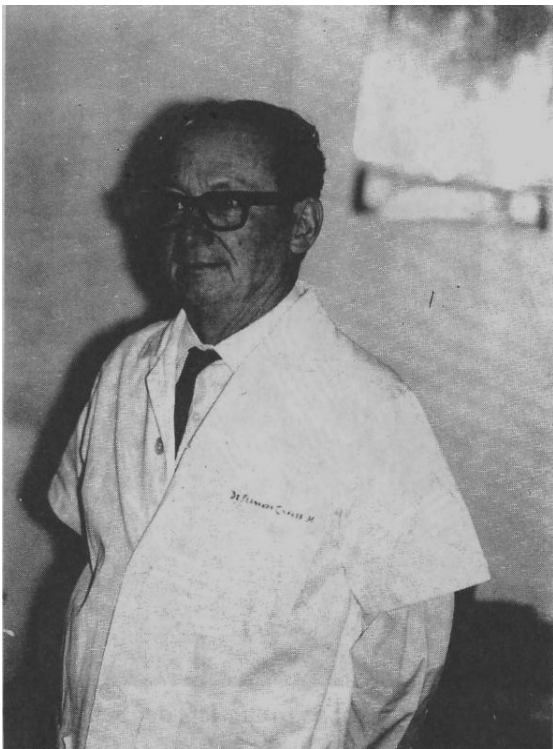


Licda. Hilda Carranza, Segunda Jefe del Servicio de Farmacia

Evolución histórica de la farmacia del Hospital San Juan de Dios



*Dra. Bertalía Sánchez, exjefe del
Departamento de Farmacia*



*Lic. Fernando Chaves, primer
Jefe Profesional de la Farmacia*



Las hermanas de la Caridad y personal del Servicio de Farmacia, en la primera mitad de la década de 1940

3- EL PRIMER FOMULARIO TERAPÉUTICO

La primera guía terapéutica que se ejecutó en Costa Rica, se hizo tomando en cuenta la experiencia acumulada y aplicada en el Hospital San Juan de Dios por la parte médica básicamente.

Hurgando en el pasado, este señala que muchos médicos de prestigio prescribían sus propias fórmulas magistrales copiadas de algún texto oficial extranjero o producto de su propia experiencia, cuya preparación la encomendaban a farmacéuticos de su confianza.²⁵²

En ese sentido son muy conocidos los casos como el del Dr. Antonio Facio Ulloa, quien prescribía fórmulas tomadas de textos norteamericanos; el Dr. Maximiliano Peralta que popularizó en Cartago muchas de sus fórmulas, llegando algunas a ser patentadas con su apellido, e igualmente, el caso del Dr. Luis Javier Guier, quien también familiarizó algunas fórmulas hasta la presente.

Entre el pueblo costarricense se popularizaron fórmulas como la Loción Alcanforada, proveniente de la farmacopea francesa y lo mismo con la Embrocación Trementinada. Así mismo

252. Serrano B., Carlos. *Formulario Terapéutico de Costa Rica*, Colegio de Farmacéuticos, III Congreso Nacional, 1977, p. 121.

se identificó con fórmulas como el Bálsamo Apodeloch, Limonada Purgante, Jarabe de Rábano, Jarabe Yodotámico, Jarabe Yoduro de Hierro, Agua de Sal, Agua de Azahar, Agua de Tilo, Ungüento de Helmerich, Ungüento Napolitano y el Acido Bórico, sin olvidar fórmulas como el Elíxir Paregórico, el Linimento Don Aquileo, Aceite de Camíbar, Los Siete Espíritus, la Mixtura Ruibardo, La Esencia Maravillosa Coronada y los Tres Jarabes Compuestos por Fluidos de Tolú, Ipecacuana y Archicoria.²⁵³

A nivel institucional, los hospitales administrados por la Compañía Bananera dispusieron de un formulario práctico partiendo de formularios extranjeros. Específicamente en el Hospital San Juan de Dios, la influencia de los formularios internacionales fue una realidad muy acentuada por si cuerpo médico, aunque sin características oficiales.

Ante tal situación, la idea de elaborar un formulario nacional se hacía sentir por razones de orden y economía, por lo que en el Primer Congreso Centroamericano de Farmacia realizado en Guatemala se recomendó lo siguiente:

“Recomendar la elaboración de un Formulario Farmacéutico Centroamericano y que para tal objeto las Facultades de Farmacia procedan a reunir todas las fórmulas que juzguen convenientes que figuren en el formulario, para que una vez reunidas se envíen al Colegio de Farmacéuticos de San José de Costa Rica, ente que haría la selección.”²⁵⁴

La recomendación no se acató a nivel centroamericano, pero fue sustento para que el Consejo de Salubridad tomara la iniciativa que dio origen a la introducción en el país del primer Formulario Terapéutico Costarricense, para aplicarse en los hospitales nacionales.

Efectivamente, la nueva corriente de Protección Social impulsó y ordenó, la farmacoterapia nacional, al emitirse el decreto presidencial del mes de octubre de 1938, que establecía dicho formulario. El mismo fue suscrito por el mandatario, Lic. León Cortés y su Secretario de Salubridad, Dr. Antonio Peña. Este formulario no solo es el primero, sino también será la base de los demás formularios terapéuticos que se sucederán en Costa Rica.

253. *Ibid.* pp. 123, 124.

254. Consejo Nacional de Salubridad. Formulario de los Hospitales de Costa Rica. San José, p. VI.

Su justificación se marca debido a que la prescripción de medicamentos en los hospitales y centros asistenciales estaba fuera de todo sistema, ya que las drogas y preparaciones pertenecían a muchas farmacopeas, en donde los médicos que las aplican han estudiado.

El Lic. José María Zeledón, Auditor del Consejo de Salubridad, apuntaba que:

*“Cada médico que entra en servicio desea que el establecimiento adopte las fórmulas o preparados de su predilección. El resultado de este desorden ha sido un desperdicio de esfuerzos y dinero y como lógica consecuencia, una menor y deficiente asistencia”.*²⁵⁵

Por estas circunstancias, el Consejo de Salubridad Pública, al intervenir en el control de los establecimientos, dispuso unificar las fórmulas empleadas en las farmacias hospitalarias. Este primer formulario de Costa Rica y primero en aplicarse en el Hospital San Juan de Dios, se estructura con base en el conocimiento y la práctica farmacoterápica vinculada al principal Hospital costarricense. La razón de esta aseveración estriba en que para la realización de la obra en cuestión fueron escogidos los médicos Luciano Beeche y Julio César Ovares y los farmacéuticos Fernando Chaves Molina y Otón Jiménez. De este equipo de trabajo, los tres primeros pertenecieron al Hospital San Juan de Dios y el cuarto al Consejo de Salubridad, sin olvidar que el Ministro era Médico del Hospital desde lustros atrás.

Los funcionarios nombrados se basaron, para la realización de esta obra, en los mismos documentos que eran utilizados en la farmacia del Hospital San Juan de Dios, es decir, la bibliografía consultada estaba constituida básicamente por:

- La Farmacopea de los Estados Unidos.
- El Formulario Oficial de los Estados Unidos.
- El Códex Francés.
- La Farmacopea de México.
- Revistas varias.

El formulario constituyó un trabajo de mérito, ya que estaba a la altura de otros países, ordenado alfabéticamente y conteniendo gran cantidad de productos y preparaciones como

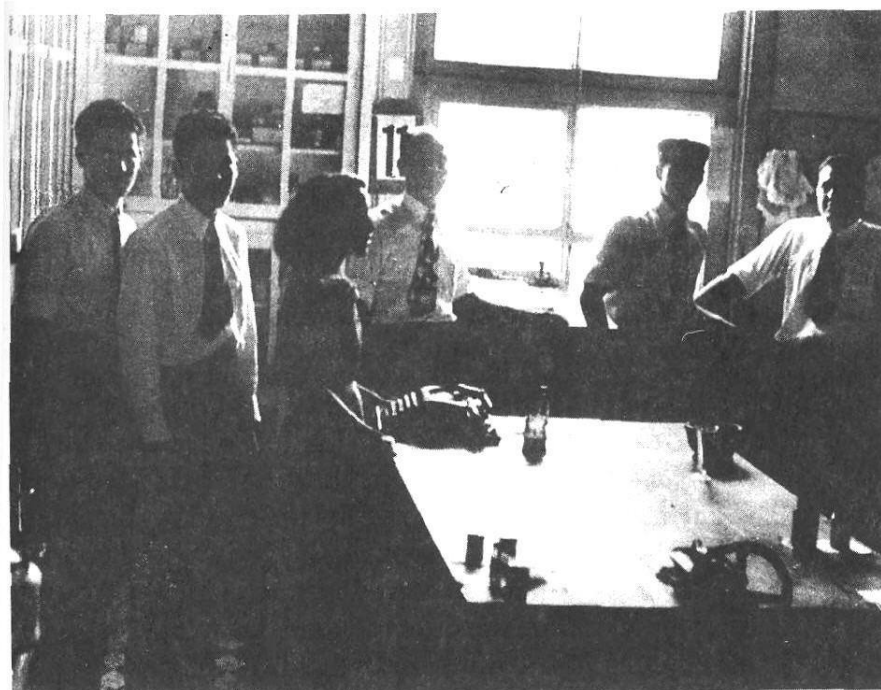
255. Ibid. P. III.

Evolución histórica de la farmacia del Hospital San Juan de Dios

ampollas, cápsulas, jarabes, mixturas, tabletas, píldoras, tinturas, ungüentos, sueros, supositorios, soluciones, polvos, aceites, gotas e inyectables. Fue puesto en vigencia en 1939 e incluía medicamentos que eran específicos para algunas especialidades médicas que empezaron a despuntar con fuerza en el Hospital San Juan de Dios para los años treinta.



Parte interna del Servicio de Farmacia para la década de 1940



Vista interior del Departamento de Farmacia en los años de 1940. Se encuentra la jefe Licda. Elsa Pérez impartiendo una charla a estudiantes de la Escuela de Farmacia



Hermana Sor Julia Claros, una de las iniciadoras de los programas de las damas visitadoras en el hospital

4- EL PRIMER COMITÉ DE FARMACIA, LA FARMACIA Y LOS INYECTABLES

Debido a que el desarrollo farmacéutico en el Hospital San Juan de Dios había avanzado y con base en sus resultados positivos, las autoridades rectoras pensaron en la necesidad de estructurar un Comité de Farmacia. La iniciativa partió del mismo Director de Hospital, Dr. Antonio Peña Chavarría, quien influenciado e identificado con la Asociación Americana de Hospitales, en concordancia con sus normas exigidas, propone la creación de dicho Comité.

El planteamiento fue aceptado por la Junta y estuvo conformado por el Director, en primer lugar, el Dr. Antonio Facio Ulloa, jefe de la Sección de Cirugía; el Dr. German Naranjo Rodríguez, jefe del Servicio de Medicina General número 2, el Farmacéutico miembro de la Hermandad, Lic. Juan Bautista Ortiz Escalante, el Lic. Fernando Chávez Molina, exjefe del Departamento de Farmacia, las Regentes titulares licenciadas Agripina ChenApuy y Bertalia Sánchez Rojas, completando el mismo en calidad de invitada especial del Director, Sor Teresa Paredes, Jefe Administrativa de la Farmacia.²⁵⁶

El Comité inició labores formalmente de asesoría, supervisión y apoyo farmacéutico el 11 de agosto de 1944, sentando las bases a seguir de futuros Comités que se formaron en el Hospital y Costa Rica.

El Dr. Peña justificó plenamente la creación de este manifestando:

*“A nadie escapa los innumerables beneficios en los aspectos técnicos y económicos que se desprenden de la fundación de este Comité que estudiará y mejorará, en todo lo que esté a su mano el eficiente servicio prestado hasta hoy por la Farmacia “.*²⁵⁷

La entrada en vigor del Comité de Farmacia del Hospital fue un paso muy necesario, ya que representó el medio de enlace entre el cuerpo médico del Hospital y el Departamento de Farmacia. Con la ayuda del Comité, el Hospital y el paciente se beneficiaron mutuamente por la formulación y ejecución de políticas y normas relativas a la Farmacia y a los medicamentos a utilizarse.

De acuerdo con la normativa estadounidense, los fines de un Comité de Farmacia eran elaborar un formulario de medicamentos aceptados, servir como grupo asesor del farmacéutico

256. Hospital San Juan de Dios. Archivo Documental, Dirección General, Comité de Farmacia.1944, folio 1.

257. *Ibid.* Folio 1.

para la elección de medicamentos, efectuar adiciones o supresiones de medicamentos, evitar el abasto innecesario y hacer recomendaciones en general.²⁵⁸

El Comité de Farmacia del Hospital San Juan de Dios cumplió congruentemente las funciones antes descritas, ya que fungió como un grupo recomendador para beneficio de las funciones farmacéuticas y farmacológicas, lo mismo que para el ámbito organizacional. He aquí las funciones que tuvo:

- A. Resolver la compra de productos de acuerdo con lo que la práctica aconseje.
- B. Evitar la compra de productos innecesarios por su poca efectividad o poca demanda.
- C. Hacer labor docente en el establecimiento, ya que el médico debe ajustarse lo más posible.
- D. Hacer visitas regularmente al Departamento de Farmacia para verificar su funcionamiento y recomendar modificaciones si fuera del caso.
- E. Ajustar el formulario del Hospital, así como evitar la solicitud de productos de patente por los precios elevados.
- F. Autorizar la compra de nuevos medicamentos.²⁵⁹

Indudablemente, la actividad desarrollada por este Comité para la década de 1940, produjo alcances que beneficiaron en mucho a tan importante actividad intrahospitalaria al servicio del paciente. Algunos ejemplos plasman mejor tal situación para su comprensión.

El Lic. Juan Bautista Ortiz, para finales de 1944, realiza una visita a la Farmacia y encontró la misma bien organizada por la Lic. Agripina Chen. Sin embargo, debido a su visita se producen algunas modificaciones como centralizar la compra de agua destilada únicamente en la Farmacia y, a su vez, redistribuirla por los diferentes servicios, lo mismo sucede con el alcohol. También pasa a ser una norma de la Farmacia que todo artículo que ingrese, sea contado y pesado para verificar su exactitud, además se deberá llevar un inventario exacto de las drogas estupefacientes que se utilizan

258. Farmacia Práctica de Remington. Duodécima Edición, México, 1965, pp. 1761,1762.

259. Hospital San Juan de Dios. Op. Cit. Folio 2.

en el Hospital. Esto último es muy llamativo, puesto que esas drogas eran suministradas a través de la Secretaría de Salubridad Pública, con base en los registros brindados por la Farmacia, y en donde la mortalidad producida por cáncer ocupa ya el segundo lugar. Es más, el mismo Comité era el encargado de solicitarle a la Secretaría, un aumento gradual por concepto de esas drogas, que solo para la semana comprendida entre el 26 y 31 de agosto de 1946 se gastaron 230 ampollas de morfina.²⁶⁰ También se utilizaban otras como tintura de opio, polvos de opio, cocaína, diamina y sedol.

El Comité de Farmacia pudo coadyuvar en conjunto con la regencia para el mejoramiento de la Farmacia en aspectos como el estímulo al personal, con base en que el trabajo había aumentado por la apertura de nuevos servicios y la ampliación de la Consulta Externa. En este sentido el Comité recomendó un aumento de salarios para el personal profesional y auxiliar.

Los sueldos que ganaba algún personal para 1945 quedan evidenciados en el siguiente cuadro, se hace la salvedad de que algunos puestos estaban contratados por horas.

Cuadro

Puesto	Salario (colones)
Director General	1.500
Médicos y cirujanos de consulta	175
Jefes de Sección	350
Jefes de Servicio	250
Médico Interno	400
Jefe de Laboratorio	900
Jefe de Consulta Externa	650
Jefe de Farmacia	350
Subjefe de Farmacia	275
Salonero	72
Cocinero	65

Fuente: Hospital San Juan de Dios. Libro de Actas, Dirección General, 1945, pp. 001, 002.

260. *Ibid.* Folio 51.

Específicamente en cuanto al personal auxiliar de la Farmacia, también los siguientes datos detallan concretamente algunos de sus aspectos como funciones, sueldos y funcionarios:

Cuadro

Nombre	Puesto	Salario
Celestina Soto	Veladora	125
Angela Vásquez	Entrega de medicinas	85
Elsa Miranda	Cierre de ampollas	75
Luz Brenes	Preparación de ungüentos	75
Elsa Cordero	Preparación de cápsulas	60
Julia Arguedas	Preparación de papeles	60
Victoria Vásquez	Preparación de purgantes	60
Rosa Miranda	Revisión de ampollas	60
Rosa Richarson	Aseo	50
Amado Salas	Aseo	50
María Arguedas	Lavadora cristalería	50
Angela Rodríguez	Cuido de bodega	50

Fuente: Hospital San Juan de Dios. Libro de Actas, Dirección General. Doc. No. 13/18/1946.

También hacían funciones como las descritas: Estelia Morera, Mercedes Cantillano, Rosa Vargas, Fany Masís, Ethel Zúñiga, Gladys Molich y Marta Jarret.

Una de las preocupaciones constantes que tuvieron los regentes de la Farmacia, fue su interés por mejorarla en su instrumental. Sus inquietudes tuvieron acogida por el Comité, que a pesar de las limitaciones económicas, abalaba dichas compras. De esta forma, a la Farmacia se le empieza a dotar de equipos modernos comprados en los Estados Unidos, tales como:

- Destiladores
- Autoclave con convey
- Esterilizador Arnodl
- Esterilizador de aire caliente
- Equipo de preparados salinos
- Equipo para preparar ampollas

- Mortero eléctrico
- Molino eléctrico
- Homogenizador
- Percolador para preparar jarabes
- Máquina de hacer supositorios
- Filtro para soluciones no estériles
- Potenciómetro
- Cristalería como botellas Pyrex, Buritles Glass y Flashs Clamks.²⁶¹

Entre los aportes de mayor relieve para el desarrollo farmacéutico y farmacológico del Hospital San Juan de Dios y sus pacientes, se destaca sin lugar a dudas la Sección de Inyectables. Esta valiosa Sección fue impulsada por el Lic. Juan Bautista Ortiz Escalante, farmacéutico, miembro del Comité de Farmacia, tomando como justificativo que la elaboración de esa clase de medicamentos que eran requeridos por los pacientes, representaría una fuente de economía para la institución; ya que se evitarían muchas compras en el mercado por concepto de esos rubros.²⁶² Este proyecto también fue impulsado con esmero por la Lic. Agripina Chen Apuy, quien delega en su compañera, Lic. Bertilia Sánchez, la preparación de los inyectables en el Hospital. La sección empezó a funcionar en la misma Farmacia Central, pero debido al auge que estaba asumiendo, fue trasladada para finales de 1945 a una nueva planta física, situada en el tercer piso contiguo al lado sur de la Capilla.²⁶³

La sección de inyectables fue poco a poco equipándose, la Junta de Protección Social compró el instrumental importado de los Estados Unidos para las preparaciones como: frasquería para envase, llenadora, lavadora, balanza y soldadora. La sección se convierte, dentro de los servicios de apoyo médico, en una actividad de mucho beneficio; inclusive, llegó a proveer de sus insumos a otros centros asistenciales del país. Sólo para el año 1945, dicha sección preparó 116.312 ampollas y 513 litros de suero, para, una economía por concepto de no comprar en plaza de 82.584,97 colones.

Entre las preparaciones que realizó sobresalen las siguientes:

261. Hospital San Juan de Dios. Op. Cit. Folio 49.

262. Junta de Protección de San José, *Memoria*, 1994, 1945, p. IV.

263. *Ibid.* p.V.

Aceite de Olivas
Aceite Alcanforado
Adrenalina en agua
Adrenalina en aceite
Agua destilada
Aceite féxico
Atropina
Antigripales
Bismuto
Cafeína
Cloruro de calcio
Cylotropina
Cloruro de sodio
Bromuro de mercurio
Complejos vitamínicos
Disolvente aceitoso
Efedrina
Extracto hepático
Emetina
Estricnina
Gluconato de calcio
Arimina
Sedol
Sulfato de magnesio
Sulfapiridina
Sulfatiazol
Suero glucosado
Suero fisiológico
Tiamina

Morfina con atropina

Lovocaína

Vitamina E y K

Yoduro de sodio.²⁶⁴

Ante las proyecciones de dicha sección, las autoridades del hospital y el mismo Comité de Farmacia, deciden enviar a la jefe de Farmacia, Lic. Agripina Chen Apuy, a los Estados Unidos para que se especializara y ampliara sus conocimientos en inyectables. De esta forma, para los años siguientes, la jefe de la Farmacia será la Lic. Bertilia Sánchez y la Sección de Preparados Inyectables pasó a cargo de la Lic. Chen Apuy. Obviamente, Chen introduce mejoras en equipo e instrumental, llegándose a realizar preparaciones como:

Ácido fólico

Ácido micótico

Alcohol estéril

Cloruro de amonio

Azul metileno

Benzoato de cafeína

Cocaína y pantomicaína

Colirio de epinefrina

Colirio de hemotrapina

Dypirona

Neoleato de ergonovina

Solución esclerosante

Eucaliptol

Extracto de hígado

Fenobarbital

Levilosia

264. Ibid. Pp. 153,154.

Morfina pura
Nicotinomida
Paperina
Cloruro de potasio
Procainal
Procaína
Progesterona
Ringer
Bicarbonato de sodio
Solución molar
Testosterona
Tiamina.²⁶⁵

Para la década de 1940, habían ocurrido cambios frecuentes a la farmacoterapia utilizada en el Hospital, debido al apareamiento en la escena médica de nuevos medicamentos y la aplicación de otros para las especialidades que han ido emergiendo. La iniciativa de reordenar este aspecto partió del mismo Comité de Farmacia, teniendo activa participación la Lic. Agripina Chen y el Lic. Juan Bautista Ortiz, con el apoyo de los doctores Peña, Facio y Naranjo. Como resultado de esta revisión, emerge en el hospital un remozado “Formulario del Hospital San Juan de Dios”, en 1946.²⁶⁶

Aunque el citado formulario era específico para el San Juan de Dios, su uso se generalizó en los demás centros asistenciales del país, debido a su actualización y a la influencia del mismo hospital, como principal centro hospitalario de la República de Costa Rica. Este renovado formulario presentó una lista de los productos más usados para la medicación interna y externa. Para la medicación interna se enumeraron 90 fórmulas y 87 para la externa. También contenía una lista de los productos utilizados en medicación parenteral, de antídotos utilizados en intoxicaciones y tablas de resumen de los constantes normales de esputo, heces, orina, sangre y morfología de la médula ósea, entre otras cosas, Sin embargo, lo más sobresaliente que aparece en

265. Hospital San Juan de Dios. Dirección General. Libro de correspondencia, 1963.

266. Junta de Protección Social de San José. Memoria. 1944, 1945, p. 147.

este documento por sus repercusiones es el advenimiento de la Sulfa y la Penicilina en Costa Rica. Ambos medicamentos prácticamente prodigaron una revolución farmacológica y van a ser responsables de cambiar en mucho la incidencia epidemiológica en lo relativo a las enfermedades infecto contagiosas. Así, las Sulfamidas y las Penicilinas con sus derivados, se convierten en una panacea para las ciencias médicas por su acción antibacteriana y antimicrobiana.

Sobre el descubrimiento de la familia de las sulfamidas, éstas se inscriben en la historia de la larga lucha del hombre contra las enfermedades infecciosas. Pasteur consiguió la primera victoria con el descubrimiento de las propiedades antigénicas de las bacterias; sin olvidar el principio de variolización de Jenner en el siglo XVIII y que se extendiera para otras enfermedades contagiosas a principio del siglo XX, además Erlich consigue un éxito para el tratamiento de la sífilis con derivados sintéticos del arsénico.²⁶⁷

El alemán Gerhard Domagk, sistemáticamente observó e investigó en diversos tipos decolorantes, obteniendo en 1935 excelentes resultados con el tratamiento de la sulfamida (Prontosil). Luego de Domagk, los estudios prosiguieron también en el Instituto Pasteur, con un equipo compuesto por los científicos: Fornearu, Trefuel, Nitti y Boset. Estos descubren la parte activa de la molécula del Rubiozol, que era la Paramonofenil Sulfamida, siendo el primer medicamento efectivo para muchas bacterias. Las Sulfamidas y sus derivados se difunden por el mundo a partir de 1942, convirtiéndose en un agente eficaz para las enfermedades infecciosas estreptocócicas como la fiebre puerperal, erisipela, meningitis, disenterías, gonorrea, neumonía y otras más.²⁶⁸

La familia de las Sulfas queda oficialmente estipulada para la práctica médica, en el formulario terapéutico del Hospital San Juan de Dios de 1946.²⁶⁹

La Penicilina, por su trascendencia, se analiza en el siguiente apartado.

267. J.M. Pelt. *Los Medicamentos*. Ediciones Martínez Roca. Barcelona, 1971, p. 83.

268. David Cowen. *Historia de la Farmacia*. Barcelona. Doyma, 1992, p. 196.

269. Serrano, Op. Cit. p. 127.



Dra. Agripina Chen Apuy, exjefe del Departamento de Farmacia y del Servicio de Inyectables



Personal de la Farmacia para la segunda parte de la década de 1940, de izquierda a derecha: Dra. María Julia Umaña, Gladys Malick, Secretaria; Dra. Virginia Golcher y Dra. Marta Ovaes

5- LA PENICILINA, EL DR. CLORITO PICADO Y EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

La irrupción de la Penicilina en la terapéutica abrió un nuevo capítulo de innumerables alcances y beneficios para el desarrollo de la Medicina, la Farmacología y la Farmacia en general en el mundo y Costa Rica. A nivel mundial, el efecto de la acción antimicrobiana lo observó Alexander Fleming por primera vez, en 1928, en una sustancia producida por el *Penicillium notatum*, en una caja que contenía colonias de estafilococos.²⁷⁰

El descubrimiento de Fleming, el Dr. David Cowen lo describió así:

“Fleming cuyo ojo experto reconoció el efecto en una placa de cultivo que se había dejado desatendida y expuesta al aire, la denominó a esta sustancia Penicilina, aunque pensó en el potencial médico del producto, Fleming abandonó la investigación cuando sus colegas químicos se mostraron incapaces de purificarlo.”²⁷¹

Las investigaciones se abandonaron por algunos años, hasta que fueron retomadas por un grupo de investigadores de la Universidad de Oxford, Inglaterra, encabezadas por los Doctores Haward Florey y Boris Chain.

En mayo de 1940, este grupo científico inyectó estreptococos a 8 ratones; cuatro fueron tratados con Penicilina y sobrevivieron, los restantes no fueron tratados y murieron.

Como resultado de esto, el equipo de Oxford realizó diversos ensayos clínicos con Penicilina, obteniendo resultados favorables; por lo que su producción a gran escala era ya una necesidad.

Florey y Chain fueron apoyados en 1941 por la Fundación Rockefeller, el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos y las compañías Merck y Squibb, desarrollándose un complejo programa para la investigación y producción de la Penicilina. Dicho sea de paso, la mayor parte del medicamento producido iba en función de mitigar los efectos producidos por la Segunda Guerra Mundial y los heridos en campaña.

Como corolario de lo antes expuesto, Fleming, Florey y Chain, recibieron en 1945 el Premio Nobel en Fisiología y Medicina, ya que sus contribuciones cambiaron la panorámica mundial en

270. Pelt, Op. Cit. p. 94.

271. Cowen, Op. Cit. p. 197.

cuanto a combatir con éxito las infecciones, que eran hasta el momento letales para los seres humanos.²⁷²

A nivel nacional, también el genio Dr. Clorito Picado realizó espectaculares descubrimientos dentro de este género en el Laboratorio Clínico del Hospital San Juan de Dios; aportes que fueron ignorados adrede en su momento por mentes mezquinas y ególatras, contrarias a lo que predicaban. Empero, el Dr. Picado cinco años antes del descubrimiento de Fleming, es decir en 1923, ya había realizado tal descubrimiento al aislar una sustancia extraída de hongos del género *Penicillium*. Esta sustancia, el sencillo y modesto científico latinoamericano, Dr. Picado, la obtuvo de varias placas de cultivo en que había sembrado una colonia de hongos del género *Fusarium* y *Penicillium*, al lado de diversos microbios como estafilococos y estreptococos.²⁷³

El Dr. Picado mediante esos caldos curó a pacientes que presentaban diversas enfermedades en las salas del hospital, como la tifoidea, Neumonía, Chancros, Esprue y otras. Esta novedad, después de suficientes pruebas en la clínica, fue reportada por Picado a la Sociedad Biológica de París, en 1927, pero ésta quedó traspapelada por manos malidencias y Pensamiento impío.

El Dr. Clodomiro Picado precisamente dejó cabal constancia de estas actividades, en uno de sus Tomos de Archivo del Laboratorio del año 1927, con el nombre de “Vacuna Curativa no Específica”.²⁷⁴ En su reporte, Picado detalla científicamente las etapas realizadas hasta concretizarla en ampollas para utilización subcutánea y aplicándola en casos de forunculosis, dermatitis, blefaritis y en casos de tísicos. La muestra más evidente de su descubrimiento la relató un mismo paciente, Radko Núñez, hijo del Secretario de Salubridad, Dr. Solón Núñez, al autor de esta obra en el mes de diciembre de 1994.²⁷⁵ Don Radko manifestó que cuando tenía 13 años, en 1933, había caído inconsciente por la fiebre tifoidea. Más no habiendo otros recursos, el Dr. Picado y su asistente, Dr. Hernán Badilla, procedieron a aplicarle por vía intramuscular tres inyecciones de 10 cc de la sustancia referida, recuperando la salud durante los tres días siguientes.

Es indudable, por tanto, que el Dr. Picado promovió localmente el uso de la Penicilina, aunque sin determinar su nombre, cosa que sí hizo Fleming, años después. Y es que Picado, para llegar a

272. Fdgar Cabezas. *Clorito Picado y la Antibiosis*. Ednasss, CCSS, Costa Rica, 1993, p. 38.

273. *Ibid.* p.69.

274. *Ibid.* p. 61.

275. Entrevista personal con Radko Núñez, Club Unión, San José, Costa Rica, dic. 1994.

sus conclusiones, efectuó un profundo análisis, quizá hasta más amplio que del renombrado Fleming, tomándose en cuenta las circunstancias desiguales: Fleming en Europa, mientras que Picado en Costa Rica.

Los aplausos y las condecoraciones fueron para otros, con quienes pudo haber compartido el reconocimiento mundial por justicia y por ética; Picado, libre de ufanarse y lejos de la ostentación y pompa, dijo sobre el tema en alguna ocasión:

“Piense pues, cómo no he de creer que entre lo que yo haya trabajado figure en mi estima el haberme acercado al descubrimiento de la Penicilina, en que mis trabajos son anteriores.

Creo sí que haciendo historia de los hechos, no hace ningún mal a Costa Rica el constatar y probar documentalmente que muchos de los problemas que actualmente agitan el espíritu científico del mundo, no fueron desconsiderados por nosotros y que las fechas de 1923, 1927 y 1935 son anteriores al descubrimiento de Fleming.”²⁷⁶

Prosiguiendo con la Penicilina y su recorrido a nivel mundial, y luego que los Estados Unidos aceptara la propuesta de Florey y Chain, el gobierno norteamericano distribuyó por los hospitales del mundo el milagroso medicamento, para someterlo a mayores pruebas y para su obvia comercialización.

La embajada de los Estados Unidos en Costa Rica escoge para la redistribución del medicamento, a nivel nacional, al Hospital San Juan de Dios. Efectivamente, para lograr tales fines, el Presidente de la República, Lic. Teodoro Picado, considerando la importancia de utilizar y racionalizar el empleo de dicha Penicilina, mediante decreto emitido el 13 de julio de 1944, crea una Junta responsable para su distribución. La misma estuvo integrada por el Secretario de Salubridad, Dr. Solón Núñez Frutos; por el Dr. Carlos Sáenz Herrera, Presidente del Colegio de Médicos y Cirujanos; y por el Director del Hospital San Juan de Dios, Dr. Antonio Peña Chavarría.²⁷⁷ Como dato adicional, los tres médicos citados pertenecían al Hospital; además, las sesiones de trabajo se llevarían a cabo en instalaciones del mismo, siguiendo las indicaciones del Comité Central de los Estados Unidos.²⁷⁸

276. Cabezas, Op. Cit. P. 54.

277. Gobierno de Costa Rica. Colección de Leyes y Decretos, 1944. pp. 38, 39.

278. Junta de Protección Social de San José. Memoria. 1944,1945, p. 10.

Para la distribución de la Penicilina, únicamente la Junta podía autorizar esos pedidos; estableciéndose para su entrega a los médicos el cumplimiento de los siguientes requisitos:

- A. Constancia de que las enfermedades tratantes han sido resistentes al tratamiento de sulfas.
- B. Una historia resumida del proceso patológico y tratamientos ensayados con el paciente.
- C. Originales de los exámenes del laboratorio respectivo.
- D. Receta por el número de unidades solicitadas.
- E. Un reporte ulterior de los resultados obtenidos con el uso de la Penicilina.

Durante el año 1944, la Junta realizó 96 sesiones para el cumplimiento correcto de las disposiciones previamente establecidas, autorizándose como dosis general ordinaria hasta 200.000 unidades y dosis mayores se le daban trámite luego de un estudio específico.

De esta forma, la Junta empezó a autorizar pedidos de Penicilina, marcando todo un hito histórico para este campo farmacológico. Fueron favorecidos los centros asistenciales, así como también, en mayor medida, los centros comerciales.

Esto último fue una tónica constante durante el tiempo que funcionó la Junta. Al menos para una semana de octubre, fueron beneficiados para desalmacenaje los siguientes comercios:

Nombre del negocio	Cantidad de ampollas
Botica Marino Jiménez	105
Botica Oriental	45
Botica Francesa	15
Botica García (Cartago)	100
Costa Rica Dental	5
Uribe y Pagés	50
Total	185

Evolución histórica de la farmacia del Hospital San Juan de Dios

La demanda de la Penicilina debido a sus extraordinarios resultados fue en aumento, y ya para la primera quincena de enero de 1945, la Junta ordenó el desalmacenaje para los siguientes comercios:²⁷⁹

Casa comercial	Cantidad de ampollas
Vicente Lines	90
Botica Oriental	670
Uribe y Pagés	90
Cooperativa Farmacéutica	25
Botica Marino Jiménez	175
Costa Rica Dental	200
Botica Francesa	200
Botica Victoria	120
Botica García	200
Botica Moderna	150
Total	1137

Entre las casas remitentes se encontraban las siguientes:

Upjohn
Abbott
Parbe
Squibb
Wintropp.

También en el campo médico nacional, se autorizaron pedidos para el Dr. Francisco Quintana, de Puntarenas, quien trató una paciente con Ostiomielitis; al Dr. Onofre Villalobos, para atender una pleuresía; al Dr. Enrique Berrocal, para una blenorragia; al Dr. Francisco Cordero, para tratar una sinusitis.

La Junta, para el año 1944, despachó 1.779 autorizaciones, para un total de 262.800.000 unidades requeridas. El mismo Dr. Peña Chavarría expresó lo siguiente:

279. Hospital San Juan de Dios. Junta Distribuidora de la Penicilina, Libro de Actas, 1944, 1945, folio 34.

“La Dirección del Hospital se ha esforzado en el cumplimiento correcto para facilitar al cuerpo médico y al público, la oportuna provisión de esa maravilla terapéutica que va a cambiar en el futuro los conceptos de la venerología y que ya dentro de nuestro ambiente, ha salvado numerosas vidas.”²⁸⁰

La Junta terminó sus funciones en el mes de abril de 1945, a solicitud de la misma Embajada de los Estados Unidos, debido a que la Junta había cumplido con los objetivos trazados, además de que por la difusión masiva a nivel mundial, el medicamento se libera. Específicamente en el Hospital San Juan de Dios, sus pacientes resultaron muy favorecidos con los tratamientos a base de Penicilina. La siguiente tabla señala los médicos y las enfermedades tratadas con ese medicamento:²⁸¹

Nombre del médico	Enfermedad
Carlos Sáenz	Artritis
Esteban López	Blenorragia
Julio Ovares	Gonorrea
Marietta Rímola	Meningitis
Fernando Coto	Blenorragia crónica
Vicente Castro	Uretritis
Gonzalo Cubero	Sinusitis
Edgar Cordero	Otitis
Francisco Vargas	Prostatis
Antonio Facio	Supuración Otica
Mariano Zalazar	Infeción Neisser
Marie Cameron	Frotis Positivo
Fernando Pinto	Osteomelitis
Jorge Zamora	Pleuresía
José M. Quirce	Fístula de Pecho
Jorge Montes de Oca	Pielonefritis
Arturo Blanco	Abscesos Pulmonares
Rafael Grillo	Salpinguitis
Eduardo Calzada	Injerto Fémur
Marcial Fallas	Antrax
Carlos L. Valverde	Neumonía

280. Junta de Protección Social de San José, Memoria. 1944,1945. p. 10.

281. Hospital San Juan de Dios, Dirección General, Libro de Actas, 1945, pp. 140,149.

Ricardo Marchena	Forunculosis
Carlos L. Valverde	Apendicitis
Carlos Pupo	Lues
Enrique Berrocal	Endometritis
Ernesto Bolaños	Oteitis
Alberto Ortiz	Placa Erisipelatosa
Carlos Mena	Infección dentaria
Edgar Cordero	Flegmón
Alí Rodríguez	Mastitis
Manuel Aguilar	Peritonitis
José Amador	Cervicitis
Bernardo Cartín	Cistitis
Carlos M. Trejos	Septicemia
Ángel Chacón	Gonorrea
José Quirce	Gonorrea de pie
Juan Bernini	Infección Post operatoria
Jorge de Mezerville	Fractura de Cráneo
Andrés v. Guzmán	Supuración Uretral
Edwin Zamora	Anexitis
Pedro Alvarez	Trombosis
Ramiro Brenes	Angina
Manuel Pérez	Úlcera

Con la tabla anterior, queda evidenciado un cambio sustancial en el tratamiento de muchas enfermedades, siendo la pauta a seguir para las futuras décadas, así como también la especialización de los servicios que se acentúa en forma notoria a partir de la década de 1940, marcando un cambio estructural epidemiológico para el devenir.

En concordancia con estos cambios farmacoterápicos y de especialización, la distribución de la Penicilina a inicios de los años cincuenta, para un mes, en los diferentes servicios del hospital, denota lo siguiente:²⁸²

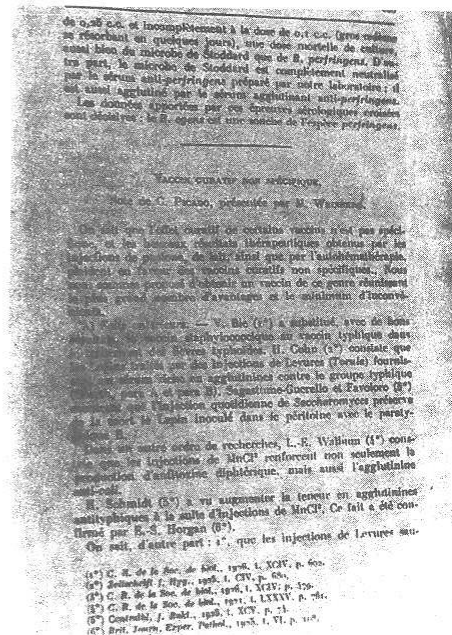
282. Hospital San Juan de Dios. Libro de Correspondencia, Dirección General. 31 dic. 1950.

Servicio	Unidades
Aislamiento	
Servicio	Unidades
Aislamiento	110.000.000
Banco de Sangre	240.000
Oncología	7.800.000
Servicio Barrionuevo	124.800.000
Servicio C. Durán (hombres)	47.450.000
Servicio Zumbado (hombres)	77.300.000
Servicio Moreno Cañas	31.150.000
Servicio Gerardo Jiménez (hombres)	53.950.000
Servicio Durán (mujeres)	37.700.000
Servicio Zumbado (mujeres)	70.150.000
Servicio Jiménez (mujeres)	89.000.000
Salón Azul	44.000.000
Salón Echandi	3.660.000
Salón Calderón Muñoz	158.000.000
Salones Echeverría y Tellini	26.700.000
Salones Gallegos y Núñez	44.600.000
Inyecciones Externas	91.650.000
Salones Keith y Volio	23.900.000
Salón Llorente	428.000.000
Salón Ortopedia	16.400.000
Salones Picado y Arrea	73.100.000
Pensión Echandi	14.500.000
Pensión Umaña	20.600.000
Pensión González Víquez	8.500.000
Salón Peralta	195.500.000
Maternidad	572.200.000
Sala Operaciones	5.800.000
Salones Cortés y Soto	41.850.000
Salón Calnek	3.400.000

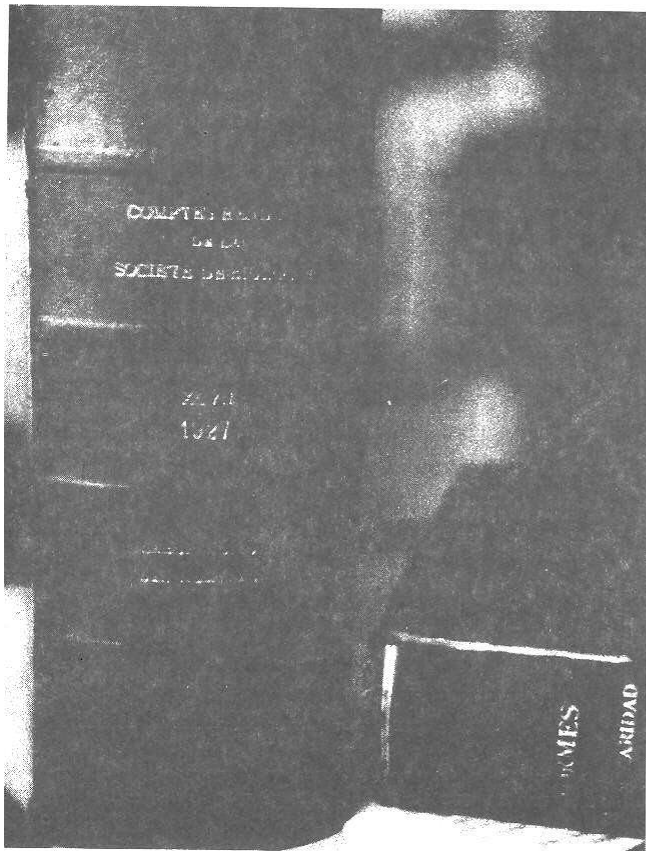
Hospital San Juan de Dios
El consumo total de Penicilina, en millones de
unidades por mes, durante 1950

Mes	Unidades
Enero	1.521.600.000
Febrero	813.400.000
Marzo	1.340.800.000
Abril	1.938.650.000
Mayo	2.227.300.000
Junio	2.471.000.000
Julio	2.383.650.000
Agosto	2.497.785.000
Setiembre	2.628.650.000
Octubre	2.692.325.000
Noviembre	2.988.380.000
Diciembre	2.938.325.000

Fuente: Hospital San Juan de Dios, Dirección General, 1950, 31 dic. 1950.



Nota del Dr. Clorito Picado sobre la penicilina y algunas curaciones, que se encuentra en los archivos del laboratorio clínico



Libro de notas y valoraciones del Dr. Clorito Picado en el que se encuentran las referencias sobre la penicilina

Título VII

SEGUNDA PARTE: EL DESARROLLO FARMACÉUTICO PROFESIONAL EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DURANTE LA PROTECCIÓN SOCIAL. PRINCIPALES RASGOS DE LAS DÉCADAS DE 1950 Y 1960

1- ORGANIZACIÓN DE LA FARMACIA

El Hospital San Juan de Dios ingresó en las décadas de 1950 y 1960, a lo que el gran maestro, Dr. Rodrigo Cordero, denominó los tiempos estelares del desarrollo de la medicina en el Hospital San Juan de Dios y Costa Rica.²⁸³ ¿La razón?

Es indudable que el Dr. Cordero estaba en lo correcto al emitir tal afirmación, ya que a partir de los años cincuenta, diversas ramas de Medicina y Cirugía se consolidan a nivel del hospital, lo mismo que el Ministerio de Salubridad, la Caja Costarricense de Seguro Social y la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica. Específicamente en el San Juan de Dios, aparecen nuevos servicios y emergen nuevas especialidades como: Gastroenterología, Hematología, Nefrología y Neurología, por mencionar algunas; mientras lo mismo sucede con la Cirugía, en donde se le empieza a dar mayor importancia a algunas áreas específicas como: Cirugía Cardíaca, Neurocirugía, Cirugía Urológica, Cirugía Oncológica y Ortopédica, entre otras.

Dentro de esta amalgama, los servicios de apoyo para diagnóstico y tratamiento no se quedan a la zaga, siendo protagónico el papel que desempeña la Farmacia. Como característica general el Hospital San Juan de Dios para estos años tiene como norte la protección social, esto se refleja en su sistema abierto con respecto a la atención de pacientes preferiblemente pobres, nacionales o extranjeros; además, para pacientes pudientes, el Hospital ofrecía los servicios del pensionado, así como también atención en Consulta Externa para ambos tipos de pacientes.

La construcción del Hospital estaba conformada básicamente por estructuras de cemento armado y hierro, dando cabida a 1.400 camas ya veces más, debiendo ser el principal aliado del Gobierno de la República en casos de emergencia o catástrofe.

283. Carlos González Pacheco. *Hospital San Juan de Dios, 150 años de Historia*. CCSS, 1995. P. 327.

Evolución histórica de la farmacia del Hospital San Juan de Dios

La Dirección del Departamento de Farmacia del Hospital San Juan de Dios fue asumida por la Lic. Elsa Pérez, quien se mantuvo en el cargo hasta 1956 cuando fue sucedida por la Lic. Cecilia Montero, quien fungiría en esa labor por espacio de 20 años.²⁸⁴ Acompañaron también a las mencionadas farmacéuticas, la Lic. Agripina Chen en la Sección de Inyectables y lo mismo que algunas estudiantes y practicantes de la carrera de Farmacia, que luego de obtener su respectivo título académico ocuparon plazas importantes en ese ramo a nivel hospitalario como:

- María Julia Umaña
- Margarita González
- Marta Gamboa
- Yolanda Méndez
- Nora Araya
- María de los Ángeles Arguedas
- María Adela Ocampo
- Ronald Thompson.

Estos funcionarios en conjunto con otros profesionales y auxiliares, realizaron una tarea de mérito en aras de mejorar el desarrollo de la Farmacia en sus diversos aspectos. De esta forma se regulan turnos de trabajo, estableciéndose los mismos de la siguiente manera:

- De 6 a.m. a 2 p.m.
- De 2 p.m. a 10 p.m.
- De 10 p.m. a 6 a.m.
- De 9 a.m. a 5 p.m.

Al menos para la década de 1950, en la Farmacia laboraban 25 personas divididas en farmacéuticos, estudiantes de farmacia, secretarías, auxiliares y personal de limpieza.²⁸⁵

Para el servicio al paciente, se estructuraron debidamente los turnos en donde los ayudantes de primera categoría tuvieron las siguientes funciones:

284. Hospital San Juan de Dios. Libro de Correspondencia. Dirección, 11 de mayo de 1951.

285. Hospital San Juan de Dios. Libro de Correspondencia, Dirección, 27 de enero de 1958.

- A. Recibir recetarios
- B. Fichar y enumerar recetarios
- C. Entregar recetas
- D. Despacho de inyectables.

Lo anterior se complementaba con el turno general compuesto por ayudantes de segunda y tercera categoría con funciones como:

- A. Preparar y servir pociones.
- B. Prepara óvulos.
- C. Preparación y servicio para usos externos.
- D. Alistar y servir alcohol diariamente a los diferentes servicios del Hospital.
- E. Servicio de cápsulas, tabletas y papeles.
- F. Ayudar en las manufacturas.
- G. Despachar para los diferentes servicios los pedidos rutinarios como: talco, jabón líquido, ácido oxálico, fenol y otros más.
- H. Preparar los jarabes simples y filtrar algunas preparaciones como: timerosal y agua oxigenada.
- I. Llevar informes de las recetas de pensión.
- J. Etiquetar recetas.
- K. Revisar y repartir recetas en general.²⁸⁶

Obviamente dentro de estas funciones que realizaban los ayudantes y auxiliares, estaban presentes los profesionales farmacéuticos para su debido asesoramiento, supervisión, verificación y control general de los procesos, ya que es en el personal profesional en donde recaía la responsabilidad por el funcionamiento oportuno de la Farmacia.

Los sueldos que se les pagaba a los funcionarios de la Farmacia eran los siguientes:

286. Gordon Friessen. Informe General. Hospital San Juan de Dios, 1958, pp. 162, 163,

Puesto	Sueldo (colones)
Jefe	1.200
Subjefe	1.100
Ayudante de primera	275
Ayudante de segunda	250
Estudiante de Farmacia	200
Auxiliares	175

Con respecto a algunos procedimientos, es preciso mencionar que la medicación para los pacientes se hacía por medio del recetario de salón, en donde se anotaban el nombre y el medicamento. Este era enviado diariamente a la Farmacia, de donde se despachaban los medicamentos con las indicaciones correspondientes. Si el médico prescribía una cantidad para varios días, en la Farmacia, dicha prescripción era reducida para distribuirla diariamente. Esto se evidencia al detallarse que:

“Si se ordenan seis unidades de un medicamento el lunes, debiendo darse una unidad por día, la Farmacia entregaba una, tachando el seis y escribiendo a la par un cinco. En la Farmacia se ven precisados a revisar cuidadosamente el recetario para cerciorarse las medicinas prescritas anterior-mente y las que necesitan ser enviadas a salón.”²⁸⁷

Ningún medicamento se mantenía almacenado en los salones con excepción de los servicios de Cardiología y Pediatría.

En las clínicas externas, una vez que terminaba la consulta, se pedía, por medio del libro de prescripciones indicado que, a los pacientes que vivieran fuera de San José, que aguardaran un tiempo para entregarles las medicinas; y a los josefinos, que regresaran en la tarde para hacer las entregas correspondientes.

El procedimiento para la entrega de medicinas internamente consistía en recibir el libro de prescripciones solicitadas, luego una secretaria escribía a máquina las etiquetas para cada receta. Cuando las órdenes en el libro eran completadas, se pasaba el libro a manos del farmacéutico, quien comprobaba las etiquetas con sus indicaciones y las comparaba con las órdenes prescritas. Seguidamente se le entregaba el libro a un auxiliar para el llenado y entrega del medicamento.

287. Friessen, *Op. Cit.* P. 164.

Dentro del ámbito de entrega de medicinas, es necesario acotar que, cumpliendo con algunos requisitos previamente establecidos, se podían vender medicinas a particulares, siendo las más apetecidas el lactato de sodio, molar, suero antiofídico y ampollas de bicarbonato de sodio. También, la Junta de Protección Social avalaba la venta a precios muy accesibles a otras instituciones como: Penal de San Lucas, Penitenciaría Central, Cárcel de Mujeres, Asilo Chapuí y Sanatorio Chacón Paut.

En lo concerniente a la planta física del Departamento de Farmacia, ésta estaba compuesta por un área central de 151 metros cuadrados en donde se encontraban el grueso del personal, complementado por un área de 26 metros cuadrados para los farmacéuticos y secretarías.

En las paredes se encontraba la estantería, cristalería, armario y gavetas para almacenamiento de productos, tanto hechos en la misma Farmacia como los comprados externamente.²⁸⁸

A pesar de los esfuerzos realizados por las jefaturas para estos años, hubo aspectos que no estuvieron acorde con su buena marcha. Uno de ellos fue la ausencia de un Comité de Farmacia, como el que hubo en los años anteriores el cual era un punto de apoyo para las actividades farmacéuticas y terapéuticas; también era notoria la carencia de un programa de adiestramiento y capacitación.

Entre las inconsistencias que paradójicamente todavía persistían, se encontraba el hecho que el control de algunos asuntos técnicos y administrativos eran compartidos con las Hermanas de la Caridad, trayendo como consecuencia roces con los profesionales farmacéuticos por los diferentes estilos de trabajo. Y es que en el fondo, desde la creación de la Farmacia profesional en el Hospital San Juan de Dios, la comunidad religiosa que tanto bien había hecho al Hospital, no había aceptado el haber sido relegadas en la toma de decisiones de la Farmacia, aunque seguían compartiendo algunas funciones en la misma pero de menor jerarquía, es decir que imperaba una especie de simbiosis. Más aún, se hicieron intentos para que la jefatura de la farmacia fuera asumida nuevamente por una abnegada hermana, situación que se demuestra con el siguiente argumento:

“La superiora de las Hermanas de la Caridad puso todo su empeño en que la regente farmacéutica fuera religiosa. Para tal efecto pidió a la comunidad, el envío al país de una hermana que fuera Bachiller para que pudiera ingresar a la Universidad de Costa Rica. Efectivamente la hermana asistió durante algún tiempo a la Escuela de Farmacia, pero no

288. *Ibid.* p. 167.

terminó sus estudios y la regencia tuvo que seguir necesariamente en manos de distinguidos profesionales costarricenses.”²⁸⁹

Dentro de otro orden de cosas, llama poderosamente la atención sobre todo para los años sesenta, el celo que ponían los directores del Hospital en cuanto a las autorizaciones que se le daba al cuerpo médico para poder recetar determinados medicamentos. Empero, desde la llegada del Dr. Antonio Peña a la dirección del Hospital, muchas autorizaciones de medicamentos solo él las podía realizar. Esta actuación también la siguió su sucesor, el Dr. José Manuel Quirce. Sin embargo para bien entrados esos años sesenta, se comienza a descentralizar tal aspecto. De esta forma, y debido al auge de algunas especialidades médicas, se empieza a permitir que los médicos receten sin autorización superior.

Como ejemplos de eso, ya a médicos como Carlos Manuel Gutiérrez, Herbert Hütt y Jorge Elizondo se les permite recetar medicamentos de uso oncológico como Exdosan y Honvan.

También sin autorización previa, podían recetar Ismelin los Drs. del área de medicina, tales como:

- Álvaro Aguilar
- Luis Burstin
- Róger Banegas
- Carlos Brenes
- Víctor Hernández
- Álvaro Ortiz
- Luis Brenes
- Fernando Trejos
- Rafael Ruano
- Jesús Israel.

Lo mismo sucedió para las recetas de suero para pacientes mordidos por serpientes venenosas y que se les delegaba a los Drs. Rodrigo Cordero, Alvaro Suárez y Víctor Hernández. En Neurocirugía quedaron autorizados para recetar Akineton y Zorontin, los Drs. Manrique Soto y

289. Entrevista a la Lic. Agripina Chen Apuy. Agosto 1997.

Eduardo Guevara; lo mismo para los Drs. Fernando Vinocor y Alvaro Ortiz, quienes podían recetar Insoral.

Es interesante a la vez señalar que otros médicos, por insinuación y experiencia personal, colaboraban con el Departamento de Farmacia en sentido de mejorar algunas fórmulas. Un caso de estos está muy bien representado por el Dr. Edgar Hütt Gil, quien propuso una fórmula antiespasmódica para uso en los diferentes servicios del Hospital. La fórmula impulsada por Hütt consistía en:

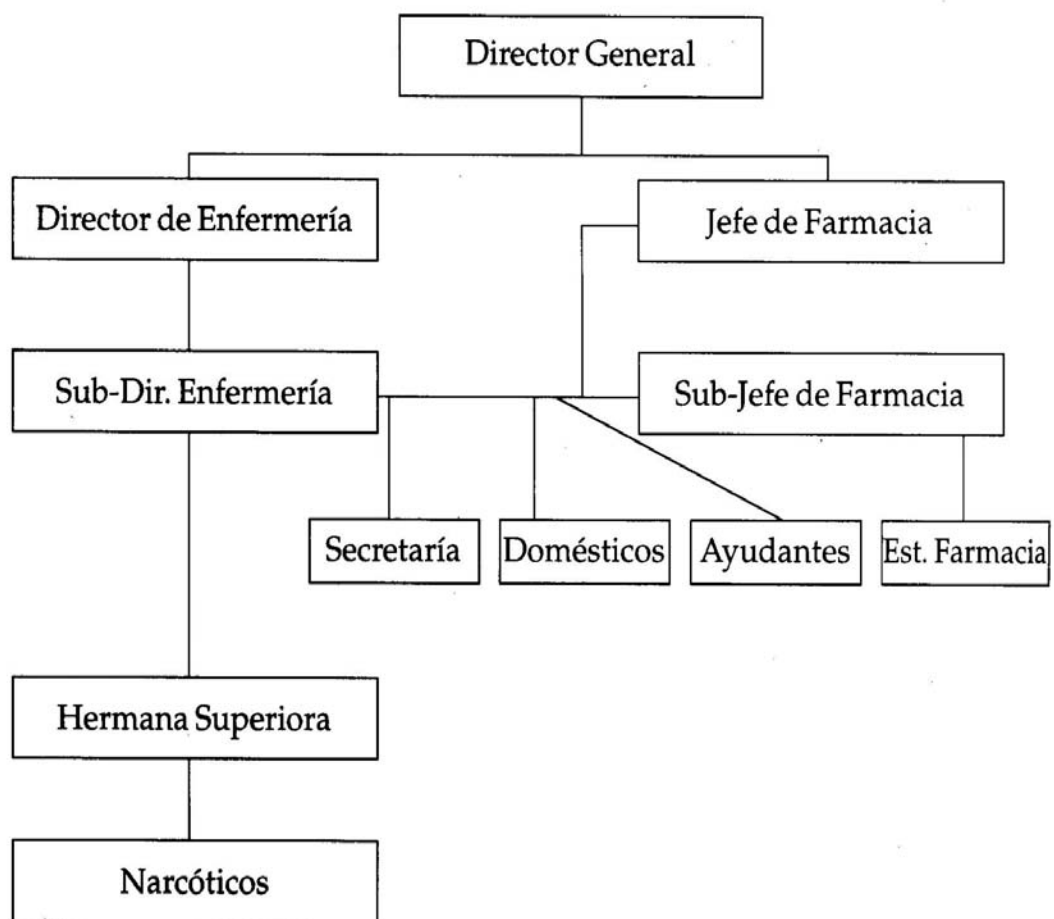
- Sulfato de Hiasciamina
- Sulfato de Atropina
- Bromohidrato de Hioscina
- Fenobarbital
- Vehículo C.S.P.

El Dr. Edgar Hütt trajo esa fórmula de México, pretendiendo sustituir con ella el uso de Fenobarbital en comprimidos y la tintura de belladona.

La recomendación del elixir propuesto por Hütt tuvo éxito, y fue avalada por la dirección; la Lic. Cecilia Montero Umaña, jefe de la Farmacia, permitió la generalización de su uso.²⁹⁰

290. Hospital San Juan de Dios. Libro de Correspondencia, Dirección General, FF11, 1958, pp. 5,6.

Hospital San Juan de Dios Organización de la Farmacia, 1958



Fuente: Informe Friessen, 1958

**Hospital San Juan de Dios
Departamento de Farmacia
Distribución de recetas 1966**

Área	N° Recetas
Medicina	85.680
Cirugía	96.236
Obstetricia	34.971
Obstetricia de niños	3.174
Rehabilitación	3.217
Pensión	4.682
I.N.S.	244
Admisión de enfermos	77.559
Cirugía Menor	31.763
Consulta Externa Cardiología	7.471
Consulta Externa Cirugía	7.283
Consulta Externa Dermatología	11.217
Consulta Externa Ginecología	4.630
Consulta Externa Medicina	
Gastroenterología y Nefrología	89.298
Consulta Externa Oftalmología	5.733
Consulta Externa Oncología	1.624
Consulta Externa Ortopedia	3.211
Consulta Externa Otorrino	3.181
Consulta Externa Odontología	161
Consulta Externa Prenatales	4.167
Consulta Externa Urología	5.887
Dispensario Juan XXIII	515
Curso Auxiliares de Enfermería	-
Empleados	663
Estudiantes	471
Total	483.058

Fuente: Departamento de Farmacia. Informe General, 1966.



Licda. Elsa Pérez a la derecha, exjefe de la Farmacia

2- VISTAZO GENERAL A LA SECCIÓN DE INYECTABLES

Para las décadas de 1950 y primeros años de la siguiente, la Sección de Inyectables estuvo convertida en una unidad de profusa producción para el Hospital y el país. Esta Sección siguió en manos de la Lic. Agripina Chen, además se incluían doce ayudantes y una secretaria, quienes tenían horario de trabajo entre las 7a.m. y las 5p.m.

La labor de la Sección de Inyectables era muy amplia, ya que elaboraba casi cien tipos de preparados y soluciones de diferentes usos, tales como:

- Amigen
- Aminofelina
- Cloruro de Amonio
- Argirol
- Pilocarpina
- Estreptomicina
- Ergomovina
- Fenobarbital
- Cylotropina
- Penicilinas

- Ringer
- Testosterona
- Dextrosa
- Dipirona
- Tuberculina
- Teofilina
- Sulfatiazol
- Morfina
- Epinefrina
- Homotropina.²⁹¹

Sobresale en esta producción la fabricación de ampollas de morfina. El trámite para esa producción recaía en principio en una Hermana de la Caridad, a cuyo cargo estaban los narcóticos. Esta funcionaria enviaba todas las hojas de recetas que indicaban el suministro de inyecciones de morfina a la Sección de Inyectables. Las prescripciones habilitadas eran enviadas a la Oficina de Estupefacientes de la Secretaría de Salubridad, quien la avalaba dando los recibos correspondientes, los cuales se presentaban a la Proveduría de la Junta para la correspondiente entrega. Una vez con los polvos respectivos, la Sección de Inyectables procedía a elaborar ampollas, las que se entregaban contra recibo.²⁹²

En ese ajeteo es relevante la participación del Lic. Carlos Alberto Serrano Bonilla, farmacéutico profesional, quien llega a la jefatura de la Proveduría de los almacenes de la Junta de Protección Social en el año 1952, manteniéndose en esa posición hasta 1972.

Con la llegada del Lic. Serrano Bonilla, se estaba cumpliendo con u. objetivo planteado por las jefaturas desde los inicios de la Farmacia Profesional en el Hospital San Juan de Dios, el cual consistía en el nombramiento de un profesional capacitado en manejo, conocimiento y trámite en compras y otros aspectos relacionados con las labores farmacéuticas.

291. Hospital San Juan de Dios. Libro de Correspondencia, Dirección, FH1, 1958, p. 121.

292. Friessen, Op. Cit. P. 173.

Efectivamente, con la llegada de Serrano, el Hospital obtiene beneficios desde el punto de vista del control de calidad, precios y licitaciones, máxime que la Proveduría de la Junta también le servía al ministerio; además, el Dr. Serrano había adquirido muchísima experiencia en este ramo, debido a que durante 20 años regentó la Farmacia Serrano, así como también fue un miembro muy versátil en el Colegio de Farmacéuticos y la Asociación Farmacéutica Nacional.²⁹³

Entre las acciones de mayor influencia de la Sección de Inyectables, se destaca el hecho que el servicio brindado a otras instituciones se aumenta, saliendo muy beneficiadas instituciones como el Hospital Central de la Caja Costarricense de Seguro Social, las prisiones, clínicas y dispensarios en general.

La planta física en donde se hacía tal producción, se encontraba para estos años siempre en el tercer piso del edificio, contiguo a la Capilla. La planta se dividía en tres aposentos y un corredor: un cuarto para oficina y vestidor, un cuarto de producciones y lavado y otro para almacenar. El área total de la planta era de 133 metros cuadrados.

Es importante resaltar que para principios de los años sesenta, la alta producción no iba en concordancia con su infraestructura, ya que se presentaban problemas como:

- A. Espacio físico totalmente insuficiente.
- B. El número de artículos que producía no estaba acorde con los requerimientos en instrumental.
- C. Existía un déficit en cuanto a equipo y maquinaria moderna.

Para poner a tono la Sección de Inyectables se requería una inversión fuerte de acuerdo con las circunstancias. Esta situación puso a meditar a las autoridades del Hospital. La realidad era que las causas que justificaron su creación en su momento, ahora ya no lo eran, porque era más barato comprar los preparados en el mercado nacional.

Como resultado de ese análisis, la Sección de Inyectables fue clausurada el 31 de diciembre de 1965. Con pesar, el administrador del Hospital don Alfonso Figuer, recalcó que:

293. Carlos Serrano. *Braulio Carrillo Colina, Síntesis Biográfica*. San José, Academia de Ciencias Genealógicas, 1989, p. 8.

“No se justificaba su existencia en razón de las facilidades con que contamos para la adquisición de toda clase de productos en laboratorios especializados, tanto nacionales como extranjeros.”²⁹⁴

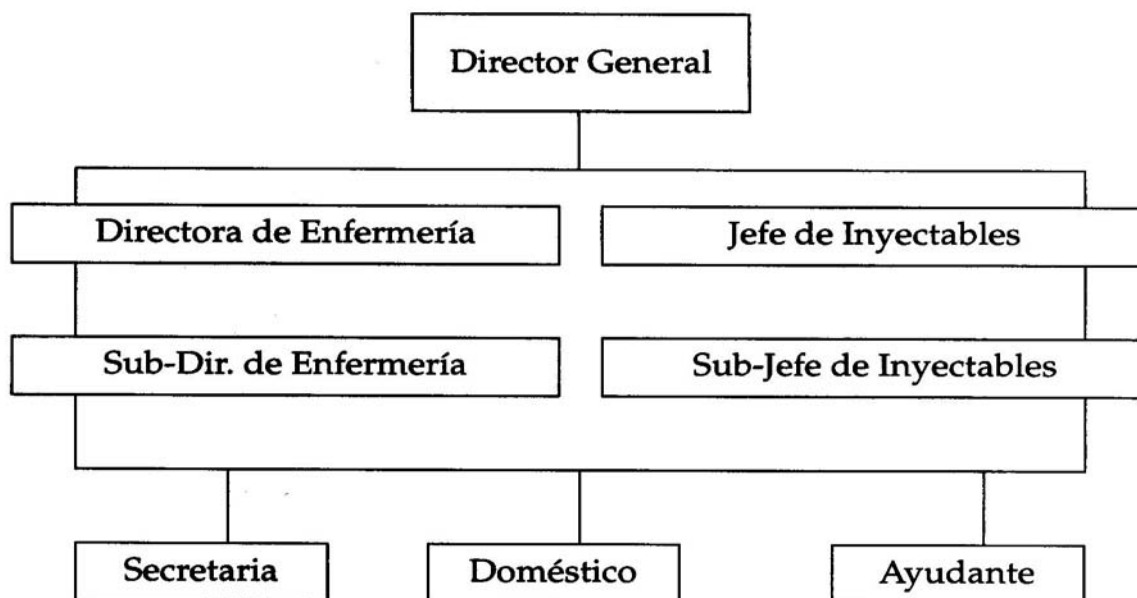
Luego de 21 años de eficiente labor, la Sección de Inyectables sucumbe no sin antes dejar parte de sus acciones plasmadas en los siguientes datos resumen:

Años	Unidades preparadas
1950	320.892
1951	355.228
1952	345.795
1953	365.528
1954	432.937
1955	364.986
1956	421.407
1957	378.742
1958	343.952
1959	332.572
1960	373.360
1961	423.610
1962	421.545
1963	442.997
1964	4.483.058 ²⁹⁵

294. Hospital San Juan de Dios. Dirección y Administración, Libro de Correspondencia. 19 marzo 1966.

295. Hospital San Juan de Dios. Departamento de Farmacia, Libro de Correspondencia, 1964, p. III.

Departamento de Inyectables, 1958



Fuente: Informe Friessen, 1958

**Hospital San Juan de Dios
Departamento de Inyectables
Distribución de las preparaciones por mes,
1963**

Mes	Unidades
Enero	38.949
Febrero	34.608
Marzo	35.147
Abril	32.728
Mayo	38.297
Junio	28.655
Julio	42.745
Agosto	40.264
Setiembre	37.286
Octubre	37.498
Noviembre	35.160
Diciembre	31.660
Total	442.997



Licda. María Julia Umaña, del Servicio de Inyectables para inicios de la década de 1950

3- COMITÉ DE NORMAS TERAPÉUTICAS Y EL FORMULARIO TERAPÉUTICO DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Después del primer Comité de Farmacia, tuvieron que pasar varios lustros para que se volviera a estructurar un nuevo comité afín, ya que durante la década de 1950 y los primeros años de los sesenta, el Hospital San Juan de Dios y específicamente el Departamento de Farmacia no contó con ese necesario soporte técnico y asesor.

El asunto en cuestión fue retomado con fuerza durante la gestión del Dr. José Manuel Quirce Morales, ex ministro de Salubridad, quien había sustituido al Dr. Peña Chavarría en la dirección del hospital, en 1962.²⁹⁶

El Dr. Quirce, de larga trayectoria como cirujano estelar en el Hospital, forjado bajo la influencia quirúrgica del Dr. Ricardo Moreno Cañas, más que nadie sabía de la importancia de impulsar un nuevo Comité de Farmacia; máxime si se toma en cuenta que Quirce había sido un fiel testigo de los cambios que habían venido ocurriendo en Costa Rica y el hospital con respecto a las patologías imperantes y la epidemiología.

296. González Pacheco. *Op. Cit.* P291.

La realidad era que a partir de la segunda mitad del siglo XX, las enfermedades predominantes van a ser otras, así como también emergen nuevas especialidades y así se multiplica la farmacoterapia.

Con respecto a las patologías que ocasionaron mayor número de fallecidos, el Dr. Edgar Mohs manifestó que en adultos las causas de muerte cambiaron en la década de los sesenta, colocándose desde entonces las enfermedades cardiovasculares, los tumores malignos, los accidentes de tránsito y las enfermedades del sistema nervioso en los primeros lugares.²⁹⁷ En el Hospital San Juan de Dios esto lo ratifica el Dr. Rodrigo Cordero, al indicar que las enfermedades que causaban más muertes eran: problemas cardiovasculares, tumores, problemas pulmonares y respiratorios y del sistema nervioso.²⁹⁸

También sobre este mismo punto coinciden con respecto a esas enfermedades predominantes las investigaciones realizadas por los doctores Juan Jaramillo y Guido Miranda.²⁹⁹

Con base en los mencionados cambios y a la necesidad imperiosa de fortalecer lo referente a la farmacoterapia, el Dr. Quirce Morales crea el Comité de Normas Terapéuticas del Hospital San Juan de Dios, en 1968, perdurando este Comité hasta los primeros años de la década de los ochenta.

El Comité de Normas Terapéuticas estuvo conformado por los médicos:

- Andrés Vesalio Guzmán Calleja
- Otto Valverde Acosta
- Jorge Vega Rodríguez
- Rodrigo Cordero Zúñiga
- Mario Miranda Gutiérrez
- Rogelio Pardo Evans
- Hernán Collado Martínez.³⁰⁰

297. Edgar Mohs. *La Salud en Costa Rica*. UNED, San José, 1983, pp. 16 y 17.

298. Colegio de Médicos y Cirujanos. *Acta Médica Costarricense*. Suplemento No. 1, 25 aniversario, p. 15.

299. Guido Miranda. *La Seguridad Social y el Desarrollo de Costa Rica*. Ednasss, CCSS, San José, 1994, pp. 167,172.

300. Hospital San Juan de Dios, Dirección General, Libro de Actas Comité de Normas Terapéuticas, 1968, pp. 1-20.

Entre los objetivos principales de este Comité estuvo el hecho de modificar y recomendar constantemente el formulario vigente, con la inclusión de medicamentos que eran requeridos por los diversos servicios especializados del hospital. Algunos ejemplos darán luz al respecto:

Para los últimos años de la década de 1960, la Consulta Externa desempeñaba un papel valiosísimo para la mecánica intrahospitalaria. Por tal razón, el Dr. Jesús Moreno de Orbe, jefe de dicha área, planteaba la necesidad de que la susodicha contara con una Farmacia especial de apoyo para los pacientes que acudían a las consultas, situación que se hizo realidad en 1969. A su vez, el Dr. Moreno proponía al Comité que incluyeran medicamentos y preparaciones específicas de su ámbito como:

- Albamicin
- Anatensol
- Ansolysen
- Sulfasuxidina
- Epectorante antihistamínico
- Belladenal
- Bellafolena
- Cedilamid
- Clorotrimeton
- Cloranfenicol
- Calciferal
- Cortisona
- Carbarzone
- Cloratiazida
- Dipirona
- Depropanex
- Dianox
- Difenil
- Escilarina
- Atropina

Evolución histórica de la farmacia del Hospital San Juan de Dios

- Gítaligna
- Histamina
- Heparina
- Lenofeal
- Liranol
- Oxitetraciclina
- Parenógeno
- Parensynol
- Pirmozian
- Pirerazina
- Primaquina
- Repodral
- Reserpina
- Sulfatiazol sódica
- Siquil
- Sulfato ferroso
- Tetraciclina
- Gentamicina
- Tapazol
- Veritol.³⁰¹

También ante la solicitud de diversas jefaturas, el Comité incluye en el formulario vigente medicinas como:

- Lasix
- Tabletas Donatal
- Vadorilán
- Calpan
- Colchicina

301. Hospital San Juan de Dios. Libro de Correspondencia No. 1, 1961, p. 220.
270

- Robaxinal
- Robinol
- Donnasep
- Dimetane
- Oxitoxina
- Lincomcín
- Diogoxina
- Solución Adrenalina
- Vibramicina
- Mecotén
- Buscapina
- Baralgina
- Tan deril
- Nistatina
- Diazepán.³⁰²

La anterior tónica de cambio hizo que se pensara en cambiar el formulario vigente para esos años. ¿Cuál era ese formulario? La guía terapéutica que se estaba utilizando fue puesta en práctica a partir de 1962, bajo el nombre de Formulario Terapéutico del Sistema Hospitalario Nacional. Este documento fue impulsado por el Consejo Técnico de Asistencia Médico Social, presidido por el médico del Hospital San Juan de Dios, Dr. Claudio Orlich Carranza.

El trabajo para la realización de esa guía terapéutica fue encomendado al médico y farmacéutico, Dr. Abelardo Brenes Ibarra y al jefe de la Proveduría de la Junta de Protección Social de San José, Lic. Carlos Alberto Serrano Bonilla.

Esta guía fue de mucha utilidad y estaba compuesta por 13 capítulos, clasificados de acuerdo a las funciones y sistemas del cuerpo humano.³⁰³

302. Hospital San Juan de Dios, Comité de Normas Terapéuticas, 1962, pp. 2-10.

303. Serrano. Op. *Cit.* P. 28.

Este formulario estaba bastante actualizado, pero a los pocos años de uso presentaba lagunas debido a los cambios constantes y muy dinámicos que se venían produciendo en materia farmacéutica y farmacológica.

Cuando ya eran muchos los cambios introducidos, el Comité de Normas Terapéuticas tomó la decisión de elaborar un nuevo formulario, siendo su mayor logro. Efectivamente, los esfuerzos del Comité dieron su fruto en 1971, al emitirse el nuevo Formulario Terapéutico del Hospital San Juan de Dios, editado por la misma Junta de Protección Social.

Esta nueva guía estaba conformada por 15 capítulos, en donde sobresalen la presentación y las fórmulas de los medicamentos, sus indicaciones terapéuticas, las dosis y vías de administración.

Por su importancia, se hace un desglose sintético de parte del mismo ya que también dicho formulario fue asumido por el sistema hospitalario nacional.³⁰⁴

El capítulo I correspondía a los medicamentos utilizados en el aparato circulatorio, en donde sobresalían los siguientes:

- Digital y Sucedáneos.
- Modificadores del ritmo cardíaco.
- Aminas simpaticomiméticas presoras.
- Simpaticolíticos vasodilatadores de acción periférica.
- Vasodilatadores de las coronarias.
- Hipotensores.

El capítulo II correspondía a dermatología, destacándose los siguientes:

- Antisépticos
- Astringentes
- Antimicóticos
- Citotóxicos
- Lociones
- Tinturas
- Ungüentos, cremas y pastas.

304. Junta de Protección Social de San José, Formulario de Normas Terapéuticas, 1971, pp. 1-129.

El capítulo III correspondía al sistema endocrino con:

- Estimulantes de la corteza suprarrenal
- Antidiuréticos
- Hormonas de la tiroides
- Medicación de yodo yodurado
- Hormonas de la glándula paratiroides
- Medicación complementaria en hipoparatiroidismo
- Hormonas del páncreas
- Hipogliceriantes sintéticos de acción rápida y prolongada
- Hormonas de la cápsula suprarrenal
- Hormonas sexuales masculinas y femeninas
- Andrógenos anabólicos.

El capítulo IV correspondía al aparato genital con:

- Alcalinizantes vaginales
- Adificantes vaginales
- Antimicrobianos vaginales
- Antimicóticos
- Hormonas de uso vaginal.

El capítulo V correspondía al aparato digestivo con:

- Anticolinérgicos
- Antieméticos
- Absorbentes
- Antiácidos
- Sustitutos de secreciones digestivas
- Purgantes, laxantes, reblandecedores y enemas
- Estimulantes del peristaltismo
- Inhibidores e inactivadores de las enzimas
- Antidiarreicos

- Antiparasitarios
- Tenicidas y Tenifugos
- Medicación tópica rectal.

El capítulo VI correspondía a la sangre y órganos hematopoyéticos como:

- Antianémicos
- Coagulantes
- Hemostáticos
- Anticoagulantes
- Cumarínicos
- Modificadores y expansores.

El capítulo VII es para la nutrición y metabolismo con:

- Vitaminas
- Modificadores.

El capítulo VIII correspondía al sistema nervioso central

- Hipnóticos
- Analgésicos
- Analgésicos esfupefacientes
- Relajantes musculares
- Neurolépticos
- Tranquilizantes y antidepresivos
- Relajadores centrales
- Sedantes y antihistamínicos
- Anestésicos.

El capítulo IX del sistema neurovegetativo con:

- Simpaticomiméticos
- Simpaticolíticos

- Colinérgicos y anticolinérgicos
- Anformiméticos.

El capítulo X de agentes antineoplásicos como:

- Hormonas
- Alquilantes
- Antimetabólicos
- Antibióticos
- Antifólicos.

El capítulo XI correspondiente a los órganos de los sentidos como:

- Medicamentos de uso oftálmico
- Medicamentos para uso ótico
- Medicamentos para uso nasal
- Medicamentos para uso laríngeo
- Medicamentos para uso faríngeo.

El capítulo Xffl de Quimioterapia e Inmunoterapia:

- Antibióticos
- Vacunas
- Sueros
- Antitoxinas
- Toxoides.

El capítulo XIV del aparato respiratorio con:

- Analépticos
- Béquicos
- Expectorantes
- Broncodilatadores
- Mucolíticos.

El capítulo XV del aparato urinario con:

- Alcalinizantes
- Diuréticos
- Antimicóticos
- Antimicrobianos
- Colorantes.³⁰⁵

En síntesis, este formulario contenía más de 800 preparaciones y representaba la consolidación de muchas especialidades médico quirúrgicas en su ámbito farmacoterápico; además, el Comité tuvo en su trayectoria como pautas por seguir el adecuar cuando fuera necesario el formulario, evaluar los datos clínicos referente a los medicamentos y exigir al almacén general llevar un sistema de inventario sobre topes mínimos y máximos de medicinas.

El Comité de Normas Terapéuticas del Hospital, ocasionalmente, invitaba a la jefe del Departamento de Farmacia, Lic. Cecilia Montero, para efectos de asesoría y apoyo. Dicho sea de paso, este apoyo técnico hacia el Comité ocurre de manera constante después del traspaso del Hospital a la Caja Costarricense de Seguro Social, cuando se incorporan a dicho Comité la Lic. Elisa Espinoza, Jefe de la Farmacia, y el Subjefe, Lic. Ronald Thompson; así como el médico y farmacólogo, Dr. Víctor Campos, quien fuera el coordinador.³⁰⁶

Indudablemente, fue un acierto del Dr. Otto Valverde, Director del Hospital San Juan de Dios, en su ingreso a la Seguridad Social, el nombrar a Campos en esa posición, ya que este profesional acumulaba vasta experiencia en todo lo relativo a la farmacología y la terapéutica. ¿Razones?

Pues, el Dr. Víctor Manuel Campos, graduado en esa especialidad en los Estados Unidos, fue el iniciador en 1960 de la Cátedra de Farmacología en la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica; además, también fungió como profesor de esa importante rama en la Facultad de Farmacia de la misma Universidad. Posteriormente, el Dr. Campos impulsó la enseñanza de la Farmacología Clínica en los hospitales nacionales, incluyendo obviamente al San Juan de Dios.

305. Junta de Protección Social de San José, Formulario de Normas Terapéuticas, 1971, pp. 1-129.

306. Hospital San Juan de Dios, Dirección General, comité de Normas Terapéuticas, Acta No. 21,27 de agosto 1978.

Como un dato adicional, es preciso señalar los vínculos entrañables que existido entre las facultades de Medicina y Farmacia de la Universidad Costa Rica con el Hospital San Juan de Dios en lo referente a la formación de generaciones de profesionales.³⁰⁷



Dr. Carlos Alberto Serrano, exproveedor de la Junta de Protección Social

4- SITUACIÓN FARMACÉUTICA PARA FINALES DE LA PROTECCIÓN SOCIAL

Para la primera mitad de los años setenta, la organización farmacéutica del Hospital San Juan de Dios estaba bien estructurada, máxime si se toman en cuenta las limitaciones económicas en que se venía desarrollando el nosocomio.³⁰⁸

La labor encomiable que había venido realizando la Lic. Cecilia Montero, así como el resto del personal profesional y de apoyo, fue la clave para contar con un departamento regular al

307. C.C.S.S. Fármacos, V9, 1996, pp. 13-16.

308. González Pacheco. Op. Cit. P. 355.

servicio del paciente; precisamente cuando en el Hospital San Juan de Dios, los servicios de diagnóstico y tratamiento se manifestaban en pleno apogeo, lo mismo que las especialidades médico-quirúrgicas en las áreas de Hospitalización, Consulta Externa y Emergencias como:

- Cardiología
- Alergias
- Dermatología
- Endocrinología
- Gastroenterología
- Hematología
- Nefrología
- Neurología
- Reumatología
- Cirugía plástica
- Cardiovascular
- Ginecología
- Neurocirugía
- Oftalmología
- Oncología
- Ortopedia
- Otorrinolaringología
- Prenatales
- Rehabilitación
- Urología.

Para completar esta descripción, también se debe mencionar los distintos laboratorios que funcionaban tales como: Fisiopatología, Metabolismo, Radioisótopos, Hormonas y Hematología; además, en todo este engranaje no debe omitirse el impulso que le dio al Hospital San Juan de Dios, el hecho de haber sido designado por la Universidad de Costa Rica como el principal centro

asistencial de apoyo para la enseñanza médica de la Facultad de Medicina a partir de 1961.

Un ejemplo de este auge científico lo demuestran las decenas de distintos exámenes que se practicaban en el hospital, entre los que se pueden mencionar:

- Electroencefalogramas
- Audiogramas
- Transfusiones
- Arteriografías
- Neumoencefalografías
- Neumomomocelografías
- Encefalogramas
- Panarteriografías
- Mielografías
- Perfusión cerebral
- Broncoscopías Esofagoscopías
- Cardioversiones
- Colografías
- Gastroscopías
- Laringoscopías
- Rinoscopías
- Flebografías
- Esplenoportografías
- Rectoscopías
- Cistoscopías
- Pielogramas
- Uretroscopías
- Cistografías

- Uroscopías
- Vaginoscopías.³⁰⁹

Dentro de esta amalgama, el Departamento de Farmacia no se quedó atrás, ya que para estos años en que estaba bajo la responsabilidad única de los profesionales en Farmacia se confeccionaban recetas especiales para pacientes hospitalizados de Consulta Externa, se despachaban drogas y narcóticos minuciosamente y se guardaban y despachaban diferentes productos bioquímicos. Es notorio a la vez cómo el Departamento de Farmacia, con la Lic. Montero a la cabeza, comienza a involucrarse, aunque en forma mínima, con los demás servicios y el cuerpo médico del hospital, sentándose las bases que perfilarán al farmacéutico como un profesional muy valioso dentro de las ciencias médicas en general, por su participación en relación con los procesos de salud y enfermedad. Esto, debido al papel que desempeñará como responsable de la existencia y buen uso que se le den a los medicamentos, en concordancia con sus propiedades farmacológicas y las normas sanitarias para su manejo.

En este sentido, fueron muy importantes aspectos como:

- A. Ficheros de vencimiento y control de sustancias y tóxicos.
- B. Lista de precios de medicamentos.
- C. Recomendaciones de medicamentos por su calidad y pureza.
- D. Agilizar la actividad terapéutica.

Para complementar lo anterior, cobra mucha importancia el apoyo que las autoridades brindan para mejorar la biblioteca farmacéutica con obras actualizadas como: manuales de farmacología, diccionarios, tratados de bioquímica y bacteriología, revistas de asociaciones de farmacia y de normas sobre medicamentos y drogas.

A principios de 1970, la Lic. Montero y compañeros tenían muy claro, al menos en teoría, el manejo y tipos de compras de medicamentos, familiarización con literatura especializada y la relación científica multidisciplinaria al servicio de los pacientes.

Sin embargo, lo más trascendental para la actividad farmacéutica en esta coyuntura, fue el desarrollo e implantación de un sistema mecanizado de medicamentos.

309. Junta de Protección Social de San José, Hospital San Juan de Dios- Informe Servicio Médico, 1963-1972, pp. 66-67.

Efectivamente, esta acción en la historia del hospital marcó un hito, ya que se trató del primer servicio intrahospitalario en utilizar la tecnología más moderna: la computación al servicio del paciente.³¹⁰

El procedimiento normal que se venía practicando en la farmacia era de tipo manual o Kardex, pero la realidad es que este método no era de mucha confianza ni el más indicado, tomándose en cuenta el volumen de trabajo, con un promedio mensual de 50.000 recetas.

Las autoridades de la Junta y el Hospital, conscientes de tal situación, hicieron los contactos necesarios para solucionarlo. Recayó, por medio de licitación, en la empresa Management Services de Costa Rica, la implantación de dicho sistema mecanizado a un costo de 30.000 colones mensuales, a partir de octubre de 1970. Para efectos de implantar el nuevo sistema, fue relevante la capacitación y participación de la Oficina de Revisión y Control, al realizar un inventario general de medicamentos, que incluyó contar una por una las existencias.³¹¹ Los funcionarios de esa unidad que tuvieron a cargo el proceso de mecanización del Departamento de Farmacia fueron:

- Luis Fernando Vargas
- María del Carmen Sánchez
- Lilian Meoño
- Ronald Villalobos
- Daisy Fallas
- Víctor Umaña
- Carlos Fernández.

Los funcionarios citados, luego de realizar el trabajo pertinente por medio de la perforación de tarjetas, las trasladaban a la empresa Management para el respectivo proceso de la información en el computador.³¹²

Con la aplicación de este novedoso sistema para el medio hospitalario y que duró hasta 1977, la Farmacia estaba dando la pauta en cuanto a la información oportuna y eliminando la escasez de medicamentos. El mismo administrador del Hospital, señor Alfonso Figuer expresaba:

310. Junta de Protección Social de San José. Hospital San Juan de Dios. Informe de Labores, 1970, p. 7

311. Entrevista con el Lic. Ronald Villalobos, 20 de agosto 1997.

312. Entrevista a Luis Fernando Vargas, 20 de agosto 1997.

Evolución histórica de la farmacia del Hospital San Juan de Dios

“El desarrollo de un sistema mecanizado implicó un inventario para 506 diferentes medicamentos, así como el adiestramiento de empleados en las operaciones de máquinas electrónicas. Con este sistema se establece un verdadero monto de las existencias y un control eficiente.”³¹³

Tenía razón Figuer con respecto a sus aseveraciones, ya que en realidad se estaba dando un avance extraordinario en materia farmacéutica porque implicaba los siguientes alcances:

- A. Rapidez
- B. Saldos constantes de inventarios
- D. Control exacto
- E. Actualizaciones
- F. Listados oportunos sobre consumos de medicamentos por servicios y especialidades
- G. Actualización de costos -
- H. Control de Calidad.³¹⁴

Específicamente sobre las actividades farmacéuticas de manera cuantitativa en el Departamento de Farmacia, los siguientes cuadros y gráficos caracterizan notablemente este período, siendo más fehacientes que muchas palabras.

313. Junta de Protección Social, Administración. Informe de Labores, 1970. P. 8.

314. Villalobos y Vargas. Op. Cit.

Carlos Eduardo González Pacheco



Dra. Cecilia Montero, exjefe de la Farmacia



Funcionarios de la Oficina de Revisión y Control, quienes iniciaron el sistema mecanizado en el Servicio de Farmacia, de izquierda a derecha: María Fernández, Virginia Obando, Lilliana Meoño, Carlos Sánchez, Deisy Fallas y Luis Fernando Vargas

Evolución histórica de la farmacia del Hospital San Juan de Dios

**Hospital San Juan de Dios
Principales gastos durante 1963-1972**

Años	Salarios	Alimentos	Medicinas	Implementos de Farmacia
1963	7.544.146	1.349.635	1.023.893	179.835
1964	7.564.886	1.111.359	612.803	127.382
1965	7.839.663	1.255.006	855.624	131.754
1966	9.245.273	1.306.114	1.421.449	54.339
1967	10.235.653	1.187.566	1.622.145	82.746
1968	12.208.692	1.332.890	2.297.880	79.725
1969	12.989.110	1.336.850	2.158.357	86.570
1970	14.285.506	1.453.385	2.293.431	68.310
1971	17.606.014	1.607.958	3.280.921	53.671
1972	21.324.080	1.807.386	3.424.696	46.400

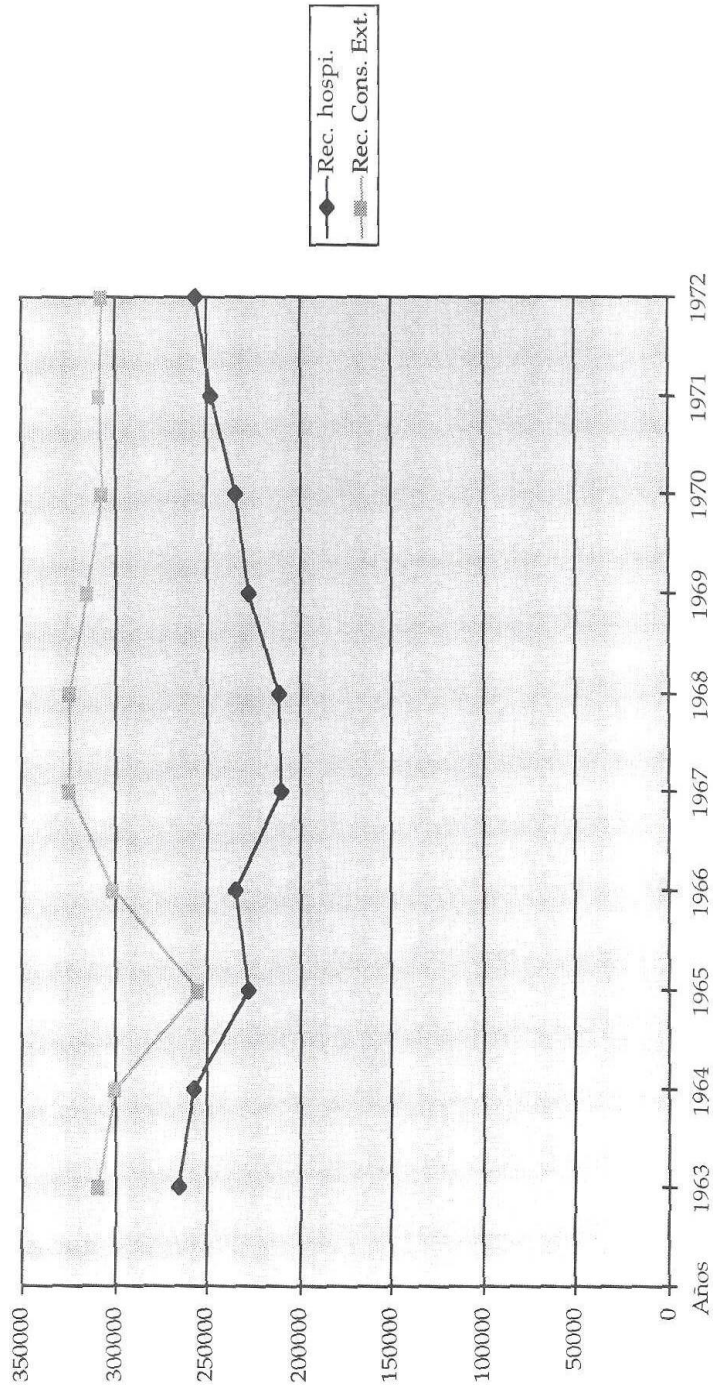
Fuente: Hospital San Juan de Dios. Informe de Servicios Médicos, 1963-1972.

**Hospital San Juan de Dios
Número de pacientes atendidos y recetas despachadas
1963-1972**

Años	No. Pacientes Hospitalizados	No. pacientes Consulta Ext.	No. Recetas Hosp.	No. Recetas Consulta Ext
1963	34.998	175.465	265.156	308.710
1964	34.678	191.116	256.716	299.972
1965	28.120	173.222	228.204	254.854
1966	27.372	195.928	235.101	300.271
1967	27.670	1.054.490	209.703	323.585
1968	29.700	110.317	211.532	324.156
1969	29.189	146.338	227.795	314.919
1971	28.401	147.027	234.749	306.046
1970	29.746	152.734	248.259	307.846
1972	31.682	155.145	255.947	306.935

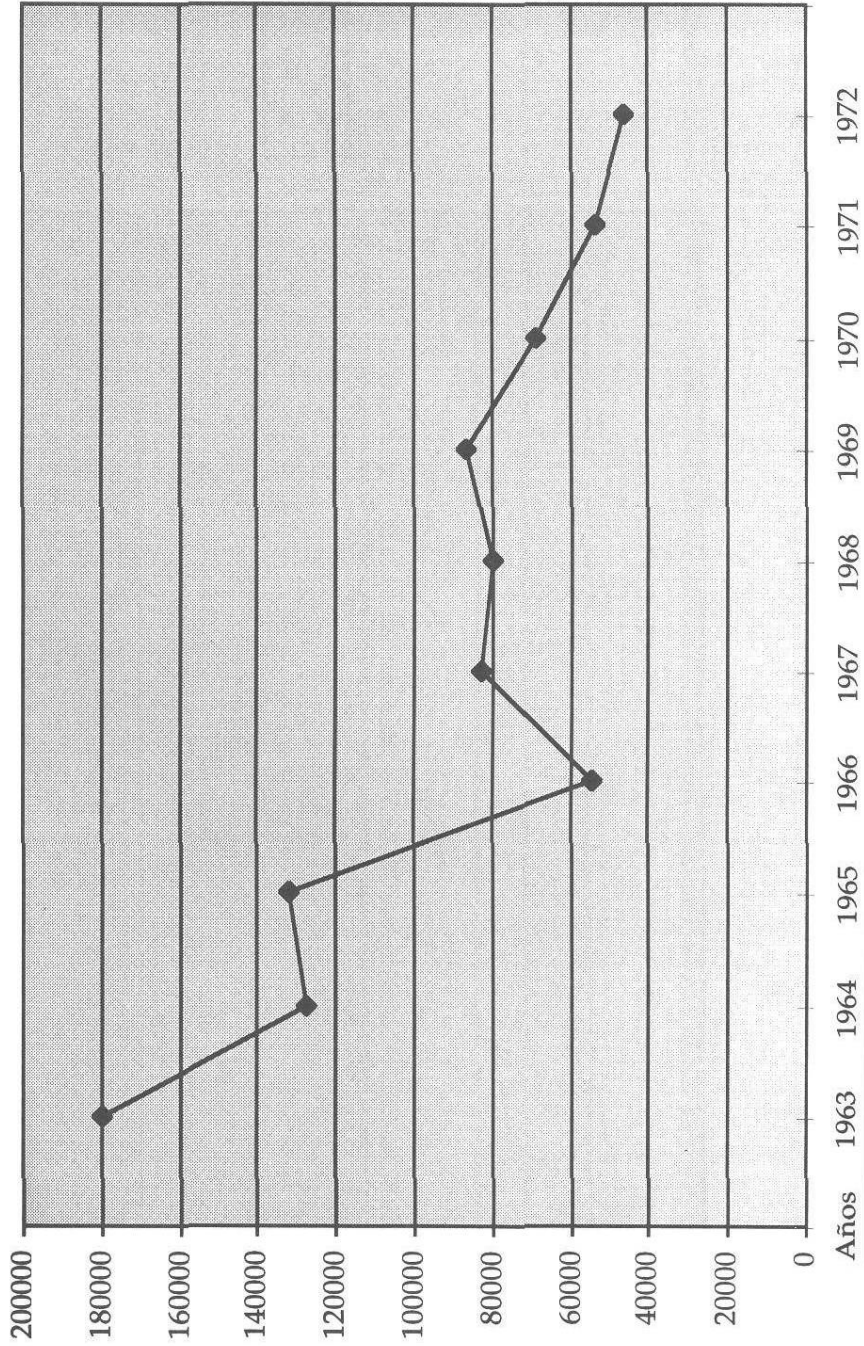
Fuente: Hospital San Juan de Dios. Informe de Servicios Médicos. 1963-1972.

Hospital San Juan de Dios
Las recetas despachadas a hospitalizados y en Consulta Externa 1963-1972

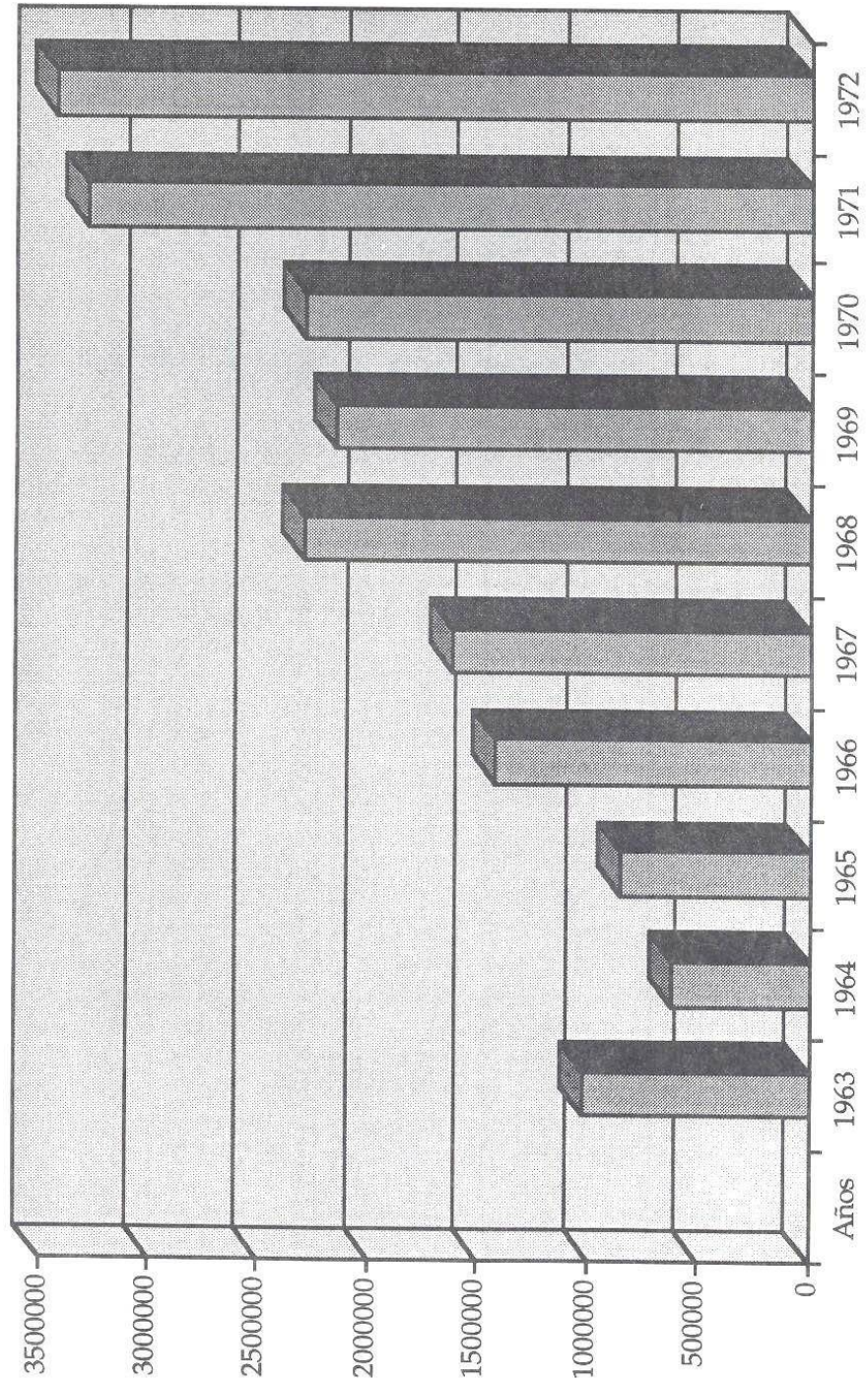


Evolución histórica de la farmacia del Hospital San Juan de Dios

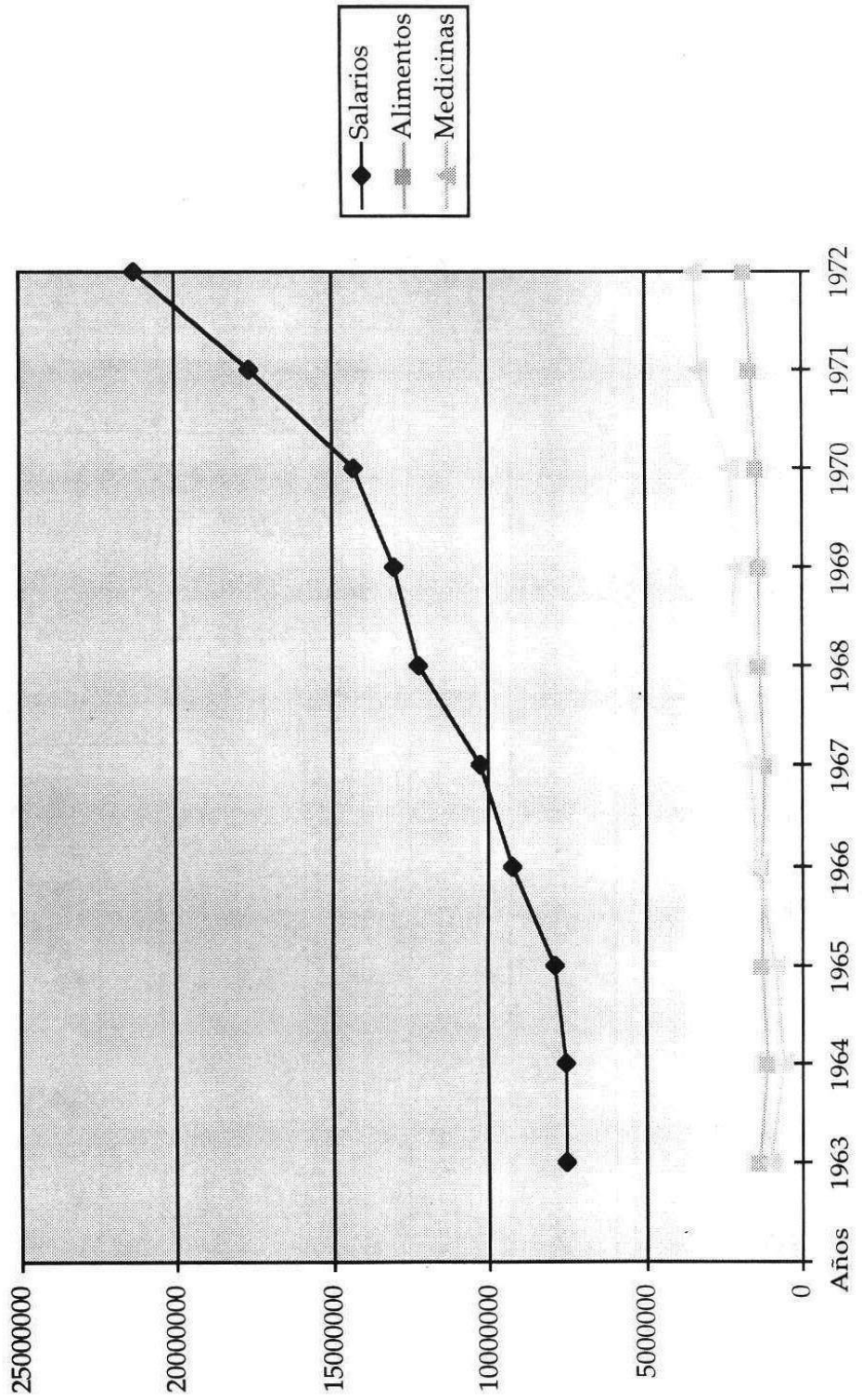
**Hospital San Juan de Dios
Gasto en implementos de farmacia 1963-1972**



Hospital San Juan de Dios
Gastos en medicinas 1963-1972



Hospital San Juan de Dios
El gasto en salarios, alimentos y medicinas en 1963-1972



Título VIII

LA FARMACIA HOSPITALARIA EN LA SEGURIDAD SOCIAL. PRIMERA ETAPA: DE ENCUENTRO Y ADECUAMIENTO

1- LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

El Seguro Social obligatorio fue establecido en Costa Rica mediante la Ley No. 17 del 1^o de noviembre de 1941, denominada Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, formando parte de la reforma social planteada en la gestión del Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia, quien había laborado para el Hospital San Juan de Dios.³¹⁵

Para fundar tan importante institución fue prioritario el envío del Lic. Guillermo Padilla Castro a Chile, con el objetivo de estudiar la experiencia que tenía ese país con respecto a los seguros sociales.³¹⁶ A su regreso, Padilla, en conjunto con los señores Oscar Barahona, Ernesto Martén y Walter Dittel, redactaron el proyecto de Seguro Social y lo presentaron al Congreso el 15 de julio de 1941.

El proyecto original contemplaba riesgos de enfermedad, invalidez, vejez, muerte y cese de labores; además, los salarios tendrían un tope hasta ₡300.

Las primeras prestaciones que dio la Caja fueron en el campo de enfermedad y maternidad, aplicándose primeramente en las regiones urbanas de San José, Cartago, Heredia y Alajuela.³¹⁷

Con la aprobación de las garantías sociales, también se difunden los seguros sociales como un derecho imprescindible e inalienable de los trabajadores manuales e intelectuales. Complementariamente, el 22 de octubre de 1943, se promulga la Segunda Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, la cual reforma la anterior ley dándole mayor autonomía y estableciéndose un tope salarial de ₡400. Este cambio tuvo gran repercusión porque le otorgaba

315. Jorge Salazar. *La Legislación Social en Costa Rica*. Inédito, 1983.

316. Mark Rosemberg. *Las Luchas por el Seguro Social en Costa Rica* - Editorial Costa Rica, San José, 1983, p. 54.

317. Salazar, *Op. Cit.* P. 105.

a la Caja la capacidad para dictar reglamentos y normas con independencia, además de darle facilidades para la prestación de servicios por zonas territoriales y a categoría de trabajadores con base en sus lineamientos.

Anteriormente hubo algunos antecedentes para implantar algún tipo de seguro social en Costa Rica, como las propuestas presentadas al congreso por el diputado Enrique Pinto, en 1906, la de Alberto Vargas Calvo, en 1913 y la de Luis Anderson, en 1914; estos intentos fracasaron, aunque de ellos surgió el Banco de Seguros con diferente conceptualización, también en este campo se debe mencionar los intentos por formalizar un seguro social obligatorio y solidario por parte de Jorge Volio, el Partido Comunista conducido por el Lic. Manuel Mora Valverde, el Plan Koberg y el Profesor Vicente Sáenz.

Finalmente, fue el Dr. Calderón Guardia quien, respondiendo al sentir nacional y también a sus propias convicciones ideológicas, impulsó el desarrollo del seguro social. En este sentido, se debe tener en cuenta que por su estadía en Europa, el Dr. Calderón se identificó para su praxis política con los principios social cristianos contemplados en las encíclicas papales, como la *Rerum Novarum*, de León XIII, y la *Quadragesima Anno*, de Pío XI, así como también el Código de Malinas, del Cardenal Desiderio Mercier.³¹⁸

No se debe a su vez olvidar el apoyo irrestricto que recibió la administración Calderón Guardia para consolidar la reforma social por parte del Partido Comunista; lo mismo que por parte de la Iglesia Católica, al frente de Monseñor Víctor Manuel Sanabria.

El significado de los seguros sociales y de la Caja Costarricense de Seguro Social en su impacto positivo para el país, se comprende mejor si se toma en cuenta la ausencia de ayuda social y legislación estatal para el ámbito familiar que caracterizó la proyección estatal costarricense antes de la década de 1940, sin olvidar la difícil situación que atravesaban los obreros en cuanto a protección social y laboral.

Indudablemente, lo más trascendental con la instauración del Seguro Social fue el hecho de unirse definitivamente bajo una política social, el estado, los patronos y los obreros; enmarcando el advenimiento del estado reformista en Costa Rica, aspecto este que se acrecentará con el estado

318. González Pacheco. Op. Cit. P. 338.

intervencionista, impulsado por Don José Figueres Ferrer, como principal representante de las fuerzas del cambio y eliminándose el viejo molde político liberal. -

Por la importancia que ha representado la Caja para los habitantes del país y para la estabilidad social, se hace necesario reseñar algunos de sus aspectos más sustantivos en su proceso evolutivo a manera de síntesis, basándonos en la obra que escribió el Dr. Guido Miranda Gutiérrez.³¹⁹

Los primeros años de su funcionamiento fueron de incertidumbre y de algunas fallas producto de la inexperiencia y debilidad estructural, lo mismo debido a las fuertes influencias políticas y económicas del mismo período y que se evidenciaron con la actividad bélica de 1948.

La realidad fue que la Seguridad Social antagonizó con diversos grupos de presión y gremiales, siendo sus primeros lustros de existencia un período crítico. Después de la lucha armada, José Figueres y la Junta de Gobierno consolidaron la institución encargada de velar por los seguros sociales, al incluirse en la Constitución Política de 1949 el ámbito de las Garantías Sociales y, obviamente, a la Caja Costarricense de Seguro Social.

Durante la siguiente década, ocurre un paso de relieve, pues se pasa del sistema de cobertura inicial que era exclusivo para el trabajador directo a toda la familia, gestándose los inicios de la medicina social en el Hospital Central de la Caja, sin olvidar que las primeras prestaciones se dieron en el Hospital San Juan de Dios, cuando la institución aseguradora le pagaba a la Junta de Protección Social por el tratamiento de los asegurados y destinándose un salón para uso exclusivo de esos pacientes a cargo del Dr. Esteban López Varela.

Al incorporarse la atención a la madre, también se estaba creando la obligación de otorgar servicios especializados por maternidad, pediatría y población senil. Claro está que la medicina social que se empezó a practicar en el Hospital Central de la Caja, era diferente a los demás hospitales en su filosofía asistencial, ya que la Seguridad Social se conceptualizaba como un instrumento de desarrollo social, técnico y científico.

En la década de 1960, la Caja experimentó cambios de significancia como la modificación constitucional emitida durante el gobierno del Lic. Mario Echandi Jiménez, que propugnaba universalizar los beneficios del Régimen de Enfermedad y Maternidad a toda la población a un

119. Guido Miranda. *La Seguridad Social y el Desarrollo de Costa Rica*. Ednasss. C.C.S.S. San José, 1994, pp. 179-195.

plazo de 10 años y elevándose el tope de cotización a ¢1.000. En este sentido, se inició un plan que incluyó la construcción de clínicas periféricas y que tuvo como corolario la inauguración del Hospital México en 1969, dotándose de la más alta tecnología y asumiendo un papel cimero en la medicina de la Seguridad Social. Estos acontecimientos se complementan al extenderse la enseñanza de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica, antes circunscrita únicamente al Hospital San Juan de Dios, a los hospitales principales de la Caja Costarricense de Seguro Social.

La década de 1970 fue una etapa de extraordinarios alcances enmarcados en la práctica de la universalización de los servicios, teniendo activa y directa participación los gobiernos de don José Figueres (1970-1974) y el Lic. Daniel Oduber Quirós (1974-1978). Además, se destaca la acción de funcionarios como:

- José Luis Orlich
- Herman Weinstock
- Danilo Jiménez
- Francisco Morales
- Jenaro Valverde
- Rodrigo Fournier
- Álvaro Vindas
- Laureano Echandi
- Carmen Naranjo
- Fernando Naranjo
- Guido Miranda.

Esta etapa trajo consigo reformas fundamentales de las que podemos destacar las siguientes:

- Ley General de Salud
- Primer Plan Nacional de Salud
- Traspaso de todos los hospitales del país a la Caja
- Ley de Asignaciones Familiares.

La última etapa en que se ha desarrollado la Caja corresponde a la integración de los servicios con el Ministerio de Salud y la estructuración del sector salud. El objetivo principal para esta integración consistió en producir más con los mismos recursos e incorporar a las propias comunidades y grupos organizados para el fomento de la salud. Así, mediante varios decretos emitidos en las décadas de 1980 y 1990, se detallan las funciones de prevención y rectoría para el Ministerio de Salud; y asistencial y de recuperación, para la Caja, recayendo en ambas la labor de planificación, docencia e investigación. Con esta integración quedan delimitados los niveles de atención, iniciándose con el hogar y terminando en los hospitales nacionales y especializados.

A esta parte le compete también algunos cambios que han venido introduciendo, como la implantación de nuevos modelos de prestación de servicios como los sistemas de atención en medicina comunitaria, de capitación y el cooperativo, además de iniciarse un proceso de descentralización institucional.³²⁰

En su continuidad, han sido elementales los preceptos filosóficos que han caracterizado el quehacer institucional y la seguridad social en general. Estos, en su plano teórico, son:

- *Solidaridad*: Por cuanto todos estamos expuestos a riesgos, todos debemos contribuir.
- *Obligatoriedad*: La cual es necesaria para mantener la unidad de los riesgos y distribuir el costo de la cobertura.
- *Unidad*: El derecho a la protección debe ser único y general.
- *Universalidad*: Protección a todos los trabajadores y sus familias, en todo el territorio nacional.
- *Igualdad*: Protección sin distinción de ninguna naturaleza.³²¹

2- FARMACIA Y SEGURIDAD SOCIAL

En los primeros años de servicio, los pacientes que eran atendidos por la Caja Costarricense de Seguro Social recibían sus medicamentos a través de farmacias generalmente particulares.³²²

320. C.C.S.S. *Medio Siglo construyendo la Salud de un Pueblo*, San José, 1991, p. 57.

321. *Ibid*, p. 83.

322. Carlos Serrano. “III Congreso Farmacéutico Nacional”, Colegio de Farmacéuticos, 1977, p. 131.

Esto obviamente se hacía necesario debido a la falta de organización existente y a la misma oposición del gremio farmacéutico particular para que la Caja tuviera su propio servicio farmacéutico.³²³

Tal situación vino a cambiar con la entrada en funciones del primer hospital propio de la Seguridad Social: el Hospital Central de la Caja Costarricense de Seguro Social. Inicialmente, este hospital abrió sus puertas en consulta externa el 1 de noviembre de 1943; y en 1945, se extiende a la hospitalización. Originalmente el edificio iba a ser destinado a un proyecto de “Casa Cuna”, promovido por las exprimeras damas de la República, Julia Fernández de Cortés Castro e Ivonne Clays de Calderón Guardia, para favorecer a la madre y el niño; sin embargo ante la necesidad de que el Seguro Social contara con instalaciones propias fue traspasado a la Caja, denominándosele Policlínico.³²⁴

Pues, fue en este hospital en donde la actividad farmacéutica institucional se centralizó, lo mismo que lo concierne al ámbito farmacológico, teniendo como jefes principales para los primeros años a los farmacéuticos Tobías Chavarría y Rafael Ángel Montero. En el campo propiamente terapéutico, el primer formulario regulador fue elaborado en 1945 por los médicos Eugenio García, Esteban López y Mariano Durán; y por los farmacéuticos Tobías Chavarría, Gonzalo González y Rafael Umaña. Este formulario fue hecho para los médicos al servicio de la Caja y estaba dividido en las siguientes secciones:

- I. Enfermedades del sistema nervioso
- II. Enfermedades de la nutrición
- III. Enfermedades del aparato respiratorio
- IV. Enfermedades del aparato circulatorio
- V. Enfermedades del aparato digestivo
- VI. Enfermedades infecciosas
- VII. Enfermedades venéreas
- VIII. Enfermedades del aparato genito urinario
- IX. Enfermedades cutáneas

323. Rosemberg, Op. cit. P. 77.

324. CCSS. *Medio Siglo Construyendo la Salud de un Pueblo*. San José, 1991, p. 19.

- X. Oftalmología
- XI. Otorrinolaringología
- XII. Enfermedades endocrinas.

Este formulario estuvo en vigencia hasta 1959, fecha en que fue sustituido por el segundo formulario hecho por la institución con base en la experiencia acumulada. Para la confección de esta guía fue clave la participación del Lic. Rafael Ángel Montero, jefe de la Farmacia. El formulario en cuestión contenía y ampliaba las secciones del anterior, además contemplaba una parte exclusiva correspondiente a medicamentos utilizados en pediatría.³²⁵

- *Las autoridades de la Caja manifestaron como justificativo para su creación lo siguiente:*

*“La nueva edición de este formulario aspira a llenar con la mayor amplitud las necesidades de los servicios médicos de la Caja Costarricense de Seguro Social y en su redacción se han tenido en cuenta como base las preparaciones solicitadas con más frecuencia; el buen número de fórmulas facilitadas por miembros del cuerpo médico y los diferentes productos que la Farmacia Central ha puesto recientemente a la disposición de los señores médicos y farmacéuticos”.*³²⁶

En este nuevo formulario también se incluyeron datos de suma importancia para la práctica médica como:

- A. Ampollas y patentes para Pediatría
- B. Datos fisiológicos normales referentes a los líquidos del cuerpo
- C. Valores hematológicos normales
- D. Características del líquido cefalorraquídeo
- E. Valores normales de orina y presión arterial
- F. Dinámetro de la pelvis normal
- G. Relación entre pulsaciones y temperatura
- H. Pesos y medidas normales
- I. Venenos y antídotos

325. CCSS. *Formulario de Prestaciones Médicas*. San José, 1959, p. 5.

326. *Ibid.* P7.

- J. Equivalencias para la administración de medicamentos
- K. Preparación para algunos exámenes
- L. Instrucciones para la realización de diferentes radiografías.

Adicionalmente el formulario contenía algunas indicaciones que iban dirigidas al cuerpo médico, en donde se delimitaba la prescripción de medicamentos de acuerdo al formulario, así como también la lista de patentes aprobada por el Comité de Farmacia y Normas Terapéuticas. Sin embargo, se consideraba el hecho de que si era necesario la prescripción de algún medicamento que no estuviera incluido en la guía, podía gestionarse su compra a través de la dirección del Hospital Central.³²⁷

Muy importante serán también las regulaciones en el sentido de que las preparaciones y drogas que se prescribieran fueran descritas con sus nombres técnicos o científicos, omitiendo los comerciales. Sobre la misma actividad farmacéutica y medicamentosa se recomendaba a los médicos prescribir de la siguiente forma:

- A. No más de 30 tabletas o cápsulas
- B. No más de 200 cc de jarabes o mixturas
- C. No más de 30 gramos en pomadas
- D. No más de 10 ampollas
- E. No más de un frasco para inyectables
- F. No recetar para más de una semana.

Se puede considerar el formulario emitido en 1959, como la base de los demás formularios terapéuticos que se pondrían en práctica en la Caja Costarricense de Seguro Social en concordancia con la extensión vertical y horizontal de su cobertura, especialidades médicas que emergían y patologías imperantes.

Por las razones antes descritas, posteriormente surgen otros prontuarios que van a regular la actividad para la prestación de servicios médicos, como el dictado en 1966 por el químico farmacéutico, Dr. Arnoldo Sánchez Morales; contenía grupos de fármacos clasificados atendiendo exclusivamente su acción terapéutica; y se complementaba con un suplemento

327. *Ibid.* Pp. 10,11.

ejecutado por el médico y farmacéutico, Abelardo Brenes Ibarra, asistente de la Gerencia en 1969.

Para el año 1973, el Comité de Farmacología de la Caja pone en función un Cuadro Básico de medicamentos. Este Comité estuvo compuesto por los profesionales: Enrique Falcón Llach, Juan Jaramillo Antillón, Teodoro Mangel León, Julián Peña Chávez, Daniel Pizarro Torres, José Villegas Rodríguez y Germán Volio Hernández; contó el mencionado cuadro con las siguientes secciones:

- Sección General con 19 grupos
- Sección de Pediatría con 13 grupos
- Sección de Intoxicaciones y Urgencias
- Sección de medicamentos de uso hospitalario
- Sección de Odontología.

Para la década de 1980, el cuadro en mención es objeto de revisiones y emergió una Lista Básica de medicamentos confeccionado por el Comité de Farmacoterapia y la Unidad de Calificaciones Terapéuticas con la colaboración y asesoramiento de la Organización Panamericana de la Salud. Estructuralmente en la lista se distinguía a la par del nombre genérico de cada medicamento y de su forma de presentación, claves que indicaban si es prescripción para médicos generales o para especialistas únicamente; y si eran de empleo y uso restringido para hospitales o clínicas.

La peculiaridad de esta lista en relación con los demás formularios emitidos anteriormente estribaba en la reducción considerable de medicamentos, argumentándose oficialmente para ello la precaria situación económica que atravesaba el país y la Caja Costarricense de Seguro Social.³²⁸

3- LA JUNTA DE PROTECCIÓN SOCIAL Y EL TRASPASO DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS A LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

A la Junta de Protección Social de San José, a partir de 1950, se le agudizan algunos problemas de tipo financiero que repercutieron directamente en sus hospitales, especialmente en la administración del Hospital San Juan de Dios, el más grande del país. Como un ejemplo, sólo para el año 1951, el hospital tuvo un déficit operacional de ₡ 6.183.773.

328. Serrano, Op. cit., p. 13.

La situación económica de la Junta, que siempre fue estrecha, encontró algunos factores que menoscabaron su estabilidad. Uno de esos factores fue la entrada en vigencia de la Ley 1152, del 13 de abril de 1950, que obligó a la Junta a distribuir parte de sus rentas que dejaba su principal fuente de ingresos, la Lotería Nacional, entre las demás Juntas de Protección Social del país.³²⁹

Para que se diera esto, tuvo activa intervención el Ministerio de Salubridad Pública, ya que el órgano encargado de la distribución de esos fondos lo fue la recién estructurada Dirección General de Asistencia, adscrita a ese ministerio.

En el plano teórico, la medida era buena porque el propósito era mejorar las diversas unidades asistenciales disgregadas, a cambio de que se atendieran el mayor número de pacientes y así dejarían de remitirlos al Hospital San Juan de Dios, ya que se podían atender localmente. Sin embargo, esto no sucedió, porque los hospitales regionales y locales siguieron refiriendo sus pacientes al San Juan, en parte motivados por la excelente imagen que gozaba el hospital entre la población nacional. El mismo director, Dr. Peña Chavarría, ratificaba lo anterior al indicar:

“Quiero llamar la atención por las derivaciones económicas que el hecho tiene, sobre la hospitalización de enfermos de provincias y que creo que no guarda relación con lo que sinceramente esperábamos muchos de los que prodigamos la Ley 1152”³³⁰

Tuvo razón Peña al protestar, porque el número de pacientes para las siguientes décadas que ingresaron al hospital procedentes de otras provincias representaron casi hasta un 40%, siendo su manutención bastante costosa. Un ejemplo de esto muestra que para finales de 1950 la venta de Lotería dejó ganancias por ¢46.000.000, además en premios se pagaron ¢38.374.345, quedando una utilidad de ¢8.374.345. Valga señalar que al menos para el año 1951, sólo el Hospital San Juan de Dios tuvo un costo de operación de ¢7.089.882, por lo que la Junta, encabezada por don Alfredo Echandi, tenía que redoblar esfuerzos para lograr fondos que cubrieran todas las necesidades, incluyendo préstamos concedidos por la misma Caja Costarricense de Seguro Social.³³¹ Más aún, el mismo Subdirector del Hospital, Dr. Otto Valverde, para los primeros años

329. González Pacheco, *Op. Cit.* P. 352.

330. Junta de Protección Social de San José. *Informe.* 1955, p. 34.

331. González Pacheco. *Op. Cit.* P. 355.

de la década de 1970, ratificó la crisis al tener que gestionar ante autoridades de gobierno ingresos para contrarrestar los déficits.³³²

En un momento dado, la situación fue tan crítica, que el mismo auditor de la Junta, Lic. Jorge Salas, señalaba que para balancear las finanzas se había requerido reducir el gasto, prácticamente congelar salarios, prescindir de mejoras y compras de equipo hospitalario, ya que el incremento de las rentas era insuficiente en comparación con las necesidades.³³³ Lo de Salas era también evidenciado por el administrador del Hospital, Sr. Alfonso Figuer, quien indicaba que los ingresos provenientes de la Lotería no alcanzaban para cubrir los gastos para personal, conservación de edificios, construcciones y compras de equipo. También el Dr. José Manuel Quirce, Director del Hospital, acotaba en 1971 que la falta de recursos era un factor limitante, tanto más grave cuando el ejercicio de la medicina era muy elaborado y costoso, por lo que se necesitaba adquirir equipo y dar mejor preparación al personal médico, técnico y de enfermería.³³⁴

El mismo don Alfredo Echandi, en contra de su misma voluntad y criterio, reflexionaba sobre la necesidad de dar soluciones al respecto, incluyendo la posibilidad de un cambio en el manejo de los centros hospitalarios; y agregaba:

*“Con el único objeto de mencionar un dato que revelaba el recargo económico que soportaba la Junta, debe decirse que un Hospital como el San Juan de Dios que cuenta con 1.450 camas, cuesta ¢13.500.000, mientras que la Caja Costarricense de Seguro Social mantiene un presupuesto anual de ¢15.000.000 en atender solo el Hospital Central con 406 camas”.*³³⁵

Con las anteriores palabras, el Sr. Echandi estaba dejando el camino abierto a cualquier política que llevara al cambio, con tal de beneficiar al Hospital y sus pacientes, independientemente de aspectos ideológicos y filosóficos, ya que el entorno económico era más crítico si se toma en cuenta los gastos que ocasionaban la construcción del Hospital Antituberculoso (Blanco Cervantes), el Hospital Nacional de Niños y las nuevas instalaciones del Hospital Psiquiátrico en Pavas.

332. Entrevista con el Dr. Otto Valverde Acosta, enero 1995.

333. Junta de Protección Social de San José. *Informe*, 1954, p. 1.

334. Junta de Protección Social de San José. *Informe*. 1970-1971. P. 44.

335. Junta de Protección Social de San José. *Informe*. 1960-1961. P4.

Independientemente de lo anterior, pero de manera análoga, en Costa Rica, desde la década de 1950, se empieza a analizar y discutir sobre la falta de integración existente entre las diferentes instituciones que tienen relación con la atención de la salud en general, debido a su desarrollo disparejo e individual. Como resultado de eso, se argumentaba la duplicidad de servicios en que se incurriría y el desperdicio de recursos por falta de planes concretos bien delimitados.

Con respecto al anterior sentido, se dio un primer intento precisamente con el establecimiento de la Dirección y el Consejo Técnico de Asistencia Médico Social, con funciones asesoras y coordinadoras superiores. Estos entes no fueron bien aceptados por algunos grupos e, inclusive, llegaron a tener serias divergencias y disputas con las Juntas de Protección Social, principalmente con la de San José. Estas disputas se convirtieron en blanco de refriegas constantes entre los diversos estratos de presión y poder, aglutinados en las instituciones públicas encargadas de brindar servicios de salud. La prensa nacional fue el teatro y testigo de tan insidiosos altercados, dando reveladoras y punzantes declaraciones de los bandos en conflicto.³³⁶

Para finales de década de 1950, la empresa consultora hospitalaria norteamericana Gordon Friessen, realizó un estudio exhaustivo del sistema hospitalario nacional durante dos años, y puso al descubierto fallas a granel y recomendó la necesidad de integrar los servicios de atención médica en Costa Rica.³³⁷

Para los siguientes años, también se dieron planteamientos que sugirieron algún tipo de unificación hospitalaria, como la del Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier, forjador del Hospital Sin Paredes en Costa Rica.³³⁸

En concreto, el Dr. Ortiz señalaba la excelente labor histórica cumplida por las Juntas de Protección Social; sin embargo, la falta de contenido económico trastornaba la buena administración de los hospitales, hasta el punto de llegar a pagar salarios menores a los fijados por ley.

En relación con la Caja Costarricense de Seguro Social, Guier indicaba que vino a llenar una gran necesidad nacional de servicio a trabajadores y familiares, pero dejaba por fuera algunos grupos de trabajadores independientes y pequeños propietarios.

336. Hospital San Juan de Dios. "Album de Recortes Periodísticos, 1950-1955".

337. Empresa Gordon Friessen. *Informe General*, 1958, P. 195.

338. *Revista Médica de Costa Rica*, 1964, No. 339, pp. 13-14.

Sobre el Ministerio de Salubridad Pública, acotaba que había servido a la medicina preventiva en forma general, pero era insuficiente por no tener todos los recursos necesarios; además, no se había incorporado a un plan económico social completo que abarcara vías de comunicación, agua potable, educación y sanidad ambiental.

En cuanto al Instituto Nacional de Seguros, detallaba que sus planes eran de beneficio relativo a los accidentes de trabajo pero de servicio privilegiado, ya que omitía al resto de la población. Finalmente, el Dr. Ortiz Guier reseñaba que todas en conjunto habían llenado una necesidad nacional y, aún habiendo trabajado en descoordinación, habían brindado bienestar; pero Costa Rica, con su raquíta economía no podía resistir multiplicidad de servicios, por lo que la integración de los mismos, por niveles, que contemplaran la prevención, la curación y la rehabilitación, era de urgente necesidad, con el objeto de brindar una mejor salud física y mental a la sociedad.³³⁹

Posteriormente, las inquietudes propuestas sobre la integración de servicios tuvieron acogida en el credo político de la Administración de Don José Figueres Ferrer y su grupo de asesores e ideólogos socialdemócratas, tomando como punto de partida la decisión política que mandaba universalizar los seguros sociales, decretada en 1961.

Dentro de esto, la Ley 5349 de 1973 fijó las bases del traspaso de los establecimientos hospitalarios en general, a la Caja Costarricense de Seguro Social y que obviamente incluyó al Benemérito Hospital San Juan de Dios.

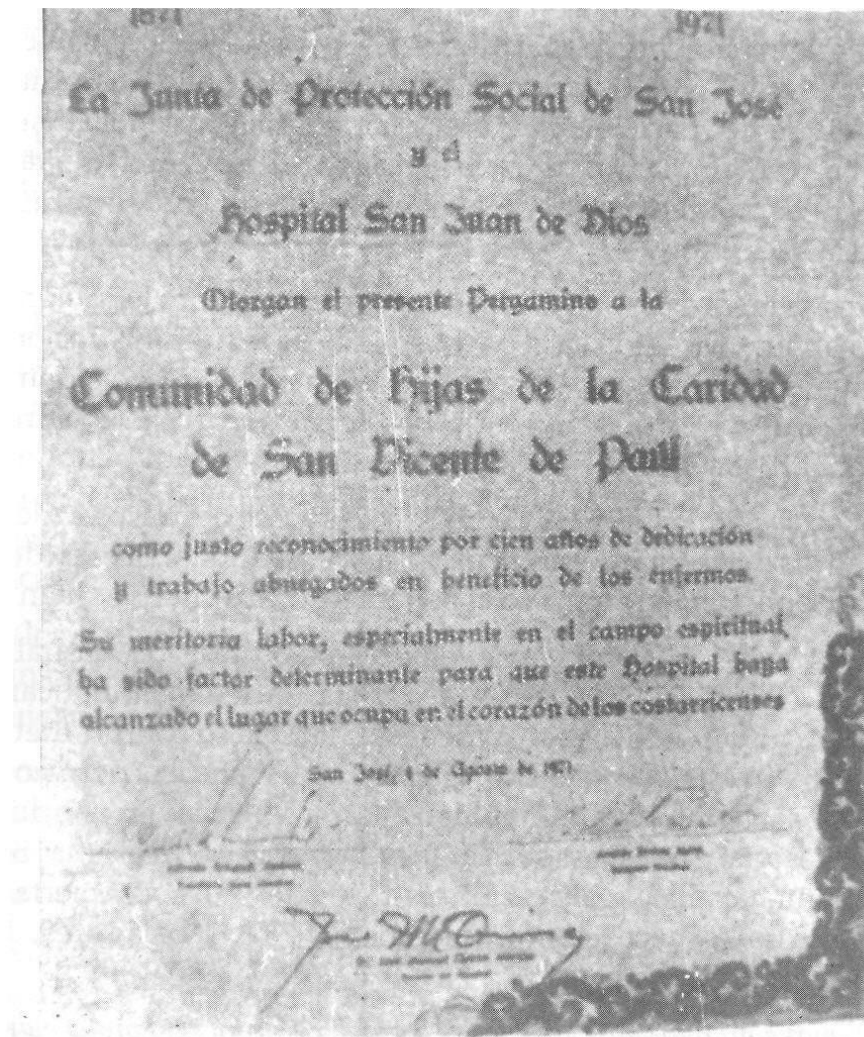
En 1974, se firmó el primer convenio de traspaso; le tocó casualmente al Lic. Alfredo Echandi, Presidente de la Junta, entregar simbólicamente el tradicional hospital de los costarricenses; la Caja se comprometía, entre otras cosas, a mantener por siempre su nombre histórico; pero no fue sino hasta el 1 de setiembre de 1977, luego de un plebiscito, en que definitivamente el Hospital es traspasado a la Caja Costarricense de Seguro Social. En aras de mantener el Hospital con su tradición de “Puertas Abiertas”, el Dr. Manrique Soto Pacheco, en representación de los trabajadores, dijo en el acto final de su entrega:

“Estamos aquí reunidos el día de hoy para celebrar un acto protocolario de honda satisfacción histórica en la vida de nuestro país, al cambiarse el sistema de prestación de servicios médicos que tradicionalmente han brindado al pueblo de Costa Rica los hospitales hasta hoy regentados por la Junta de Protección Social de San José, por un nuevo

339. *Loc. Cit.*

mecanismo de integración hospitalaria nacional con base en los lineamientos y métodos de trabajo y organización por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Es indudable que los tiempos cambian y con ello las necesidades de los pueblos varían en todas sus aspectos, razón por la cual no se puede mantener estáticos pero es importante reflexionar exhaustivamente los alcances de esos cambios, máxime cuando estos determinan un proceso que afecta a grandes masas de población.”³⁴⁰



*...nimo que será entregado en la ceremonia de hoy a las cinco
Reconocimiento que le hace la Junta de Protección Social a la comunidad de
las Hermanas de la Caridad por sus más de cien años de servir al Hospital*

340. Asociación Costarricense de Hospitales, *Revista Oficial*, No. 14, 1977, pp. 3-4.

4- EL DEPARTAMENTO DE FARMACIA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

La etapa más difícil después del traspaso del Hospital a la Caja, le tocó sopesarla al Director, Dr. Otto Valverde Acosta, quien había sustituido al Dr. Quirce Morales, en 1976.

La labor del Dr. Valverde se centró en armonizar los diferentes intereses y adaptar el Hospital a los sistemas de la Caja Costarricense de Seguro Social, es decir, que fue una etapa de encuentro y adecuación. Porque por mandato político una institución con 132 años de decretada y con características totalmente diferentes en cuanto a la prestación de servicios, ahora tendría que brindarlos bajo los modelos filosóficos y prácticos de la medicina social. Aspectos estos que no le eran nada novedosos, puesto que, aunque con diferente conceptualización, el Hospital San Juan de Dios había mantenido su atención y esmero vinculados a las necesidades del país y sobre todo en aras de favorecer al jornalero, al peón, la madre, el niño y en fin, a los más necesitados de la población.

Los primeros años de este encuentro, si se quiere, se caracterizaron por la indiferencia, tanto de parte de algunas autoridades de la Caja, como también por parte de muchos funcionarios del Hospital. El choque más candente se dio en el seno del cuerpo médico del Hospital, que a lo mejor sintió algún tipo de intromisión en sus intereses gremiales y particulares en relación con la praxis médica.³⁴¹

Algunos mandos de la Caja que no apoyaron la forma impulsiva de realizar el traspaso, argumentaron que este debió ocurrir paulatinamente y a largo plazo, previos y amplios estudios en el campo administrativo, técnico y financiero.³⁴²

Dentro de esta amalgama, quizá en lo que posiblemente más se notó afectado el Hospital y que en los siguientes años se confirmó, fue en lo relativo a su influencia política y de poder. ¿Razón? Después del traspaso, ningún médico del Hospital San Juan de Dios ha sido nombrado Presidente Ejecutivo de la Caja, así como también su influencia ha sido limitada a través del Ministro de Salud; mientras que, antes del traspaso, se podría afirmar que todos los Ministros de Salubridad estuvieron vinculados al Hospital San Juan de Dios.

341. Entrevista con el Dr. Otto Valverde. Enero 1995.

342. Entrevista con Olmedo González Robledo. Ex jefe de Cajas y Custodia de Valores de la CCSS, junio 1997.

Pese a la inconformidad mostrada por unos y otros, el camino ya había sido señalado, sin reparos por los gobiernos de la República, estimando que el traspaso era lo más conveniente para los intereses nacionales.

Sobre los primeros años del traspaso, las siguientes palabras emitidas por el Dr. Otto Valverde caracterizan tal situación; ya que eran dos grandes instituciones que se fusionaron para servir a la patria:

“El traspaso a la Caja Costarricense no fue una decisión fácil, ni fue aceptada por todos con entusiasmo en ambas partes diría yo, aunque sí por una mayoría de trabajadores que se manifestaron en un plebiscito donde renunciaron inclusive a las ventajas de una convención colectiva que los favorecía.

*Tampoco han sido fáciles los años de adaptación, sobre todo porque en ese período a la Caja le tocó sufrir, al igual que el resto del país, lo más dura crisis económica de la historia reciente, las necesidades del Hospital por lo tanto no han sido plenamente satisfechas, no obstante que se han hecho inversiones cuantiosas”.*³⁴³

Específicamente en el Departamento de Farmacia, para los primeros meses después del traspaso también se vio inmerso en esta coyuntura de choque y adecuación, ya la Lic. Cecilia Montero había dejado la jefatura en esos meses quedando la misma interinamente a cargo del Lic. Ronald Thompson, quien en primera instancia recibió la corriente del cambio. Posteriormente, es nombrada en esa posición la Dra. Elisa Espinoza Pérez, farmacéutica proveniente de la Caja, y quien se había desempeñado como directora de la Farmacia del Hospital Monseñor Sanabria y Subdirectora de la Farmacia del Hospital Dr. Calderón Guardia.

Desde su llegada, la Dra. Espinoza encontró resistencia debido a que tenía la difícil tarea de adecuar el Departamento de Farmacia, a las condiciones farmacéuticas que regían esta actividad por parte de la Caja Costarricense de Seguro Social. En términos generales, la panorámica que se presentaba no era halagüeña, situación ésta que había venido complicándose para los últimos meses antes del traspaso del Hospital por la expectativa e incertidumbre que provocó, incluyendo ciertos grados de desmotivación.

Por otro lado, la farmacia hospitalaria auspiciada por la Caja, la regulaban normas bastante disímiles en comparación con las que estipulaba la Junta, sobre todo en lo pertinente al control, trámites y métodos de trabajo.

343. *Revista Médica de Costa Rica*. 1989, No. 509. P. 139.

Para el período de traspaso, la actividad farmacéutica de la Caja, a manera de síntesis, estaba minuciosamente delimitada por una codificación compleja aplicada a los medicamentos, teniendo como punto de soporte el almacén general para su distribución. A su vez, para el almacenamiento, control y custodia de las existencias, el director de una farmacia debía ejercer acciones como:

- A. Mensualmente deben realizarse inventarios físicos de mercaderías mediante pruebas selectivas, a efecto de comprobar la coincidencia de las existencias físicas con los registros de tarjetas auxiliares.
- B. Las farmacias ponían en práctica un control detallado de existencias en bodega a través de las fórmulas respectivas, así los saldos físicos de existencias deberán coincidir con las cantidades anotadas en cada tarjeta. Estas cantidades, así como las existencias de recetario y los cupones de gasto, permitirán obtener la existencia total de la farmacia.
- C. Los medicamentos preparados para los pacientes que no eran retirados, debían ser reintegrados a las existencias.³⁴⁴

Para los informes de gastos de medicamentos, era fundamental la receta de hospitalización (609) en la cual se debía anotar datos muy claros como: servicio, piso, sala, número de cama, nombre y apellidos del paciente, número de asegurado, código, edad y fecha de ingreso. Los tres cupones de la receta tenían que ser llenados por los médicos, utilizándolos la farmacia para efectos contables. Lo mismo se hacía con la receta de consulta externa. (374)

Para el despacho de recetas a pacientes, el médico debe indicar un producto por cada cupón del documento, presentándose en la farmacia para hacer efectiva su entrega. Para el caso de la Consulta Externa, se retiran los medicamentos, previa presentación de la contraseña. En los cupones de las recetas, el médico debía anotar el nombre genérico del producto, cantidad en letras e instrucciones; además, en las cajas de medicamentos se incluía la clave del cuadro básico de medicamentos para lograr identificar aquellos productos que por circunstancias especiales provocaron reacción a algún paciente.

Los departamentos de Farmacia de la Caja, para esos años, daban prioridad a aspectos como:

- Clasificación de cupones para la sumarización del gasto
- Revisiones exactas de informes de gastos

344. CCSS. Sección de Farmacia. "Instructivo", 1977, p, 24.

- Auditoraje periódico
- Tarjeteros totales de inventario
- Informes sobre existencias
- Control estricto de materiales e instrumental
- Justificación de todos los movimientos del tarjetero
- Informes completos estadísticos
- Claridad en la correspondencia enviada y recibida.

Es indudable que la organización farmacéutica de la Caja era muy controlada, situación que lógicamente se justificaba al ser la Seguridad Social un sistema donde los fondos económicos provenían en su mayor parte de los patronos y los trabajadores; la fiscalización constante era una de sus características.

La Dra. Espinoza Pérez tenía la misión de articular en la Farmacia del Hospital, buena parte de la organización farmacéutica que prodigaba la Caja. Para esto, la Dra. Espinoza contó con un grupo de farmacéuticos encabezados por el Dr. Ronald Thompson, Iris Beckles, Iliana Hess, Carmen Morales, Herminia Somarribas y Marco Morera; además del personal necesario e importante de apoyo farmacéutico.³⁴⁵

Algunas de las inconsistencias encontradas por la Dra. Espinoza, señalaban retrasos para ciertos momentos en la entrega de medicamentos, falta de evaluación a los tratamientos y falta de regularidad del Comité de Farmacia.

La Farmacia de la Consulta Externa era muy estrecha, con únicamente dos ventanillas para atender al público, además contaba con dos mesas para la preparación de medicamentos y carecía de una infraestructura apropiada.

Sobre la Farmacia principal, la Dra. Espinoza describe parte de la misma de esta manera:

“Era una sola planta con una división para las secretarías. Tenía un sótano donde se mantenían líquidos, (alcohol, agua oxigenada, etc.) que eran transvasados a galones para repartir en los servicios de enfermería. No había la estantería necesaria, situación que se prestaba para la fuga de medicamentos, además, no existían manuales y planes que guiaran

345. Entrevista con la Dra. Elisa Espinoza Pérez, CCSS. Septiembre de 1997.

*a la farmacia y el mismo control de las existencias. También no se cumplían las normas establecidas para solicitar los diversos pedidos y la forma de cómo se debía llevar el gasto.*³⁴⁶

La Dra. Espinoza, en contra de muchos factores tradicionales, realizó los esfuerzos que estuvieron a su alcance, en compañía de algunos de sus colaboradores, para definir aspectos como: capacitación y entrenamiento del personal de acuerdo con las normas de la Caja, distribución de horarios con base en volúmenes de trabajo, asignación clara de funciones, recalificación del personal, creación de regencia nocturna y capacitación en Farmacia Clínica.

En lo concerniente a la Farmacia de Consulta Externa, ésta se amplió y se hizo una sala de espera, se dispusieron más ventanillas, se utilizó un equipo de sonido y se colocaron relojes, entre otras cosas. En la Farmacia principal se remodelaron bastantes sitios, se dotó de mejor estantería y también se aplicó el Cuadro Básico de Medicamentos que utilizaban las dependencias de la Caja Costarricense de Seguro Social.

En concreto, el paso de la Dra. Espinoza por la Farmacia, a pesar de sus conocimientos y buenas intenciones, fue muy azaroso, por las circunstancias imperantes, sin embargo en su período se acentuaron algunos semblantes como:

- A. Participación inicial y final de los profesionales farmacéuticos en los procesos.
- B. Se comenzó a entrenar empleados para llevar la contabilidad de las recetas.
- C. Se acomodaron los medicamentos con base en lo establecido por la auditoría de la Caja Costarricense de Seguro Social.
- D. Se empezaron a elaborar informes constantes para: auditoría, bioestadísticas, oficinas intrahospitalarias.
- E. Se establecieron programas de información de medicamentos para médicos y enfermeras.
- F. Se establecieron relaciones más directas y de cooperación para con los cursos de enseñanza de los estudiantes de la Escuela de Farmacia.

346. *Loc. Cit.*

G. Se reactivó el Comité de Farmacoterapia.

H Se estableció comunicación constante con el comité de infecciones del hospital, el consejo técnico, la administración y el consejo de dirección, así como otras dependencias de la Caja Costarricense de Seguro Social.³⁴⁷

Finalmente, se puede indicar, a manera de síntesis, que el legado más positivo de la gestión realizada por la Dra. Elisa Espinoza fue dejar el camino abierto para la posterior consolidación de la actividad farmacéutica dentro del nuevo marco institucional.



Dra. Elisa Espinoza, exjefe del Departamento de Farmacia

347. *Loc. Cit.*

Título IX

EL DESARROLLO FARMACÉUTICO DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS EN LA SEGURIDAD SOCIAL. SEGUNDA ETAPA: DE CONSOLIDACIÓN Y EXTENSIÓN

1- MARCO DE REFERENCIA

El ciclo de mayor auge en cuanto a la actividad farmacéutica en el Hospital San Juan de Dios ocurrió en el período comprendido entre 1985 y 1996, precisamente cuando el impacto del traspaso fue cediendo paulatinamente y así se dio paso a una coyuntura excepcional para el desarrollo de la farmacia dentro de la Caja Costarricense de Seguro Social, y en momentos en que las enfermedades del aparato circulatorio, el aparato respiratorio, los accidentes de tránsito y el cáncer se acentúan notablemente; así como se acentúa la medicina de especialidades, subespecialidades, microespecialidades y los trasplantes de órganos.

Las razones que mediaron para lograr esa transformación estructural del movimiento farmacéutico intrahospitalario fueron de diversas índole, coincidiendo con la llegada de la Dra. Nuria Montero Chinchilla a la dirección del Departamento de Farmacia, a fines de 1984, siendo la abanderada e impulsora del cambio.

La Dra. Montero venía precedida de amplia experiencia en materia farmacéutica contemplada en las dependencias de la Caja, ya que había laborado en el Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera, el Hospital México, la Clínica de Cañas y por último en el Hospital Dr. Enrique Baltodano, de Liberia.³⁴⁸ Aparte de su experiencia acumulada, se debe agregar que dicha profesional llegaba en un momento oportuno para plasmar en la práctica sus conocimientos en la dirección de una farmacia en el Hospital San Juan de Dios; camino que también habían forjado sus antecesoras.

La Dra. Montero Chinchilla, consciente de lo que significaba dirigir una farmacia con los volúmenes de trabajo que representaba ésta, alternativamente tuvo la virtud de realizar estudios académicos dentro del ámbito gerencial de servicio de salud. De esta forma, la jefa de la Farmacia

348. Hospital San Juan de Dios, Entrevista con la Dra. Nuria Montero, septiembre 1997.

complementa, para la buena marcha del servicio, dos aspectos fundamentales: por un lado, sus conocimientos farmacéuticos, y por el otro, sus conocimientos gerenciales, teniendo como herramientas prioritarias de trabajo conceptos de vanguardia en planificación, administración, dirección, presupuesto, organización y evaluación, entre otros.

Para implantar los sistemas que la Dra. Montero pretendía, contó con la colaboración necesaria del personal de apoyo, lo mismo que el de sus propios colegas y subalternos, entre los que se pueden mencionar los siguientes:

- Ronald Thompson Morgan, Subjefe
- Flory Morera Villalobos
- Marta Gamboa Godínez
- Carmen Morales Mora
- Iris Bechles Pereira
- José Cruz Ramírez
- Lilian Sánchez Araya
- Auxiliadora Leiva Brenes
- Sombra Varela Lizano
- Edgar Domine Picado
- Roda Vindas Durán
- Maruja Chan Wong
- Ginette Castro Murillo
- Nilo Guzmán Ortiz
- Saday Sáenz Vega.³⁴⁹

Desde su llegada al Hospital, la Dra. Montero se propuso ordenar la actividad farmacéutica utilizando para ello diferentes medios entre los que se destacan el consejo de Dirección y el Consejo Técnico, ambos órganos principales asesores para el hospital a nivel local. Una muestra de eso se da en el mismo mes de diciembre de 1984, cuando el Consejo Técnico fue testigo de

349. Hospital San Juan de Dios, Departamento de Farmacia, Libro de Correspondencia, 1984 y 1985.

algunos criterios expuestos con firmeza por la nueva directora de la Farmacia.³⁵⁰

Efectivamente, desde hacía algunos meses, se estaba presentando una incongruencia entre las cantidades reales de consumo de medicamentos en relación con el despacho que efectuaba el Almacén General de la Caja. ¿Razón? Pues, la Contabilidad de la Farmacia venía trabajando con algunos meses de retraso, además algunas recetas que se prescribían para los pacientes de Consulta Externa y Hospitalización, no se hacían en las fórmulas correspondientes de cada área, lo que traía como consecuencia un desbalance que afectaba integralmente al hospital y al presupuesto.

La Dra. Montero, con atino, convenció al cuerpo médico de la problemática, sugiriendo la ordenanza que se debía seguir. Lo mismo con algunas medidas que se debían tener en cuenta para las recetas de inyectables y de otros servicios. Su estrategia estaba basada en poner en orden los presupuestos,

“Porque si las cuentas no van correctas los datos no van correctos, entonces la consecuencia es menos medicamentos para el hospital.”³⁵¹

En síntesis, desde un principio la Dra. Montero se interesó en regular convenientemente las relaciones farmacéuticas en el hospital, esto incluyó utilizar los canales de comunicación e información necesarios para mejorarlas. El proceso de cambio que comenzó esta funcionaria lo explica mejor el Dr. Otto Valverde, Director del Hospital, al señalar lo siguiente:

“Debo felicitar a la Dra. Nuria Montero por la labor que ha hecho en la Farmacia, ya que realmente se ha visto una mejoría muy grande, de atención de las recetas en el despacho de medicamentos y yo creo que merece todo el apoyo y colaboración de todos nosotros. La Dra. Montero ha tenido una característica muy especial además de su entusiasmo, conocimiento y su capacidad de organización.”³⁵²

La Dra. Montero ya desde los primeros años de su labor (1985-1990) incluyó para la actividad farmacéutica aspectos como: metas, objetivos, necesidades de activos y recursos humanos, presupuestos por partidas y programas especiales. En su forma de perfilar la farmacia del hospital, los objetivos por sí solos planteaban un cambio estructural para el derrotero

350. Hospital San Juan de Dios, Dirección General, Acta No. 525-84 del Consejo Técnico.

351. *Loc. cit.*

352. *Loc. Cit.*

farmacéutico, rompiendo algunos esquemas tradicionales de ese quehacer profesional. Dentro de esos objetivos sobresalen los siguientes:

- A. Implementar, desarrollar y consolidar el sistema de distribución de medicamentos que permita garantizar la seguridad, eficacia, efectividad y rapidez en la administración de medicamentos al paciente hospitalizado. El sistema propuesto es la dispensación de medicamentos para 24 horas.
- B. Implementar, desarrollar y consolidar a corto plazo las farmacias satélites.
- C. Disminuir el tiempo de espera en el despacho de las recetas de consulta externa, además de mejorar la dispensación de medicamentos para dicho grupo de pacientes.
- D. Implementar, desarrollar y consolidar programas de instrucción a pacientes sobre uso y manejo de medicamentos tanto en consulta externa como en hospitalizados.
- E. Implementar y desarrollar un servicio de farmacia oncohematológica a través de un programa de atención integral al paciente usuario.
- E. Implementar y desarrollar un efectivo programa de educación en servicio tanto para el personal profesional como para el no profesional.
- G. Implementar y desarrollar un efectivo programa de farmacocinética clínica, a través de la participación de un comité multidisciplinario.
- H. Implementar y desarrollar un Centro de Información de Medicamentos.
 - 1. Implementar en el hospital un Comité de Farmacia y Terapéutica.
- J. Desarrollar un programa efectivo de información gerencial (suministros, costos, presupuestos, aspectos técnicos y clínicos) que permita mejorar la toma de decisiones con respecto a aspectos fundamentales.³⁵³

Con base en lo anterior, definitivamente queda claro el programa en general ambicioso que tenía en sus planes la Dra. Montero para beneficio del paciente. Pero, ¿de dónde provenían esas corrientes novedosas de hacer farmacia hospitalaria en Costa Rica?

Esas corrientes novedosas se habían puesto en práctica en Costa Rica primeramente en el Departamento de Farmacia del Hospital de Niños, a cargo de la Dra. Aurea Vargas Bonilla,

353. Hospital San Juan de Dios, Departamento de Farmacia, *Informes 1987, 1988, 1989*.

quien, capacitándose en los Estados Unidos de Norteamérica pudo implantar en ese hospital el modelo de distribución de medicamentos por 24 horas por unidosis, información de medicamentos, farmacia de piso y farmacia clínica. Modelos estos que venían tomando cuerpo en dicho país desde la década de 1960 y a los cuales tuvo acceso la Dra. Montero en su estadía en el Hospital Nacional de Niños.³⁵⁴

Posteriormente, a nivel nacional se incrementaron los esfuerzos a partir de 1987, para ser una realidad constante los nuevos enfoques y plasmándose en los Cursos Regionales de Administración de Farmacia Hospitalaria impartidos en el Centro de Desarrollo Estratégico e Información en Salud y Seguridad Social, y con fuerte influencia española.

A estos cursos regionales se le deben mucho el cambio estructural de la forma de hacer Farmacia en Costa Rica, uniéndose en un sólo bloque para realizar esa capacitación las siguientes instituciones:

- Caja Costarricense de Seguro Social
- Facultad de Farmacia de la Universidad de Costa Rica
- Agencia Española de Cooperación Internacional
- Colegio de Farmacéuticos
- Organización Panamericana de la Salud
- CENDEISSS.

De estos cursos se enriquecieron muchos farmacéuticos costarricenses entre los que se encontraban el grupo del Hospital San Juan de Dios, encabezados por la Dra. Nuria Montero y sus compañeras como: Maruja Chan, Ginnett Castro, Marta Gamboa, Saday Sáenz y otras que, con el tiempo, se han incorporado al Departamento de Farmacia como las Farmacéuticas Ileana Chavarría, Ana Patricia Solís, Gissele Thuel, Noemi Gutiérrez, Angela Fernández, Jetty Monge, Erika Unfried y otras. Indudablemente, con esfuerzos comunes en su conjunto han podido implementar en la farmacia del Hospital San Juan de Dios los sistemas descritos innovadores, contando con la colaboración de acuerdo a las posibilidades existentes primeramente por parte del Dr. Otto Valverde, y luego a partir de diciembre de 1992, por parte del director del hospital,

354. Organización Panamericana de la Salud, *Manual para la Administración de Farmacias Hospitalarias*. 1989, p. 149.

Dr. Manrique Soto Pacheco y los administradores señores: Carmelo Alvarez, Antonio Masis y Adolfo Cartín.

La justificación primordial de este cambio se fundamentó así: “El rápido avance de la investigación científica y la consecuente aplicación de nuevas tecnologías ha desencadenado una realidad actual de profunda complejidad en la farmacoterapéutica, ya que el farmacéutico, como especialista en drogas, comparte la responsabilidad de la racionalización en el uso de los medicamentos; además la prestación de sus servicios se ha visto también comprometida en la diferenciación de actividades cada vez más especializadas.”³⁵⁵

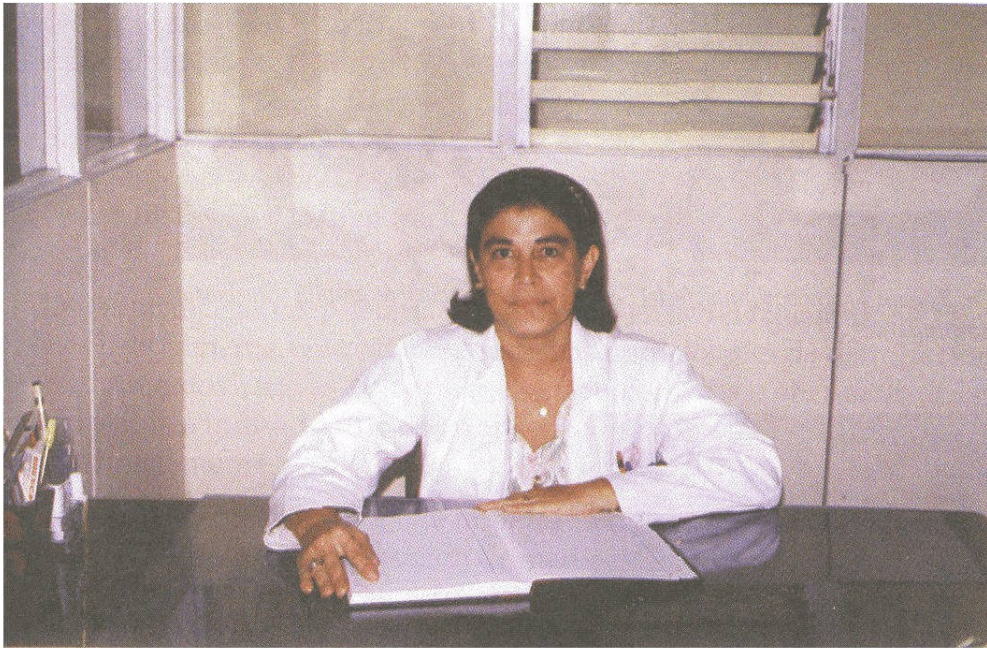
La estructura, por tanto, impulsada por la Dra. Nuria Montero y compañeros del Servicio de Farmacia se centralizará en los postulados farmacéuticos fundamentales como:

- A. La selección de medicamentos necesarios para el hospital con la participación activa del servicio de farmacia.
- B. Adquisición, conservación y control de medicamentos seleccionados, cuidando que siempre se disponga de la existencia necesaria y evitando el almacenamiento de cantidades excesivas.
- C. Instauración de un sistema racional de medicamentos que asegure que el medicamento prescrito llegue al paciente al que va destinado, en la dosis correcta y en el momento indicado, y que proporcione un método que permita conocer en todo momento las pautas de tratamiento del paciente.
- D. Implantación de un sistema de información de medicamentos que proporcione datos objetivos al paciente en relación con los tratamientos que le prescriban.
- E. Brindar servicios de farmacocinética clínica con la finalidad de optimizar la terapia de pacientes y mejorar la relación riesgo-beneficio en el tratamiento con fármacos de toxicidad elevada.
- F. Participación en programas de farmacovigilancia destinados a detectar, recopilar y evaluar reacciones adversas producidas por los medicamentos.

355. CCSS, Cendeiss, Primer Curso Regional de Administración de Farmacia Hospitalaria, 1987, p. 1.

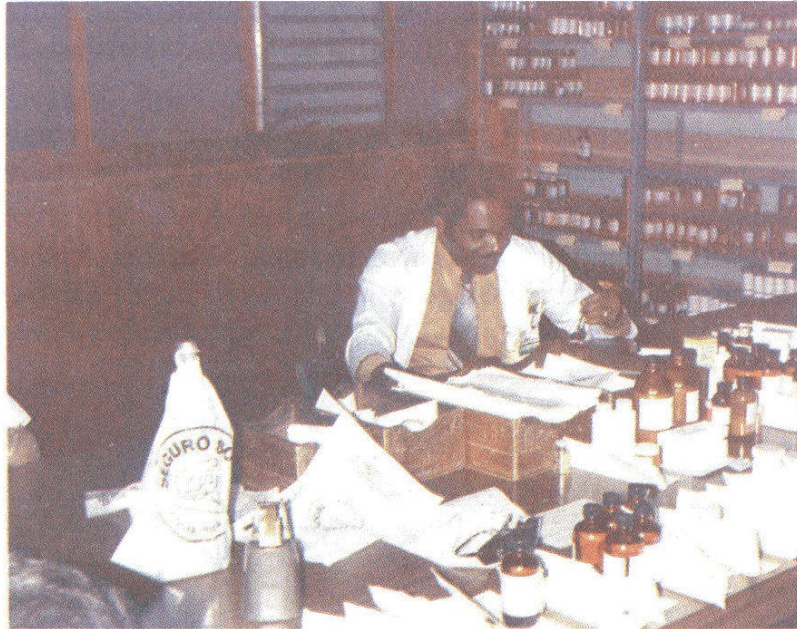
Carlos Eduardo González Pacheco

- G. Capacitar a los farmacéuticos en áreas específicas e implementar programas de cómputo que permitan agilizar la contabilidad, la estadística, inventarios y bodegas.
- H. Ofrecer programas docentes de alta calidad para internos universitarios de farmacia, estudiantes de cursos de capacitación y postgrado de farmacéuticos.
- I. Compra y dotación de libros y revistas actualizadas de alta complejidad científica, farmacéutica y farmacológica.



Dra. Nuria Montero Chinchilla, Jefe de la Farmacia y gestora de los logros producidos

Evolución histórica de la farmacia del Hospital San Juan de Dios



Dr. Ronald Thompson, subjefe del Servicio de Farmacia y de amplia trayectoria hospitalaria



El funcionario Rafael Salazar distribuyendo medicamentos en los casilleros de la farmacia de consulta externa

2- LOGROS CONCRETOS

El cambio estructural de la actividad farmacéutica impulsado activamente por la Dra. Nuria Montero tuvo como principal objetivo el implantar y desarrollar el sistema de distribución de medicamentos para 24 horas.

Para poner en práctica este sistema de dispensación de medicamentos fue necesario la consolidación de tres soportes fundamentales: las dosis unitarias, las farmacias satélites o de piso y la información de medicamentos.³⁵⁶

A nivel hospitalario un sistema de distribución de medicamentos es un proceso que abarca el movimiento del medicamento desde que ingresa la solicitud del mismo al servicio de farmacia, hasta su administración al paciente. Esto es secundado por la dispensación, que es el acto farmacéutico asociado a la entrega y distribución de los medicamentos con las consecuentes prestaciones específicas, como el análisis de la orden médica, la buena utilización y la preparación de la dosis que se debe administrar al paciente.³⁵⁷

En las farmacias hospitalarias en general y en la del Hospital San Juan de Dios propiamente, coexistían los sistemas tradicionales de distribución de medicamentos a través de las unidades de enfermería o por medio de las prescripciones individualizadas transcritas y las prescripciones individuales directamente.

Estos procesos fueron los que imperaron por muchos años, hasta que emergió el sistema de distribución de medicamentos por dosis unitarias para 24 horas. Históricamente, este sistema tomó fuerza para finales de la década de 1950 basado en los siguientes puntos:

- A. Consecución de una mayor seguridad en la propia dispensación por disminuciones en el número de errores de medicación.
- B. Era el mejor camino en el cual el farmacéutico aportaba más a las funciones hospitalarias con un mayor protagonismo en la clínica.

En los Estados Unidos, Heard evidenció en 1958 un método en que el servicio de farmacia podía recibir una copia de las prescripciones médicas para preparar la medicación de cada paciente hospitalizado, identificando de esta forma las fuentes principales de errores y

356. Hospital San Juan de Dios, Departamento de Farmacia, doc. 110-87.

357. CCSS, Cendeisss, *Sistema de Distribución de Medicamentos*, San José, 1996, p. 7.

proponiendo la solución adecuada, sugiriendo que los farmacéuticos hospitalarios controlaran la administración de los medicamentos por medio de las enfermerías y lográndose un control sobre el ciclo completo de la terapéutica.

En 1961, Heller y Franke compararon los sistemas tradicionales con los nuevos sistemas de distribución por dosis unitarias tomando en cuenta análisis de costo beneficio y proponiendo que los farmacéuticos debían de preparar dosis de medicamentos individualizándose para cada paciente.

En 1962, Baber y Mac Cornell de la Universidad de Florida, mediante estudios profundos comprobaron errores en la administración de medicamentos; situación que fue corroborada en 1963, en la Revista American Journal of Hospital Pharmacy, al hacer énfasis en la incidencia de los errores de medicación.

Entre 1964 y 1966, Blach y Tester continuaron los estudios sobre los sistemas de distribución de los medicamentos por dosis unitarias en forma descentralizada (farmacias satélites) marcando el acercamiento del farmacéutico con los servicios clínicos y demostrando el papel del farmacéutico como consultor.

Los estudios sobre el nuevo sistema continuaron en la década de 1970 e inicios de 1980, llegándose a la conclusión general que es el sistema que ofrece mayor seguridad, control y eficacia a la hora de administrar los medicamentos a los pacientes.³⁵⁸

¿En qué consiste este sistema denominado S.D.M.D.U.?

De acuerdo con el Dr. Joaquín Bonal, quien ha desarrollado este sistema en España y con mucha influencia para los países latinoamericanos en farmacia clínica, el S.D.M.D.U. consiste en:

“Suministrar a cada paciente el número de dosis necesarias y prescritas para un período de 24 horas. La forma de llevarlo a cabo dependerá de las características y circunstancias específicas de cada hospital, pero los principales beneficios que se consiguen para el paciente son:

*Importante disminución en los errores de medicación.
La orden médica de tratamientos es ejecutada con mayor prontitud.
El control de costos de los medicamentos más estricto.*

358. Ibid. P. 13-15.

*La enfermera emplea menor tiempo en funciones administrativas, lo cual incrementa la atención más propia en cuidados de enfermería para el paciente”.*³⁵⁹

Tampoco se concibe la dosis unitaria con un fin en sí mismo, sino como un medio para llevar a cabo un sistema racional de distribución de medicamentos, que es la base fundamental para desarrollo de la farmacia clínica. En este sentido, la Asociación Americana de Farmacéuticos de Hospitales le nota al sistema las siguientes ventajas:

- A. Disminuye el número e incidencia en los errores de medicación.
- B. Permite una dedicación más eficiente de farmacéuticos y enfermeros en cuanto a la asistencia del paciente.
- C. Proporciona un mayor control y la monitorización del medicamento.
- D. Permite una exacta facturación del costo.
- E. Disminuye el “stock” de medicamentos en los diversos servicios de hospitalización.
- F. Hay adaptabilidad de información.
- G. El farmacéutico interpreta la orden médica.
- H. Se preparan las dosis exactas de cada medicamento para cada paciente.
- I. El farmacéutico se integra en el equipo asistencial, consiguiendo incidir en la racionalización de los medicamentos.
- J. Aumenta la seguridad y la calidad terapéutica por paciente.³⁶⁰

El objetivo de todo sistema de distribución de medicamentos debe ser precisamente la seguridad en la distribución de los medicamentos. Esto se logra estableciendo a su vez, un programa de garantía y control de calidad que asegure que el medicamento prescrito llegará al paciente indicado, a la hora precisa y oportuna. En este sentido, también los sistemas de distribución por dosis unitarias contemplan aspectos relevantes como:

- A. Proveer mayor seguridad y adecuación en el uso de las drogas.
- B. Liberar la mayor cantidad de tiempo de enfermería.
- C. Hacer un sistema más responsable de acuerdo con las necesidades.

359. CCSS, Cendeisss: *Primer curso Regional de Administración de Farmacia Hospitalaria*, 1988. P 196.

360. CCSS, Cendeisss, Op. Cit. P. 17.

- D. Utilizar al farmacéutico en toda su capacidad.
- E. Racionalizar la terapéutica farmacológica.
- F. Establecer seguimiento de los tratamientos suministrados.
- G. Almacenar los medicamentos bajo condiciones que mantengan su calidad.
- H. Optimizar el manejo de inventarios mediante procedimientos que prevengan, tanto la escasez como el exceso de existencias.
- I. Mantener registros precisos de inventarios.
- J. Reducir al mínimo la pérdida de medicamentos.³⁶¹

Con base en las referencias teóricas y metodológicas antes citadas, desde la llegada de la Dra. Montero a la dirección de la Farmacia del Hospital San Juan de Dios, se dispuso hacer los esfuerzos necesarios para instaurar los nuevos sistemas y sobre todo insertar el farmacéutico a la farmacia clínica definitivamente. Este proceso de cambio empezó desde 1985, a pesar de las limitaciones económicas y de recursos humanos profesionales con que se contaba. Sin embargo, con el transcurrir de los años, se ha ido generalizando a tal punto, que para la mitad de la década de 1990 se encuentra totalmente consolidado y en vías de expansión notable ya en la alborada del siglo XXI.

Dentro de la coyuntura temporal comprendida entre 1985-1996, el equipo científico y de apoyo farmacéutico del hospital, ha logrado cambios extraordinarios para la ejecución de las actividades farmacéuticas, con los errores obvios mínimos producto de la adaptación a esos cambios.

Entre los principales logros erigidos durante la gestión realizada por la Dra. Montero Chinchilla se destacan los siguientes:

1. Distribución de recetas para 24 horas en la unidad de cuidados intensivos (1985).
2. Preparación de unidosis para nutrición parenteral y mezclas intravenosas (1986).
3. Preparación de unidosis de quimioterapia para hospitalización (1986).
4. Farmacia satélite especializada de oncohematología (1987) y unidosis de quimioterapia para consulta externa y dispensación de recetas de Consulta Externa (1988).

361. *Ibid.* P. 19 y 20.

5. Farmacia de piso o satélite para la sección de medicina para atender 115 camas (1990).
6. Sistema de distribución de medicamentos para 24 horas para la totalidad de camas de la Sección de Medicina (1991).
7. Farmacia satélite y distribución de medicamentos para 24 horas en Cirugía (1993).
8. Farmacia satélite para medicina en el Hospital Dr. Blanco Cervantes (1994) por traslado.
9. Centro de información de medicamentos (1994) con la siguiente producción:
 - Consultas
 - Boletines
 - Información constante de farmacoterapia
 - Pasantías y docencia
 - Ingresos para pacientes
 - Programa de educación a pacientes
 - Coordinación de estudios de utilización de medicamentos
 - Charlas al personal de equipos de salud.
10. Creación y rotación de salud comunitaria entre el internado de farmacia clínica (1996).
11. Pendientes a ejecutarse
 - Apertura de farmacias satélites en Cirugía (lado este), Emergencias y Sección de Gineco-obstetricia.
 - Apertura del consultorio farmacológico.
 - Reestructuración de la farmacia de Consulta Externa.

Para la nueva estructura farmacéutica merecen mención especial las farmacia satélites o de piso. Por tal razón y a manera de ilustración, se reseñará parte del proyecto para instalarla en la Sección de Medicina, ya que fue una de las primeras en entrar un funcionamiento sirviendo como modelo para las demás. El proyecto de implantar esa farmacia fue de autoría de la misma directora de la farmacia, Dra. Montero, basándose en que la centralización de los servicios farmacéuticos traía como consecuencia inmediata la acumulación de trabajo, con el consecuente

retraso en el despacho de prescripciones a los pacientes hospitalizados, además de que el sistema de distribución de medicamentos se veía afectado por las distancias de la planta física del hospital y la farmacia principal, el excesivo volumen de trabajo y el déficit de personal profesional.

Lo anterior traía como consecuencia que la distribución de medicamentos no fuera del todo segura, ni controlada, ni oportuna para pacientes, personal médico y de enfermería, a su vez, los principios de las farmacias centralizadas eran muy impersonales debido al poco contacto con el paciente y el equipo de profesionales de la salud, no permitiendo una integración efectiva del farmacéutico al equipo asistencia, inclusive, la jefe de la farmacia indicaba que:

“Los servicios farmacéuticos centralizados actuales no permiten a la farmacia priorizar en forma objetiva y oportuna el despacho de recetas. Se debe tomar a consideración de que a pesar de existir secciones del hospital que requieren del despacho de pocos medicamentos, estos duran mucho tiempo para ser suministrados, debido a que todas las prescripciones se confunden con un solo proceso.

La situación anterior provoca que el personal de enfermería guarde en cada servicio grandes cantidades de medicamentos, por lo que se puede decir que en cada puesto de enfermería hay una pequeña farmacia donde los medicamentos son almacenados, administrados y manejados sin seguir las normas legales, administrativas y científicas establecidas. ³⁶²

Con base en la problemática descrita, con la implantación de la farmacia satélite se lograría atender el despacho de todas las recetas de los pacientes hospitalizados en esa sección, descongestionándose la farmacia central y haciendo los procesos más rápidos, controlados y eficaces.

También permitirá la integración del farmacéutico al equipo asistencial, lográndose aprovechar mejor sus conocimientos y destrezas y disminuyendo los costos de medicación.

El proyecto en cuestión que funcionaría bajo el sistema de distribución por 24 horas fue aceptado por las autoridades del hospital teniendo como propósito prioritario el brindar los siguientes servicios:

362. *Primer Curso de Administración de Farmacia Hospitalaria*. Implementación de una Farmacia de Piso para la Sección de Medicina del Hospital San Juan de Dios, Elaborado por: Dra. Nuria Montero. Cendeiss, 1988, p. 3,4.

- A. Despacho de recetas a pacientes con salida.
- B. Revisión y aprovisionamiento diario de medicamentos y de carro de emergencia.
- C. Evolución de consultas sobre medicamentos para el personal de la sección.
- D. Participación del farmacéutico y estudiante de Farmacia en la educación integral del paciente.
- E. Instrucciones a pacientes hospitalizados o con salida, sobre dosis y manejo de medicamentos.³⁶³

Sobre este sistema que se fue generalizando paulatinamente en el Hospital San Juan de Dios, las farmacéuticas Zaday Sáenz y Lidiette Salas señalaron, en 1995, que el sistema de distribución de medicamentos por dosis unitarias para 24 horas que nació en los Estados Unidos revolucionó la prestación de los servicios farmacéuticos por las ventajas que posee. Además, este sistema ha sido implementado en muchos países, entre los que se encuentra Costa Rica. En cada país y cada hospital se puede adaptar de acuerdo a los recursos y características del medio.

Ambas funcionarias indicaron que en Costa Rica este sistema se ha implementado en casi todos los hospitales nacionales y regionales, y que en el Hospital San Juan de Dios se logró la cobertura total de los pacientes hospitalizados a inicio de 1995, contando para ello con una farmacia central y tres farmacias satélite. Se dispensan medicamentos para 688 camas a cargo del personal farmacéutico y auxiliares.

Las Dras. Sáenz y Salas finalmente sobre las bondades del sistema instaurado mencionaron que:

“Reviste características especiales con respecto a otros centros hospitalarios, la transcripción de los medicamentos al perfil farmaterapéutico es realizada por farmacéuticos o estudiantes de Farmacia, el acopio de medicamentos lo realiza el personal auxiliar. La entrega del carro de medicación a enfermería es efectuado en el horario preestablecido, en donde un farmacéutico y la enfermera revisan las indicaciones de los medicamentos anotados en el cardex de enfermería, versus las indicaciones de las recetas transcritas al perfil.”³⁶⁴

363. *Ibid.* P. 23.

364. Lidiet Salas y Saday Sáenz. *Sistema de distribución de medicamentos por dosis unitarias*. Una propuesta de Evaluación. Cendeiss, 1995, p. 3.

**Hospital San Juan de Dios.
Dispensación de recetas según áreas
Servicio de Farmacia. (1985-1994)**

Año	Consulta Externa	Hospitalización	Urgencias	No. de Recetas
1985	525.688	327.649	177.873	1.031.132
1986	498.225	315.005	162.923	976.153
1987	492.313	354.076	167.110	1.013.499
1988	509.226	400.835	155.808	1.065.869
1989	512.133	404.691	131.091	1.047.915
1990	518.181	424.170	143.592	1.077.943
1991	517.644	458.754	148.746	1.125.004
1992	538.789	481.255	164.960	1.185.004
1993	538.601	489.367	174.972	1.202.948
1994	549.579	466.321	137.792	1.153.692

Fuente: Informe. Servicio de Farmacia 1995.

**CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
SERVICIO DE FARMACIA**

BOLETÍN

**CENTRO DE INFORMACIÓN DE
MEDICAMENTOS**

TEL/FAX 223-6854 2576282 EXT. 468, 426
<http://cariari.ucr.ac.cr/~patologi/index.html>

OCTUBRE 1997



N° 3

CONTENIDO

- **Generalidades de los Estrógenos.**
- **Disfunción sexual y fármacos.**
- **Comunicación del Comité Local de Farmacoterapia**

*Ejemplo sobre la información de medicamentos
que brinda el Departamento de Farmacia*



Dra. Patricia Solís y el señor Randal Calderón de la Farmacia satélite de Cirugía y Medicina



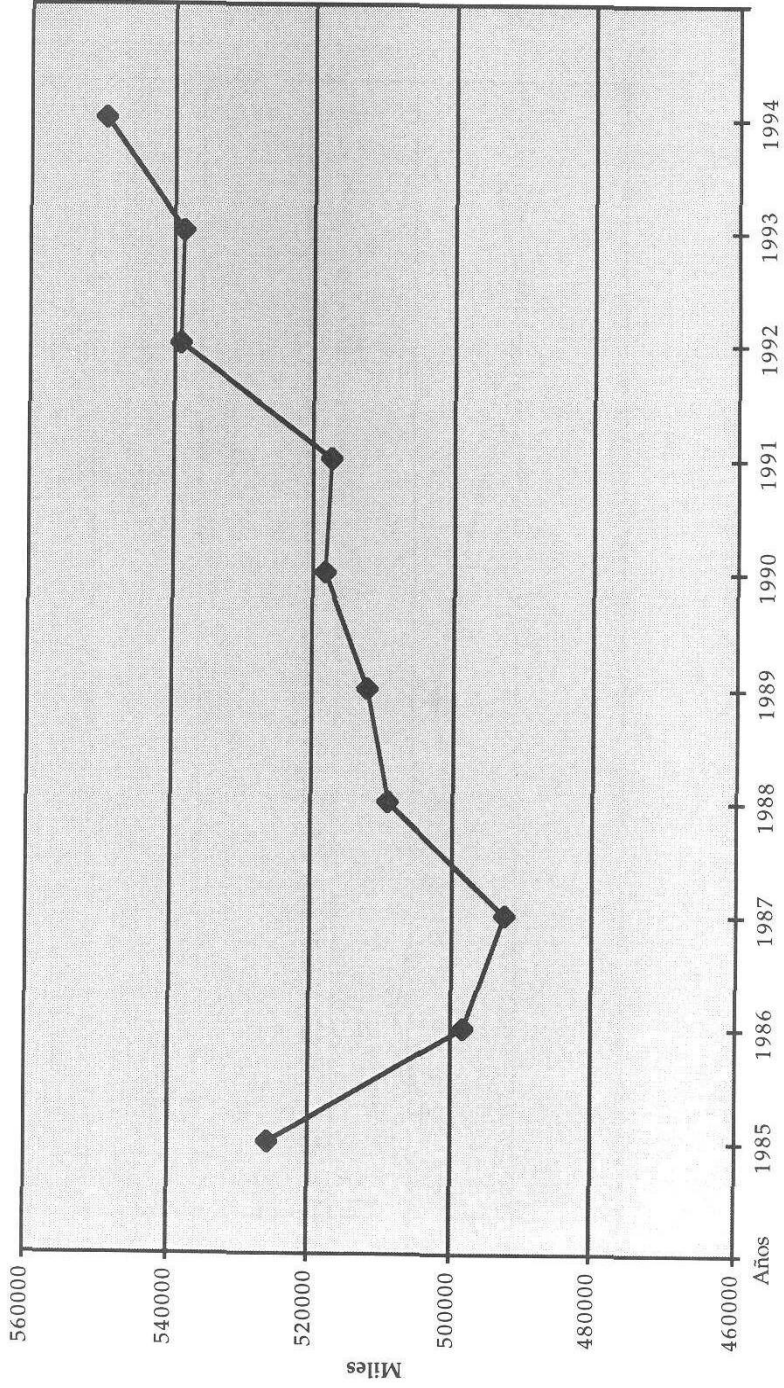
Farmacéuticas en la farmacia de la consulta externa. Doctoras: Ana Arias, Yetty Monge y Noemi Gutiérrez

Evolución histórica de la farmacia del Hospital San Juan de Dios

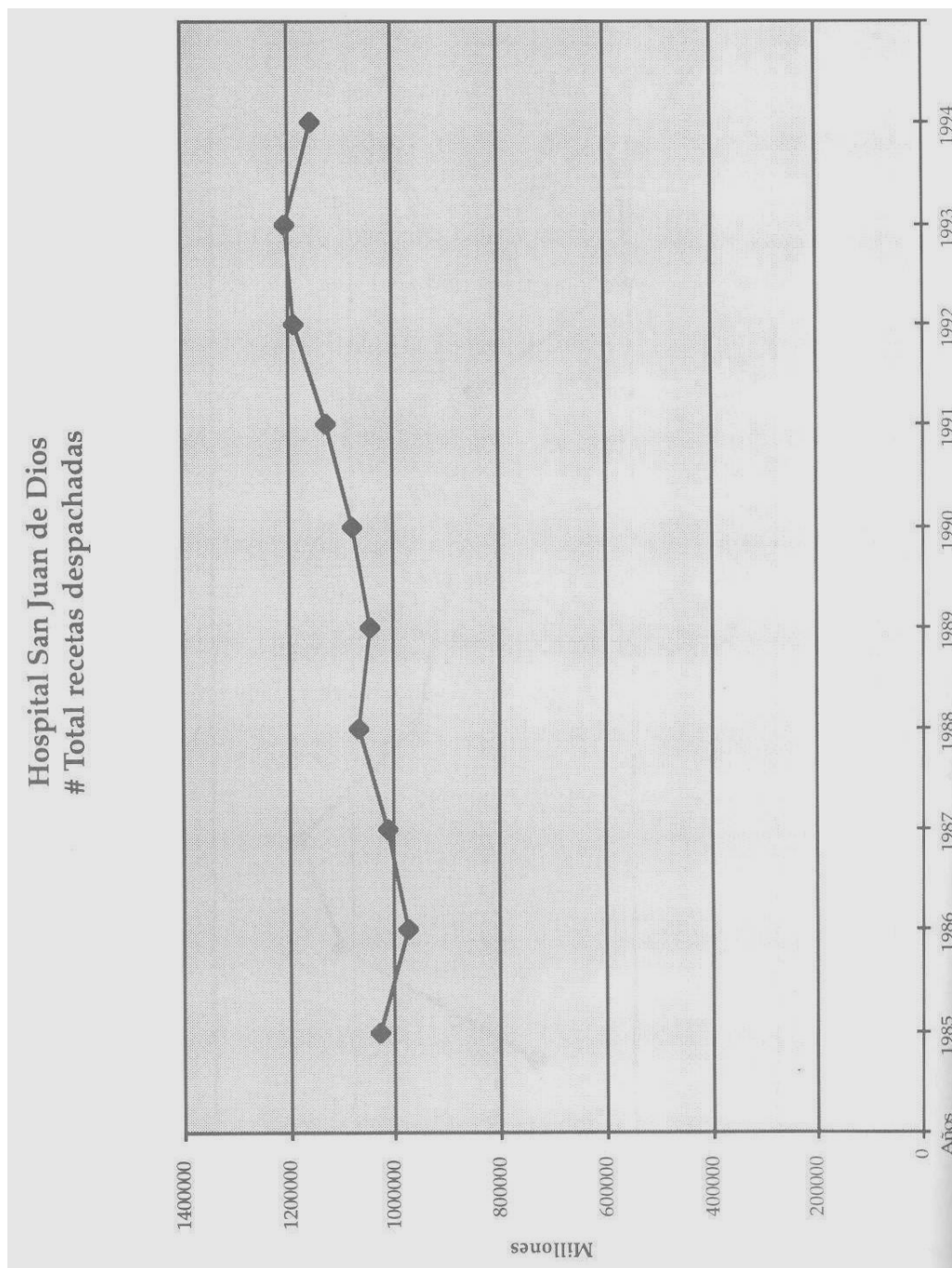


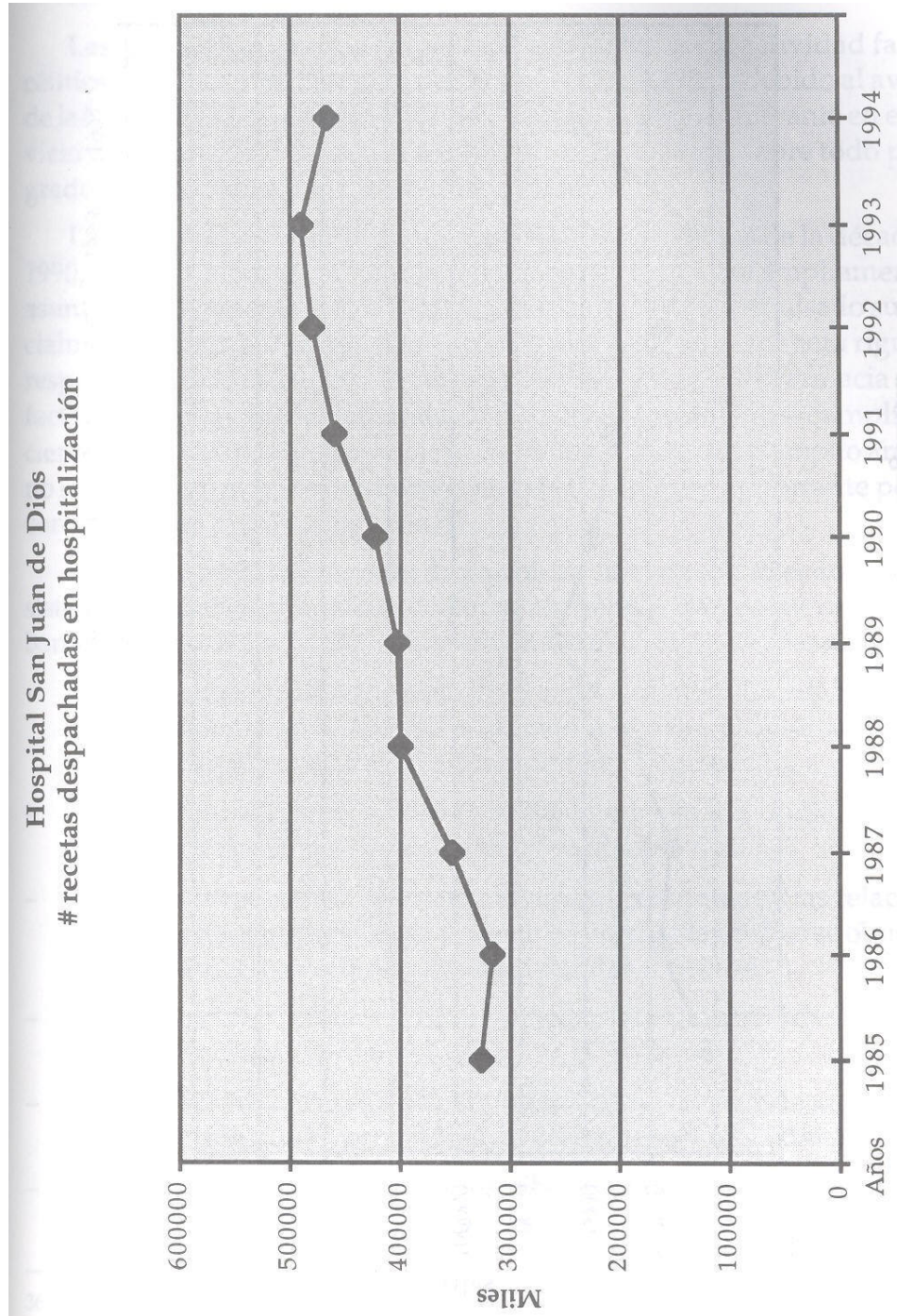
Farmacéuticos y personal de apoyo en la parte interna del Departamento de Farmacia

Hospital San Juan de Dios
recetas despachadas
Consulta Externa



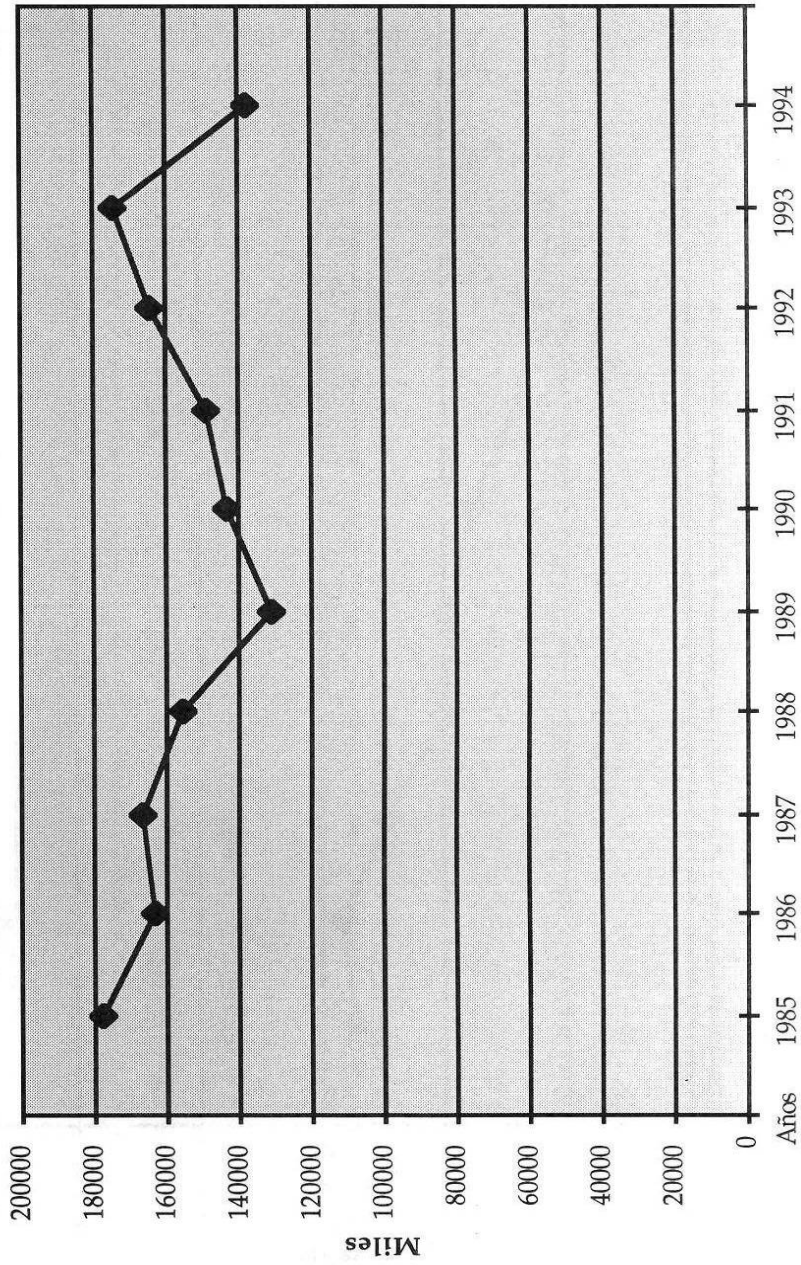
Evolución histórica de la farmacia del Hospital San Juan de Dios





Evolución histórica de la farmacia del Hospital San Juan de Dios

Hospital San Juan de Dios
de recetas despachadas en emergencias



3- COMPLEJIDAD, CAMBIO DE ORDENACIÓN Y ESPECIALIZACIÓN

Las nuevas formas que empezaron a caracterizar la actividad farmacéutica en el Hospital San Juan de Dios a partir de 1985 y debido al avance de las mismas, hicieron que el modelo organizacional imperante en el servicio de farmacia no estuviera a tono con esos cambios, sobre todo por el grado de especialización que se estaba acentuando.

La situación anterior hizo que para los primeros años de la década de 1990, la Dra. Montero Chinchilla reflexionara y estudiara ampliamente el asunto, ya que a pesar de las mejoras notorias que había impulsado sustancialmente, la verdad es que quería ir más allá y lograr de manera rigurosa responderse si la estructura organizacional del servicio de farmacia satisfacía científicamente la demanda de su medio ambiente; y si cumplía eficientemente con sus metas y objetivos. He aquí parte de su amplio análisis no sólo porque es muy ilustrativo, sino también muy importante por las consecuencias a que conllevaría.³⁶⁵

Para el año 1993 el servicio de Farmacia estaba considerado como un sistema social abierto, enmarcado por una serie de variables que caracterizaban su modelo. Estas variables que envolvían al servicio eran las siguientes:

- *Variables situacionales*: que abarcan el ambiente externo y representan el contexto dentro del cual debe funcionar la organización: ambiente externo, tamaño, naturaleza de la propiedad y producto.
- *Variables estratégicas*: que abarcan las metas, la ideología, estilo de dirección y estrategia organizacional para sobrevivir.
- *Variables estructurales*: describen los arreglos durables y las relaciones formalmente sancionadas en la organización por las cuales se obtiene el trabajo respectivo, estando limitada por dos aspectos:
- *Superestructura*: la forma en que las personas son agrupadas dentro de la organización.
- *Infraestructura*: formada por el sistema de relaciones de autoridad y controles, funciones, programas de desempeño y procedimientos.
- *Variables comportamentales*: se describe la conducta de la organización, motivación, conflictos, cooperación e innovaciones.

365. Nuria Montero. *Análisis del funcionamiento del servicio de Farmacia del Hospital San Juan de Dios y propuesta de Intervención*, 1993, p. 1.

- *Variables de desempeño:* son las que representan los estándares de evolución, como eficiencia, tasa de crecimiento y grado de aceptación.

Del análisis riguroso se llegó a deducir el complejo funcionamiento del servicio de Farmacia con base en esas variables. Como un ejemplo y para su comprensión general a continuación únicamente se describen las variables que componen el ámbito situacional como punto de partida:

- A. *Condiciones económicas:* La situación económica en que vive el país es de crisis y de escasos recursos. Esta situación incide sobre la Caja Costarricense de Seguro Social cuyo presupuesto anual es regulado por la Autoridad Presupuestaria y la Contraloría General. El presupuesto global de la institución es adecuada por estas dos instituciones, por lo que sufre recortes, situación ésta que afecta al Hospital y al Servicio de Farmacia por los desequilibrios financieros.
- B. *Organizaciones no vinculadas:* tienen efecto sobre el Servicio de Farmacia todas aquellas empresas nacionales, transnacionales e internacionales dedicadas a la venta de medicamentos; los organismos internacionales como la O.M.S. y la O.P.S. y los financieros como el B.I.D. y el Banco Mundial. También tienen injerencia las organizaciones nacionales de control administrativo público, el Poder Legislativo y el Poder Judicial.
- C. *Asociaciones profesionales:* el Servicio de Farmacia es altamente influenciado por la Ley Constitutiva del Colegio de Médicos y Cirujanos, Colegio de Enfermeras y Colegio de Microbiólogos, también influyen asociaciones sindicales y gremiales.
- D. *Tendencias demográficas:* el hospital tiene un área de atracción aproximada a las 500.000 personas y comunidades de un bajo nivel socio cultural.
- E. *Nivel tecnológico:* los avances tecnológicos en el campo de la salud y la gerencia influyen sobre el Servicio de Farmacia, debido a que la tecnología es sumamente cara y difícil de adquirirla, aunque se han hecho adelantos en el campo de la informática.
- F. *Grupos de presión:* influyen sobre el Hospital y la Farmacia los sindicatos, colegios profesionales, asociaciones de pacientes y partidos políticos.
- G. *Legislación:* el servicio de Farmacia se rige por leyes y reglamentos establecidos como:

- Constitución Política
- Ley General de Salud
- Ley Constitutiva de la CCSS
- Ley Orgánica del Colegio de Farmacéuticos
- Reglamento General de Hospitales
- Ley de Administración Financiera
- Ley sobre Sustancias Psicotrópicas y Estupefacientes
- Reglamento de Enfermedad y Maternidad
- Reglamento Interior de Trabajo
- Normas de Control Interno de la CCSS y el Sistema General de Suministros
- Lista Oficial de Medicamentos de las Farmacias (CCSS)
- Reglamento de Personal Farmacéutico (CCSS)
- Laudos y Arreglos Conciliatorios

- H. *Asistencia externa*: el Servicio de Farmacia recibe donaciones de medicamentos de organismos internacionales y gobiernos extranjeros. Igualmente, recibe asistencia externa por parte de la Organización Panamericana de la Salud y la Agencia Española de Cooperación Internacional.
- I. La información principal para la toma de decisiones clínicas se obtiene de libros, revistas y documentos del campo farmacéutico, médico y de la salud. Se tiene acceso al Centro de Información de medicamentos de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Costa Rica y a la Biblioteca Nacional, Salud y Seguridad Social. En el área gerencial administrativa, su principal fuente de información es el sistema de información general del hospital y los diferentes informes institucionales.³⁶⁶

Sobre las demás variables conceptuales, tajantemente también se indica lo siguiente a manera de síntesis:

- A. *Variables estratégicas*: el Servicio de Farmacia tiene objetivos y metas muy bien definidas, las cuales son alcanzadas efectivamente, aunque se sacrifican los aspectos de calidad con base en la excesiva demanda.

366. Ibid, pp.6-10.

- B. *Variables estructurales:* A pesar de los esfuerzos que se han hecho por adecuar la estructura organizacional, ésta no responde para el logro de los objetivos y metas de manera eficiente.
- C. *Variables de desempeño:* el Servicio de Farmacia obtiene sus metas entre 95% a 100% por lo que hay eficacia, debido a las relaciones programadas y ejecutadas con base en el gasto programado y el ejecutado. Sin embargo, la farmacia no logra sus objetivos y metas eficientemente por cuanto no se cuenta con indicadores establecidos, ni con un sistema de garantía de calidad que asegure al usuario recibir el máximo beneficio; también se desconoce el impacto de las acciones ejecutadas por el Servicio de Farmacia sobre la situación general de salud de los pacientes del área de atracción del hospital.

Con base en el análisis pormenorizado, por tanto, se llega a detectar una serie de deficiencias organizacionales entre las que se encuentran estas:

- Realización de tareas en forma repetitiva y rutinaria, factibles de estandarización.
- El Servicio de Farmacia está departamentalizado en dos grandes divisiones: Consulta-Externa y Hospitalización, con tres turnos de horarios. La creación de estas áreas con funciones homogéneas y específicas ha dado lugar a la formación de pequeños grupos, con diferencias en relación y motivación.
- Falta de voluntad de algunos profesionales para asumir la autoridad y responsabilidad.
- No hay un sistema efectivo de incentivos que motive a los profesionales a asumir estas labores.
- Escasez de tiempo para que la dirección de la Farmacia pueda dedicarse a planificar, debido a que ésta debe asumir la coordinación y el control de las actividades de las divisiones y turnos en donde no se asumen a cabalidad las funciones y la toma de decisiones delgadas.
- Deficiencias en los circuitos de información.
- Falta de un sistema de incentivos que estimule la creatividad y la superación del personal.
- Falta de coordinación horizontal entre divisiones y turnos.
- Deficiencias en la identificación de los esfuerzos personales de los trabajadores con el desarrollo organizacional.

- El organigrama no corresponde a una estructura organizacional real y ésta no responde por tanto a las plenas demandas de servicio.

Con la sustentación de tan minucioso estudio, la jefatura de la farmacia sugirió y propuso a las autoridades superiores del hospital que el servicio farmacéutico adoptara una estructura organizacional híbrida, o sea que entrara en vigencia un rediseño estructural orientado hacia las funciones y hacia los productos.³⁶⁷

La propuesta tuvo éxito de acuerdo con las diversas circunstancias limitantes, por lo que para la mitad de la década la estructura organizacional del Servicio de Farmacia presentaba otra cara, situación que mejoraría con el tiempo, teniendo como norte único, el beneficio para el paciente.

De esta forma, a los servicios farmacéuticos de Consulta Externa le competirán los siguientes productos:

- A. Dispensación de recetas
- B. Dispensación de recetas de urgencias
- C. Evacuación de consultas de pacientes y personal de salud
- D. Educación a pacientes
- E. Docencia, formación y adiestramiento.

A los servicios de hospitalización le competirán los siguientes productos:

- A. Dispensación de recetas de hospitalización mediante dos sistemas de distribución de medicamentos: tradicional y por dosis unitarias de 24 horas.
- B. Dispensación de medicamentos de “stock”
- C. Dispensación de recetas de salidas de pacientes
- D. Educación en el uso racional de medicamentos a pacientes hospitalizados
- E. Docencia formación y adiestramiento.

A lo anterior se le debe agregar algunas innovaciones como las que siguen:

367. Ibid. P. 48.

- Las farmacias de piso ofrecerán servicios farmacéuticos integrales a la sección médica a que pertenecen.
- Se organizarán servicios farmacéuticos especializados para el programa de soporte nutricional, farmacotecnia, farmacias satélites, farmacocinética y centro de información de medicamentos.

Indudablemente, a partir de 1985, la actividad farmacéutica en el Hospital San Juan de Dios sufre una metamorfosis de alcances sorprendentes, motivados principalmente por el estilo y rasgo particular de la jefatura del servicio y complementado por un esfuerzo mancomunado en general.

Sin embargo, tampoco esto quiere decir que el camino recorrido fue fácil, más aún, hubo en diversas oportunidades resistencia al cambio, así como limitaciones en recursos humanos, tecnología, planta física y aspectos tradicionales e ideológicos; situación ésta que hizo más meritoria la transmutación establecida.

Finalmente, las innovaciones instauradas y los esfuerzos realizados por las partes involucradas dieron como producto la sistematización de gran parte del servicio de farmacia, plasmándose en diseños operativos.

Estos planes funcionales y operativos se fundamentaron especialmente al tomarse como punto de partida los cambios promovidos y la experiencia acumulada, además de representar un instrumento formulado en concordancia con las políticas y programas delineados por la Caja Costarricense de Seguro Social.³⁶⁸

Los planes formulados en cuestión por el Servicio de Farmacia son el corolario de la especialización farmacéutica iniciada en la década de 1980 y que literalmente expresa:

“Define y ordena las actividades y tareas a desarrollar en el tiempo y en el espacio, asegurándose su consistencia y viabilidad, considerando los resultados esperados y los recursos disponibles.

Facilita la asignación de recursos y responsabilidades en los diferentes niveles de ejecución de las actividades, la organización del trabajo, y por ende, una eficiente distribución del tiempo y un mayor grado de cumplimiento de las tareas asignadas.”³⁶⁹

368. Nuria Montero. *Plan Operativo Anual y Presupuesto del Servicio de Farmacia. HSJD. 1995, p. 1.*

369. *Loc. Cit.*

Efectivamente, con la entrada en vigencia de este plan se moldea definitivamente los objetivos, las metas y las actividades a desarrollar por el Servicio de Farmacia dentro de una estructura apropiada, ágil y dinámica, siendo su misión, ya en ciernes el siglo XXI, la prestación de servicios farmacéuticos de apoyo clínico administrativo de alta calidad con la finalidad de promover y asegurar la dispensación racional de los medicamentos y contribuir a mejorar la salud de la población atendida por el Hospital.³⁶⁷

Por su trascendental importancia y su perfilación, a continuación someramente se describen parte de sus principales postulados:

I- Actividades del Servicio de Farmacia

- Selección y adquisición de los medicamentos y otros insumos
- Almacenamiento y control de las existencias
- Distribución y dispensación de medicamentos a los pacientes hospitalizados y ambulatorios
- Información y educación sobre medicamentos al equipo de salud, al paciente y a la comunidad
- Farmacia oncohematológica
- Soporte nutricional clínico y mezclas intravenosas
- Farmacia clínica
- Farmacocinética clínica
- Participación en comités y comisiones
- Programas de docencia
- Programas de investigación
- Gerencia y administración de los servicios farmacéuticos.

II- Objetivos específicos del Servicio de Farmacia

- Ejecutar actividades tendientes a mejorar y aumentar la eficiencia, productividad y la calidad de los servicios farmacéuticos
- Realizar la selección y adquisición de medicamentos en concordancia con las políticas y lineamientos definidos por la Institución

367. *Ibid.* P. 29.

- Ejecutar procesos de almacenamientos de los medicamentos utilizando criterios técnicos que permitan garantizar una adecuada custodia, conservación y control de las existencias
- Distribuir los medicamentos que requieran los pacientes de hospitalización mediante el sistema de dosis unitaria para 24 horas que permita garantizar seguridad, oportunidad y control en la dispensación y despacho
- Ejecutar un programa de farmacia oncohematológica que permita la prestación de servicios integrales
- Implantar programas de educación sobre utilización de medicamentos
- Implantar y desarrollar un programa de farmacocinética con la finalidad de optimizar la terapia medicamentosa
- Implantar programas de educación y capacitación en servicio para el personal profesional y no profesional con la finalidad de mejorar la calidad de la prestación de servicios
- Capacitar a los farmacéuticos en campos específicos, de acuerdo con los programas prioritarios de salud y promover su especialización en áreas determinadas
- Desarrollar investigaciones sobre medicamentos y servicios farmacéuticos con énfasis en investigación operativa
- Implantar y desarrollar programas de informática para la mejora de los diversos procesos farmacéuticos.³⁷⁰

Dentro de toda esta configuración se debe hacer énfasis en la importancia del sistema de distribución de medicamentos por dosis unitarias para 24 horas, que ha representado uno de los aciertos de mayor trascendencia que ha beneficiado a los pacientes del Hospital San Juan de Dios, además de hacerse las funciones propiamente farmacéuticas más eficientes.

Este sistema parte del postulado basado en el medicamento adecuado para el paciente que le corresponda en el tiempo correcto. Pareciera que el asunto fue una cuestión simple, pero no ha sido así.

370. Ibid. Pp. 30-32.

Para poder ponerlo en ejecución, hubo que trabajar considerablemente en aspectos fundamentales como: planteamientos, organización, planificación y diversos recursos e involucrándose activamente la Dirección y la Administración del Hospital, así como los servicios clínicos y el Departamento de Enfermería.

Para poner en funcionamiento el sistema se debieron tener muy claras consideraciones de orden profesional y administrativo, ya que sus implicaciones no sólo le atañen al farmacéutico, sino también al médico y a la enfermera, o sea, al equipo de salud.

El sistema de dosis unitaria implica que el farmacéutico proporciona la medicación a los servicios bajo cuyo cuidado está el paciente, en paquetes de unidosis o dosis únicas. Estas preparaciones las realizan los farmacéuticos y el personal de apoyo en la farmacia central o en las satélites, ya que en el Hospital todavía está vigente parte del sistema centralizado, sin embargo, se tiene como meta a mediano plazo la generalización del sistema centralizado, con la apertura de nuevas farmacias satélites o de piso. ¿Razón? Porque una de las características esenciales de este sistema es la seguridad que ofrece en la distribución de medicamentos, así como la estrecha relación que se da entre el farmacéutico, el médico y la enfermera.

La puesta en práctica del sistema de distribución de medicamentos para 24 horas trajo como consecuencia una menor incidencia en errores de medicación, utilización más eficiente del personal de salud, mayor control de los medicamentos, disminución de las pérdidas de medicamentos, adaptabilidad a la automatización y mayor participación del farmacéutico en la terapia medicamentosa del paciente. En resumen, este sistema ha sido muy ventajoso para los intereses del Hospital San Juan de Dios, porque proporciona mejores beneficios en la atención del paciente y trae ventajas como éstas:

Para el médico:

- Seguridad de que la administración de los medicamentos concuerde con su prescripción.
- Cuenta con la ayuda y apoyo del farmacéutico.
- Mayor disponibilidad de tiempo al no emitirse tantas recetas durante el día.

Para la enfermera:

- Se reduce el tiempo que ocupa en la preparación y control de medicamentos.

Evolución histórica de la farmacia del Hospital San Juan de Dios

- Seguridad en el horario para el paciente.
- Se encuentra apoyada por el equipo de salud.
- No tiene problema de abastecimiento de medicamentos.

Para el farmacéutico:

- Aumenta su trabajo profesional.
- Mayor contacto interpersonal con los demás profesionales y el paciente.
- Realización de labores docentes e investigativas.

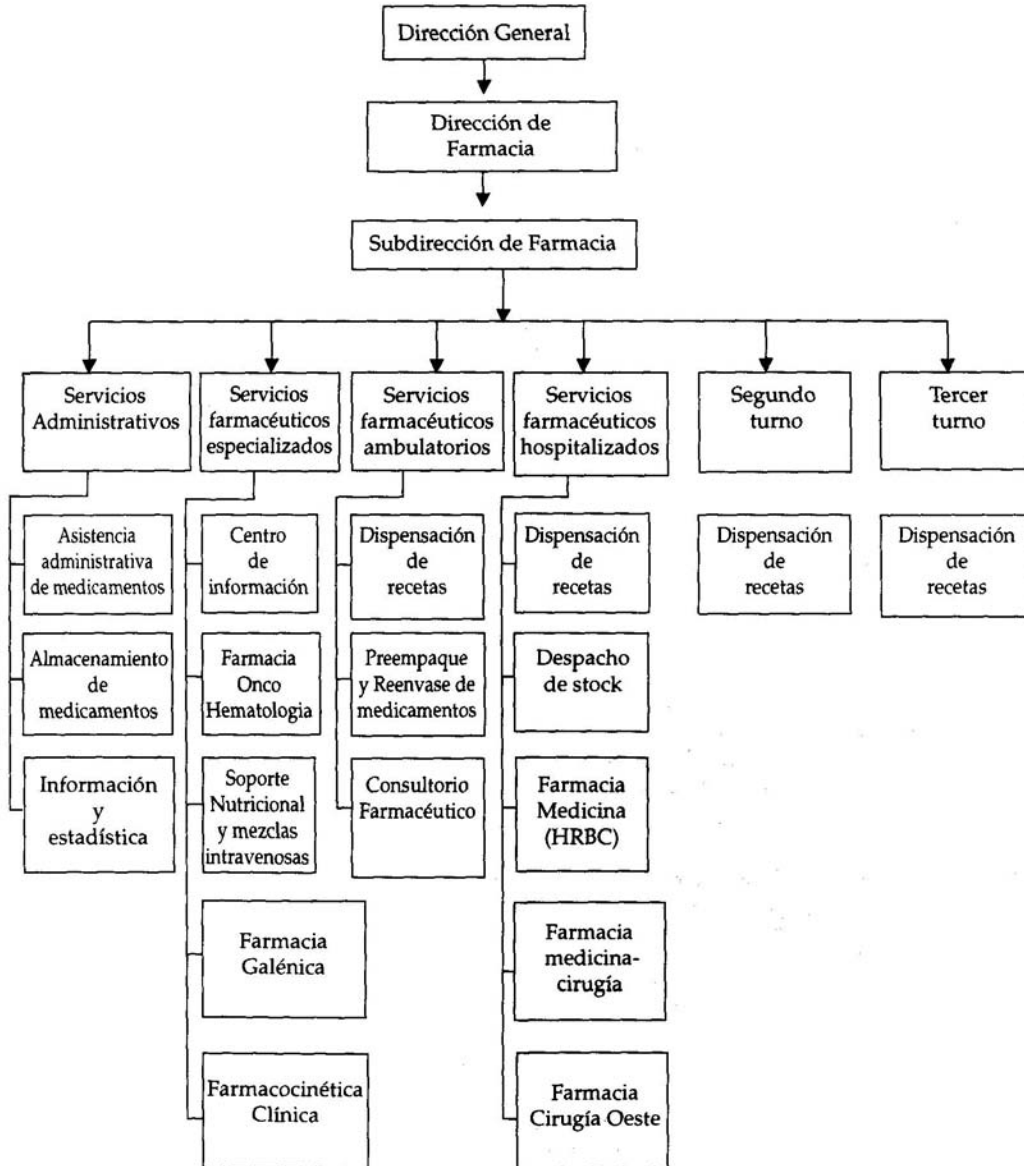
Para el paciente:

- Seguridad en la calidad de la terapia que recibe, ya que los errores se limitan.
- Recibe oportunamente la terapia indicada.
- Se le da más seguimiento y control.

Para el hospital:

- Aumenta la rotación de camas.
- Se incrementa su prestigio asistencial.
- Disminuyen los costos de estancia de los pacientes.

Organigrama estructural Servicio de Farmacia Hospital San Juan de Dios



Fuente: Plan operativo Servicio de Farmacia, 1995



Funcionarias de la farmacia satélite de quimioterapia: Dra. Marta Gamboa, Magaly Cerdas y Víctor Chinchilla



Farmacia satélite de cirugía ala oeste: Martín Cascante, Rodrigo Chavarría y Dra. Olga Wittingham



Vista interna de una de las secciones del Departamento de Farmacia



Funcionarios de la farmacia satélite de medicina, situada temporalmente en el Hospital Dr. Blanco Cervantes: Dra. Saday Sáenz y Álvaro Esquivel

Evolución histórica de la farmacia del Hospital San Juan de Dios



Estantería de la farmacia satélite de quimioterapia



Funcionarios del Departamento de Farmacia: Juan Segura, Walter Calvo, Alvaro Umaña, Dra. Giselle Thuell y Carmen Cerdas



Vista interior de la farmacia principal y de sus funcionarios en plenas labores

4- HACIA EL SIGLO XXI

A mitad de la década de 1990, se inició en el Hospital San Juan de Dios un proyecto de enormes proporciones y alcances, cuyo objetivo principal es el de implantar y complementar un moderno sistema de tecnología informática para manejar eficaz y eficientemente los volúmenes de datos, en razón de mejorar radicalmente los distintos aspectos operativos hospitalarios para beneficio directo de los pacientes.³⁷¹

Este Complejo proyecto fue impulsado prioritariamente por la dirección general del Hospital, encabezada por el Dr. Manrique Soto Pacheco y el Dr. Mario Arias Murillo en la Subdirección; además, se contaba con el apoyo de la Administración General y las diversas jefaturas involucradas e interesadas. En esto cabe mencionar también el apoyo que han brindado la Caja Costarricense de Seguro Social, la Junta de Protección Social de San José y la Asociación Pro Hospital San Juan de Dios.³⁷²

371. Prides S.A. *Desarrollo de subsistemas y módulos de sistema de información, Hospital San Juan de Dios*, 1993, p. 5.

372. Carlos González. *Op. Cit.* Pp. 385 y 386.

Evolución histórica de la farmacia del Hospital San Juan de Dios

El susodicho estipulaba que el sistema en cuestión se iba a ejecutar por etapas a través de subsistemas y módulos específicos que abarcarían cuatro áreas básicas: la asistencial, servicio de diagnóstico, tratamiento y apoyo, administración e investigación y docencia, dentro de un cronograma de adecuación de actividades que se cumplirían en varios años, teniendo como meta su consolidación integral para el primer lustro del nuevo milenio.

La instauración de este ambicioso proyecto se justificaba plena y sobradamente de acuerdo a los adelantos científicos y tecnológicos y tomando como plataforma los excesivos movimientos que se producían en el hospital. Para ilustrar esto, he aquí algunos ejemplos del año 1992:

887 camas
85,6% índice ocupacional
24.118 operaciones mayores
209.044 consultas externas
159.122 atenciones de urgencias
8372 partos
2387 cesáreas
1184.885 recetas
1.902.919 exámenes de laboratorio
179.249 placas de rayos X
36127 citologías y 18.388 biopsias
317409 raciones alimenticias servidas
4.352 tomografías axiales computarizadas
5.817 ultrasonidos de medicina nuclear
20831 electrocardiogramas
10.549 tratamientos de quimioterapia
21.313 gastroscopías
523.008 expedientes movilizados.

La primera etapa del plan se inició formalmente en 1994 abarcando primeramente las áreas de Consulta Externa y Emergencias, para luego ir extendiéndose de acuerdo con los recursos que

se tengan y que cubrirá también al servicio de farmacia que viene utilizando el sistema automatizado de farmacias (S.A.F.) aplicado en las dependencias farmacéuticas de la Caja. Sin embargo, este sistema no fue diseñado para manejar ciertas particularidades de los procesos farmacéuticos relacionados con pacientes hospitalizados, las recetas de unidosis y otros aspectos complejos dentro del perfil terapéutico, y de los mismos cambios promovidos por la directora del servicio de farmacia del Hospital San Juan de Dios.

Los objetivos que se pretenden alcanzar con la puesta en función del nuevo sistema en su momento serán:

- A. Mejorar la calidad del servicio de despacho de recetas de pacientes, especialmente hospitalizados, y mediante la automatización del perfil terapéutico y el establecimiento de controles cruzados con el expediente.
- B. Automatización del proceso de unidosis a fin de agilizar el despacho.
- C. Reducir considerablemente el número de recetas a revisar por el profesional farmacéutico.
- D. Registrar automáticamente y proveer información sobre despacho de unidosis y mezclas intravenosas.
- E. Enfocar la labor profesional farmacéutica en análisis y control de calidad de las prescripciones de medicamentos mediante la automatización del registro y control del perfil terapéutico del paciente.
- E. Facilitar la difusión de políticas y la toma de decisiones mediante la automatización del registro y control del inventario de medicamentos.
- G. Crear las condiciones necesarias para desarrollar las interacciones de medicamentos y las dosis en funciones del paciente y así liberar al profesional farmacéutico para que se dedique a funciones más analíticas y académicas.³⁷³

Se pretende introducir la novedosa red informática en las diferentes áreas impulsadas por la Dra. Montero, como un complemento en la búsqueda de eficiencia. Al menos en resumen, el nuevo sistema tendrá la misma funcionalidad que el S.A.E., pero incluirá facilidades para manejar condiciones como:

373. Prides. Op. Cit. Pp. 87 y 88.

Evolución histórica de la farmacia del Hospital San Juan de Dios

- Recetas de pacientes hospitalizados.
- Reducción de tiempos para el despacho de medicamentos de consulta externa.
- Control de la bodega de medicamentos.
- Interfases con el sistema de documentos médicos para obtener información.
- Control automático de sicotrópicos y estupefacientes.
- Selección automática de recetas.
- Impresión de recetas digitadas.
- Control automático del perfil terapéutico del paciente hospitalizado.

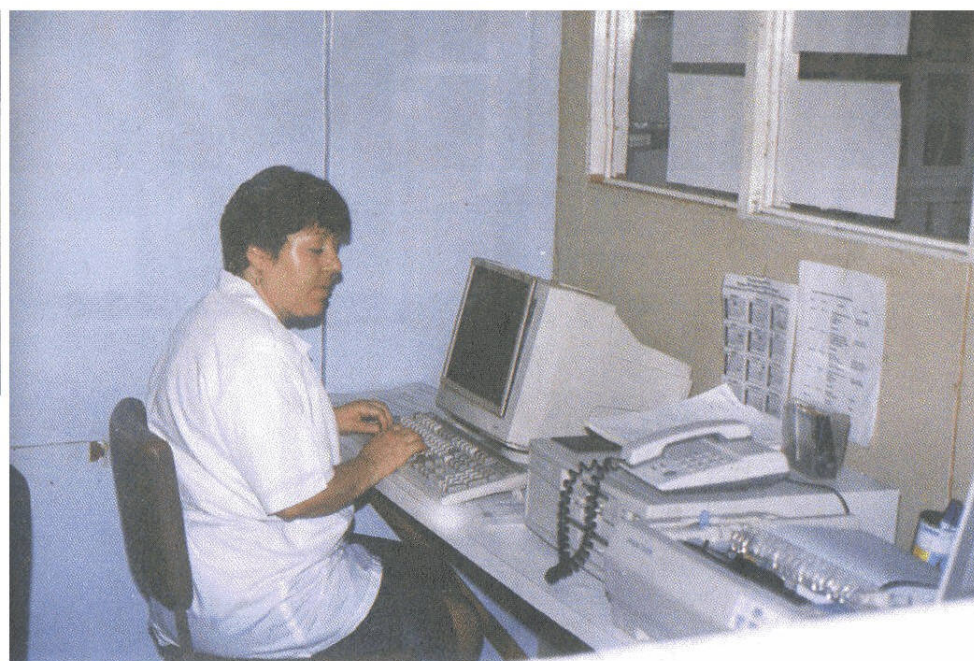
Indudablemente un futuro promisorio se concentrará en el nuevo siglo que despunta fragoroso y cuyas luces deberán iluminar el derrotero del Hospital San Juan de Dios. La historia de la venerable institución ha sido de trabajo y esfuerzo de los funcionarios justos, en donde se han dignificado ante el enfermo porque el trabajo sin presunción, el amor al prójimo y el espíritu de servicio que constituyen insoslayablemente la verdadera riqueza interna del individuo ante sus semejantes y ante la Patria. “Cuando el pasado se distancia por la cercanía del futuro no se debe olvidar a los diversos grupos de funcionarios sin distinciones que han laborado para el servicio de farmacia del Benemérito Hospital San Juan de Dios y representados en:

- Las Hermanas de la Caridad
- Fernando Chávez
- Hilda Carranza
- Agripina Chen
- Bertalía Sánchez
- Sonia Ovares
- Elsa Pérez
- Cecilia Montero
- Ronald Thompson
- Elisa Espinoza
- Nuria Montero”.

Hospital San Juan de Dios
Gastos realizados en millones
1989-1993

Años	Sueldos	Alimentación	Medicinas
1989	630.100.393	48.331.845	201.429.672
1990	789.664.742	57.216.533	234.084.574
1991	923.311.216	60.324.729	322.489.077
1992	1.111.184.368	72.199.143	519.193.494
1993	1.334.151.177	95.491.703	563.561.051

Fuente: Informes, Hospital San Juan de Dios, Oficina de Contabilidad, años 1989-1993.

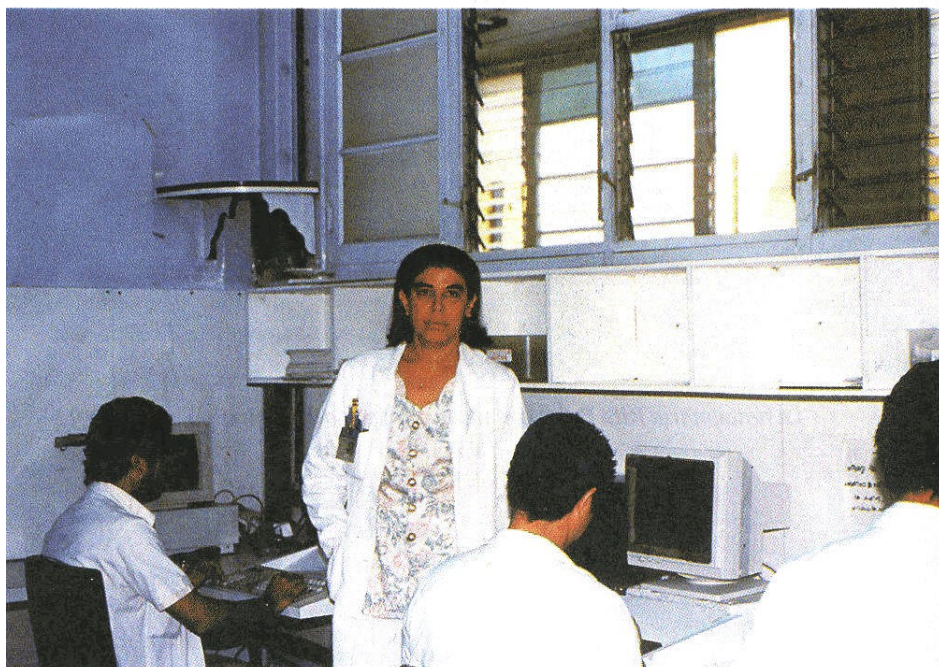


La funcionaria Rita Rojas con moderno equipo de cómputo

Evolución histórica de la farmacia del Hospital San Juan de Dios



Vista exterior de la farmacia de la consulta externa

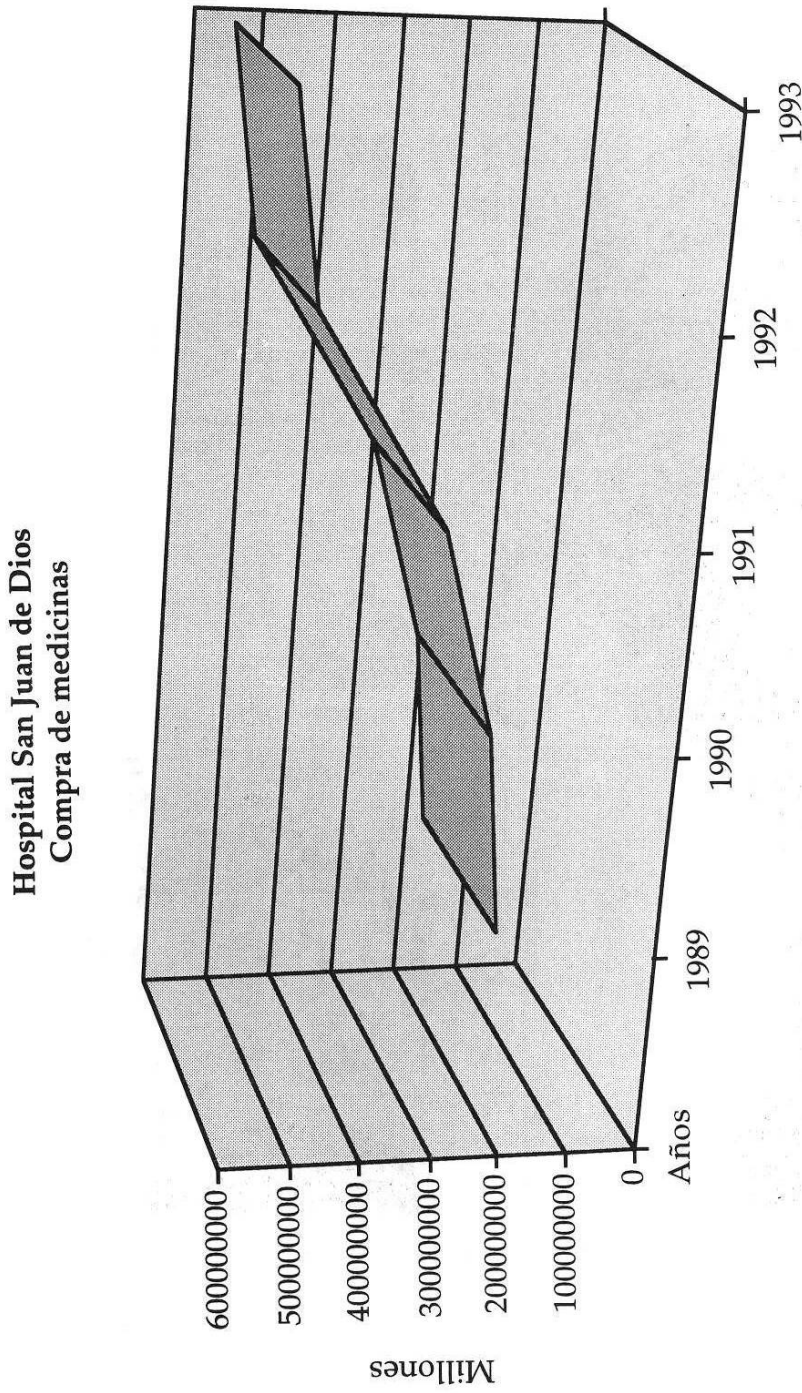


El servicio de cómputo de la farmacia

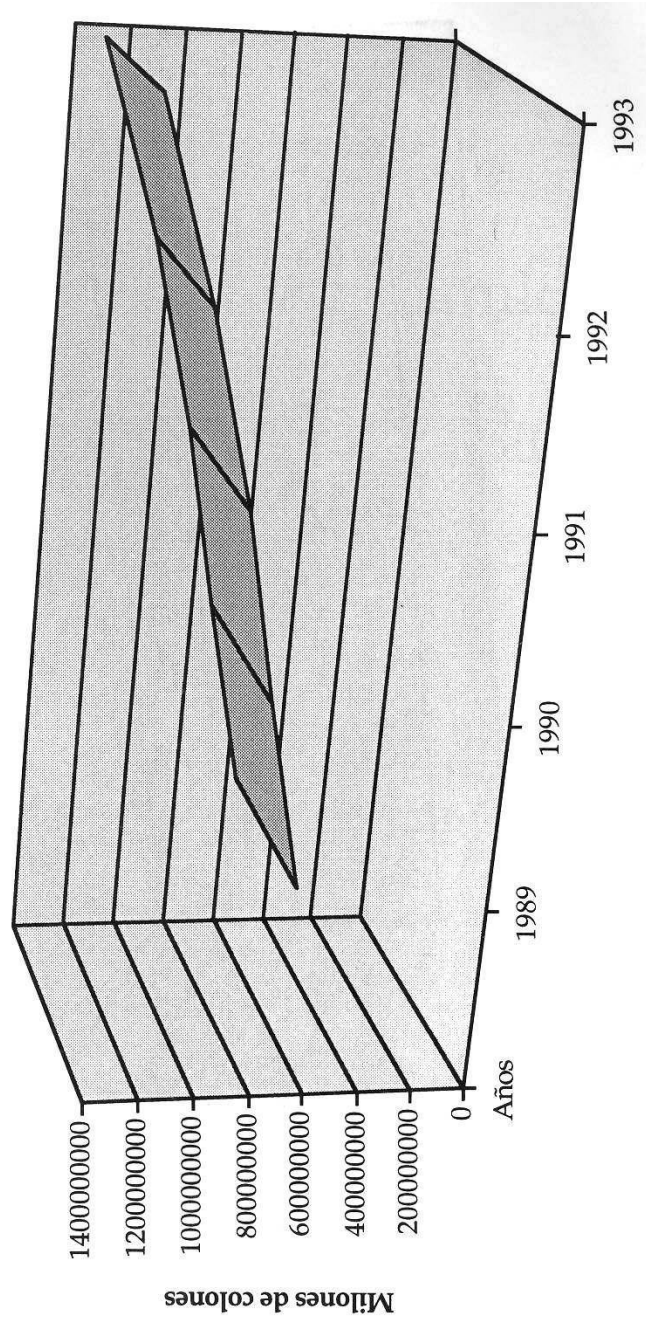


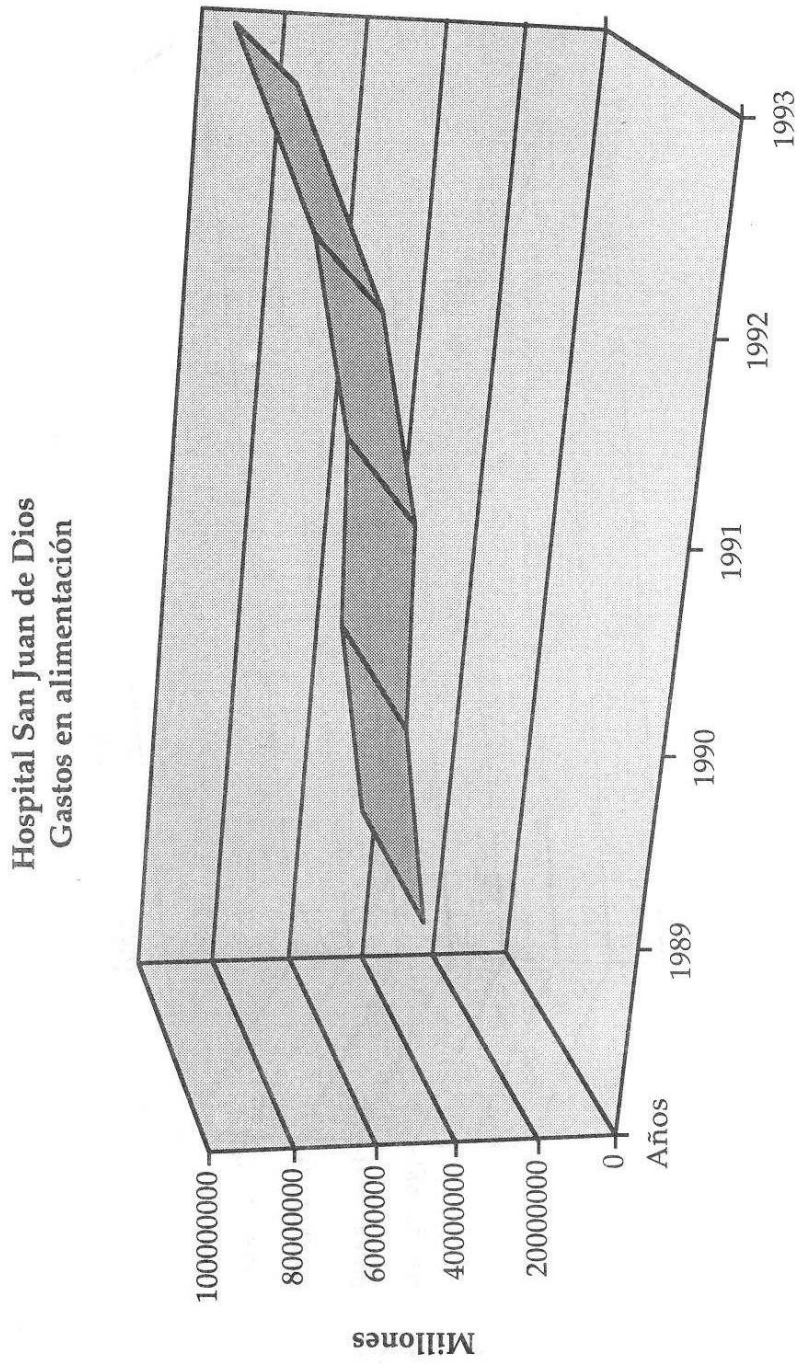
Dra. Lilliana Chavarria, impulsadora del Programa de Información de Medicamentos

Evolución histórica de la farmacia del Hospital San Juan de Dios



Hospital San Juan de Dios
Sueldos otorgados





Título X

A MANERA DE CONCLUSIÓN

El Hospital San Juan de Dios ha ocupado un lugar preponderante dentro de la estructura sanitaria y asistencial que ha caracterizado a Costa Rica por méritos sobrados, al entregar sus invaluable servicios a los habitantes de la República sin distinciones sociales. Inclusive, por su decisiva participación en los casos de emergencia se le ha llegado a considerar como un “símbolo nacional”; y es que basta tener algunos pasajes de su fecundo recorrido para comprenderlo mejor.

Durante la Campaña Nacional se yergue como una verdadera fortaleza para atender al ejército expedicionario. Precisamente aquí nace esa estrecha relación identificación de los ciudadanos con el Hospital.

Este entrañable vínculo se acentuaría más debido a su activa presencia en las emergencias nacionales como la del terremoto de 1910. El accidente ferroviario de 1926, la proliferación de la polio en la década de 1950 y la crisis provocada por el volcán Irazú en 1963, por citar solo algunos ejemplos.

Los extraordinarios aportes realizados por el Hospital San Juan de Dios marca todo un hito de enorme trascendencia para el desarrollo institucional de la nación, debido a su constante entrega en aras de mejorar los índices de salud de los costarricenses.

Dentro de esta amalgama es importante enmarcan finalmente, a manera de síntesis, y tomándose como base un excelente trabajo realizado por un grupo de médicos del Hospital encabezados por el Dr. Rodrigo Cordero Zúñiga, los cambios ocurridos durante algunos períodos inexorablemente, en cuanto a las patologías y causa de muerte predominante.³⁷⁴ Dicho sea de paso, en donde el desarrollo de las ciencias médicas, incluyendo la farmacia obviamente, han marcado una huella imborrable por sus positivos alcances y fortalezas plasmadas dentro de un país marcado por una economía deficitaria.

374. Acta Médica Costarricense, No. 25 aniversario, 1982, p. 9.

Concretamente, para el período 1927-1931, las enfermedades infecto-contagiosas ocuparon el 46,34% de todos los casos registrados en las que sobresalen las siguientes:

- Tuberculosis (24,61%)
- Bronconeumonía
- Peritonitis
- Sífilis
- Meningitis
- Infección puerperal
- Gangrenas
- Abscesos
- Flemones
- Osteomielitis
- Tétanos.

Entre las enfermedades parasitarias que constituyeron un 12% se pueden señalar:

- Anquilostamiosis
- Malaria
- Amibiosis
- Parasitosis.

En cuanto a los tumores, estos constituyeron el 9,42%, siendo el carcinoma gástrico el más frecuente con un 4,75%, seguido por los siguientes:

- Carcinoma de útero
- Carcinoma de cérvix
- Carcinoma larínge
- Sarcomas
- Carcinoma de hígado y esófago
- Leucemia
- Tumores de piel

Las enfermedades renales más frecuentes, con un 4,65%, fueron:

- Glomerulonefritis
- Insuficiencia renal
- Peritoneofritis
- Nefrosis.

Las enfermedades del aparato digestivo tuvieron 2,54%, siendo los de mayor incidencia las cirrosis hepáticas y las colitis ulcerativas; además, los cardiovasculares ocuparon un 5,54% y las del sistema nervioso central 2,54%.

De 1.444 autopsias que se hicieron para el período 1976-1980, la causa principal de muerte fueron tumores con 33,2%, el siguiente orden:

- Carcinoma gástrico
- Carcinoma pulmonar
- Linfomas
- Leucemias
- Carcinoma colon y recto
- Carcinoma prostática
- Carcinoma mamario
- Tumores cerebrales
- Carcinoma cuello uterino
- Carcinomas de vías biliares.

Los problemas cardiovasculares ocuparon el 23,8%, entre los que se destacan:

- Infarto al miocardio
- Cardiopatías hipertensivas
- Endocarditis bacteriana
- Cardiopatías congénitas
- Aneurismas.

Los problemas pulmonares se situaron en 8,5%, entre los que se cuentan:

Evolución histórica de la farmacia del Hospital San Juan de Dios

- Tuberculosis (5,0%)
- Neumonía
- Bronconeumonía
- Abscesos.

Las enfermedades del aparato digestivo ocuparon un 9,9%, entre las que se encontraban:

- Cirrosis, hepática
- Hepatitis alcohólica
- Úlceras
- Trombosis mesentérica
- Enfermedades parasitarias (0,9%).

Siempre dentro del ámbito comparativo y evolutivo de las enfermedades prevalentes en el Hospital San Juan de Dios, es importante mencionar los casos específicos atinentes al servicio de medicina establecidos por diagnóstico de egreso.

Para 1922, estas enfermedades fueron las predominantes:

- Paludismo
- Parasitosis
- Tuberculosis
- Disentería
- Neumonía
- Influenza
- Nefritis
- Anemia
- Epilepsia
- Valvulopatía.

Para el período 1968-1976 las siguientes enfermedades dominaron:

- Enfermedad péptica
- Neumonía

- Cardiopatía isquémica
- Diabetes mellitus
- Bronquitis crónica
- Diarrea infecciosa
- Intoxicaciones
- Enfermedades cerebro vasculares
- Enfermedades hipertensivas
- Asma.

Nota: no aparece el cáncer porque pertenece a la sección de Cirugía.

Definitivamente, los cambios que se han dado en Costa Rica y el Hospital San Juan de Dios con respecto a las enfermedades predominantes se deben a diferentes causas dentro de un proceso lento y amplio, teniéndose como punto de partida el desarrollo de las instituciones relacionadas con la salud y el apoyo del estado para mejorar los asuntos relacionados con el saneamiento, la nutrición, la educación, agua potable y otras relativas al mejoramiento paulatino de las condiciones socioeconómicas de la población.

Para lograr esos cambios ha sido notoria la labor iniciada por las Juntas de Caridad, la participación del Ministerio de Salubridad Pública con sus luchas y campañas de prevención y la etapa de progreso y extensión instauradas por el advenimiento de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Para lograr estos cambios también, ha sido culminante el progreso de las ciencias médicas, técnicas y administrativas relacionadas con la atención de la salud, así como el avance en cuanto al desarrollo de la tecnología aplicada.

Propiamente en el Hospital San Juan de Dios se demuestra ese avance de la tecnología diagnosticada empleada, con solo señalarse que para la primera parte del siglo XX se efectuaban diversos exámenes de laboratorio, de radiología y de anatomía patológica. Pero para inicios de la década de 1980 había una tecnología diagnóstica como por ejemplo:

- Electrocardiogramas
- Gases arteriales
- Electrolitos
- Gammografías

- Determinaciones hormonales
- Pruebas de funciones
- Fonocardiografías
- Tomografías axiales computarizadas
- Monitores
- Hemodiálisis
- Diálisis
- Respiradores mecánicos
- Laboratorios especializados.

Para los cambios de la patología imperante en el Hospital San Juan de Dios y de los mismos logros obtenidos, también le ha competido al desarrollo de las actividades farmacéuticas el compartir los éxitos obtenidos, representando un soporte esencial para la efectiva práctica médica en relación con la recuperación de la salud perdida de los pacientes.

Solo basta mencionar la actitud profesional que ha ido asumiendo el farmacéutico dentro de los equipos de salud, así como el rol protagónico y la praxis farmacológica entre el conglomerado hospitalario.

Es indudable el papel que ha tenido el elemento terapéutico para la derrota de las enfermedades y su acción benefactora al servicio del paciente; elementos que poco a poco se fueron incorporando en el Hospital San Juan de Dios, de acuerdo con los tiempos, en un proceso de años. Al menos para la segunda mitad del siglo XX no se pueden olvidar algunos que han trascendido por su enorme importancia, entre los que se pueden mencionar como ejemplo a:

- Prazosin: Vasodilatación
- Propanolol: Beta bloqueador
- Verapanil: Vasodilatador Coronario
- Antibiocoterapia: Penicilina sintética, cefalosporina, amikacina, sisomina
- Programas de hiperalimentación parenteral
- Estimulantes de alfa adrenérgicos como Levarterenol
- Estimulantes alfa beta como Dopamina

- Esteroides de profunda acción como Metilprednisolona
- Antagonistas opiáceos como Naloxone
- Terapia de componentes sanguíneos como Crioprecipitados.³⁷⁵



La Dra. Nuria Montero utiliza como medio de apoyo y de información al Consejo de Dirección del Hospital, el cual está formado por los siguientes funcionarios: Lic. Monge, Dr. Brenes, Dr. Vindas, MBA Cartín, Dra. Arias, Dr. Soto Director General, Dra. Montero, Dr. Rodríguez, Dr. Cabezas y Dr. Guillén

375. *Ibid.* P. 23.

Evolución histórica de la farmacia del Hospital San Juan de Dios



Inauguración de la Plaza de los Próceres del Hospital por motivo de la Conmemoración del 150 Aniversario de su fundación. De izquierda a derecha: MBA Adolfo Cartín, Dr. Mario Arias, Dra. Julieta Rodríguez, Monseñor Antonio Troyo, Dr. Manrique Soto y Lic. Ronald Villalobos



Por motivo de la Conmemoración del 150 Aniversario de Fundación del Hospital San Juan de Dios, la Municipalidad de San José realizó una sesión solemne en la Capilla del Hospital. En representación de la C.C.S.S. estuvo el Dr. Álvaro Salas y por el Hospital los doctores Mario Arias, Manrique Soto y Edgar Cabezas



Dr. Manrique Soto, Director del Hospital San Juan de Dios

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Acta Médica Costarricense No. 25 Aniversario, 1982.

Archivo Nacional. Sección Congreso. Documento No. 5118.

Asociación Costarricense de Hospitales. Revista Oficial. 1977.

Barrionuevo, José María. *Medicina en la colonia*. Imprenta Lehmann, San José.

Bolaños, Rafael. *Contribución al estudio del decrecimiento de/a población nativa de Costa Rica*. Tesis. Universidad de Costa Rica, 1981.

Boletín Oficial. Gobierno de Costa Rica, 14 de mayo 1856.

Bulów, Tubo. *Apuntes para la Historia de la Medicina en Costa Rica*. Revista de Archivos Nacionales. San José, 1945.

Bunge, Mario. *La Ciencia, su método y su filosofía*, Bogotá, 1959.

Cabezas, Edgar. *Historia de la medicina en Costa Rica*. Editorial EDNASSS, CCSS, 1990.

Cabezas, Edgar. *Clorito Picado y/a antibiosis*. Editorial EDNASSS, EDNASSS, CCSS, San José, 1993.

Cardoso, Ciro y Pérez Héctor. *Centroamérica y la economía occidental*, Editorial Educa, 1993.

Chinchilla, Sara. *La lepra en Costa Rica*. Tesis. Universidad de Costa Rica. 1972.

Clark, A.J. *Farmacología aplicada*. Editorial Pubul. Barcelona, 1930.

Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica. *Nómina de Presidentes*. Archivo Personal del Lic. Carlos A. Serrano.

Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. *Revista Médica*. San José, 1982.

Consejo Nacional de Salubridad. Formularios de los hospitales de Costa Rica, San José, 1938.

Cordero, Rodrigo. *Historia social del Hospital San Juan de Dios*. 1974. Inédito.

Cowen, David. *Historia de la Farmacia*. Ediciones Doyma. España, 1992.

Cruz, Yolanda. *La Junta de Caridad de San José*. Tesis. Universidad Nacional, Heredia, 1981.

Dirección General de Estadística y Censos. Imprenta Nacional. *Anuario*. San José, 1883-1884.

Dirección General de Estadística y Censos. Imprenta Nacional. *Informe General*. San José, 1883.

Duncan, Quince. *Guía para la investigación*. Editorial Nueva Década. San José, 1986.

Evolución histórica de la farmacia del Hospital San Juan de Dios

El Mentor Costarricense. Imprenta del Estado. 18 de abril, 1846.

Facio, Rodrigo. *Estudio sobre la economía costarricense*. Editorial Costa Rica. San José, 1990.

Farmacia práctica de Remington. Duodécima Edición. México, 1965.

Friesse, Gordon. *Informe General*. Hospital San Juan de Dios, 1958.

Gaceta Médica de Costa Rica. Volúmenes comprendidos entre 1897y 1899.

Gaceta Médica de Costa Rica. Abril, 1903.

Gaceta Médica de Costa Rica. Junio, 1902.

Gaceta Médica de Costa Rica. Junio, 1904.

García, Alberto. *Historia de la medicina*. Editorial Interamericana. Madrid, 1987.

García, Diego. *Historia del medicamento*. Ediciones Doyma. Barcelona, 1985.

García, Vera. *Introducción a la microbiología*. EUNED, San José, 1995.

Gobierno de Costa Rica. Colección de Leyes y Decretos. 1863.

Gobierno de Costa Rica. Colección de Leyes y Decretos. 1944.

Gobierno de Costa Rica. Secretaria del Estado, Guerra, Gobernación, Justicia y Fomento. *Informe General*. 1869.

González, Carlos Eduardo. *Hospital San Juan de Dios, 150 años de historia*. EDNASSS, CCSS, 1995.

González, Cleto. *Reseña histórica del Hospital San Juan de Dios*. En Informe de la Junta de Caridad de San José, 1926.

González, Gonzalo. *Historia de la farmacia y/a medicina en Costa Rica*. Revista Universidad de Costa Rica. No. 1. 1944.

González Paulino. *La Universidad de Santo Tomás*. Editorial Universidad de Costa Rica. San José, 1989.

Incera, Eugenia. *El Hospital San Juan de Dios, antecedentes y evolución, 1845-1900*. Tesis. Universidad de Costa Rica, 1978.

Lines, Jorge. *Sukia*. En Revista de Archivos Nacionales. San José, 1945.

Lyon, Albert. *Historia de la medicina*. Editorial Mosby. España, 1994.

Medaglia, Marco. *Historia del Hospital Max Peralta*, Inédito.

Ministerio de Salud. Memoria Cincuentenario. San José, 1977.

Miranda, Guido. *La Seguridad Social y el desarrollo de Costa Rica*. Editorial EDNASSS, CCSS. San José, 1994.

Mohs, Edgar. *La salud en Costa Rica*. Editorial EUNED. San José, 1983.

Molina, Iván. *El legado colonial y la génesis del capitalismo*. Editorial Universidad de Costa Rica, San José, 1991.

- Muñoz, José. *Apuntes para la historia de la farmacia en el Ecuador*. Editorial Rumiñahui. Quito, 1945.
- Noticioso Universal. 16 de abril 1834, Océano, Diccionario de Medicina, Mosby. España, 1994.
- Organización Panamericana de la Salud. *Manual para la Administración de Farmacias Hospitalarias*. 1983,
- Ortiz, Bienvenido. *Compilación de Leyes y Decretos*. Imprenta Nacional. San José, 1921.
- Pelt, J.M. *Los medicamentos*. Ediciones Martínez Roca. Barcelona, 1971.
- Picado, Clodomiro. *Obras Completas*. Editorial Instituto Tecnológico de Costa Rica. Cartago, 1988.
- Picado, Manuel. *Vida y obra del Dr. Clodomiro Picado*. Editorial Costa Rica. San José, 1964.
- Prides SA. *Desarrollo de Subsistemas y módulos del sistema de información*. Hospital San Juan de Dios. San José, 1993.
- Pupo, Carlos. *Principios de higiene*. Imprenta Nacional. San José, 1918.
- Ramírez, Oscar. *Aspectos fundamentales del origen y desarrollo de la farmacia*. Universidad de Costa Rica. San José, 1983.
- Reina, José. *Bosquejo histórico de la farmacia y la medicina en Honduras*. Ediciones Ariston. Tegucigalpa, 1947.
- Revista de Costa Rica en el siglo XIX. San José, 1902.
- Revista Médica de Costa Rica. Marzo-Abril 1934.
- Rosemberg, Mark. *Las luchas por el Seguro Social en Costa Rica*. Editorial Costa Rica. San José, 1983.
- Salazar, Jorge. *Estado liberal y luchas sociales en Costa Rica*. Artículos de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica. 1987.
- Salazar, Jorge. *La Legislación en Costa Rica*. 1983. Inédito.
- Sarkis, Alia y Campos, Víctor. *Curanderismo tradicional del costarricense*. Editorial Costa Rica. San José, 1981.
- Serrano, Carlos. *Braulio Carrillo Colina. Síntesis biográfica*. San José, 1989.
- Serrano, Carlos. *Formularios terapéuticos de Costa Rica*. Colegio de Farmacéuticos, 1977.
- Serrano, Carlos. *Vistazo sobre el desarrollo institucional de la farmacia en Costa Rica*. Colegio de Farmacéuticos. San José, 1972.
- Shapiro, Mark. *Apuntes sobre la evolución médica en Costa Rica*. Revista Médica de Costa Rica, No. 343.
- Tjarks, German. *La epidemia del cólera en 1856*. Revista de Historia. UNA No. 3.
- Tristán, Guillermo. *En un Templo de Caridad*. San José, 1915.
- Universidad de Costa Rica. Centro de Educación Académica. *La enseñanza de la farmacia*. San José, 1993.
- Valdecasas, Francisco. *Farmacología experimental y terapéutica general*. Barcelona, 1959.

Evolución histórica de la farmacia del Hospital San Juan de Dios

BIBLIOGRAFÍA ESPECÍFICA SOBRE LA FARMACIA Y EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

- C.C.S.S. CENDEISSS. *Farmacocinética Clínica*. 1995.
- C.C.S.S. CENDEISSS. *Información de Medicamentos*. 1995.
- C.C.S.S. CENDEISSS. *Informe final primer curso regional de administración de farmacia hospitalaria*. 1988.
- C.C.S.S. CENDEISSS. *Primer curso regional de administración de farmacia hospitalaria*. 1988.
- C.C.S.S. CENDEISSS. *Segundo curso de farmacia hospitalaria*. 1989.
- C.C.S.S. CENDEISSS. *Sistema de distribución de medicamentos*, 1996.
- C.C.S.S. CENDEISSS. *Tercer curso de farmacia hospitalaria*. 1990.
- C.C.S.S. CENDEISSS-OPS. *Información sobre medicamentos*. 1993.
- C.C.S.S. Hospital San Juan de Dios. Servicio de Farmacia. *Índice de Códigos del cuadro básico de medicamentos*. 1978.
- C.C.S.S. *Introducción a la farmacia clínica*. 1995.
- C.C.S.S. *Manual del funcionamiento de las farmacias*. 1991.
- C.C.S.S. *Medio siglo construyendo la salud de un pueblo*. San José, 1991.
- C.C.S.S. *Primer curso de farmacia hospitalaria*. 1987.
- C.C.S.S. *Revista Fármacos*. 1996.
- C.C.S.S. Sección de Farmacia. *Instructivo* 1977.
- Hospital San Juan de Dios. *Archivo Documental*. Dirección General, Comité de Farmacia. 1944.
- Hospital San Juan de Dios. Dirección General, *Libro de Correspondencia*. 1961, 1963.
- Hospital San Juan de Dios. Junta Distribuidora de la Penicilina. *Libro de Actas*. 1944-1945.
- Hospital San Juan de Dios. *Libro de Actas*. 1945,1951, 1956,1858, 1962.
- Hospital** San Juan de Dios. Dirección General. Comité de Normas Terapéuticas. 1978.

INFORMES DE LA JUNTA DE CARIDAD DE SAN JOSÉ

Años

1881

1883

1886

1889

1891

1892

1893

1894

1897

1898

1899

1900

1901

1902

1903

1904

1906

1907-1908

1909-1910

1912-19 13

1918-1919

1920-192 1

1926-1927

1930-1931

1932-1933

INFORMES DE LA JUNTA DE PROTECCIÓN SOCIAL DE SAN JOSÉ

1936-1941

1942-1943

1944-1945

1946-1947

1948-1949

1951-1952

1954-1955

Evolución histórica de la farmacia del Hospital San Juan de Dios

1956-1957
1957-1958
1959-1960
1960-1961
1961-1962
1962-1963
1965-1966
1966-1967
1971-1972
1972-1973
1973-1974
1975- 1976

SERVICIO DE FARMACIA

Organización Panamericana de la Salud. *Manual para la Administración de Farmacias Hospitalarias*. 1989.

Departamento de Farmacia Hospital San Juan de Dios. *Primer Curso Regional de Administración de Farmacia Hospitalaria. Implementación de una farmacia de piso para la sección de medicina*. 1988.

Departamento de Farmacia. *Plan Operativo Anual*. 1995.

Departamento de Farmacia. Sáenz, Sady y Salas, Lidiette. *Sistema de distribución de medicamentos por dosis unitaria para 24 horas*. CENDEISS, 1995.

Departamento de Farmacia. Beckies, Iris. *Proyecto de implantación del consultorio farmacéutico*. CENDEISS, 1990.

Departamento de Farmacia. Castro, Virginia. *Estudio de factibilidad para la implantación de un sistema de unidosis en Neonatología*. 1990.

Departamento de Farmacia. Vindas, Mayela. *Implantación de un Centro de Información de Medicamentos*. 1989.

Departamento de Farmacia. Fernández, Angela. *Propuesta de implementación de un programa de educación sobre medicamentos a pacientes ambulatorios*. CENDEISS, 1997.

Departamento de Farmacia. Montero, Nuria. *Análisis del funcionamiento del Servicio de Farmacia del Hospital San Juan de Dios y propuesta de intervención*. ICAP, 1993.

Departamento de Farmacia. Unfried, Erika. *Plan operativo y presupuesto del Servicio de Farmacia*. 1996.

Departamento de Farmacia. Unfried, Erika. *Sistema de distribución de medicamentos a pacientes ambulatorios*. 1996.

Departamento de Farmacia. Chavarría, Ileana. *Distribución de medicamentos*. 1995.

Departamento de Farmacia. Chang, Shu y Soto, Rudy. Facultad de Farmacia. *Cumplimiento de Administración de mezclas intravenosas, de alimentación parenteral e impacto económico de su administración*. 1996.

Departamento de Farmacia. García, Ana. *Evaluación del Programa de Soporte Nutricional*. 1992.

Departamento de Farmacia. Unfried, Erika. *Sistema Nacional de Salud y Servicios de Farmacia*. 1996.

ENTREVISTAS PERSONALES

Dra. Elisa Espinoza

Dra. Nuria Montero

Dr. Ronald Thompson

Lic. Ronald Villalobos

Sr. Luis Fernando Vargas

Dr Otto Valverde

Sr. Olmedo González

Anexo No. 1

FORMULARIOS UTILIZADOS EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS EN LAS DÉCADAS DE 1930 Y 1940

BOLETA DE ADMISION

Caso No. 28 Cama No. 370 Sección Galnack Clase Pobre Caso No. 7770

CASO	Servicio		Fecha de admisión: <u>24 de Enero de</u> <u>1934</u> <u>5</u> hs
	1	2	Valores: _____ Fecha de Salida: <u>15 de Octubre</u> <u>1936</u> <u>7</u> hs
Quirúrgico			Admitido por: _____ Traslado a: _____
Altagélico			Médico llamado: Dr. _____ Días en el Hospital: _____
Obstétrico			El día _____ a las _____ a. m. visité al paciente _____
Pediatría			y le rendí tratamiento de emergencia según indicación en la cuadrícula.
Of. R. L.			
M. T. y Derm.			
Ojos			
Emergencia			

Firma del Médico: _____

PACIENTE Juan Valverde Zuñiga
Nombre Apellido
 Sexo: M Color: Bianco Estado: Casado
 Fecha de nacimiento: 10 de Abril de 1909
 Edad: 34 Años 44 Meses 1 Días 27
 Ocupación: Jornalero
 Residencia actual: San José
 Lugar de nacimiento: San Marcos de Tarrazú
 Leído? Si Sabe leer? Si
 Vacunado? Variola No Tifoidea No
 Hijo legítimo: Si
 Padre del paciente: Jacinto Valverde Vargas (1) Primaria
Nombre y apellido
 Dónde nació el padre? San Juan de Dios de Desam
 Madre del paciente: Rafaela Zuñiga Alpizar (2) Contributoria
Nombre y apellido
 Dónde nació la madre? San Marcos de Tarrazú
 Dónde viven los padres? Muertos
 Persona a quien debe notificarse en caso de emergencia: José Valverde Castro
Nombre y apellido
 Parentesco: Hermano
 Dirección: San Juan de Dios de Desam
Calle Cas. No.
 Ocupación: Comerciante
 Diagnóstico en el momento de admisión: Tuberculosis Pulmonar

Operación (casos quirúrgicos) _____
 Diagnóstico final: F - C - Izq - Proc - Pa - E - p * L - T - B - E
 Complicaciones y secuela _____
 Causa de muerte _____
 Incapacidad temporal _____
A contar de la fecha en que ingresó
 Incapacidad permanente _____
Explíquese la fecha.
 Condición en que salió del Hospital: Bien Mejor
Si es Si o no
 Podrá trabajar dentro de _____ días
 Certifico que he examinado al paciente antes de su salida del Hospital y que su condición es como se expresa arriba y que la cuadrícula está completa.

10-1-15-16 100-72300 España

Fórm. No. 108

Caso No. _____

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
SECCION DE CIRUGIA MENOR

HISTORIA OPERATORIA

Nombre y apellidos _____

Nombre y apellidos del padre _____

Nombre y apellidos de la madre _____

Residencia (datos completos) _____

Ocupación _____

Sexo: M. - F. Edad _____ Estado civil: S. C. D. Color o Raza _____

Fecha: _____ de _____ de 194 _____ Hora _____

Dr. Operador _____ Asistente _____

Diagnóstico: _____

Tratamiento: _____

Anestesia: _____

LESIONES ENCONTRADAS: _____

Material empleado: _____

Indicaciones: _____

PRONÓSTICO: Grave _____ Menos grave _____ Leve _____

Hospitalización: Fecha _____ Su casa _____

Asegurado en _____

Estado en que vino _____

Llegó en: Ambulancia _____ A pie _____

Lo acompañaba _____

Persona que extendió el boleto _____

Jr. _____
Firma del Operador

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS - DERMATOLOGÍA

NOMBRE _____ **No. Archivo** _____
Edad _____ **Oficio** _____ **Dirección** _____
Consultas _____ **Fechas** _____

Antecedentes _____

Historia _____

Lesión cutánea _____

EXAMEN: Dientes _____ Cabellos _____ Uñas _____

Hígado _____ Bazo _____ Pulmón _____

Corazón _____ P. A. _____ nervios _____

Laboratorio: Orina _____ Heces _____ W. _____

Hemograma _____

Anat. Patológica _____

Bacteriológico _____

TRATAMIENTO _____

H. S. J. D. No. 8-A

LABORATORIO DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Nombre _____

RESULTADO DEL ANALISIS DE LIQUIDO CEFALO RAQUIDEO

Albúmina ‰ _____

Globulinas _____

Glucosa _____

Leucocitos _____

Sangre _____

Microbios _____

Wasserman _____

No. _____ Caso _____ Fecha _____

Imp. Nacional - 1944 (f.) _____

H. S. J. D. Form. 49

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

PERMISO PARA VISITAR AL ENFERMO

.....
Servicio.....

Fecha.....

.....
Superintendente

Válido durante el presente mes

PORTERIA

Permitase la entrada a _____ persona

visita a **PENSION**

S. J. D. Form. 48

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

TARJETA DE CURACIÓN

Nombre

Servicio

Fecha

.....
Superintendente

Válida durante el presente mes

1	No. 10									10
2	8	4	5	6	7	8	9			
81	HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS									11
80	San José, 193..... No.									12
	PERMISO PARA VISITAR AL ENFERMO									13
29									14
28	Pensión Cuarto No.									15
27	NOTA: Válida por una vez al día únicamente.									16
26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	

H. S. J. D.

Fórm. 50

**LABORATORIO
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**

.....
RESULTADO DEL EXAMEN

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

H. S. J. D.

Fórm. No. 41.

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Departamento de Anatomía Patológica

Procédase a la autopsia del cadáver de

Dpto. No.

.....
Superintendente.

Forma, No. 101

20.000-11-44

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

OFICINA DE INFORMACION

PORTERIA :

Ruego permitir la entrada a UNA PERSONA, visita al
enfermo grave
del Salón durante CINCO MINUTOS
Fecha: Hora:

.....
.....
NOTA: Este permiso sólo es válido para la fecha y hora que se especifican.

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
SAN JOSE, COSTA RICA, C. A.

10.000-6-16

Caso No. _____

EXONERACION DE RESPONSABILIDAD POR OPERACION QUIRURGICA

Fecha _____

Dejo constancia que yo _____
paciente atendido en el Servicio de _____
estoy de acuerdo con la operación de _____
que _____ va a practicar _____

Firma del Paciente o de su Representante Legal

Cédula No. _____

Testigo: _____ Cédula No. _____

Testigo: _____ Cédula No. _____

Fórm. 76

HOSPITAL SAN JUAN DE DIÓS BANCO DE SANGRE

INSTRUCCIONES PARA DONANTES DE SANGRE

ALIMENTOS.— Antes de donar su sangre pueden tomar libremente agua y jugos de frutas; hasta cuatro horas antes, pueden ingerir: jaleas, frutas frescas, tomates y lechuga. Deben pasar por lo menos ocho horas si se ha ingerido: huevos, leche, mantequilla, frituras y otros alimentos grasosos, y cerveza. Si se han tomado bebidas alcohólicas deben pasar por lo menos doce horas antes de donar su sangre.

EDAD ÚTIL.— Entre 18 y 60 años.

NO SE ACEPTAN PERSONAS

- a) Con presión arterial superior a 200 o inferior a 100.
- b) Con menos de 80% de hemoglobina.
- c) Con menos de 110 libras de peso.
- d) Que hayan sufrido operaciones mayores hasta que hayan pasado tres meses después de éstas.
- e) Con antecedentes de tuberculosis, fiebre de Malta, paludismo (dentro de 15 años antes), y diabéticos.
- f) Con antecedentes de sífilis o que refieran historias periódicas de desmayos y convulsiones.
- g) Con ictericia durante los seis meses anteriores.
- h) Con antecedentes de asma, osteomielitis, o que hayan estado dentro de los dos meses anteriores con pacientes de enfermedades infecto-contagiosas.
- i) Enfermas del corazón.
- j) Mujeres durante la menstruación, el embarazo y la lactancia.

0000 Española

Fórm. 77
1977-01-0000

HOSPITAL SAN JUAN DE DIÓS BANCO DE SANGRE

ORDEN PARA EL LABORATORIO

No. 1

Realice exámenes de Hemoglobina, Recuento global, agrupación A-B-Diak y Kahn.

del donador _____

cruzada con _____ Caso No. _____

_____ Cama _____

aciones _____

_____ Fecha _____ Hora _____

nota

Cama _____ Agrupación _____

Prueba de compatibilidad _____

Observaciones _____

Dr. _____ Fecha _____ Hora _____

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Form No. 7056

**Departamento
de Consulta Externa y Conexos
SAN JOSÉ - COSTA RICA**

Consulta Externa - Enfermedades de la Vista

Lunes, Miércoles y Viernes: a las 7 horas

R/.

Carlos Araya

1) Jefe exteal diff 30cc

Σ 10 cc .1.4 di: pp medio
2 celnite

2) Codelsol con neomicina 1/2

Σ uny gota y bon en 0.5
C. Araya

(Véase al dorso)

Anexo No. 2

**ESTADÍSTICA DE LOS CASOS
DE CÁNCER ATENDIDOS EN EL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
DURANTE LOS AÑOS
COMPRENDIDOS ENTRE
1989 Y 1996**

CENTRO: HOSPITAL SAN JUAN
TUMOR1.FCD

TUMORES MALIGNOS
INCIDENCIA

REGION: DESCONCENTRADA

ANOS: 1989 - 1996

TIPO DE TUMOR	TOTAL DE CASOS	FALLEC.	PORCENT MORTAL.
CODIGOS			
000 TOTAL	17585	1336	7.6
140 a 149 TUMORES MALIGNOS DEL LABIO, LA CAVIDAD BUCAL Y LA FARINGE	783	22	2.8
140 LABIO	31	-	-
141 LENGUA	115	2	1.7
* OTRO SITIO Y MAL DEF. DE LABIO, CAVIDAD BUCAL Y FARINGE (142 A 149)	637	20	3.1
150 a 159 TUMORES MALIGNOS DE OTROS ORGANOS DIGESTIVOS Y DEL PERITONEO	4152	459	11.1
150 ESDFAGO	248	27	10.9
151 ESTOMAGO	2844	214	10.5
152 INTESTINO DELGADO	36	3	8.3
153 COLON	515	54	10.5
154 RECTO, PORCION DEL RECTOSIGMOIDE Y DEL ANO	500	24	4.8
155 HIGADO Y CONDUCTOS BILIARES INTRAHEPATICOS	218	44	20.2
156 VESICULA Y VIAS BILIARES EXTRAHEPATICOS	209	32	15.3
157 PANCREAS	257	49	19.1
* OTRO SITIO Y MAL DEF. DE ORGANOS DIGESTIVO Y PERITONEO (158 Y 159)	125	12	9.6
160 a 165 TUMORES MALIGNOS DE ORGANOS RESPIRATORIOS E INTRATORACICOS	1093	130	11.9
160 FOSAS NASALES, OIDO MEDIO Y FOSAS PARNASALES	83	2	2.4
161 LARINGE	275	18	6.5
162 TRAQUEA, BRONQUIOS Y PULMON	673	107	15.9
* OTRO SITIO Y MAL DEF. DE ORGANOS DIGESTIVO Y PERITONEO (163 A 165)	62	3	3.2
170 a 175 TUMORES MALIGNOS DE HUESOS, DE TEJIDO CONJUNTIVO, DE PIEL Y DE MAMA	3825	169	4.4
170 HUESOS Y CARTILAGOS ARTICULARES	266	9	3.4
171 TEJIDO CONJUNTIVO Y OTROS BLANDOS	326	17	5.2
172 MELANOMA MALIGNO DE PIEL	260	11	4.2
173 OTRO MALIGNO DE PIEL	522	9	1.7
174 MAMA DE LA MUJER	2427	122	5.0
175 MAMA DEL HOMBRE	24	1	4.2
179 a 189 TUMORES MALIGNOS DE LOS ORGANOS GENITOURINARIOS	4497	161	3.6
179 UTERO, PARTE NO ESPECIFICADA	66	6	9.1
180 CUELLO DEL UTERO	1870	64	3.4
181 PLACENTA	9	-	-

Evolución histórica de la farmacia del Hospital San Juan de Dios

				SDM	
CODIGO	TUMOR2.FCD	TIPO DE TUMOR	TOTAL DE CASOS	FALLEC.	PORCENT MORTALID.
185		PROSTATA	811	34	4.2
186		TESTICULO	199	6	3.0
187		PENE Y OTROS ORGANOS GENITALES DEL HOMBRE	65	1	1.5
188		VEJIGA	356	14	3.9
189		RINON, OTROS ORGANOS URINARIOS Y LOS NO ESPECIFICADOS	178	9	5.3
190 a 199		TUMORES MALIGNOS DE OTROS SITIOS Y DE LOS NO ESPECIFICADOS	<u>1422</u>	<u>107</u>	<u>7.5</u>
190		OJO	36	2	5.5
191		ENCEFALO	286	43	15.0
192		OTRAS PARTES Y LAS NO ESPECIFICADAS DEL SISTEMA NERVIOSO	17	4	23.5
193		GLANDULA TIROIDES	613	8	1.3
n		OTRO SITIO Y LOS MAL DEFINIDOS (194 A 199)	478	58	10.6
200 a 208		TUMOR MALIGNO DEL TEJIDO LINFATICO Y DE LOS ORG. HEMATOPOYETICOS	<u>1813</u>	<u>288</u>	<u>15.9</u>
230 a 234		CARCINOMAS IN SITU	<u>459</u>	<u>-</u>	<u>-</u>
235 a 238		TUMORES DE EVOLUCION INCIERTA	<u>239</u>	<u>2</u>	<u>0.8</u>
239		TUMOR DE NATURALEZA NO ESPECIFICADA			

Cáncer de labio, según edad y sexo
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996

Gedad	Sexo		Total
	1	2	
30-39	10	0	10
40-49	6	1	7
50-59	4	0	4
60-69	1	2	3
70-79	3	2	5
> 79	2	0	2
Total	26	5	31

Cáncer de lengua, según edad y sexo
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996

Gedad	Sexo		Total
	1	2	
30-39	3	1	4
40-49	5	2	7
50-59	31	10	41
60-69	30	4	34
70-79	9	8	17
> 79	5	7	12
Total	83	32	115

**Otro sitio mal definido de labio
cavidad bucal y faringe
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996**

Gedad	Sexo		Total
	1	2	
- 20	29	20	49
20-29	24	28	52
30-39	31	20	51
40-49	60	40	100
50-59	68	29	97
60-69	101	46	147
70-79	56	54	110
> 79	17	14	31
Total	386	251	637

**Cáncer de esofago, según edad y sexo
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996**

Gedad	Sexo		Total
	1	2	
20-29	0	2	2
30-39	4	0	4
40-49	18	4	22
50-59	29	4	33
60-69	73	16	89
70-79	50	22	72
> 79	22	4	26
Total	196	52	248

Cáncer de estómago, según edad y sexo
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996

Gedad	Sexo		Total
	1	2	
- 20	1	3	4
20-29	7	13	20
30-39	48	89	137
40-49	131	87	218
50-59	279	119	398
60-69	385	137	522
70-79	346	181	527
> 79	139	79	218
Total	1336	708	2044

Cáncer de intestino delgado, según edad y sexo
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996

Gedad	Sexo		Total
	1	2	
- 20	0	1	1
40-49	2	0	2
50-59	4	11	15
60-69	9	1	10
70-79	4	3	7
> 79	1	0	1
Total	20	16	36

**Cáncer de colon, según edad y sexo
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996**

Gedad	Sexo		Total
	1	2	
- 20	0	1	1
20-29	14	17	31
30-39	17	15	32
40-49	35	20	55
50-59	50	62	112
60-69	58	75	133
70-79	47	50	97
> 79	21	33	54
Total	242	273	515

**Cáncer de recto, porción de rectosigmoideo
y del ano, según edad y sexo
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996**

Gedad	Sexo		Total
	1	2	
- 20	1	0	1
20-29	8	13	21
30-39	12	23	35
40-49	19	30	49
50-59	43	52	95
60-69	60	77	137
70-79	46	58	104
> 79	31	27	58
Total	220	280	500

**Cáncer de hígado y conductos biliares
intrahepático, según edad y sexo
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996**

Gedad	Sexo		Total
	1	2	
- 20	2	3	5
20-29	18	3	21
30-39	34	19	53
40-49	10	8	18
50-59	19	8	27
60-69	25	15	40
70-79	26	10	36
> 79	8	10	18
Total	142	76	218

**Cáncer de vesícula y vías biliares extrahepáticas,
según edad y sexo
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996**

Gedad	Sexo		Total
	1	2	
- 20	0	1	1
20-29	2	4	6
40-49	8	11	19
50-59	12	31	43
60-69	20	51	71
70-79	15	29	44
> 79	12	13	25
Total	69	140	209

**Cáncer de páncreas, según edad y sexo
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996**

Gedad	Sexo		Total
	1	2	
30-39	6	4	10
40-49	6	2	8
50-59	21	21	42
60-69	41	31	72
70-79	54	36	90
> 79	14	21	35
Total	142	115	257

**Otro sitio y mal definido de órganos digestivos y peritoneo
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996**

Gedad	Sexo		Total
	1	2	
- 20	0	4	4
20-29	5	2	7
30-39	3	3	6
40-49	15	6	21
50-59	33	16	49
60-69	10	11	21
70-79	5	8	13
> 79	1	3	4
Total	72	53	125

Cáncer de fosas nasales, según edad y sexo
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996

Gedad	Sexo		Total
	1	2	
-20	1	1	2
20-29	5	1	6
30-39	0	4	4
40-49	10	4	14
50-59	11	4	15
60-69	24	0	24
70-79	6	10	16
> 79	1	1	2
Total	58	25	83

Cáncer de laringe, según edad y sexo
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996

Gedad	Sexo		Total
	1	2	
20-29	1	0	1
30-39	1	0	1
40-49	13	1	14
50-59	40	10	50
60-69	92	28	120
70-79	65	4	69
> 79	19	1	20
Total	231	44	275

**Cáncer de traquea, bronquios y
pulmón, según edad y sexo
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996**

Gedad	Sexo		Total
	1	2	
-20	4	3	7
20-29	2	5	7
30-39	22	13	35
40-49	34	25	59
50-59	98	57	155
60-69	160	63	223
70-79	106	37	143
> 79	36	8	44
Total	462	211	673

**Cáncer sitio y mal definidos en órganos digestivos
y peritoneo (163-165)
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996**

Gedad	Sexo		Total
	1	2	
-20	4	1	5
20-29	14	1	15
30-39	17	2	19
40-49	8	0	8
50-59	4	3	7
60-69	4	3	7
70-79	0	1	1
Total	51	11	62

**Cáncer de huesos y cartílagos articulares,
según edad y sexo
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996**

Gedad	Sexo		Total
	1	2	
-20	71	20	91
20-29	28	34	62
30-39	11	3	14
40-49	25	2	27
50-59	27	4	31
60-69	21	6	27
70-79	5	7	12
> 79	1	1	2
Total	462	77	266

**Cáncer de tejido conjuntivo y otros blandos,
según edad y sexo
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996**

Gedad	Sexo		Total
	1	2	
-20	3	8	11
20-29	12	57	69
30-39	48	22	70
40-49	35	15	50
50-59	20	23	43
60-69	23	19	42
70-79	16	11	27
> 79	9	5	14
Total	166	160	326

**Cáncer de mama, según edad y sexo
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996**

Gedad	Sexo		Total
	1	2	
-20	0	4	4
20-29	1	38	39
30-39	0	302	302
40-49	5	766	771
50-59	5	538	543
60-69	7	429	436
70-79	4	282	286
> 79	2	68	70
Total	24	2427	2451

**Cáncer de útero parte no especificada,
según edad
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996**

Gedad	Frecuencia	Porcentaje	Acum.
20-29	7	10.6%	10.6%
30-39	7	10.6%	21.2%
40-49	7	10.6%	31.8%
50-59	26	39.4%	71.2%
60-69	10	15.2%	86.4%
70-79	9	13.6%	100.0%
Total	66	100.0%	

Cáncer de cuello de útero, según edad
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996

Gedad	Frecuencia	Porcentaje	Acum.
- 20	3	0.2%	0.2%
20-29	69	3.7%	3.9%
30-39	447	23.9%	27.8%
40-49	483	25.8%	53.6%
50-59	398	21.3%	74.9%
60-69	270	14.4%	89.3%
70-79	145	7.8%	97.1%
> 79	55	2.9%	100.0%
Total	1870	100.0%	

Cáncer de placenta, según edad
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996

Gedad	Frecuencia	Porcentaje	Acum.
- 20	1	11.1%	11.1%
20-29	7	77.8%	88.9%
30-39	1	11.1%	100.0%
Total	9	100.0%	

**Cáncer de cuerpo de útero, según edad
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996**

Gedad	Frecuencia	Porcentaje	Acum.
- 20	2	0.8%	0.8%
20-29	13	5.1%	5.9%
30-39	12	4.7%	10.6%
40-49	26	10.2%	20.9%
50-59	82	32.3%	53.1%
60-69	78	30.7%	83.9%
70-79	27	10.6%	94.5%
> 79	14	5.5%	100.0%
Total	254	100.0%	

**Cáncer de ovario y otros anexos, según edad
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996**

Gedad	Frecuencia	Porcentaje	Acum.
- 20	56	9.2%	9.2%
20-29	19	3.1%	12.3%
30-39	48	7.9%	20.1%
40-49	140	22.9%	43.0%
50-59	140	22.9%	66.0%
60-69	146	23.9%	89.9%
70-79	47	7.7%	97.5%
> 79	15	2.5%	100.0%
Total	611	100.0%	

Cáncer no especificado de la mujer, según edad
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996

Gedad	Frecuencia	Porcentaje	Acum.
20-29	2	2.3%	2.3%
30-39	11	12.8%	15.1%
40-49	12	14.0%	29.1%
50-59	8	9.3%	38.4%
60-69	17	19.8%	58.1%
70-79	25	29.1%	87.2%
> 79	11	12.8%	100.0%
Total	86	100.0%	

Cáncer de próstata, según edad
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996

Gedad	Frecuencia	Porcentaje	Acum.
- 20	1	0.1%	0.1%
20-29	1	0.1%	0.2%
30-39	4	0.5%	0.7%
40-49	8	1.0%	1.7%
50-59	67	8.3%	10.0%
60-69	234	28.9%	38.8%
70-79	317	39.1%	77.9%
> 79	179	22.1%	100.0%
Total	811	100.0%	

**Cáncer de testículo, según edad
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996**

Gedad	Frecuencia	Porcentaje	Acum.
- 20	22	11.1%	11.1%
20-29	71	35.7%	46.7%
30-39	71	35.7%	82.4%
40-49	24	12.1%	94.5%
50-59	4	2.0%	96.5%
60-69	6	3.0%	99.5%
70-79	1	0.5%	100.0%
Total	199	100.0%	

**Cáncer de de pene y otros órganos
genitales del hombre, según edad
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996**

Gedad	Frecuencia	Porcentaje	Acum.
20-29	1	1.5%	1.5%
30-39	12	18.5%	20.0%
40-49	18	27.7%	47.7%
50-59	4	6.2%	53.8%
60-69	15	23.1%	76.9%
70-79	5	7.7%	84.6%
> 79	10	15.4%	100.0%
Total	65	100.0%	

**Cáncer de vejiga, según edad y sexo
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996**

Gedad	Sexo		Total
	1	2	
20-29	1	0	1
30-39	2	3	5
40-49	21	4	25
50-59	34	5	39
60-69	115	18	133
70-79	81	18	99
> 79	44	10	54
Total	298	58	356

**Cáncer de riñón, otros órganos urinarios y
los no especificados, según edad y sexo
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996**

Gedad	Sexo		Total
	1	2	
20-29	2	1	3
30-39	7	6	13
40-49	22	7	29
50-59	20	16	36
60-69	27	20	47
70-79	16	16	32
> 79	5	5	10
Total	99	71	170

**Cáncer de ojo, según edad y sexo
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996**

Gedad	Sexo		Total
	1	2	
- 20	1	0	1
20-29	3	1	4
30-39	0	6	6
40-49	4	1	5
50-59	4	0	4
60-69	5	1	6
70-79	4	1	5
> 79	4	1	5
Total	25	11	36

**Cáncer de encéfalo, según edad y sexo
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996**

Gedad	Sexo		Total
	1	2	
- 20	13	5	18
20-29	27	18	45
30-39	28	34	62
40-49	30	19	49
50-59	34	26	60
60-69	23	10	33
70-79	10	3	13
> 79	5	1	6
Total	170	116	286

**Cáncer de otras partes y las no especificadas del sistema nervioso, según edad y sexo
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996**

Gedad	Sexo		Total
	1	2	
- 20	1	0	1
20-29	2	2	4
30-39	2	0	2
40-49	0	1	1
50-59	1	1	2
60-69	4	1	5
70-79	0	1	1
> 79	0	1	1
Total	10	7	17

**Cáncer de glándula tiroides, según edad y sexo
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996**

Gedad	Sexo		Total
	1	2	
- 20	3	12	15
20-29	6	103	109
30-39	18	135	153
40-49	27	92	119
50-59	20	79	99
60-69	18	41	59
70-79	19	30	49
> 79	1	9	10
Total	112	501	613

**Cáncer de otros sitios y los mal definidos,
según edad y sexo (194-199)
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996**

Gedad	Sexo		Total
	1	2	
- 20	3	3	6
20-29	9	8	17
30-39	20	19	39
40-49	16	30	46
50-59	41	40	81
60-69	75	65	140
70-79	51	49	100
> 79	14	27	41
Total	229	241	470

**Cáncer de tejido linfático y órganos hematopoyeticos,
según edad y sexo
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996**

Gedad	Sexo		Total
	1	2	
- 20	146	77	223
20-29	203	138	341
30-39	180	87	267
40-49	125	87	212
50-59	117	74	191
60-69	149	134	283
70-79	103	91	194
> 79	51	51	102
Total	1074	739	1813

Carcinomas in situ según edad y sexo
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996

Edad	Sexo		Total
	1	2	
- 20	0	1	1
20-29	0	72	72
30-39	2	203	205
40-49	0	97	97
50-59	4	35	39
60-69	2	25	27
70-79	1	15	16
> 79	0	2	2
Total	229	450	459

Cáncer in situ según residencia
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996

Residencia	Frecuencia	Porcentaje	Acum.
Alajuela	17	3.7%	3.7%
Cartago	11	2.4%	6.1%
Guanacaste	21	4.6%	10.7%
Heredia	17	3.7%	14.4%
Limón	4	0.9%	15.3%
Puntarenas	32	7.0%	22.2%
San José	357	77.8%	100.0%
Total	459	100.0%	

**Tumores de evolución incierta según edad y sexo
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996**

Gedad	Sexo		Total
	1	2	
- 20	3	12	15
20-29	12	36	48
30-39	13	33	46
40-49	12	33	45
50-59	9	22	31
60-69	8	17	25
70-79	4	15	19
> 79	8	2	10
Total	69	170	239

**Tumores de evolución incierta según residencia
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996**

Residencia	Frecuencia	Porcentaje	Acum.
Alajuela	19	7.9%	7.9%
Cartago	12	5.0%	13.0%
Extranjero	1	0.4%	13.4%
Guanacaste	6	2.5%	15.9%
Heredia	6	2.5%	18.4%
Limón	6	2.5%	20.9%
Puntarenas	19	7.9%	28.9%
San José	170	71.1%	100.0%
Total	239	100.0%	

**Tumores malignos según edad y sexo
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996**

Gedad	Sexo		Total
	1	2	
- 20	309	232	541
20-29	481	617	1098
30-39	636	1351	1987
40-49	796	1961	2757
50-59	1241	1931	3172
60-69	1946	1880	3826
70-79	1588	1343	2931
> 79	720	553	1273
Total	7717	9868	17585

**Tumores malignos según lugar de residencia
Hospital San Juan de Dios
Años 1989-1996**

Residencia	Frecuencia	Porcentaje	Acum.
Alajuela	1823	10.4%	10.4%
Cartago	908	5.2%	15.5%
Desconocido	22	0.1%	15.7%
Extranjero	187	1.1%	16.7%
Guanacaste	491	2.8%	19.5%
Heredia	690	3.9%	23.4%
Limón	428	2.4%	25.9%
Puntarenas	1674	9.5%	35.4%
San José	11362	64.6%	100.0%
Total	17585	100.0%	

Anexo No. 3

**LISTA DE PERSONAL
NOMBRADO EN PROPIEDAD
QUE LABORA EN EL SERVICIO
DE FARMACIA “AÑO 1997”**

**PERSONAL DEL SERVICIO DE FARMACIA
EN PROPIEDAD “AÑO 1997”**

Soledad Alvarado Ramírez
Doris Allón Zúñiga
Juan Bautista Alvarado Zúñiga
Argerie Arrieta Navarro
Magally Brenes Zamora
Randall Calderón Castro
Walter Calvo Barrantes
Juan E. Calvo Cortés
Martín Cascante Campos
Humberto Cascante Gamboa
Jhonny Castillo Bonilla
Francisco Cerdas López
Dra. Iliana Chavarría Quirós
Víctor Chinchilla Corrales
Francisco Chinchilla Mendieta
Fabio de la O Villalobos
Deyanira Fallas Martínez
Dra. Angélica Fernández Monge
Carlos Humberto Figueroa Rodríguez
Dra. María Eugenia Gamboa Godínez
Jesús Gómez Campos
Dra. Noemy Gutiérrez Ramírez
Carmen Kelly Moya
Marco Antonio Lara Sandí
Une) López Corrales
Karol Loría Galagarza
Isidro Marín Espinoza
Alexis Masís Fernández

Evolución histórica de la farmacia del Hospital San Juan de Dios

Guillermo Miranda Chavarría

Francisco Molina Alfaro

Rosabeth Monge Morales

Dra. Jetty Monge Prado

Dennis Monge Pizarro

Dra. Nuria Montero Chinchilla

Orlando Mora Chinchilla

Ana María Obando Saborío

Oswaldo Prado Viales

Elizabeth Retana Barrantes

Rita Rojas Cascante

Jorge Enrique Rosales Picado

José Alexander Solano Rivera

Dra. Zaday Sáenz Vega

Marco Vinicio Sánchez Montero

Herminia Somarribas Marchena

Pedro Elí Saborío Campos

Juan Antonio Segura Aguilar

Marco Tulio Segura Ovares

Olga María Sequeira Monee

Maritza Torres Torres

Dr. Ronald Thompson Morgan

Dra. Rosa Mayela Vindas Durán

Carlos Luis Vásquez Rettes

Jorge Uriel Vargas Calvo

Ramón Antonio Vargas Salas