

CAPITULO QUINTO

EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS EN LA SEGURIDAD SOCIAL



LA GACETA

San José, 22 de Noviembre de 1989

Ley N° 7136

LA ASAMBLEA LEGISLATIVA DE LA REPUBLICA DE COSTA RICA

Decreta:

BENEMERITAZGO A FAVOR DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Artículo 1°—Declárase institución benemérita al Hospital San Juan de Dios, por su encomiable labor asistencial, académica y científica en el campo de la salud pública desde 1845, en beneficio del pueblo costarricense.

Asamblea Legislativa.—San José, 24 de Octubre de 1989.

Allen Arias Angulo
Presidente

Aníbal González Barrantes
Primer Secretario

José A. Aguilar Sevilla
Segundo Secretario

Presidencia de la República.—San José, 3 de Noviembre de 1989.

Ejecútese

OSCAR ARIAS SANCHEZ
Presidente de la República

Edgar Mohs Villalta
Ministro de Salud

EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS EN LA SEGURIDAD SOCIAL

El Hospital San Juan de Dios, en setiembre de 1977, es oficialmente trasladado a la Caja Costarricense de Seguro Social y con ello se incorpora al sistema de Seguridad Social que, desde 1941, era promovido y administrado por el Estado.

Efectivamente, el Estado costarricense inicia el camino del reformismo con la administración del Dr. Rafael Angel Calderón Guardia, sobre todo, en legislación social, que incluyó la creación de la Caja Costarricense de Seguro Social y los seguros sociales. Esto, aunado a acciones tomadas anteriormente, como la creación de la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social, en 1927, y la Ley de Seguros de Accidentes, en 1924, le estaba dando origen a toda una estructura en el campo de la salud. (1)

Con el traslado del Hospital a la Caja quedaban atrás 132 años de vínculo, primeramente con la Junta de Caridad de San José y posteriormente con la Junta de Protección Social.

Los principios de la Seguridad Social son la nueva base en donde el Hospital sustentará su forma de brindar sus valiosos

servicios a la comunidad.

Por ser la Caja Costarricense de Seguro Social una de las más importantes instituciones de salud y protección social, lo mismo que por su significado, se detalla parte de su evolución, con el fin de comprender mejor la circunstancias que llevaron a dicho traslado.

Antecedentes y Fundación de la Caja Costarricense de Seguro Social y los Seguros Sociales

La creación del Seguro Social en Costa Rica, debe ubicarse, para entenderla mejor, dentro de la promulgación de la Legislación Social que se da en Costa Rica, entre 1940 y 1943, que también incluía la creación de la Universidad de Costa Rica, las Garantías Sociales y el Código de Trabajo.

Desde el punto de vista externo, la influencia de la Primera Guerra Mundial, la Gran Depresión y la Segunda Guerra Mundial, prácticamente pusieron al descubierto la ineficiencia del Estado liberal para resolver los problemas sociales y económicos que afectaban a Costa Rica.

Referente al orden interno, las leyes sociales ejecutadas a partir de 1940, también son el resultado de luchas sociales que se venían dando en el país desde finales del siglo XIX, así como también, del aporte de ideas y proyectos políticos de ciudadanos y dirigentes costarricenses. Obviamente, la participación del Dr. Calderón Guardia con su fuerza política e ideológica, hizo realidad tan anhelado cambio, que fue apoyado en todo momento por el Lic. Manuel Mora Valverde y el Partido Comunista, y contó también con la participación abierta y decidida de la Iglesia Católica, por medio de Monseñor Víctor Manuel Sanabria.

Sobre el Dr. Calderón Guardia, se deben tener en cuenta que recibió sus principios doctrinales social-cristianos cuando estudiaba en Europa la carrera de medicina. Dichos principios estuvieron basados en las encíclicas papales, como la *Rerum Novarum* ("De las Cosas Nuevas"), de León XIII, de 1891; y la *Quadragesimo Anno* ("Año Cuarenta"), de Pío XI, de 1931; así

como en el Código de Malinas, del Cardenal Desiderio Mercier.

Con respecto a los antecedentes de los seguros sociales, uno de los primeros intentos lo da el diputado Enrique Pinto, al presentar al Congreso un proyecto de ley sobre accidentes de trabajo, en el año 1906, propuesta que repite en 1909 sin resultados positivos.

En 1913, el diputado Alberto Vargas Calvo, presentó un proyecto sobre el mismo tema, que buscaba socorrer a los trabajadores, de posibles enfermedades contraídas en el desempeño de su trabajo, pero esta gestión tampoco resultó. El diputado Luis Anderson presenta otro proyecto, en 1914, sobre el mismo aspecto, el cual es rechazado. Posteriormente, en 1915, los diputados Alberto Vargas, Enrique Echandi y Luis Anderson presentan un proyecto para establecer una protección sobre los accidentes de trabajo, pero tampoco fue aprobado. Estos proyectos constituyen los antecedentes de la Ley de Accidentes de Trabajo, aprobada en 1922, en la que se establece la posibilidad de pagar medio salario y suministrar medicina a los trabajadores que se incapacitan temporalmente debido a un accidente.

En el caso del Banco de Seguros, el primer antecedente data del año 1896, cuando el diputado Felipe Gallegos presenta un proyecto de seguros contra incendios. Otros legisladores presentan proyectos parecidos en ese campo, como Rogelio Fernández Güel, en 1902, y Aníbal Santos, en 1911. Posteriormente, Luis Anderson, Juan Alfaro y Manuel Grillo, presentaron otro proyecto de ley sobre seguros y compañías que es incorporado por el presidente González Flores, en 1915, al promulgarse la Ley de Seguro Mercantil y Compañías de Seguro. En 1924, el Proyecto Ley sobre Monopolio de Seguros es aprobado, y nace el Banco de Seguros, como una clara intervención del Estado en el campo social. En este aspecto, tuvo influencia directa el General Jorge Volio y el Partido Reformista, ya que el mismo Volio estaba influenciado por los principios social cristianos que había conocido al realizar sus estudios sacerdotales en Bélgica.

Las ideas de Volio, en su momento, fueron una alternativa para los sectores populares. Algunos de sus proyectos en el campo social y económico, años después se hicieron realidad, porque él impulsaba la creación de una universidad, estabilidad laboral, programas de vivienda y mejoras en el campo de la salud. Inclusive, en un momento dado Volio expresó:

“No quiero la política de los "vivas", porque esa política ya ha pasado a la historia y lo que queda de ella debe ser liquidado... Antes el pueblo era instrumento del candidato; ahora el candidato es el instrumento del pueblo... Nuestra idea es la de formar un partido doctrinario que dure muchos años.” (2)

Prosiguiendo con los antecedentes, otra medida de intervención estatal fue la creación de la Secretaría de Trabajo y Bienestar Social, en el año 1928, propuesta del Lic. Carlos María Jiménez Ortiz que, a su vez, estaba influenciado por la doctrina social cristiana.

El Lic. Cleto González Víquez, encargó a Max Koberg el redactar un proyecto de seguridad social que incluyera la previsión de prestaciones por accidentes, enfermedad, matrimonio, invalidez y muerte, el cual fue conocido como el “Plan Koberg”. Sin embargo, ese plan fracasó por falta de interés para su aplicación.

Entre los proyectos políticos que se presentaron en esta etapa, estaba el Proyecto del Partido Comunista. Este Partido tiene como antecedente la “Acción Revolucionaria de Cultura Obrera”, más conocida como (A.R.C.O.), constituida en 1929, como un círculo de estudios marxistas compuesto por dirigentes de la época

como Manuel Mora, Jaime Cerdas, Ricardo Coto y Gonzalo Montero, entre otros. Esta organización, en 1931, con la participación de otros personajes como Luisa González y Carlos Luis Sáenz, fundan el Partido Comunista de Costa Rica, con el nombre de Bloque de Obreros y Campesinos.

El Partido Comunista, entre otras cosas, propuso el establecimiento de los seguros sociales a cargo del Estado para desocupados por accidentes de trabajo, enfermedades en general, vejez y maternidad; también, proponía regulaciones y reglamentos para jornadas de trabajo, una ley de salarios mínimos, creación de instituciones de salud y la eliminación de la Fábrica Nacional de Licores.

El pensamiento de Vicente Sáenz, en el Partido Socialista Costarricense, fue más que todo americanista y nacionalista; entre los postulados del Prof. Sáenz, estaban la creación de leyes de trabajo, seguro social y aspectos referentes a la salud.

Como se podrá notar, fueron varios los intentos que se hicieron para la creación de los seguros sociales, que se hacen una realidad en 1941, gracias al empeño puesto por el Dr. Calderón Guardia.

El Dr. Jorge Mario Salazar Mora, sobre estos antecedentes, señala:

“En definitiva, se debe concluir que todos estos proyectos reformistas y revolucionarios, ligados unos a personajes, otros a gobernantes, o bien a movimientos y partidos políticos que se dieron antes de la década de 1940, fueron claros antecedentes de la legislación social emitida en Costa Rica en la coyuntura de 1940 - 1943. También que estos intentos y sus logros concretos, más que regalos o concesiones de la elite gobernante del país en esa época, fueron el resultado de las luchas sociales que se dieron en estas primeras décadas del siglo XX, y también una consecuencia de las crisis económicas; todos estos personajes e ideas constituyen a la vez, causa importante para explicar el surgimiento de la legislación social.” (3)

El antecedente más significativo en la práctica sobre los seguros sociales es el conocido como el Programa de Turrialba y que Mark Rosenberg sitúa como el precursor del seguro social en Costa Rica. (4)

La iniciativa de Turrialba consistió en fijar un impuesto de 5% a obreros y jornaleros; de este monto, los patronos pagaban 2%

y los trabajadores 3% y así tenían acceso a la atención médica, lo mismo que sus familias. El Lic. Carlos María Jiménez fue uno de los impulsores de este programa que se llevó a cabo en la década de 1920.

El seguro social obligatorio vino a establecerse definitivamente en Costa Rica, por Ley N^o 17, del 1 de noviembre de 1941, llamada “Ley Constitutiva de la Caja costarricense de Seguro Social.”

Para fundar la institución, el gobierno del Dr. Calderón Guardia envía al Lic. Guillermo Padilla Castro a Chile para que estudie la experiencia que tenía ese país en el campo de los seguros, ya que fue la primera nación latinoamericana en establecer el seguro social obligatorio, en 1924 (5). Con la colaboración de Ernesto Martín, Walter Dittel y Oscar Barahona, Padilla Castro redacta el proyecto, el cual es presentado por el Ejecutivo al Congreso, en julio de 1941.

Las primeras prestaciones se dieron en San José, Cartago, Heredia y Alajuela, en el año 1942.

El 22 de octubre de 1943, queda aprobada la segunda ley constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, la cual le daba más autonomía a la institución y estableció a la vez un tope salarial de ₡400,00.

El significado de los seguros sociales y de la institución encargada de administrarlos, se comprende mejor por el hecho de que antes existía un gran vacío en el campo de la ayuda social y seguridad familiar. Se necesitaba una política social que uniera al estado, al obrero y al patrono, como una forma de cooperación de esfuerzos para atacar los problemas de salud y protección social; a su vez, actuaría como un instrumento de estabilidad y paz social. A pesar de que en sus inicios fue rechazado por algunos grupos conservadores y económicamente poderosos, en definitiva y con el apoyo del Lic. Manuel Mora, de la Iglesia Católica y de algunos grupos de análisis, como el Centro para el Estudio de los Problemas Nacionales, los seguros sociales pudieron consolidarse.

La Caja, como institución encargada de administrar los seguros sociales, tuvo en sus inicios dificultades por sus mismas limitaciones e inexperiencia; aun así, para 1944 tenía 33.800 asegurados.

Con respecto a la fundación de la Caja y, sobre su papel desempeñado, el Lic. José Manuel Cerdas manifiesta:

“Desde este punto de vista, la legislación social y, en particular, la del área de salud y protección, generadas en los años cuarenta fueron cruciales. La tímida, aunque relevante política sanitaria anterior a 1941 fue puesta al día y relanzada dentro de una óptica intervencionista y benefactora, que eliminó la concepción liberal tradicional de la caridad como eje para atender los problemas asistenciales y de salud.

El Estado al asumir éstas como sus funciones, logra realizar una tarea transformadora y de espectaculares resultados. Para entonces, había conciencia en el sector de la clase política progresista de que la salud no era un problema de una sola cara: la prensa obrera y radical, los médicos con mayor sensibilidad social y el propio Presidente Calderón Guardia lo señalaban: la desnutrición y la indigencia, producto de graves injusticias sociales, eran el caldo del cultivo de la alta mortalidad general o infantil y de la gran morbilidad.

No cabe duda de que a pesar de las oposiciones, la sociedad costarricense estuvo madura para recibir tal iniciativa y para ser

implementada. Los sectores populares fueron haciendo suyas las instituciones de salud y protección, aunque es de reconocer, que con el correr del tiempo sus posibilidades de injerencia se fueron mermando.

También se debe señalar que en el área en cuestión mucho de lo logrado se fortaleció, gracias a que algunos de los sectores políticos opuestos al calderonismo, luego del conflicto militar de 1948 supieron defender y mantener, la institucionalidad creada.” (6)

Finalmente, Cerdas agrega que los móviles que la impulsaron fueron compartidos, como cualquier fenómeno histórico, por elementos individuales, grupales y sociales que presentaron buenas intenciones, sugerencias y excitativas que propiciaron en conjunto esos cambios tan importantes (7).

Después de la lucha armada de 1948, la Junta Fundadora de la Segunda República, encabezada por José Figueres Ferrer, respetó y respaldó las leyes sociales y, por supuesto, el Seguro Social, inclusive, llegó a mejorar tales leyes con la Constitución Política de 1949.

Con Figueres, el Estado profundiza su intervención para el desarrollo económico y social del país, y efectúa cambios políticos de suma relevancia, básicamente a partir de la fundación del Partido Liberación Nacional, en 1951, de ideología social-demócrata. Con don José Figueres, se inicia la participación benefactora e interventora del Estado costarricense.

Sobre este asunto, el Dr. Guido Miranda expresa:

“De ahí, para quienes ejercieron el poder político en la Junta de Gobierno en la Segunda República, no había bases para derogar los cambios sociales establecidos con anterioridad, sino por el contrario, había bases para desplegar una decisiva acción depuradora y de fortalecimiento claramente expresada en la Caja Costarricense de Seguro Social que vio reorganizados sus cuadros y pagadas sus deudas, lo cual la consolidó política, financiera y administrativamente.” (8)

Para el año 1956, se produce un paso trascendental para la institución y el país, al extenderse el seguro de enfermedad y

maternidad a toda la familia. Esto incluía a esposa, hijos y dependientes. De esta forma, se rompe el esquema clásico de seguros, al pasarse de la protección del asalariado a la protección familiar, lo cual da cabida a la medicina social que trajo como consecuencia la formación de especialistas en diferentes ramas de la medicina. A medida que se extendía la protección a los seguros sociales, la Caja fue adquiriendo solidez e independencia, por lo que a principios de la década de 1960, se planteó la necesidad de universalizar los seguros sociales y darle más financiamiento a la institución. En este aspecto, se logra romper el tope, el cual se ubica en un límite de mil colones, gracias al apoyo del gobierno del Lic. Mario Echandi y su Ministro de Trabajo, Franklin Solórzano.

La gran reforma constitucional fue la Ley N^o 2738 del año 1961, que imponía a la Caja la obligación de universalizar los seguros sociales a su cargo, en un término de diez años, situación que se hizo realidad durante el gobierno de don José Figueres Ferrer, de 1970, y fue seguida durante la administración del Lic. Daniel Oduber Quirós.



DR. RAFAEL ANGEL CALDERON GUARDIA
FUNDADOR DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL



**EN ESTAS INSTALACIONES INICIA
LABORES LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**

Un Vínculo Importante

Sin conocerse todavía en la práctica los seguros sociales, el Hospital San Juan de Dios, desde el siglo pasado, ya había venido *brindando seguridad social a la población costarricense*, al menos en el plano médico asistencial, lo que se traducía en bienestar para esos habitantes. La protección médica al obrero, al niño, a la madre y a la familia costarricense tuvo como punto de partida el Hospital San Juan de Dios.

La Caja Costarricense de Seguro Social y el Hospital tuvieron un primer contacto formal en 1942, cuando la Caja negocia con la Junta y los médicos del Hospital la compra de servicios para que los asegurados reciban atención en este centro de salud. Sin embargo, a pesar de esas buenas intenciones, el gremio de la Unión Médica Nacional, fundado en 1944, y constituido en su mayoría por médicos del Hospital San Juan de Dios, antagonizaron con la Caja, debido al interés de esa institución de extender su cobertura. Quizá, en el fondo, la preocupación se fundamentaba en que las buenas intenciones que tenía la Caja, supuestamente, *chocarían con la práctica privada profesional.* (9)

El mismo Dr. Peña Chavarría, como representante de la Unión Médica, expresaba:

“El Seguro Social como servicio colectivo restringe la iniciativa privada del médico. Si bien es bueno para los estratos sociales de reducidas posibilidades, es peligroso, desde el punto de vista del médico, para las gentes de ingresos más altos, que pueden costearse servicios médicos privados.” (10)

Con las anteriores palabras, en alguna forma, se explicaba el porqué la relación de la Caja con el Hospital, durante varios lustros, no fue la más amistosa.

Ahora bien, tampoco fueron todos los médicos del Hospital San Juan de Dios quienes estuvieron en contra de la Caja. Más aun, una vez que la Caja Costarricense de Seguro Social contó con instalaciones propias como el Hospital Central, que luego sería bautizado con el nombre de Dr. Rafael Angel Calderón Guardia, fueron los mismos médicos del Hospital San Juan de Dios los primeros en ser contratados por la Caja y así ofrecer servicio para el Seguro de Enfermedad y Maternidad.

El Dr. Esteban López Varela fue el primer médico destinado por la Caja para la atención de los pacientes asegurados que se tenían que internar en el Hospital San Juan de Dios. En el Salón Echeverría, se colocaron cuarenta camas para dicho fin.

Otros médicos de influencia del Hospital San Juan de Dios, empezaron a laborar en la Caja Costarricense de Seguro Social, como el Dr. Julio César Ovares, quien se hizo cargo de la Unidad de Prestaciones Médicas. Luego, a partir de 1945, empieza el desfile de médicos del Hospital San Juan de Dios que van a laborar para la Caja Costarricense de Seguro Social en el Hospital Central, y sientan las bases técnicas y científicas para el futuro de éste. Obviamente, las condiciones de trabajo ofrecidas por la Caja eran superiores, pero también, este grupo de médicos estaba identificado con el papel importante que representaban los seguros sociales para el país.

De esta forma, el Dr. Enrique Berrocal se encarga de sentar las bases de los servicios de cirugía; el Dr. Alfonso Acosta en gineco-obstetricia y el Dr. Carlos Sáenz Mata, en medicina. Entre estos primeros médicos que llegaron del Hospital San Juan de Dios, se destacan los doctores: Francisco Cordero, Mario Luján, Roberto Quesada y Odilón Brenes; a su vez, llegaron especialistas como el

Dr. José María Ortiz, en otorrinolaringología; el Dr. Carlos de Céspedes y el Dr. Enrique Morúa, en rayos X; el Dr. Carlos Mena en oftalmología y el Dr. Hernán Bolaños, en odontología. Con el transcurrir de los años, fueron llegando otros médicos que le dieron solidez a dicho hospital, como los doctores Fernando Coto, Enrique Aguilar, Andres Vesalio Guzmán, Arnoldo Fernández, Longino Soto, Guido Miranda, Enrique Urbina y Ernesto Bolaños.

El Dr. Esteban López, haciendo un repaso de los inicios, manifestó, en 1983:

“Por eso quiero recalcar, que los primeros médicos que abrimos brecha en esta Institución tuvimos coraje y desafiamos las críticas de los colegas que les parecía indigno trabajar con la Caja Costarricense de Seguro Social.

Dichosamente esos prejuicios se desvanecieron y hoy es casi la totalidad de médicos del país los que colaboran en los hospitales de la Caja y demás instalaciones que funcionan y cubren la salud de la totalidad de los costarricenses.” (11)

Queda evidenciado entonces, que el principal hospital de la Caja por muchos años, al menos para su conformación médico-

científica, tuvo participación e influencia directa del Hospital San Juan de Dios. Por tanto, la contradicción se dio únicamente por parte de un sector dirigente del Hospital, y la misma Junta de Protección Social.

Aunque por caminos diferentes, la verdad es que tanto la Junta, como el Hospital San Juan de Dios y la Caja Costarricense de Seguro Social, con su sistema de protección social, han significado mucho para el mejoramiento general de la salud y el bienestar de los costarricenses.

Algunos Criterios sobre la Unificación de Servicios de Salud

El proceso de creación de algunas instituciones relacionadas con la salud en Costa Rica ha sido bastante disparate e individualista, sin ninguna integración, pues cada ente ha realizado sus acciones sin tomar en cuenta a la otra, y se ha caído en duplicidad de funciones, que significan un desperdicio de recursos.

Un intento que se da en la década de 1950, al menos para ordenar la situación de los hospitales nacionales, fue el establecimiento de una Dirección y del Consejo Técnico de Asistencia Médico Social, con funciones de supervisión técnica y financiera de los centros hospitalarios.

Estos organismos no fueron bien aceptados, e, incluso, llegaron a tener serias divergencias y disputas con la misma Junta de Protección Social. Más aun, esas disputas de forma y de fondo de cómo se debían administrar los hospitales, prácticamente se convirtieron en refriegas que llegaban hasta los altos poderes del país. (12)

Para finales de la década, la empresa consultora hospitalaria Gordon Friessen realiza un exhaustivo estudio del sistema hospitalario nacional; sus recomendaciones, plasmadas en una serie de tomos, ponían al descubierto las fallas del sistema. Lo más importante de esto es que dicha firma norteamericana recomendaba la necesidad de integrar los servicios de atención médica.

Pero no sólo el informe Friessen fue un antecedente de unificación hospitalaria; también se dieron otros planteamientos en ese sentido, como fueron las propuestas concretas de los doctores

Juan Guillermo Ortiz Guier y Fernando Trejos Escalante, realizadas en la década siguiente y que abogaban por una integración hospitalaria.

La propuesta del Dr. Ortiz se justificaba en el sentido de que, a pesar de la excelente labor histórica que habían cumplido las Juntas de Protección Social en el campo de la salud, su contenido económico no era suficiente para mantener los hospitales; más bien, éstos trabajaban con déficit, por lo cual se veían abocados inclusive a pagar salarios menores a los fijados por ley. Por lo tanto, las Juntas no podrían por sí solas hacerle frente a un plan nacional de integración.

En relación con la Caja Costarricense de Seguro Social, el Dr. Ortiz Guier manifestaba que vino a llenar una sentida necesidad nacional, de servicio a los trabajadores. Sin embargo, dejaba por fuera algunos grupos de trabajadores independientes y pequeños propietarios, por lo que la ampliación de los seguros debía ser una realidad, pues se tenían los recursos financieros para hacerlo, pero contando para eso con la cooperación y experiencia de otras instituciones afines.

Según el Dr. Ortiz, el Ministerio de Salubridad Pública había servido a la medicina preventiva en forma general, pero era insuficiente, por no tener los recursos económicos necesarios; además, no había incorporado un plan económico social completo, que abarcara vías de comunicación, agua potable, educación y sanidad ambiental.

Sobre el Instituto Nacional de Seguros, señala el forjador del “Hospital sin Paredes” en Costa Rica, que sus planes son de beneficio, sólo en lo relativo a los accidentes de trabajo, pero sus servicios son privilegiados dentro de la comunidad total, ya que omite al resto de la población.

En resumen, Ortiz indica que todo en conjunto ha llenado una necesidad nacional y, aun habiendo trabajado sin la coordinación debida, ha brindado bienestar a las comunidades, pero que Costa Rica con su raquílica economía no puede resistir multiplicidad de servicios en las mismas actividades, por lo que es lógico, indispensable y urgente, la integración de los servicios, que contemple la prevención, la curación y la rehabilitación, con el objeto de brindar una mejor salud física y mental a la sociedad.

Con amplitud de criterio, el Dr. Juan Guillermo Ortiz señala:

“Reconozco a cada una de las instituciones en particular los méritos que tienen; hagamos el mejor uso de sus propias experiencias en la proyección del futuro, tomando en cuenta cada una de ellas, demos los pasos necesarios sin precipitación, pero con la energía necesaria para que todas fusionadas en la idea común del mejoramiento de sus servicios y en la necesidad de integración logremos llegar a la verdadera meta. Cada uno de estos organismos, como es natural, ha desarrollado intereses institucionales de grupo y personales, que no se pueden desconocer. Estudiémoslos y convengamos en la mejor solución, para que todos caminen hacia una sola confluencia.” (13)

La integración propuesta por el Dr. Ortiz Guier consistía en distribuir los diferentes hospitales e instituciones de salud por niveles: central, regional, periférico, subperiférico e inferior.

La propuesta del Dr. Fernando Trejos Escalante, ex-jefe de la Consulta Externa del Hospital San Juan de Dios y ex-directivo de la Caja Costarricense de Seguro Social, estaba más centralizada en la seguridad social y, sobre todo, en la cobertura de los seguros

sociales.

El Dr. Trejos manifestaba que la Constitución costarricense tenía una incongruencia, ya que se obligaba a la Caja a universalizarse, mientras el sostén económico de la institución era compartido por el estado, los trabajadores y patronos.

La preocupación principal para el Dr. Trejos era que se dejaba por fuera a trabajadores independientes, a pequeños propietarios, a trabajadores por destajo; grupos que, si se quiere, necesitan aún más de la acción solidaria; por eso, en esas condiciones, el seguro social no cumplía con el requisito de proteger la salud de todos los costarricenses.

Sobre el régimen de invalidez, vejez y muerte, señalaba que la obligación de la Seguridad Social debe ser la de no procurar pensiones altas a los que pueden y deben prever, por sí mismos, sino proteger a los más necesitados y eliminar la indigencia; en el régimen de enfermedad, la principal misión de la Seguridad Social debe ser, no sólo mejorar la atención médica a los que ya la reciben por algún medio, sino procurarla especialmente a los que no tienen otra forma de recibirla, ya que sólo así se puede concebir la Seguridad Social y se pueden corregir los índices adversos de

mortalidad y morbilidad y el alto porcentaje de personas que mueren sin atención médica, así como el alto número de enfermedades infecciosas y parasitarias que repercuten directamente en la mortalidad infantil.

El Dr. Trejos, en su planteamiento, creía necesaria la integración de los servicios médicos y la organización de un sistema único estatal que tuviera a su cargo los programas de salud, combinando actividades en la medicina preventiva y en la asistencial, para así evitar el despilfarro económico que significaba la duplicación de servicios médicos.

El destacado médico, Dr. Trejos Escalante, también señalaba:

“Creo firmemente en que esa integración de servicios médicos puede realizarse en mejor forma a través de la seguridad social, o sea mediante la contribución económica de todos los que reciben algún ingreso por salario o por renta. Pero tengamos la convicción que sólo podemos llegar a ella, combinando la estructura de nuestro Seguro Social de manera que se permita proteger con él a toda la población, de manera igual, a quienes más necesitan de esa protección. Creo además que es a nosotros los

médicos, que palpamos diariamente los verdaderos problemas sociales que conocemos nuestras deficiencias actuales, a quienes nos corresponde dar esta batalla.” (14)

En síntesis, con estas dos propuestas, se demuestran las inquietudes de esos años por mejorar la atención de la salud, por medio de la unificación o integración de servicios, situación ésta que se lleva a la realidad, a partir de 1970.

Situación Financiera de la Junta de Protección Social de San José antes del Traspaso.

No era ningún secreto que la Junta de Protección Social de San José, tenía problemas de financiamiento en sus hospitales, especialmente con el Hospital San Juan de Dios, el más grande del país. Ya para el año 1951, el Hospital San Juan de Dios tuvo un déficit operacional por un monto de $\text{¢}6.183.473,49$, que fue suplido por la misma Junta. Y no era que las ventas de lotería no dejaran

dividendos; por el contrario, siempre fueron la principal fuente de ingresos.

La crisis financiera que arrastraba la Junta fue acentuada por varios hechos que coincidieron a partir de 1950; uno de estos hechos fue la entrada en vigencia de la Ley N° 1152, del 13 de abril de 1950, que obligaba a la Junta a distribuir parte de las rentas que dejaba la lotería entre las demás Juntas de Protección Social del país, que tenían a su cargo hospitales.

Esa distribución se hacía por intermedio de la Dirección de Asistencia del Ministerio de Salubridad Pública.

En el plano teórico, la medida era buena, ya que el propósito era mejorar las diversas unidades asistenciales del país con esos dineros, a cambio de que atendieran el mayor número de pacientes. Se suponía que, con esta medida, se dejarían de remitir al Hospital San Juan de Dios pacientes que podría atenderse localmente. Asimismo, se enviarían al Hospital los pacientes cuyo mal no tuviera remedio a nivel local.

Pero la realidad es que esa medida no funcionó, ya que los hospitales de otras comunidades siempre siguieron refiriendo

muchos pacientes al Hospital San Juan de Dios, y, aunque no fueran referidos, los pacientes, por su propia iniciativa, acudían al Hospital, obviamente atraídos por la excelente imagen que tenía entre la población nacional. El mismo Dr. Peña Chavarría confirma tal situación:

“Quiero llamar la atención por las derivaciones económicas que el hecho tiene, sobre la hospitalización de enfermos de provincia y que creo no guarda relación con lo que sinceramente esperábamos muchos de los que prohibíamos la Ley N° 1152.” (15)

Para 1954, casi ocho mil pacientes internados procedían de provincias, o sea, el 30%. Esta constante se presentó en los siguientes años; al menos para 1972, los pacientes ingresados de otras provincias fueron un 40% (16). Definitivamente, estas condiciones confabularon contra los intereses de la Junta y su afán por mejorar el Hospital San Juan de Dios en tecnología y personal especializado.

Se debe tener en cuenta que los costos para la manutención del Hospital cada vez eran más altos. Por ejemplo, para 1951, los gastos fueron de ¢7.089.882,35, distribuidos así:

-Departamento Administrativo	¢381.737,30
-Departamento Farmacia-Inyectables	¢907.992,95
-Laboratorio Clínico	¢290.792,92
-Diagnóstico y Tratamiento	¢160.542,96
-Alimentación y Dietética	¢2.075.022,70
-Mantenimiento	¢602.604,75
-Servicios Domésticos	¢470.089,47
-Educación Médica	¢131.748,06
-Servicios Religiosos	¢31.987,06
-Departamento Médico Quirúrgico y Enfermería	¢2.045.675,59
-Otros Gastos	¢31.626,71

Para 1950, la venta de lotería fue de más de ¢46.000.000,00; en premios tuvo que pagar ¢38.374.345,00; y quedó una utilidad de ¢8.374.345,00.

Como un dato adicional, es preciso mencionar que para principios de década, la Junta tenía 2.012 empleados, de los cuales

1.219 pertenecían al Hospital San Juan de Dios.

La Junta de Protección Social hacía lo posible por balancear la situación financiera que se agravaba año con año. Una de las medidas de urgencia que se tomó ante tal situación, fue la de contratar al Dr. Pablo Luros, con el propósito de implantar sistemas de contabilidad de costos para controlar los gastos.

Un factor muy importante que se debe tomar en cuenta es que, independientemente del aporte que hacía la Junta a sus propios hospitales, también brindaba colaboración económica para la construcción del Hospital Antituberculoso Dr. Raúl Blanco Cervantes y cooperaba abiertamente en la construcción del Hospital de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera.

En realidad, eran demasiadas erogaciones juntas para una institución de beneficencia sin fines de lucro que, a su vez, tenía que competir abiertamente para la contratación de personal, incluyendo médicos, con otras instituciones que se perfilaban más solventes, como la Caja Costarricense de Seguridad Social y el Ministerio de Salubridad. Sobre este punto, don Alfredo Echandi expresaba:

“La falta de condiciones de equiparación de salarios y condiciones de trabajo, es causa fundamental del éxodo que la Junta presencia día con día en sus hospitales. Las renunciadas que se presentan diariamente todas ofrecen la misma justificación. El dimitente no se halla descontento en la función que desempeña o, por el trato que recibe; se lamenta de lo exiguo del salario y de la necesidad de buscar otros rumbos con mayores perspectivas económicas.” (17)

La situación era tan crítica que, un informe del auditor de la Junta, Lic. Jorge Salas, manifestaba que, a pesar de haberse balanceado en parte las finanzas, era conveniente hacer notar que eso se había logrado mediante la reducción de gasto, hasta el extremo de declarar prácticamente congelados los sueldos y salarios del personal, y prescindir de mejoras en los servicios que se hacían indispensables, de renovación de equipo deteriorado y de nuevas construcciones. Agregaba que el precio de las medicinas, víveres, jornales y otros iban subiendo al igual que los pacientes que requerían atención, por lo que el incremento de las rentas es casi insignificante en comparación con las necesidades (18).

Indudablemente, a partir de este enfoque brindado por el auditor, se pueden sacar conclusiones sobre la situación general que

afectaba al Hospital San Juan de Dios. Más aun, en 1960, el mismo Lic. Jorge Salas argumentaba que la situación no se debería ocultar; más bien, se debía pedir ayuda para solventar la crisis, al Ministerio de Salubridad, al Consejo Técnico y a la Dirección de Asistencia. (19)

El Sr. Alfonso Figuer, administrador del Hospital, señalaba que los ingresos producto de la rentas de lotería no alcanzaban para cubrir los gastos para la contratación de personal, conservación y mantenimiento de edificios y compra de equipo. Profundizando sobre el tema, el mismo Figuer dice:

“No es lo mismo el Hospital San Juan de Dios con 1450 camas y el Hospital Central del Seguro Social con 400 camas.” (20)

El director del Hospital San Juan de Dios, Dr. José Manuel Quirce, muy preocupado, acotaba que la falta de recursos era un factor limitante, tanto más grave cuando el ejercicio de la medicina era cada vez más elaborada y costosa, por lo que se necesitaba adquirir equipo y dar una mejor preparación al personal médico, técnico y de enfermería (21).

primer plan nacional de salud 1971-1974, que luego se extendería hasta finales de década.

Ese plan reconoció que uno de los principales problemas para el desarrollo de una política sectorial integral, era la inadecuada organización de los servicios de salud, la falta de coordinación y la mala utilización de recursos. Tomando en cuenta este diagnóstico, que no era nada nuevo, se producen una serie de decretos que poco a poco van modificando el sector y dan las bases para su desarrollo. Dichos decretos están muy bien ordenados en el documento emitido por el Ministerio de Salud, titulado “Salud en Costa Rica”, que los define así:

A- La Ley N° 4750 del 16 de abril de 1971 que reforma el artículo tercero de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social y que es conocida como la Ley de Universalización del Seguro Social y que establece tres etapas para el desarrollo del proceso:

1- Una etapa inicial de extensión vertical o de ruptura de topes, destinado a extender el régimen de enfermedad y maternidad a todos los trabajadores manuales o intelectuales que ganen salario en zonas ya protegidas por el Seguro Social.

2- Una etapa intermedia de extensión horizontal o geográfica, con la finalidad de ampliar el régimen de enfermedad y maternidad.

3- Una etapa final de universalización que tenía por objeto proteger bajo el régimen de enfermedad y maternidad a toda la población económicamente activa y a sus dependientes, incluyendo a trabajadores sin patrón o independientes, e indigentes.

B- La Ley N° 5349, del 24 de setiembre de 1973, conocida como Ley de traspaso a la Caja de establecimientos médico-asistenciales dependientes del Ministerio de Salud, Junta de Protección Social, patronos y de compañías bananeras. De esta forma, la Caja podía extender sus servicios bajo un sistema de atención integral. El traspaso incluyó la capacidad física instalada y las fuentes de financiamiento, quedando obligado el Estado a financiar los déficit operacionales que se produjeran.

C- La Ley N° 5395, del 30 de octubre de 1973, conocida como Ley General de la Salud, que definió los deberes, derechos y restricciones de todos quienes en forma individual o colectiva se vieran relacionados con actividades relativas al campo de la salud.

D- La Ley N° 5662, del 23 de diciembre de 1974, denominada Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, que establece un fondo de beneficio para los costarricenses de escasos recursos. (25)

En 1974, se firma el contrato de traspaso del Hospital San Juan de Dios a la Caja Costarricense de Seguro Social. Este es firmado por el Ministro de Salud, Dr. Germán Weinstock, por el Sr. Alfredo Echandi, Presidente de la Junta de Protección Social, y por el Lic. Jenaro Valverde, Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social. Entre las disposiciones de dicho contrato, sobresalen las siguientes cláusulas:

Primera

Que la Junta traspasa todas y cada una de las propiedades a la Caja Costarricense de Seguro Social, a título gratuito.

Segunda

Aparte de las propiedades, el traspaso abarca todo el equipo médico, de oficina, mobiliario, enseres y accesorios.

Tercera

El traspaso lo formalizarán la Junta y el Ministerio de Salud

en el transcurso del año.

Cuarta

Los bienes muebles de toda índole, se traspasarán mediante inventario que realizarán en común acuerdo la Caja y la Junta.

Quinta

Antes de hacerse efectivo el traspaso se pagarán las prestaciones legales a los trabajadores que se acojan a las disposiciones de la Ley, con recursos que suministrará el Gobierno de la República, comprometiéndose la Caja a respetar los derechos de los trabajadores.

Sexta

A partir del momento que se efectúe el traspaso, la Caja recibirá también las rentas que actualmente tiene la Junta para el mantenimiento de los hospitales.

Setima

El Ministerio de Salud se compromete a suplir a la Junta de los fondos adicionales que ésta requiera para cubrir el déficit que se pueda presentar mientras no se formalice el traspaso a la Caja.

Octava

Formalizado el traspaso, el Hospital continuará prestando los servicios que actualmente presta a los no asegurados, sean indigentes o pensionistas.

Novena

La Caja, al hacerse el traspaso, asumirá todas las obligaciones contractuales de la Junta registradas en la contabilidad, incluyendo la convención celebrada con los trabajadores.

Décima

La Caja se compromete a mantener indefinidamente el nombre histórico de “Hospital San Juan de Dios”.

Undécima

La Caja también se compromete a mantener los archivos históricos y científicos que existen, así como los contratos establecidos con la Universidad de Costa Rica, a fin de propiciar la actividad docente.

El traspaso se hizo realidad el 1 de setiembre de 1977, después de haberse realizado un plebiscito organizado por la

Federación Costarricense de Trabajadores de la Salud, el cual dio apoyo definitivo al traspaso del Hospital a la Caja Costarricense de Seguro Social. El presidente de esa Federación, Dr. Manrique Soto Pacheco, fue el encargado final de dar el aviso a las autoridades competentes sobre la decisión trascendental tomada.

En el acto de traspaso, llevado a cabo en el auditorio del Hospital San Juan de Dios, el 1 de setiembre de 1977, el Dr. Manrique Soto Pacheco, en representación de los empleados del Hospital, manifestó:

“Estamos aquí reunidos el día de hoy para celebrar un acto protocolario de honda significación histórica en la vida de nuestro país, al cambiar 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 mecanismo de integración hospitalaria nacional con base en los lineamientos y metas trazadas y definidas por la Caja Costarricense de Seguro Social...

Es indudable que los tiempos cambian y con ello las necesidades de los pueblos varían en todos sus aspectos, razón por la cual no se puede tampoco permanecer estático, pero es

importante reflexionar exhaustivamente los alcances de esos cambios, máxime cuando éstos determinan un proceso que afecta a grandes masas de población...

Como representante de los Trabajadores Hospitalarios que hoy se integran a la Caja Costarricense de Seguro Social, considero importante señalar que en todo momento y en cada etapa de las

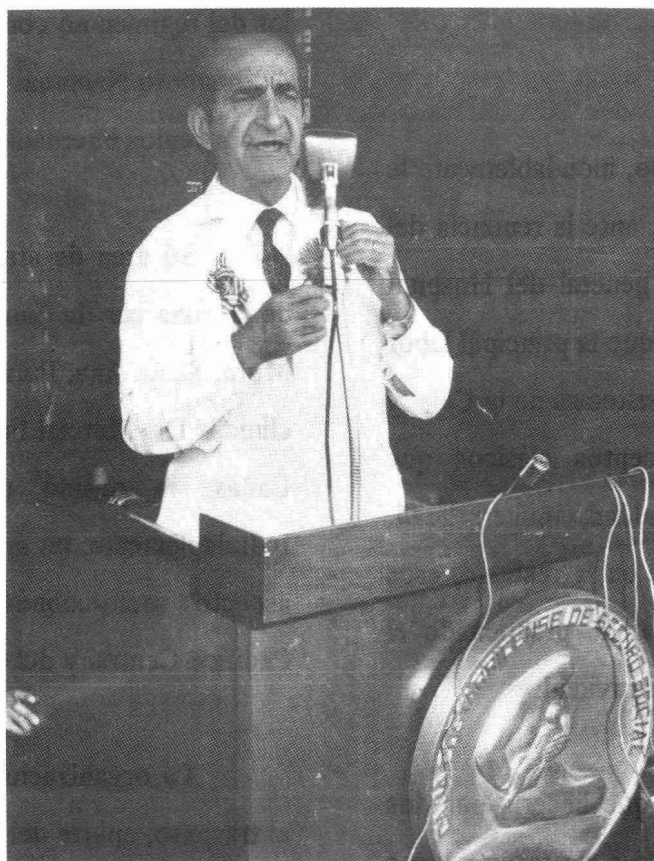
negociaciones para el traspaso, siempre tuvimos presente, además de los intereses de los trabajadores, la función social que los hospitales de la Junta han brindado y siguen ofreciendo a nuestro pueblo. Esto dio motivo a conversaciones sobre la imprescindible necesidad de que el Hospital San Juan de Dios mantenga su trayectoria de hospital de **“Puertas Abiertas”** (26)



**EDIFICACION CENTRAL
CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL**



**CEREMONIA DE TRASPASO DEL
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS A LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL
DE IZQUIERDA A DERECHA: DR. MANRIQUE SOTO, DR. GUIDO MIRANDA,
LIC. JORGE A. ROBLES, DR. FERNANDO NARANJO, LIC. LAUREANO ECHANDI,
LIC. CARLOS G. SCHMIDT Y DON JOSE J. COTO.**



**SR. JOSE FIGUERES FERRER
DURANTE SU GOBIERNO (1970 - 1974) SE LLEVO A
CABO LA REFORMA DEL SECTOR SALUD**

**El Hospital San Juan de Dios en la Caja
Costarricense de Seguro Social:
Hechos Principales**

La etapa más difícil después del traspaso, indudablemente le ha tocado al Dr. Otto Valverde Acosta, quien, ante la renuncia del Dr. José Manuel Quirce, asume la dirección general del Hospital San Juan de Dios, a partir de 1977. Difícil, porque la principal labor era la de armonizar intereses y adaptarse a los sistemas de la Caja, y brindar los servicios, ahora, bajo los conceptos clásicos que caracterizan la Seguridad Social como: igualdad, universalidad, equidad, solidaridad, unidad y justicia; aunque en la realidad, esos conceptos son los que precisamente había venido practicando el Hospital San Juan de Dios desde que inició su actividad.

La labor del Dr. Otto Valverde tuvo que hacerla por dos vías: la administrativa y la médica, en un proceso de reacomodo a las nuevas estructuras, y que tomaría varios años en realizarse.

El Hospital San Juan de Dios, con la Caja, pasa a denominarse Hospital Clase A, o sea, que es un hospital nacional

por su complejidad, y que desempeña actividades de investigación, docencia, proyección a la comunidad con la obligación de atender a los asegurados directos, a los asegurados por cuenta del Estado, a los del régimen no contributivo, a los pensionados del Estado, a los del Instituto Nacional de Seguros, y a todos aquellos contemplados en convenios internacionales.

Su área de atracción abarcaba principalmente los cantones de la zona sur de San José como: Desamparados, Aserri, Escazú, Mora, Santa Ana, Puriscal, Turubares y Acosta; además, incluía las clínicas Dr. Marcial Fallas, Dr. Solón Núñez, Dr. Ricardo Moreno Cañas, lo mismo que las clínicas de Puriscal y Acosta. Indudablemente, un área en su mayoría muy poco favorecida en su aspecto socio-económico, que después incluye cantones del Pacífico Central y del área Brunca.

La organización general para los primeros años posteriores al traspaso, aparte del Dr. Otto Valverde, estaba estructurada de la siguiente manera:

Jefes de Sección

Medicina: Dr. Rodrigo Cordero Zúñiga
Cirugía: Dr. Vesalio Guzmán Calleja
Gineco-Obstetricia: Dr. Hernán Collado Martínez
Consulta Externa: Dr. Fernando Trejos Escalante

Jefes de Servicio de Cirugía

Anestesiología:

Dr. José Sotela Montagné

Cirugía; Barrionuevo:

Dr. Randall Ferris Iglesias

Cirugía; Carlos Durán:

Dr. Manuel Zeledón Pérez

Cirugía; Gerardo Jiménez:

Dr. Fernando Valverde Soley

Cirugía; Federico Zumbado:

Dr. Claudio Orlich Carranza

Cirugía Cardiovascular y Torácica:

Dr. Edgar Cabezas Solera

Cirugía Urológica:

Dr. Fernando Montalto Coronado

Neurocirugía:

Dr. Manrique Soto Pacheco

Odontología:

Dr. Enrique Capella Páez

Oftalmología:

Dr. Roberto Quesada Guardia

Ortopedia; Moreno Cañas:

Dr. Alfredo Blanco Arroyo

Ortopedia; Fernando Pinto:

Dr. Vladimir Gordienko Orlich

Oncología:

Dr. Gonzalo Vargas Chacón

Otorrinolaringología:

Dr. Carlos Estrada Fernández

Cirugía Plástica:

Dra. Ma. Gabriela Stein Castro

Jefes de Servicio de Ginec Obstetricia

Ginecología: Dr. Rafael Simeone Jiménez

Obstetricia: Dr. Máximo Terán Torrents

Neonatología: Dr. José Rafael Araya Rojas

Sala de Operaciones: Dr. Max Rojas Carranza

Jefes de Servicio de Medicina

Cardiología: Dr. Alvaro Aguilar Peralta

Dermatología: Dr. Elfrén Solano Aguilar

Medicina N° 1: Dr. Oscar Ortíz Ortíz

Medicina N° 2: Dr. Luis Brenes Sobrado

Medicina N° 3: Dr. Mario Miranda Gutiérrez

Medicina N° 4: Dr. Alvaro Suárez Mejido

Hematología: Dr. Jorge Elizondo Cerdas

Endocrinología: Dr. Fernando Vonocour Granados

Neurología: Dr. Arnaldo Antillón Salazar

Infectocontagiosos: Dr. Mario Pacheco Cartín

Servicios de Apoyo de Diagnóstico y Tratamiento

Lab. Clínico y Banco de Sangre:

Dr. Alfonso Trejos Willys

Dr. Oscar Agüero Vargas

Radiología:

Dr. Carlos Blanco Quesada

Anatomía Patológica:

Dr. Jorge Salas Ruiz

Electrocardiografía:

Dr. Fernando Quirós Guier

Farmacia:

Dra. Elsa Espinoza Pérez

Fisioterapia:

Dr. Vladimir Gordienko Orlich

Radioterapia:

Dr. Alvaro Camacho Morales

Radioisótopos (Medicina Nuclear):

Dr. Alvaro Ortiz Ortiz

Dietética:

Licda. Grace Abarca Aguilar

Estadística y Documentos Médicos:

Sr. Roberto Loría Villareal

Servicio Social:

Licda. Ma. Elena Rodríguez Sibaja

Central de Esterilización:

Sra. Ma. Teresa Largaespada

Endoscopías:

Dr. Mario Miranda Gutiérrez

Biblioteca:

Dr. Eduardo Castro Murillo

Servicios de Apoyo Administrativos

Administración:

Sr. Rubermán Aldana Pineda

Sub-Administración:

Sr. Ronald Villalobos Díaz

Asistentes Administrativos:

Sr. Fernando Gómez Bonilla

Sr. Raimundo Bolaños Bolaños

Sr. Luis Angel Rodríguez Rodríguez

Proveeduría y Almacenes:

Sr. José Luis Soto Salazar

Sr. Heberto Sánchez Chinchilla

Ingeniería y Mantenimiento:

Ing. Roberto Crawford

Sr. Enrique Amador Jiménez

Lavandería y Ropería:

Sr. Gilbert Cordero Arias

Cajas:

Sr. Mario Chacón

Aseo:

Sr. José Manuel Peña

Personal y Nómina:

Sr. Carlos Matamoros

Sr. Julio Jiménez

Transportes:

Sr. Rodrigo Peña Peña

Comunicaciones:

Sr. Daniel Vallejos Angulo

Revisión y control:

Sr. Mario Córdoba Cubero

Verificación de Derechos:

Sr. Carlos Chacón Chacón

Capellanía:

Pbtro. Humberto Hernández

Vigilancia:

Sr. Ramón Agüero Monge

Taller de Ortopedia:

Sr. Humberto Acosta

Pensiones:

Sra. Sonia Mora Mora

Citas:

Sra. Virginia Muñoz Navarro

Servicio de Enfermería

Directora:

Sra. Ma. Cecilia Arias Solís

Subjefe:

Sra. Vilma Curling Rivera

Supervisoras:

Sra. Johanny Romero

Sra. Rubí Murray

Sra. Flory Guzmán

Sra. Dora Valverde

Sra. Leyda Umaña

Sra. Rima Gómez

Sra. Emilia Acevedo. (27)

Sobre el traspaso del Hospital a la Caja Costarricense de Seguro Social, el Dr. Otto Valverde emite el siguiente criterio en 1989:

“El traspaso a la Caja Costarricense de Seguro Social 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 renunciaban 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 al resto del país, la más dura crisis económica de la historia reciente; las

necesidades del Hospital no han sido por lo tanto plenamente satisfechas, no obstante que se han hecho inversiones cuantiosas.”

(28)

Efectivamente, en los primeros años del traspaso, la Caja no realiza muchas inversiones en el Hospital San Juan de Dios. Una de las razones, como bien apunta el Dr. Valverde, fue la crisis económica que afectó al país y que coincidió con el traspaso del Hospital a la Caja; pero, por otro lado, la Caja, por motivos de la universalización, a principios de la década de 1970, había empezado a realizar cuantiosos gastos por concepto de construcciones y remodelaciones de clínicas y hospitales en todo el país.

Independientemente de las consideraciones anteriores, posiblemente algunas autoridades de la Caja vieron con cierta indiferencia al Hospital San Juan de Dios (29).

La indiferencia, si se puede llamar así, en un principio era ilógica, si se toma en cuenta que al pasar el Hospital San Juan de Dios a la Caja Costarricense de Seguro Social, más bien se estaba fortaleciendo la Seguridad Social. Dos instituciones de prestigio probado, unidas para un fin común: beneficiar a la población costarricense.

A criterio del Dr. Otto Valverde, con el transcurrir de los años, esa actitud fue cambiando, sobre todo a partir de 1986; así, la compra de equipo diverso, como también remodelaciones y nuevas construcciones se empezaron a hacer presentes en salas de operaciones, emergencias, neurocirugía, ginecoobstetricia, y servicios de apoyo. A su vez, se realizan nuevas construcciones como hematología, unidad coronaria y la unidad de cuidado intensivo; estas dos últimas, con lo más sofisticado en su campo de Centro América. También, nuevas unidades entran a funcionar, como es el caso de la unidad de medicina del deporte, que está a cargo del Dr. Gerardo Murillo Cuzza.

Referencia especial merece la Asociación Pro-Hospital San Juan de Dios (APRHOS) que, en momentos de apremio, nace como una organización sin fines de lucro, con el único objetivo de impulsar el desarrollo del Hospital San Juan de Dios.

Fue para el año 1983, en que representantes de diversos sectores de la comunidad, decidieron establecer tan importante asociación. Entre sus presidentes han fungido personas como el Arq. Eugenio Gordienko, el Dr. Mario Miranda, el Dr. Hernán Collado y el Dr. José Miguel Esquivel.

Entre los propósitos delineados por APRHOS sobresalen el de conservar el patrimonio y la integridad del Hospital, fomentar las actividades científicas, adquisición de nuevos equipos y dar apoyo general para beneficio del centro asistencial.

Sobre la notable labor realizada por esta organización, el Dr. Hernán Collado, en parte la resume así, en 1993:

“Durante estos años APRHOS ha logrado donar equipo a diferentes servicios del Hospital (hematología, cardiología, neumología, urología, laboratorio clínico, patología, neonatología, gineco-obstetricia, etc.), así como mejoras en planta física (hematología, unidad de quemados, comedor de empleados, etc.)”
(30)

Las razones que justificaban la ayuda al Hospital son muchas; el Dr. Collado puntualiza que ha sido “el más importante centro asistencial del país, como por ejemplo, en él nacen alrededor de diez mil niños al año y se atienden con la más adecuada eficiencia el cincuenta por ciento de las emergencias de adultos del área metropolitana. Ha sido el Hospital escuela por excelencia, ahí nació la Escuela de Enfermería y las dos Escuelas de Medicina con que cuenta el país. Ha servido además a la enseñanza de todas las

restantes carreras del sector salud.” (31)

La Asociación Pro-Hospital San Juan de Dios ha actuado decididamente en favor de los intereses más nobles: el Hospital y sus pacientes.

Si había alguna duda sobre el futuro del Hospital San Juan de Dios, ésta queda disipada, cuando el Poder Legislativo y Ejecutivo le otorgan el Benemeritazgo, en 1989, y con ello logra un reconocimiento sólo reservado para aquellas instituciones que durante muchos años han acumulado suficientes méritos. El Benemeritazgo es el resultado y la culminación de un exitoso camino que se empezó a recorrer desde 1845 y que se resume con su encomiable labor asistencial, académica y científica, en el campo de la salud para beneficio del pueblo costarricense.

Uno de los impulsores del Benemeritazgo ante la Asamblea Legislativa, fue el Dr. Edgar Cabezas Solera, quien fungía como Gerente Médico de la Caja Costarricense de Seguro Social y cuya propuesta fue muy bien acogida por el diputado, Ing. Alberto Fait Lizano.

La razón fundamental para conceder tan brillante título se sustentó en que la historia de la medicina en Costa Rica está escrita en los salones, quirófanos y hasta en los corredores del Hospital San Juan de Dios, en donde los postulados cristianos de entrega y amor al prójimo han sido una realidad. (32)

La Asamblea Legislativa aprobó el Benemeritazgo, el 24 de octubre de 1989, y éste fue ejecutado el 3 de noviembre por el señor Presidente de la República, Dr. Oscar Arias Sánchez y el Ministro de Salud, Dr. Edgar Mohs Villalta.

El Premio Nóbel de la Paz Dr. Arias Sánchez, justificó tan merecido Benemeritazgo, en un memorable acto realizado en diciembre de 1989, en los jardines del Hospital San Juan de Dios. Las palabras expresadas por el Dr. Arias fueron tan elocuentes, que a continuación se transcribe parte de su discurso:

“En su origen, el Hospital San Juan de Dios respondió aparentemente a una necesidad asistencial inmediata. Necesidad expresada desde la época colonial, de diversas maneras, por la sociedad que hasta entonces no había recibido atención en ese campo. Pero hay muchas razones para creer que la iniciativa partía de consideraciones mucho más visionarias y profundas. No en

balde, en las propuestas y en las decisiones que condujeron a la apertura de este Hospital estuvieron involucrados los mismos ciudadanos, que en la misma época, ponían las bases de nuestro sistema educativo generalizado y de nuestra estructura institucional republicana...

El Hospital San Juan de Dios constituyó, durante una parte de nuestra historia republicana, un ejemplo de convivencia fraternal en la atención de necesidades concretas de nuestra sociedad entre la Iglesia y el Estado. En él se conjugó armoniosamente el ejercicio de la caridad, como aporte a cada individuo, se unió aquí a la responsabilidad colectiva de crear condiciones de atención médica y sanitaria accesibles a todos los ciudadanos, sin distinciones de raza, religión, pensamiento político o condición socioeconómica...

Dentro de las paredes de esta institución muchas generaciones de costarricenses han agotado su parte de dolor y de sufrimiento. Fue un designio de Dios que la naturaleza humana fuera frágil y propensa al dolor. Pero también fue su voluntad que en el carácter de nuestra inteligencia humana hubiera lugar para la caridad y solidaridad humana. De caridad y de solidaridad están también llenos estos espacios y por ello decimos que esta es una institución benemérita. Al reconocerlo así la Asamblea Legislativa y

el Gobierno de la República rendimos un homenaje y dedicamos un emocionado recuerdo a todos aquellos seres humanos que aquí sufieron y reconocieron la esperanza y a aquellos hombres y mujeres que dieron de sí una plenitud de amor y dedicación incomparables.

Estar aquí, en los hermosos jardines dentro de las beneméritas paredes de este Hospital, significa un encuentro con la misión de prolongar la vida, aliviar el sufrimiento y derrotar a la muerte..." (33)

Este reconocimiento, que estaba avalado por la Caja Costarricense de Seguro Social, también fue compartido por el Presidente Ejecutivo de la institución, Dr. Elías Jiménez Fonseca, durante la administración del Lic. Rafael Angel Calderón Fournier. El Dr. Jiménez, en setiembre de 1990, reconocía que el Hospital San Juan de Dios era la catedral de la salud en Costa Rica y que en sus rincones y pasillos estaba impresa la historia de la salud y la Seguridad Social costarricense. (34)

Definitivamente, si ha existido criterio gubernamental, institucional y político sobre las bondades del pasado del Hospital San Juan de Dios, entonces lo que queda por hacer, mediante la

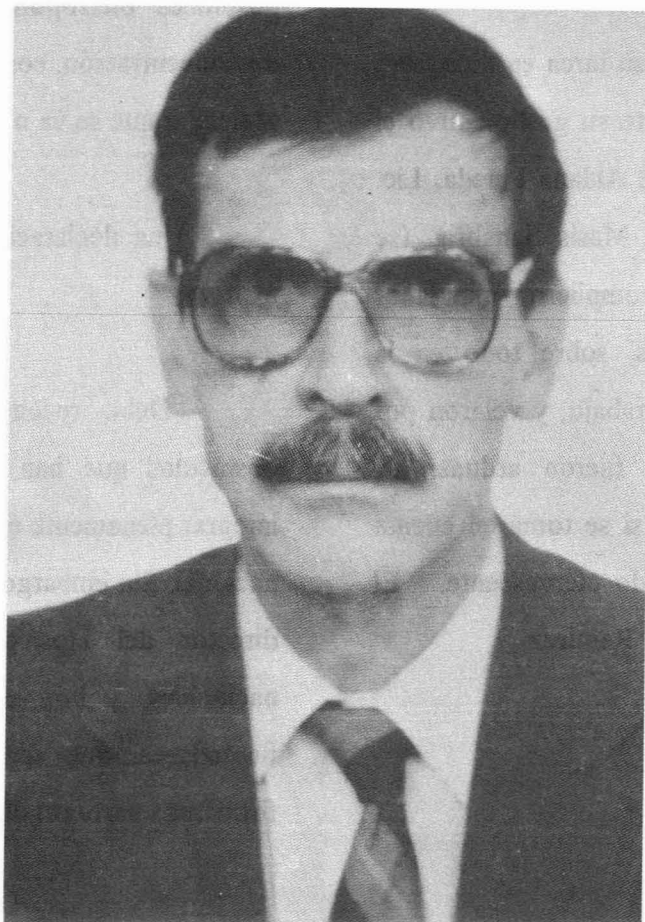
unión de esfuerzos, son mejoras sustanciales para que el futuro del Hospital sea tan pródigo como su pasado.

El Dr. Otto Valverde Acosta termina su tarea en diciembre de 1992, luego de años muy difíciles. Durante su gestión tuvo el apoyo de los administradores: Lic. Ruberman Aldana Pineda, Lic. José Carmelo Alvarez Vindas, Lic. Antonio Masís Sanabria, (se citan aquí en orden cronológico), quienes cumplieron una labor congruente con los objetivos institucionales, sobre todo en la aplicación de procedimientos y métodos de trabajo, y velaron por los principios administrativos. Esas tareas fueron arduas; sin embargo, la labor fue muy positiva, máxime si se toma en cuenta que la actividad sindical en el Hospital ha sido efervescente. El actual administrador es el MBA Adolfo Cartín Ramírez .

Para el Dr. Valverde, uno de los logros más importantes y que impulsó abiertamente, junto con los demás directores de los hospitales metropolitanos, fue que se iniciara un proceso de desconcentración, con el que se obtiene más autoridad y autonomía, al tiempo que se va mejorando con los años.

Una declaración concluyente la emite el Dr. Valverde, al expresar:

“Debo reconocer que en ocasiones hemos encontrado obstáculos que han hecho mucho más difícil nuestra tarea de integrar plenamente el Hospital a sus nuevas funciones en el ámbito nacional. Sin embargo, la decisión ha sido firme, de parte del grupo director del Hospital y de la autoridades institucionales y nacionales, y hoy podemos aseverar enfáticamente a nuestros fundadores, que seguimos cumpliendo con lo encomendado y formamos parte orgullosamente del sistema de salud del país.” (35)



**DR. OTTO VALVERDE ACOSTA,
EXDIRECTOR DEL HOSPITAL**



**LIC. ANTONIO MASIS SANABRIA,
EXADMINISTRADOR DEL HOSPITAL**

Los Trasplantes de Organos en el Hospital San Juan de Dios

La etapa que marca la pauta en el adelanto científico de la medicina costarricense es la referente a los trasplantes de órganos. En el último lustro, este tipo de medicina de alta tecnología ha sido una realidad en los hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social.

En ese sentido, también el Hospital está presente, específicamente con trasplantes de médula ósea y, en años pasados, con trasplantes como el de riñón.

En la actualidad, el hospital únicamente realiza este tipo de trasplante porque, para diversificar o generalizar esta práctica, se requiere de un presupuesto muy elevado y no se puede disponer de los fondos que están asignados a otras prioridades; este es el criterio del Dr. Manrique Soto Pacheco, quien asumió la dirección general en sustitución del Dr. Valverde Acosta.

Por este criterio del Dr. Soto Pacheco, no se debe inferir que él no apoya esta actividad; por el contrario, más bien se identifica con los adelantos de la ciencia médica, pero, eso sí, que se

den los recursos necesarios para ese ámbito. (36)

De hecho, el Hospital San Juan de Dios cuenta con el equipo humano preparado para este campo, como son los casos de hemato-oncología y el equipo de cirugía cardíaca, a cargo del Dr. Edgar Cabezas Solera.

Los antecedentes de la medicina de trasplante de órganos también tienen su punto de partida en el mismo Hospital San Juan de Dios. Algunos ejemplos concretos dan prueba fehaciente, como es el caso de la oftalmología, ya que el Dr. Alexis Agüero, en el año 1941, realiza un trasplante de córnea a un paciente residente en Cartago, cuyo diagnóstico era Queratocono. El Dr. Agüero, en el año 1944, repite esta operación, pero aún más compleja, ya que el paciente fue diagnosticado con Queratocono Bilateral. En las operaciones, el Dr. Agüero fue asistido por los doctores Carlos Mena y Alejandro Montero Padilla.

En lo que se refiere a la cirugía cardíaca, que culmina con el primer trasplante de corazón realizado brillantemente en 1991, por el equipo encabezado por el Dr. Longino Soto Pacheco, en el Hospital México, también hay una base vasta en cuanto a antecedentes.

La primera operación de corazón la realiza el Dr. Julio Aguilar en 1917, a un paciente que ingresa al Hospital San Juan de Dios, con una puñalada en el corazón. También el Dr. Zamora Segura, en 1927, realiza una nueva operación. Ambas fueron pioneras de un proceso que termina con la famosa operación practicada por el Dr. Ricardo Moreno Cañas, en 1934.

Otros antecedentes pioneros de la cirugía cardiovascular, realizada en el Hospital San Juan de Dios, son los siguientes:

11 de abril de 1950

El Dr. Clemente Robles, de México, invitado por el Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica, realizó una intervención para corregir una Persistencia del Conducto Arteriovenoso, al niño Carlos Alberto Fernández Cruz.

27 de mayo de 1952

Se lleva a cabo la primera intervención por Estenosis Mitral a la paciente Margarita Calibá Alfaro, hospitalizada en el Servicio Barrionuevo del Hospital San Juan de Dios. La operación, que consistió en una comisurotomía a cielo cerrado, por vía auricular, estuvo a cargo de los doctores Andrés Vesalio Guzmán, Jorge Vega, Carlos Manuel Trejos, Esteban López y José Enrique Sotela.

10 de julio de 1952

Se realiza ligadura de una persistencia del conducto arteriovenoso a la paciente Elvia Salvatierra Zamora, de 13 años de edad. Fue intervenida por los doctores Andrés Vesalio Guzmán, Jorge Vega, Carlos Manuel Trejos, Esteban López, José Enrique Sotela y Carlos Salazar.

Junio de 1954

El Dr. Roberto Ortiz Brenes opera a María Antonieta Ramírez Mora, de una persistencia del conducto arteriovenoso. En esta oportunidad, en vez de ligar, se seccionó y suturó el mencionado conducto.

15 de enero de 1954

Se opera a Ana Eugenia Quesada Pérez, de Tetralogía de Fallot. Los doctores que estuvieron a cargo de dicha operación fueron: Andrés Vasalio Guzmán, Jorge Vega, Carlos Manuel Trejos, Esteban López, Carlos Arrea, Enrique Sotela y Francisco Drexler.

3 de agosto de 1954

Se opera a Ligia María Muñoz Aguilar, de estenosis pulmonar. Los médicos encargados fueron los doctores Vesalio Guzmán, Jorge Vega, Carlos M. Trejos y Enrique Sotela.

11 de octubre de 1954

Paciente Juan López Bejarano, se opera por coartación de aorta. La labor quirúrgica fue realizada por los doctores Andrés Vesalio Guzmán, Jorge Vega, Carlos M. Trejos, Francisco Drexler y Enrique Sotela.

26 de noviembre de 1959

Primera intervención realizada a cielo abierto, con hipotermia, para corregir una comunicación interauricular. Operación realizada por los doctores invitados, Henry Swan y Robert Virtue, además de los doctores Guillermo Enrique Aragón, Jorge Vega, Roberto Ortiz y Enrique Sotela. El paciente fue Rodolfo Ulloa Alvarado. El procedimiento duró siete horas con cuarenta y cinco minutos.

16 de junio de 1960

Primera comunicación interauricular operada a cielo abierto bajo hipotermia, por lo médicos costarricenses Vesalio Guzmán, Esteban López, Roberto Ortiz, Rafael Coto, Enrique Sotela y Roberto Rodríguez. La paciente fue Ivette Romero Quirós. El corazón estuvo detenido, mientras se reparaba la lesión por cuatro minutos y quince segundos. Esta operación se llevó a cabo en el Hospital Central de la Caja Costarricense del Seguro Social. (37)

1 de marzo de 1963:

A la paciente Rosa Gómez, con el expediente del Hospital San Juan de Dios, N° 103596, se le practicó una cirugía de corazón a cielo abierto utilizando el oxigenador extracorpóreo. El Dr. Vesalio Guzmán encabezó el cuerpo médico que realizó esta operación. (38)

Sobre la cirugía cardíaca, merece un apartado especial la amplia labor practicada por el Dr. Guzmán Calleja, quien figura entre los principales impulsores de tan delicada especialidad, a partir de 1950.

En 1951, el Dr. Gibbson inventó una máquina capaz de asumir las funciones del corazón y pulmón, mientras se efectúa la operación en la cavidad de ese órgano. El Dr. Guzmán se interesó por esa máquina de circulación extracorpórea, y en los talleres del Hospital San Juan de Dios, con el talento de don Enrique Amador, se construye ese primer oxigenador, con el cual se realizan posteriormente muchas operaciones.

El Dr. Guzmán, al principio, formó un equipo con destacados médicos como el Dr. Roberto Ortiz, el Dr. Carlos Arrea y el Dr. Jorge Vega, entre otros. Precisamente, los doctores Ortiz y Arrea se especializan en la cirugía cardíaca de niños; son los

iniciadores de esta actividad en el Hospital Nacional de Niños. El Dr. Jorge Vega, como Jefe del Servicio Barrionuevo, tuvo a su cargo a dichos médicos.

A principios de la década de 1960, se integran al equipo jóvenes médicos, entre los que se encontraban los doctores Fernando Zamora y Edgar Cabezas, y es el laboratorio de cirugía experimental del Hospital San Juan de Dios el punto de partida.

Ese equipo empezó a realizar trasplantes de riñón y válvulas, en cadáveres de perros; luego siguieron trasplantes de riñones con perros vivos. Uno de los perros vivió siete horas con un corazón trasplantado.

Sobre los trasplantes de corazón en seres humanos, el Dr. Guzmán afirmaba, en 1968:

“Nuestro equipo de cirugía cardíaca está en capacidad de realizar trasplantes de corazón en humanos... Ya se han realizado muchos cambios de válvulas y operaciones semejantes. Mientras tanto, continuaremos nuestras experiencias con perros y cadáveres para estar más capacitados cuando se presente el momento.

El trasplante de órganos no tiene sólo importancia quirúrgica. Cada trasplante trae consigo otros problemas, más que todo de tipo inmunológico. El cuerpo receptor tiende a rechazar el órgano que ha recibido, por lo que hay que contar con expertos en inmunología, que puedan hacer las determinaciones correspondientes para saber de antemano, si hay compatibilidad o no entre el órgano del donante y el receptor.” (39)

Cabe destacar que, en 1971, el equipo médico, encabezado por el Dr. Guzmán tenía programado el primer trasplante de corazón. Sin embargo, el proyecto no recibió el total apoyo de la Junta de Protección, según relata el Dr. Miguel Alfaro Dávila. En todo caso, al final no hubo coordinación para encontrar un donante.

Con el pasar de los años, la práctica experimental fue evolucionando en los demás centros asistenciales de la institución, hasta llegar a los resultados asombrosos en que los trasplantes de órganos son una realidad para la última década del siglo XX.

Con respecto a los trasplantes de médula ósea en adultos, el primero se efectuó el 6 de mayo de 1992, y originó una experiencia científica sin precedentes.

La médula ósea es la parte del organismo que se encuentra localizada dentro del hueso; es una parte porosa y en esta área es donde se albergan las células responsables de producir los glóbulos rojos y los blancos. La leucemia se produce cuando las células que producen los glóbulos blancos son enfermas o cancerosas.

El trasplante consiste en eliminar las células malas, eliminando la médula; entonces, se toma del hueso de un hermano carnal del paciente, las células buenas para producir sangre nueva. El paso siguiente, explica el Dr. Mario Arias, sub-director del Hospital, es que las células se reproduzcan en el paciente para producir sangre y defensas nuevas. (40)

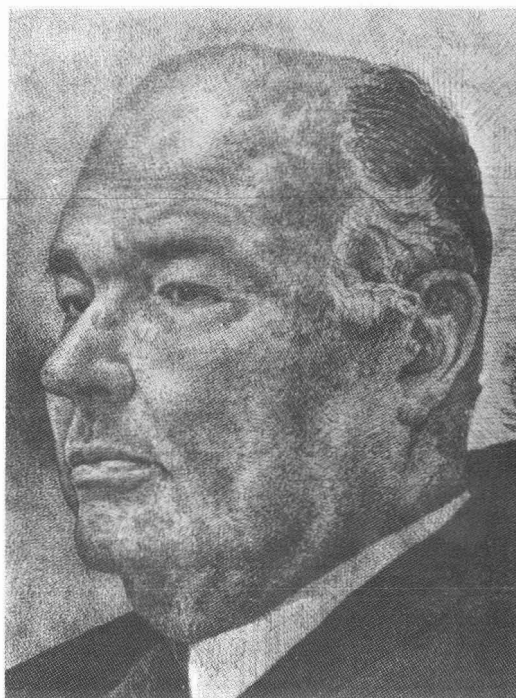
El mismo Dr. Arias, sobre estos trasplantes agrega:

“Esta intervención quirúrgica, que en otros países puede costar de quince a treinta millones de colones, está al alcance de cualquier asegurado de la Caja Costarricense de Seguro Social.” (41)

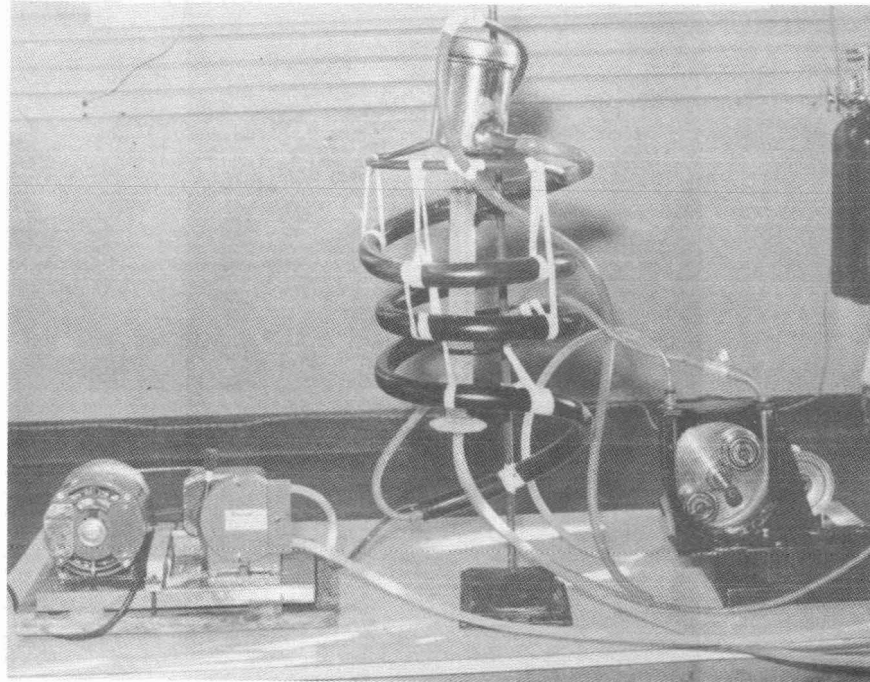
El equipo que realizó estos primeros trasplantes de médula estuvo compuesto por los doctores Luis Fernando Vázquez, Jorge Elizondo, Manuel Rojas Montero, Javier Moya, el coordinador de enfermería, Sr. Carlos Arce; además, apoyó a este equipo el Dr. Oscar Porras, quien ha coordinado los trasplantes de médula practicados en el Hospital de Niños. No se debe olvidar, en este equipo, a los departamentos de laboratorio clínico, nutrición, farmacia, aseo, centro de equipos y ropería.

De la misma forma, el Dr. Manrique Soto Pacheco, director del Hospital San Juan de Dios, el 23 de abril de 1993, informó sobre la realización del segundo trasplante de médula que se llevó a cabo con todo éxito. (42)

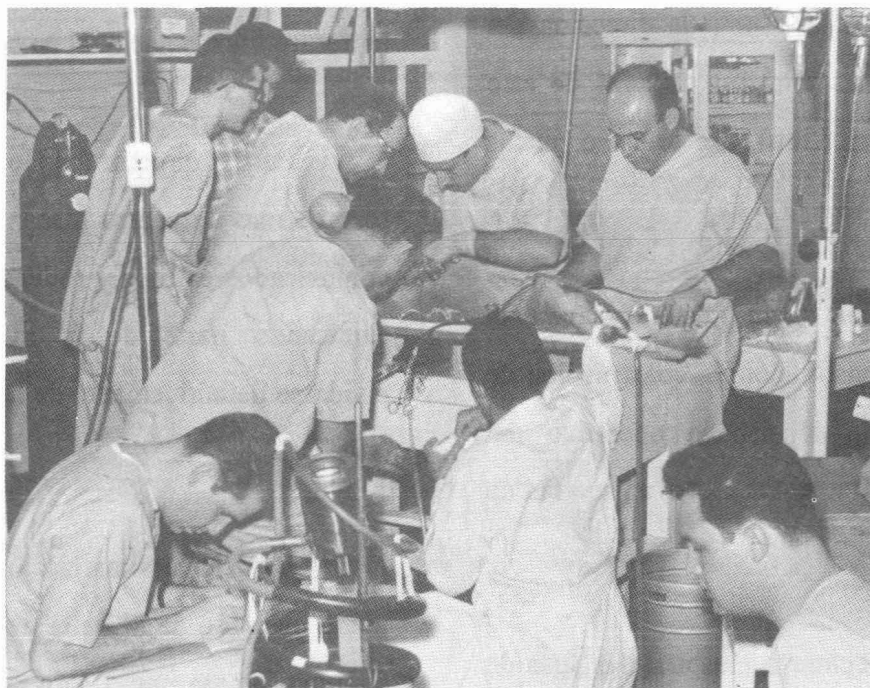
El Dr. Luis Fernando Vázquez, uno de los principales gestores de este tipo de trasplante, argumenta que el principal riesgo de estos casos es cualquier tipo de infección por virus, bacteria y hongos que pueda presentarse después del implante de médula (43).



**DR. ANDRES VESALIO GUZMAN CALLEJA,
PIONERO DE LOS TRASPLANTES DE CORAZON
EN COSTA RICA**



**PRIMERA BOMBA DE CIRCULACION EXTRACORPOREA, CONFECCIONADA
POR UN GRUPO DE MEDICOS DIRIGIDOS POR ANDRES VESALIO GUZMAN
EN CONJUNTO CON LOS TALLERES DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**



**LABORATORIO EXPERIMENTAL, A PRINCIPIOS DE LA
DECADA DE 1960. ENTRE LOS DOCTORES SE ENCUENTRAN:
ANDRES VESALIO GUZMAN, CARLOS FERNANDEZ,
VICTOR JIMENEZ, MANUEL ZELEDON Y EDGAR CABEZAS**

La Automatización del Hospital

San Juan de Dios

El Dr. Manrique Soto Pacheco, al asumir la dirección del Hospital (al igual que lo hiciera en las primeras décadas de este siglo, su abuelo, el Dr. José María Soto), se propuso metas concretas.

Una de ellas es gestionar en forma decidida, con la cooperación de las autoridades de la institución, la construcción de nuevos edificios y automatizar todo el sistema operativo del Hospital. Sobre la situación del Hospital, el Dr. Soto, en su afán de mejorarla, ha manifestado:

“Trabajemos en conjunto por el nuevo Hospital San Juan de Dios con sentido positivo y hagamos realidad este nuevo intento, de varios que se han hecho en el curso de la historia, para legarles a nuestros hijos el Benemérito Hospital adecuado a las necesidades y adelantos del siglo XXI.” (44)

El Dr. Soto Pacheco se ha propuesto moldear un hospital

que sea congruente con las necesidades futuras de la Seguridad Social. El proyecto propuesto por él, es que el Hospital se debe hacer por módulos, ya que existe suficiente campo, y dejar algunas áreas periféricas que son patrimonio nacional para la instalación de un futuro museo nacional en ciencias médicas y Seguridad Social.

Para el director del Hospital, la idea es que esos módulos no sean de más de cuatro pisos, hechos de material liviano, muy bien comunicados entre sí y rodeados de jardines; de esta forma, se iría eliminando parte de la infraestructura obsoleta actual, para olvidarse definitivamente de la política de parches que ha imperado (45).

Para la automatización del Hospital, el mismo Dr. Soto, como miembro de la Junta de Protección Social de San José y con el apoyo de esa importante institución que tanto bien trae a Costa Rica, logra la aprobación de una parte de los recursos necesarios para hacer realidad tan importante avance, que será complementado con el apoyo de la Caja Costarricense de Seguro Social y de otras organizaciones, como APRHOS. El costo aproximado de todo el proceso de automatización pasa de los cien millones de colones, y es uno de los principales ejecutores del proyecto, el Dr. Mario Arias Murillo, en conjunto con la Oficina de Información, Investigación y

Capacitación de la Dirección del Hospital San Juan de Dios.

Por medio de la automatización, se agilizarán los diferentes procesos del quehacer hospitalario, con el fin de lograr mayor eficiencia y mejoramiento continuo de la calidad en la atención del paciente, que es la razón de ser del Hospital. Esto se logrará con la implantación de la informática por etapas.

La primera etapa abarcará el área asistencial, luego el área de diagnóstico, tratamiento y servicios de apoyo, como también la parte administrativa y la de investigación y docencia.

Del área asistencial, la primera parte en entrar en vigencia es la concerniente a la consulta externa, que incluye admisión, citas, estadística y emergencias. Con algunos ejemplos se ilustrará más sobre las ventajas que traerá esta innovación.

La consulta externa y el servicio de emergencias presentan problemas por la deambulación de pacientes, producto de las mismas distancias en que se encuentran los servicios; esto se acentúa por la gran demanda que existe de servicios en esa área. Además, el manejo manual de la información provoca errores como la repetición de exámenes de laboratorio. También, en la consulta

externa y emergencias, deben registrar manualmente los pacientes atendidos y otros datos personales.

Con el nuevo sistema de automatización se pretende lo siguiente:

1- Mejorar la calidad, la eficiencia y la oportunidad de la atención médica, a través del registro y control de datos.

2- Facilitar al servicio de emergencias, la creación de expedientes de pacientes nuevos y la consulta ágil y confiable de expedientes que anteriormente habían sido atendidos en el Hospital.

3- Mejorar el apoyo al diagnóstico mediante la automatización de las áreas prioritarias que brindan soporte a la consulta externa y emergencias.

4- Agilizar la gestión de aquellos consultorios de especialidades que manejan su agenda mediante la generación automática de listas diarias de pacientes para ser atendidos. Además, al disponerse del expediente electrónico, muchos de los datos personales del paciente serán tomados de éste e impresos en los nuevos documentos generados.

5- Apoyar y facilitar la definición de políticas y toma de decisiones, mediante informes estadísticos más gerenciales y oportunos sobre la gestión de consulta externa y de emergencias.

6- En el futuro, a medida que la automatización del Hospital cubra las diferentes partes asistenciales, el personal profesional de la consulta externa y de emergencias tendrá a su alcance el expediente electrónico con una información única y completa, confiable y actualizada.

En el caso de los servicios de apoyo al diagnóstico es fundamental la solicitud de examen y la comunicación de resultados. La implantación de este moderno sistema permitirá lo siguiente:

1- Registrar y validar las solicitudes de examen desde las áreas de la consulta externa designadas para realizar esta labor y desde los diferentes puestos de enfermería, poner una solicitud de examen para cualquiera de los laboratorios.

2- Cada solicitud de examen recibida por el subsistema,

quedará inmediatamente disponible para ser procesada por el laboratorio respectivo. La forma en que se procesará la solicitud es particular de cada laboratorio.

3- El subsistema producirá, automáticamente para cada solicitud ingresada, un formulario impreso con los datos de la solicitud para que ésta sea firmada por el médico, adjuntada a la muestra y enviada al laboratorio respectivo. Cada solicitud tendrá impreso un número único que la identificará.

4- Durante el ingreso de la solicitud al subsistema interactuará con el sistema de documentos médicos, a fin de que, con solo el número de expediente, se tenga acceso a la información registrada del paciente tal como: nombre, servicios de hospitalización y número de cama.

5- El subsistema no permitirá ingresar solicitudes para pacientes de hospitalización ya ingresados, fallecidos o cuando los datos de la solicitud presenten alguna inconsistencia.

6- El subsistema manejará una condición de urgencia de examen: STAT para examen de urgencia, HOY para examen por realizar el mismo día y el CORRIENTE que podrá realizarse en un

día o más.

7- La pantalla para ingresar una solicitud, será, en la medida de lo posible, igual para todos los exámenes, con una sección amplia para ingresar texto en el que se podrán incluir observaciones y condiciones especiales.

8- Los datos de la muestra una vez tomada, tales como hora, fecha y persona que la tomó, podrán ser ingresados al subsistema para efectos de control y seguridad.

9- El subsistema permitirá registrar y asociar los procedimientos que deben anteceder a un examen.

10- Para cada resultado, el subsistema imprimirá una hoja de resultados que será firmada y enviada al servicio solicitante a fin de que se incluya en el expediente del paciente.

11- El subsistema almacenará la información necesaria para producir estadísticas actuales y otras que sean necesarias sobre la productividad de cada laboratorio.

En síntesis, el programa es ambicioso y representa todo un cambio profundo en la estructura hospitalaria, precisamente cuando ya se asoma el siglo XXI. Oficialmente,, su primera etapa fue inaugurada por las autoridades superiores de la Caja Costarricense de Seguro Social y el Hospital San Juan de Dios, en 1994.



HOMENAJE OFRECIDO AL DR. MANRIQUE SOTO PACHECO, POR EX-MEDICOS DEL
H.S.J.D., CON MOTIVO DE SU DESIGNACION COMO DIRECTOR.

APARECEN DE PIE (IZ. A DER.) LOS DIRECTORES:

CARMELO CALVOSA, ENRIQUE CAPELLA, JOAQUIN BERROCAL, HERBERTH HUTT,
HERNAN COLLADO, ROBERTO QUESADA, CARLOS BLANCO, ELFREN SOLANO, ENRIQUE SOTELA,
RANDAL FERRIS, CARLOS M. TREJOS, MANUEL ZELEDON, RODOLFO CÉSPEDES, MARIA G. STEIN.

SENTADOS:

RODRIGO CORDERO, JORGE VEGA, MANRIQUE SOTO, CARLOS MENA Y ALVARO AGUILAR.



**SALA DE SESIONES - CONSEJO TECNICO
HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS**

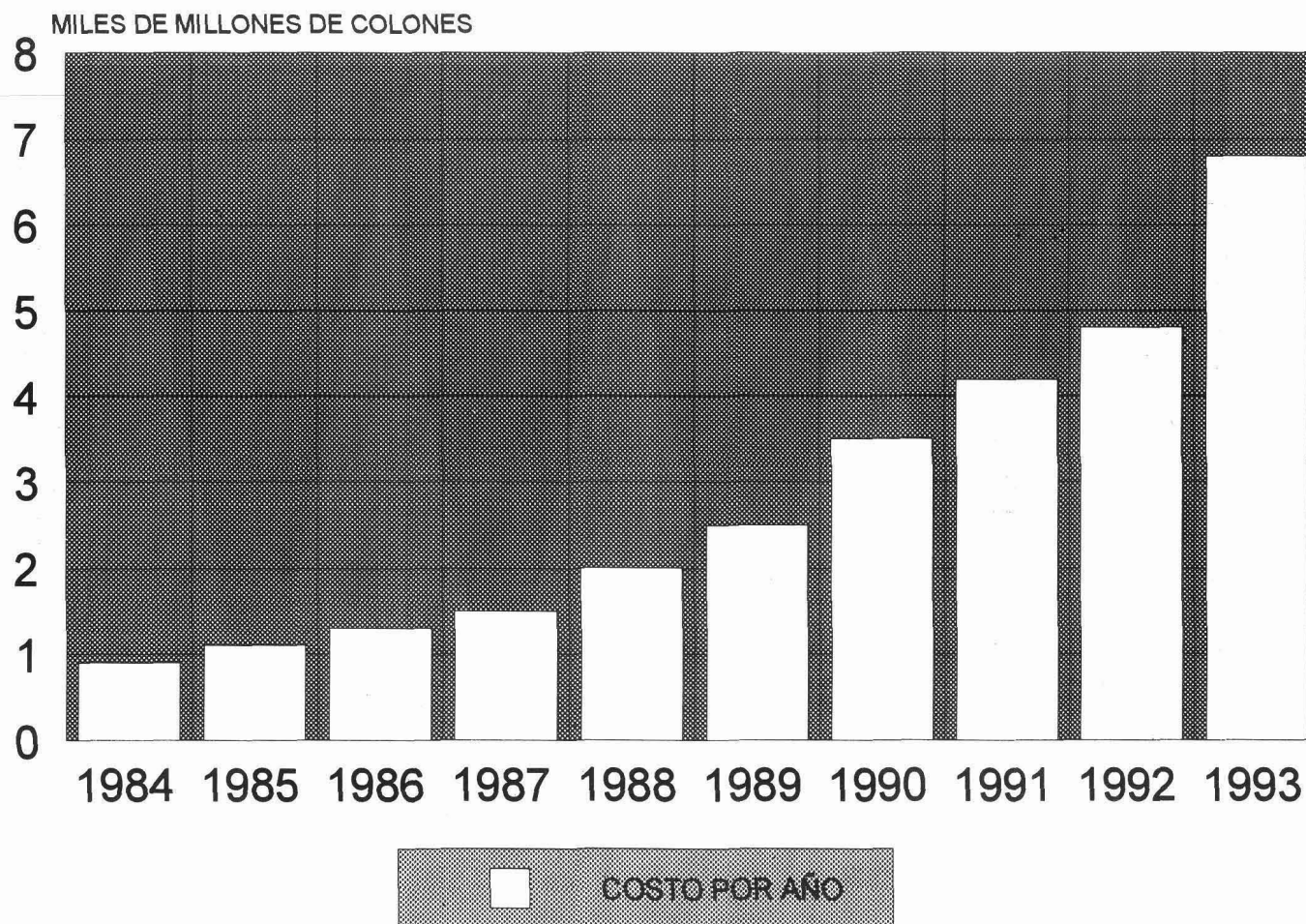


**TRES GENERACIONES CON UN MISMO IDEAL:
EL MEJORAMIENTO CONTINUO DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.
APARECEN DE IZQUIERDA A DERECHA LOS DOCTORES ALEXIS AGÜERO,
RODRIGO CORDERO, EDGAR CABEZAS Y JORGE VEGA.**

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

ANALISIS COMPARATIVO AÑOS 1984 - 1993

PRESUPUESTO ASIGNADO POR AÑO

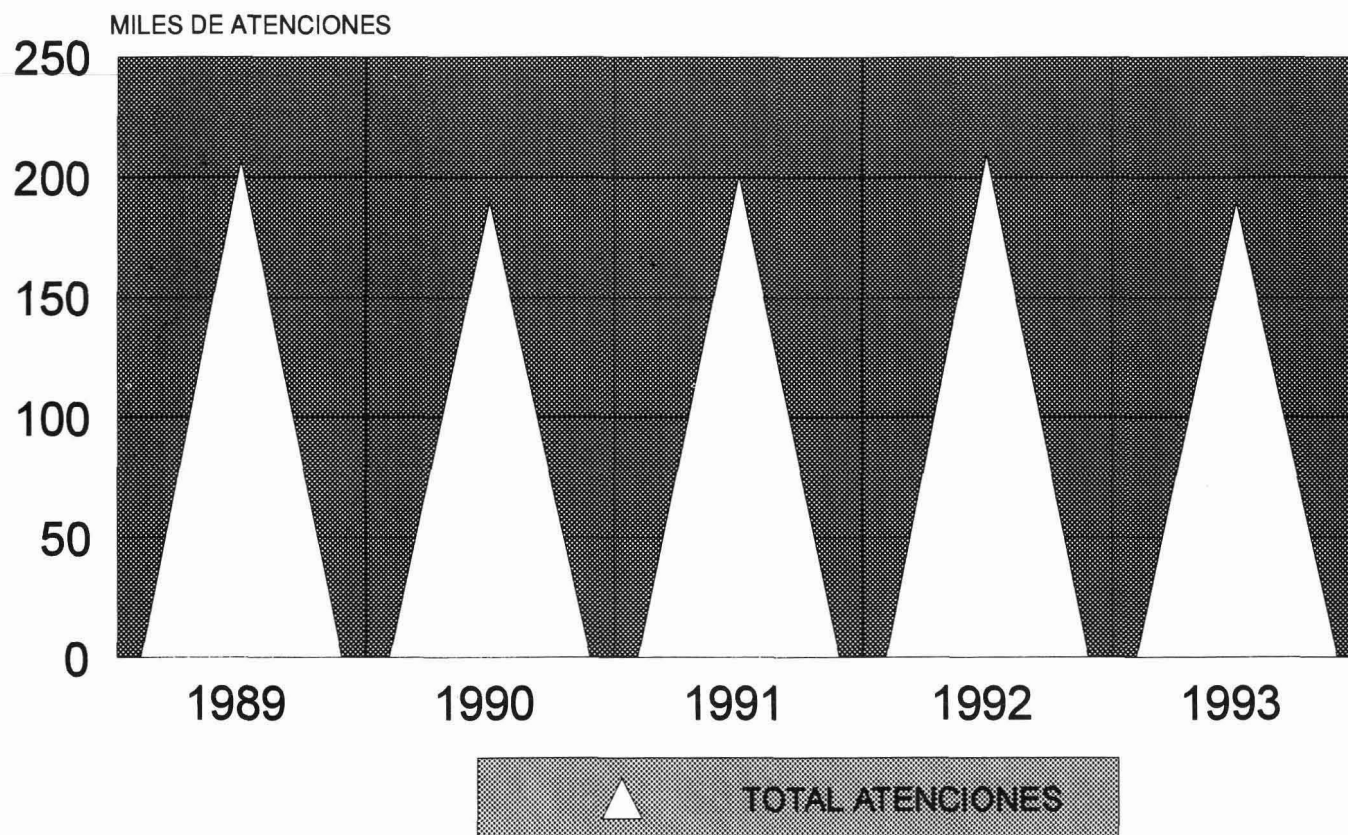


FUENTE: OFICINA DE CONTABILIDAD H.S.J.D. 1994

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

ANALISIS COMPARATIVO AÑOS 1989 - 1993

TOTAL DE ATENCIONES EN CONSULTA EXTERNA

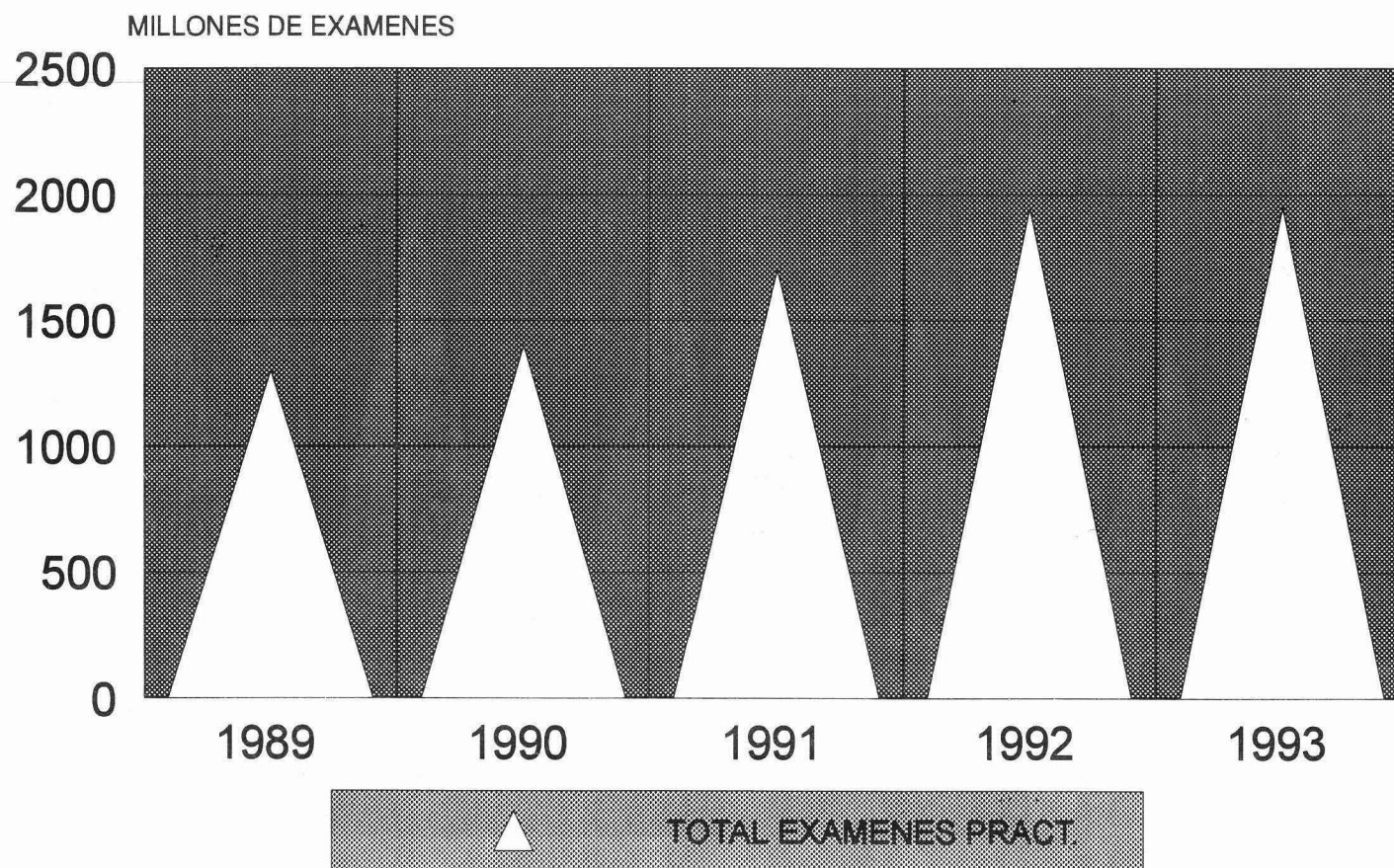


FUENTE: BOLETIN ESTADISTICO H.S.J.D. 1994

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

ANALISIS COMPARATIVO AÑOS 1989 - 1993

TOTAL DE EXAMENES CLINICOS PRACTICADOS

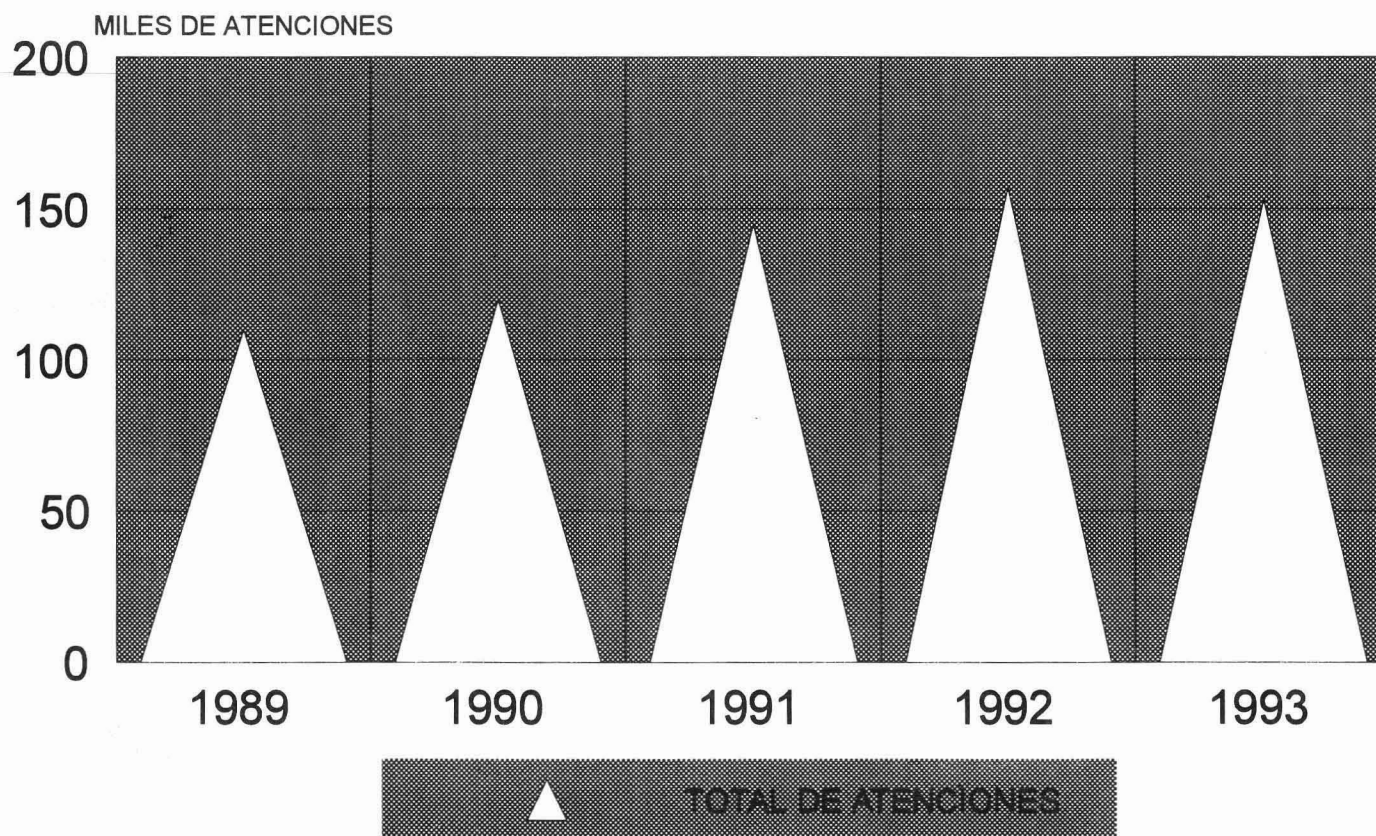


FUENTE: BOLETIN ESTADISTICO H.S.J.D. 1994

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

ANALISIS COMPARATIVO AÑOS 1989 - 1993

TOTAL DE ATENCIONES EN EL SERVICIO DE EMERGENCIAS



FUENTE: BOLETIN ESTADISTICO H.S.J.D. 1994



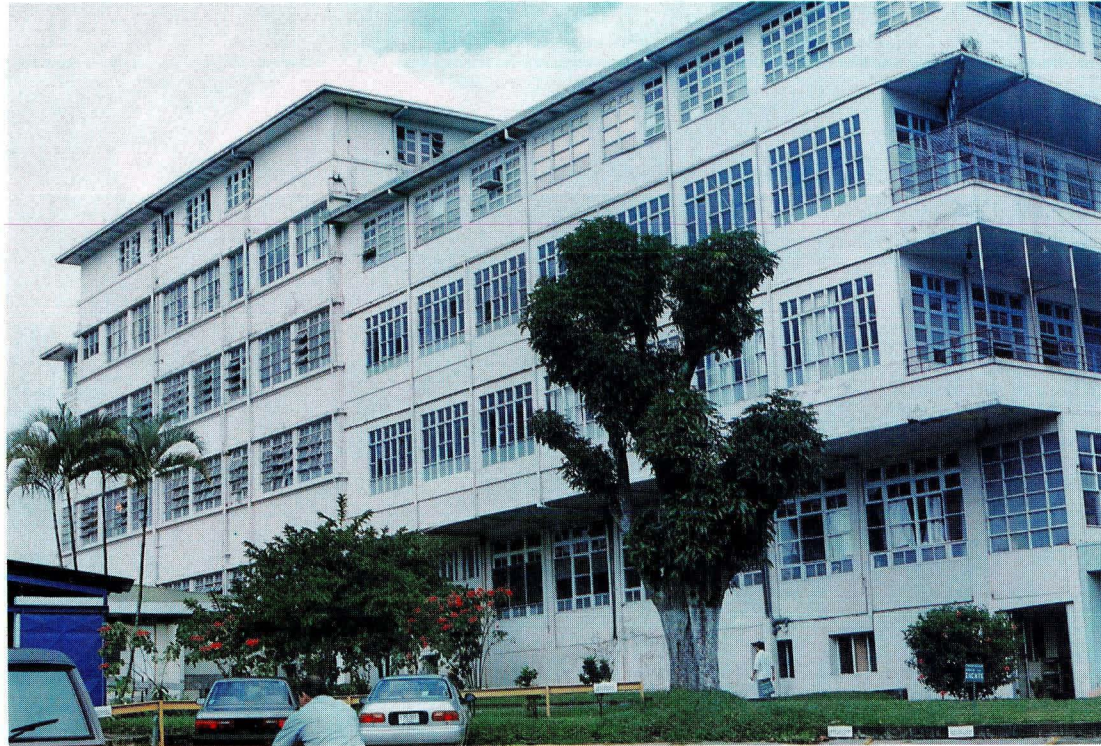
DR. MANRIQUE SOTO PACHECO,
DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.
(INGRESO A LABORAR AL HOSPITAL EN 1955)
AL FONDO, APARECE UN RECUADRO DE SU ABUELO,
DR. JOSE MARIA SOTO ALFARO,
EX-SUPERINTENDENTE DEL HOSPITAL.



DR. MARIO ARIAS MURILLO,
SUBDIRECTOR, Y UNO DE LOS EJECUTORES DE
LA AUTOMATIZACION DEL HOSPITAL.



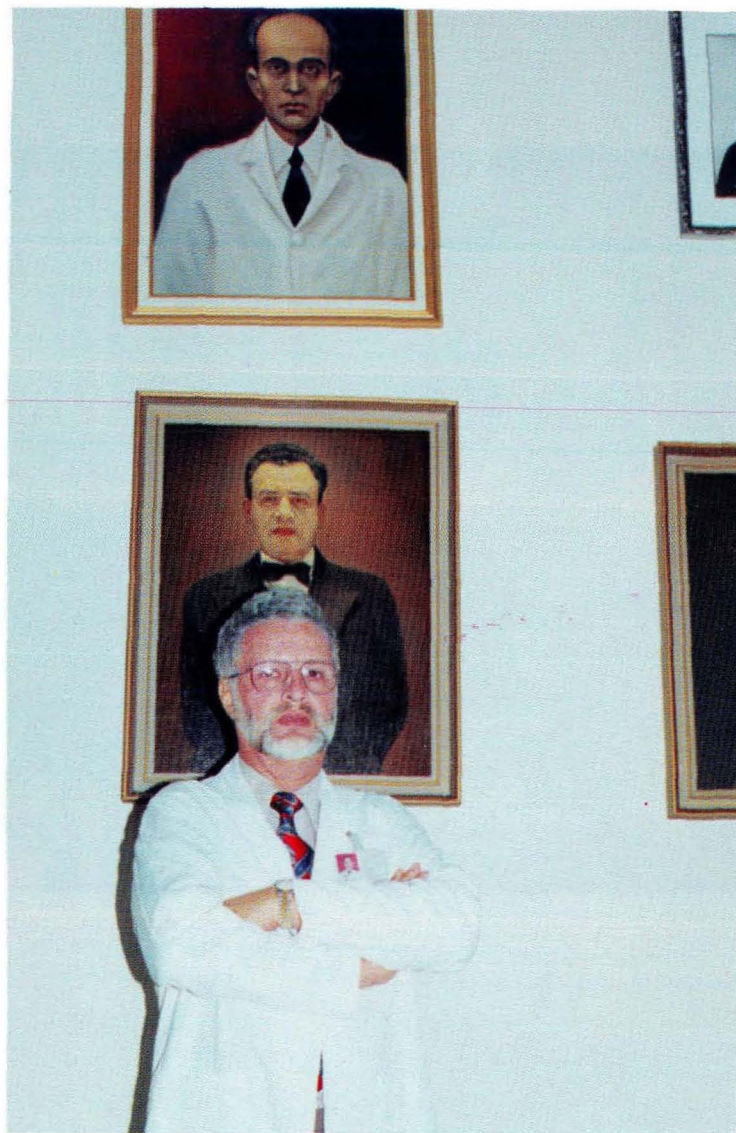
MBA ADOLFO CARTIN RAMIREZ,
ADMINISTRADOR ACTUAL DEL HOSPITAL
SAN JUAN DE DIOS.



EN ESTE EDIFICIO, INAUGURADO FORMALMENTE EN 1944,
ESTABA LA SECCION DE NIÑOS. A PARTIR DE 1967,
ES TRASLADADA ALLI LA SECCION DE MEDICINA.
LOS FUERTES TEMBLORES DE 1990 Y 1991
DEJARON EN PESIMAS CONDICIONES
ALGUNOS PISOS.



INTERIOR DE LA CAPILLA DEL HOSPITAL



DR. EDGAR CABEZAS SOLERA,
JEFE SECCION CIRUGIA.



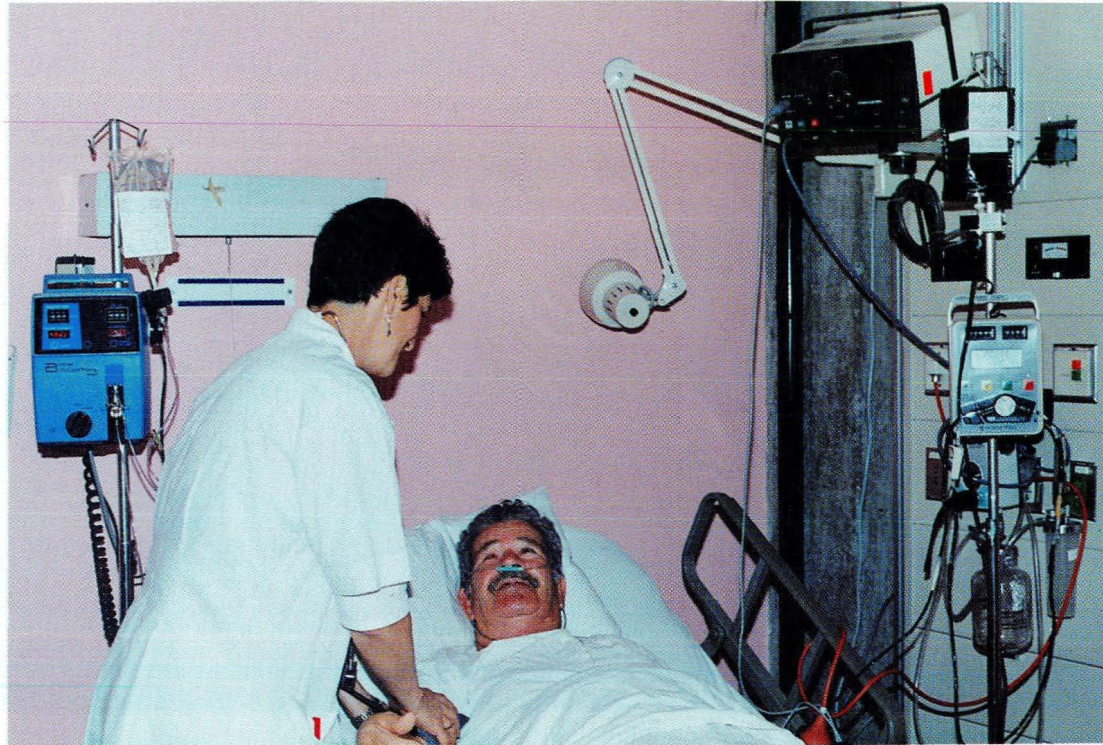
ENTRADA PRINCIPAL DEL SERVICIO DE
MEDICINA NUCLEAR 1995



ENTRADA PRINCIPAL DEL HOSPITAL,
FRENTE AL PARQUE BRAULIO CARRILLO,
CONOCIDA TAMBIEN COMO "PUERTA DE MEDICOS".
(1995).



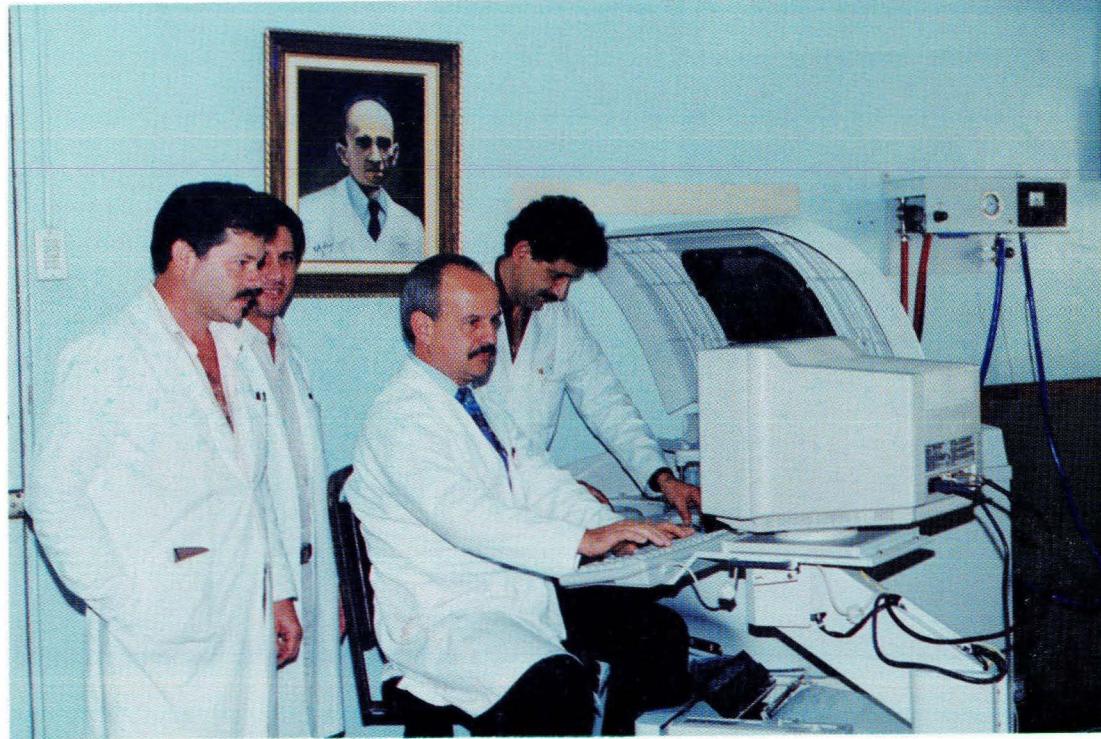
VISTA PARCIAL DE LAS NUEVAS UNIDADES:
(IZQ.) UNIDAD DE CUIDADO INTENSIVO, DR. JOSE MANUEL QUIRCE M.
Y, AL FONDO, LA UNIDAD CORONARIA, DR. ALVARO AGUILAR PERALTA.
1995.



LA NUEVA UNIDAD CORONARIA, INAUGURADA EN 1990.
ES UNA DE LAS SALAS MAS SOFISTICADAS DEL PAIS
Y DE CENTRO AMERICA.



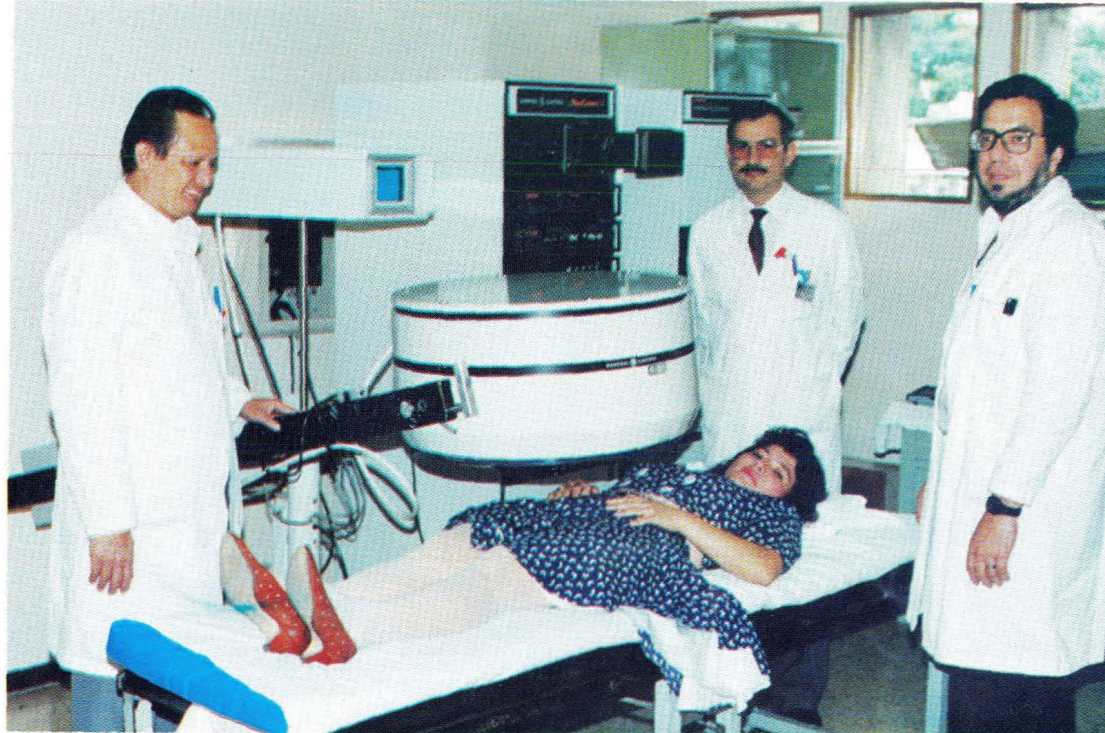
UNO DE LOS CUBICULOS DE LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS (1995).



LABORATORIO DR. CLORITO PICADO T.



LA TECNOLOGIA MAS MODERNA AL SERVICIO DEL
ASEGURADO: LA UNIDAD DE LITOTRIPSIA.



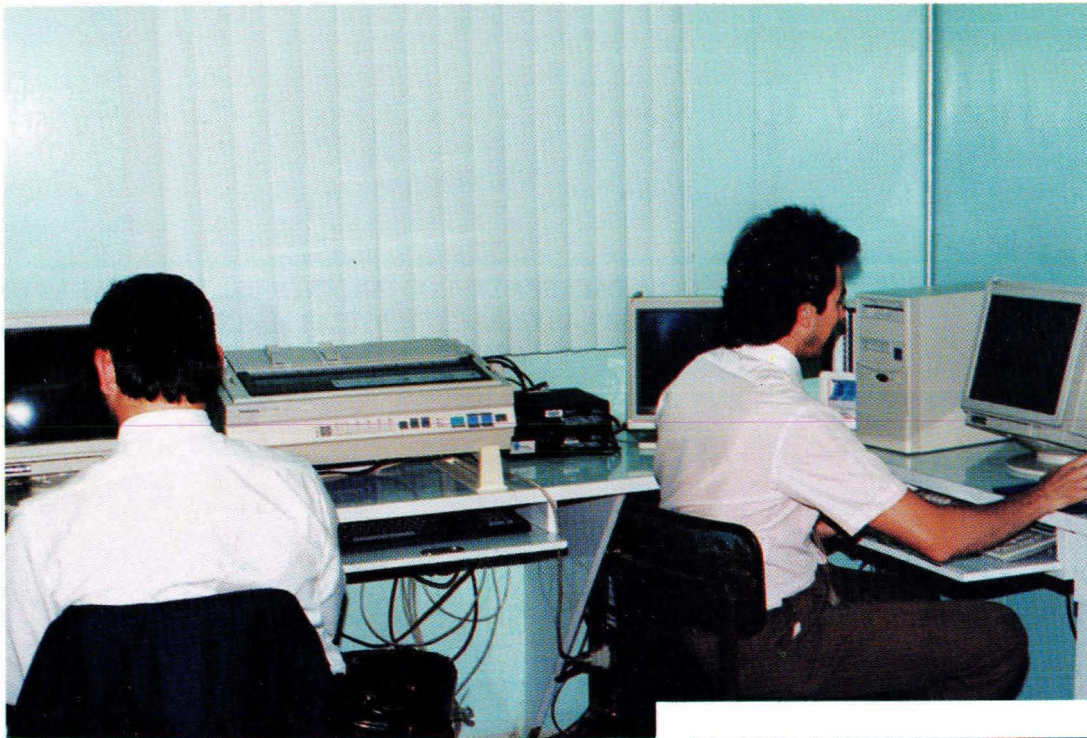
DESDE 1982, MILES DE COSTARRICENSES SE VEN BENEFICIADOS
POR EL SERVICIO DE MEDICINA NUCLEAR.



LA BELLEZA DE LOS JARDINES DEL HOSPITAL ES UNA DE LAS CARACTERISTICAS MAS SOBRESALIENTES. AL FONDO, ANTIGUO EDIFICIO BANSEN, HOY DEPARTAMENTO AUDIOVISUAL.

PERSONAL DE ENFERMERIA DE LA NUEVA UNIDAD CORONARIA 1995.





LA AUTOMATIZACION DEL HOSPITAL SE INICIO EN
ESTA OFICINA, EXCLUSIVA PARA COMPUTO,
ADSCRITA A LA DIRECCION GENERAL.

LA AUTOMATIZACION DE LOS SISTEMAS
DEL HOSPITAL SE INICIO EN LA
CONSULTA EXTERNA.

