

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE HISTORIA

**El Hospital Nacional de Niños en el marco de la
salud pública costarricense.
1954-1998**

**Tesis presentada ante la Escuela de Historia
para optar por el grado de
Licenciado en Historia**

Domingo Vargas Azofeifa

Ciudad Universitaria "Rodrigo Facio"

2001

DEDICATORIA

“Espíritu Santo”

“En aquella misma hora Jesús manifestó un extraordinario gozo, al impulso del Espíritu Santo y dijo: Yo te alabo, Padre, Señor del cielo y de la tierra, porque has encubierto estas cosas a los sabios y prudentes y descubiertolas a los pequeñuelos”.

San Lucas 10:21-23

AGRADECIMIENTOS

A todos los compañeros y amigos del Hospital Nacional de Niños que me ayudaron en la primera etapa de elaboración de este proyecto, especialmente al Sr. Carlos Villalobos Gómez y al Sr. Claudio Solís Palma.

A la Licenciada Priscila Albarracín González que con su opinión oportuna y crítica sincera me motivaron a que continuara con el proyecto.

Al doctor Edgar Mohs Villalta, Ex-director del Hospital Nacional de Niños, que muy amablemente accedió a examinar el informe definitivo.

A la profesora Ana María Botey Sobrado, quien me orientó y dio el consejo oportuno para la realización del proyecto.

Especialmente a mi directora, Licenciada Ana C. Román Trigo, por su buen trato e invaluable orientación.

A la Señora Eugenia Hernández, Jefe del Archivo de la Junta de Protección Social de San José, por las facilidades que siempre me ofreció a la hora de consultar los libros de actas de la institución.

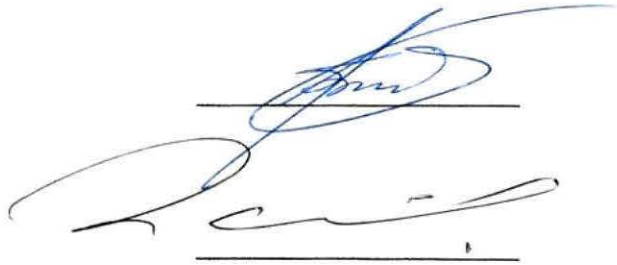
TRIBUNAL EXAMINADOR

La tesis **El Hospital Nacional de Niños en el marco de la salud pública costarricense. 1954-1998**, fue aceptada por la Comisión de Trabajos Finales de Grado de la Escuela de Historia de la Universidad de Costa Rica, como requisito para optar al grado de Licenciatura

Domingo Vargas Azofeifa

Aprobada por:

Director de la Escuela
o su representante.

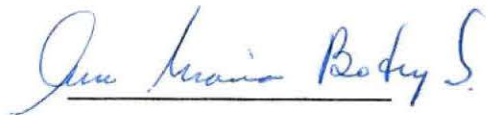
Handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Domingo Vargas Azofeifa', written over a horizontal line.

Decano de Ciencias Sociales
o su representante.

Licda. Ana Cecilia Román Trigo
Directora

Handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Ana Cecilia Román Trigo', written over a horizontal line.

M.Sc. Ana María Botey Sobrado
Lectora

Handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Ana María Botey Sobrado', written over a horizontal line.

Licda. Priscila Albarracín González
Lectora

Handwritten signature in blue ink, appearing to be 'Priscila Albarracín González', written over a horizontal line.

ÍNDICE

DEDICATORIA	3
AGRADECIMIENTOS	4
TRIBUNAL EXAMINADOR	5
ÍNDICE	6
ÍNDICE DE FIGURAS	9
ÍNDICE DE CUADROS	11
RESUMEN	12
A. INTRODUCCIÓN	13
B. METODOLOGÍA	14
C. JUSTIFICACIÓN	14
D. PROBLEMA	16
E. OBJETO DE ESTUDIO	17
F. MARCO TEÓRICO	18
G. MARCO DE REFERENCIA	25
H. HIPÓTESIS	32
I. OBJETIVOS	33
I.1. GENERAL.....	33
I.2. ESPECÍFICOS.....	33
J. FUENTES DE INFORMACIÓN	34

CAPÍTULO I

ESTADO Y SALUD EN COSTA RICA: TRANSICIÓN DE LA BENEFICENCIA A UN SISTEMA DE SALUD (1821-1980)	37
INTRODUCCIÓN.....	37
A. PERÍODO 1821-1880: FORMACIÓN DEL ESTADO NACIONAL Y APARICIÓN DE LA HIGIENE PÚBLICA	38
A.1. ANÁLISIS SOMERO DE LA PROBLEMÁTICA DE LA HIGIENE PÚBLICA DESDE 1821 HASTA 1880	38
A.2. EL ESTADO Y LAS PRIMERAS LEYES EN EL CAMPO DE LA HIGIENE PÚBLICA 1821- 1880.....	41
A.3. LAS PRIMERAS INSTITUCIONES DE HIGIENE PÚBLICA 1821-1880	48
A.4. RESULTADOS OBTENIDOS EN EL CAMPO DE LA HIGIENE PÚBLICA 1821-1880	54
B. PERÍODO 1880 – 1940: EL ESTADO LIBERAL Y LA CONSOLIDACIÓN DE LA HIGIENE PÚBLICA	60
B.1. PROBLEMÁTICA DE LA HIGIENE PÚBLICA 1880-1940.....	60
B.2. EL ESTADO Y LA LEGISLACIÓN PRODUCIDA 1880-1940	70
B.3. INSTITUCIONES CREADAS ENTRE 1880-1940	79
B.4. RESULTADOS OBTENIDOS EN EL CAMPO DE LA HIGIENE PÚBLICA 1880-1940	84
C. PERÍODO 1940 – 1980: LA SALUD PÚBLICA EN EL ESTADO BENEFACTOR	102
C.1. PROBLEMÁTICA DE SALUD DEL ESTADO BENEFACTOR (1940 – 1980)	102
C.2. EL ESTADO Y LA LEGISLACIÓN PRODUCIDA 1940-1980	117
C.3. RESULTADOS OBTENIDOS EN EL CAMPO DE LA SALUD PÚBLICA 1940-1980	124
CONCLUSIÓN	152

CAPÍTULO II

ATENCIÓN INFANTIL EN COSTA RICA Y FUNDACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS	156
1. PRIMEROS PROGRAMAS Y DEPARTAMENTOS DE ATENCIÓN INFANTIL CREADOS EN COSTA RICA (1900-1950)	156
<i>Introducción</i>	156
1.1. <i>Las “Gotas de Leche”, (1914)</i>	157
1.2. <i>Departamento Sanitario Escolar, (1914)</i>	158
1.3. <i>Clínica Infantil de Tres Ríos (Casa Cuna) (1920)</i>	161
1.4. <i>Sección de Pediatría del Hospital San Juan de Dios (1926)</i>	162
1.5. <i>Hospital de Niños “Max Peralta” de Cartago (1941)</i>	167
2. FACTORES DESENCADENANTES EN LA FUNDACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS EN SAN JOSÉ (1954).....	170
2.1. <i>La salud infantil (1954)</i>	170
2.2. <i>La epidemia de poliomielitis (1953-1954)</i>	174
2.3. <i>Problemas de infraestructura del Hospital San Juan de Dios (1950)</i>	181
3. FINANCIAMIENTO DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS (1954-1964)	188
3.1. <i>Primera etapa: Campaña inicial de recolección de fondos, 1954</i>	188
3.2. <i>Segunda etapa: El Comité y la Junta de Protección Social de San José</i>	190
3.3. <i>Tercera etapa: culminación de la obra</i>	198
3.4. <i>Financiamiento para el funcionamiento del Hospital Nacional de Niños (1964)</i> ...	202
3.5. <i>La apertura del Hospital, 1964</i>	215
CONCLUSIÓN.....	216

CAPITULO III

TRAYECTORIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS 1964-2000.... 219

<i>Introducción</i>	219
1. FUNDACIÓN Y ETAPA INICIAL DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS (1964-1976)	220
<i>Introducción</i>	220
1.1. <i>Autonomía, administración y la estructura administrativa del hospital</i>	221
1.2. <i>Misión del Hospital Nacional de Niños respecto a la atención de la población infantil.</i>	229
2. EL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS	232
<i>Introducción</i>	232
2.1. <i>Un nuevo modelo de Hospital</i>	232
2.2. <i>La atención infantil en el Hospital Nacional de Niños</i>	234
2.3. <i>La investigación científica en el Hospital Nacional de Niños.</i>	238
3. EL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS Y LA POLÍTICA DE DESCENTRALIZACIÓN (1996-2000) 241	
<i>Introducción</i>	241
3.1. <i>Antecedentes de la descentralización (1996)</i>	242
3.2. <i>Desconcentración y autonomía del Hospital Nacional de Niños (1996)</i>	244
3.3. <i>Centro de Ciencias Medicas</i>	249
CONCLUSIÓN	252

CONCLUSIÓN GENERAL..... 255

RECOMENDACIONES..... 257

BIBLIOGRAFIA CITADA..... 258

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA..... 271

APÉNDICE 296

A. ZONAS DE OPERACIÓN DE LAS UNIDADES MÓVILES COSTA RICA 1961.	297
B. SISTEMA HOSPITALARIO NACIONAL, COSTA RICA 1970.....	298
C. ORGANIGRAMA DE HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS 1999.	299

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Población de Costa Rica (1611-1801).....	55
Figura 2 Instituciones hospitalarias en Costa Rica, 1961	123
Figura 3 Mortalidad Infantil en Costa Rica 1900-1996.	150
Figura 4 Distribución de las instituciones, leyes y programas en Costa Rica, entre 1821 y 1990.....	150
Figura 5 Dinero recaudado para la construcción del Hospital Nacional de Niños, 1954-1964	201
Figura 6 Dotación normal de camas en el Hospital Nacional de Niños1964-1998	228

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1 Legislación promovidos por el Estado en el área de la higiene pública 1821-1852	47
Cuadro 2 Instituciones promovidas por el Estado en el área de la Salud 1821-1870.	53
Cuadro 3 Población de Costa Rica entre 1502 y 1801.....	56
Cuadro 4 Legislación, programas y departamentos promovidos por el Estado en el área de la higiene pública 1880-1940.	78
Cuadro 5 Instituciones de salud en el área de la higiene pública 1880-1940.	83
Cuadro 6 Instituciones del Estado en el área de la salud 1940-1998.....	122
Cuadro 7 Instituciones hospitalarias en Costa Rica, 1955.	151
Cuadro 8 Índice Ocupacional y Distribución de Camas Hospitalarias 1970, 1980, 1990, 1999	228
Cuadro 9 Indicadores Hospitalarios Según año. 1965, 1975, 1985, 1995,1999.....	236

RESUMEN

El primer capítulo refiere a la etapa de transición de la medicina asistencial básica y de beneficencia a un sistema de salud y se ha dividido en tres períodos: - 1821-1880 formación del Estado nacional y surgimiento de la higiene pública; -1880-1940 establecimiento del estado liberal y consolidación de la higiene pública, -1940-1980 transición de la salud pública: del estado benefactor al estado mínimo.

El capítulo dos estudia la evolución de la atención infantil en Costa Rica, a partir de la creación de programas y departamentos en el campo de la higiene pública, que sirvieron para enfrentar las diversas enfermedades que afectaban a la población infantil.

El tercer capítulo trata del origen y evolución del Hospital Nacional de Niños, así como de su proyección futura, en el marco de transformación de la Caja Costarricense de Seguro Social; se destaca su organización, administración, financiamiento y logros, mediante la aplicación de un modelo mixto integrado por el Estado y la sociedad costarricense.

A. INTRODUCCIÓN

El propósito de esta investigación es explicar el origen y evolución del Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera”, en el marco de la salud pública costarricense en el período 1954-1998. Se ha dividido la misma en tres capítulos: el primero se refiere al origen de la beneficencia y su transición a un sistema de salud; el segundo estudia la evolución de la atención infantil en Costa Rica y la fundación del Hospital Nacional de Niños; el tercero trata sobre la trayectoria y proyección futura del Hospital Nacional de Niños.

El período culmina en 1998, cuando se marca el inicio de una nueva etapa con el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, y la aprobación por parte de la Asamblea Legislativa de la “Ley de Desconcentración Hospitalaria”, tendiente a darle a los diferentes hospitales de la Caja Costarricense de Seguro Social una mayor autonomía en el manejo presupuestario, de los recursos humanos y la contratación administrativa. Este hecho implicó la reorganización total del sistema y una ruptura con el modelo de salud anterior.

B. METODOLOGÍA

Por la naturaleza misma de la investigación, se ha utilizado para especificar su desarrollo el método histórico-estructural, el sociológico y el descriptivo, y se ha utilizado como criterio cronológico el factor político, es decir, el surgimiento y las transformaciones del Estado y sus implicaciones en el ámbito de la salud, a partir de 1821.

Entre los instrumentos utilizados se encuentran la consulta de archivos, bibliotecas y entrevistas. Las variables de interés empleadas fueron: Estado, políticas estatales, bienestar social y estado de bienestar.

C. JUSTIFICACIÓN

El Hospital Nacional de Niños inició sus labores en 1964, y desde esa fecha, ha sido un tema abordado superficialmente, por personas vinculadas con su desarrollo institucional. Hasta ahora no existe un trabajo que, desde una perspectiva histórica, profundice en sus raíces y la vincule con la salud pública, el sistema hospitalario, la asistencia médica, la sociedad costarricense en general y, desde luego, con la historia de la medicina costarricense.

La importancia de esta investigación y su aporte básico, es que viene a complementar otros estudios que se han realizado sobre la historia de la medicina y la salud pública en Costa Rica, al ofrecer una visión sintética de la evolución del sistema de salud costarricense y del papel del Estado en la atención de la cuestión social, a partir de la promoción de una organización hospitalaria, de instituciones, departamentos y programas de salubridad y beneficencia a los pobres. También se propone el rescate histórico de algunas de las áreas del Hospital San Juan de Dios y del antiguo Hospital Psiquiátrico.

Eventualmente, podría esta investigación servir para llevar a cabo trabajos comparativos a escala centroamericana o de cualquier región cuya evolución sea semejante. Se han introducido algunos elementos de historia social y de la epidemiología, básicamente para poder profundizar y analizar el estudio de la historia de la medicina y la salud pública.

Se dejan propuestos otros elementos importantes para futuras investigaciones como: el análisis cualitativo y cuantitativo de las leyes referidas a la higiene pública, el estudio de algunas enfermedades y epidemias en Costa Rica, los primeros estudios estadísticos y censos elaborados por los gobernadores y las autoridades eclesiásticas en el campo de la salud, el papel cumplido por los primeros curanderos llegados a Costa Rica, el desarrollo de la beneficencia, la migración campo-ciudad de 1950 y su

influencia en la salud pública, la enseñanza de la medicina en Costa Rica, entre otros.

Los factores antes mencionados, permitirán dilucidar y profundizar en el conocimiento de los actores sociales y de las nuevas concepciones que implementó el sistema a través del tiempo, con miras al cambio hacia una nueva cultura médica-hospitalaria, caracterizada en las últimas décadas del siglo XX, por la aplicación de políticas de “(...)privatización, descentralización y focalización que han sido una prolongación de las políticas globales de ajuste predominantes en el campo económico y social(...)” (López, 1997, pp.17-31) en varios países latinoamericanos.

D. PROBLEMA

El Estado y la sociedad costarricense, después de 1821, y principalmente, después de 1850, empezó a registrar cambios socioeconómicos, políticos y culturales, y con ello, mostró su preocupación en los aspectos de salud específicamente por influencia de la epidemia del cólera. A partir de este momento, se legisla y aplican las primeras medidas conducentes para el control de esa enfermedad y otros problemas de salubridad. Con este primer cuerpo de normas, surgen las Juntas de Sanidad financiadas con fondos públicos. Además, se establecieron las bases de la higiene pública y de la organización hospitalaria, por medio de una creciente legislación en materia de salud, de un conjunto de programas y departamentos, que permitieran

contrarrestar los efectos de las enfermedades, la mortalidad general e infantil y la desnutrición, problemas que afectaban especialmente a la población infantil. Sin embargo, ¿Qué medidas se aplicaron para combatir las patologías pediátricas a partir de 1900? ¿Cómo era la atención médica infantil antes de 1950? ¿Por qué empezó a darse una diferenciación entre la medicina de los adultos y la población infantil? ¿Qué nuevos problemas en el campo de la salud surgieron en 1950 y qué medidas se aplicaron para solucionarlos? ¿Cuál fue el origen del Hospital Nacional de Niños? ¿Qué participación tuvo el Estado en el desarrollo de la higiene pública? ¿Cómo el poder político y la sociedad costarricense enfrentaron la problemática de la higiene pública? ¿Qué medidas se aplicaron relacionadas con la higiene pública? ¿Qué resultados se obtuvieron en materia de salud? ¿Qué programas en el campo de la salud se aplicaron y que efectos surtieron? ¿Cuál era la situación del sistema hospitalario en 1950?.

E. OBJETO DE ESTUDIO

Comprender la fundación y evolución del Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera" (1954-1998), en el contexto de las políticas de salud del Estado costarricense, para profundizar en el conocimiento de los actores sociales y de las nuevas concepciones implementadas por el sistema en la atención pediátrica.

F. MARCO TEÓRICO

Autores como Briceño *et al.*, (1998) y Pascua (1987), coinciden en la importancia que tiene la variable “políticas estatales” en el ámbito de la salud pública, como elemento decisivo en el éxito de una serie de programas de acción dirigidos a mejorar el bienestar social del país. Por ejemplo, Pascua, en 1987 encontró que en Costa Rica el bienestar social se había dado en dos niveles: el público y el privado. El nivel privado surgió como una forma de caridad en un período en el cual existía una débil economía nacional. En este nivel, se dieron diferentes formas de ayuda canalizadas por medio de organizaciones comunales denominadas “socorros mutuos”, grupos religiosos y grupos filantrópicos.

En el nivel público, la estructura organizativa del bienestar social correspondió fundamentalmente a la Secretaría de Gobernación y Policía, y a partir de 1922 a la de Salud Pública, a las municipalidades y a otras entidades que posteriormente se fueron creando.

La coyuntura política y económica permitió, en 1900, una mayor producción de servicios públicos y privados de bienestar social. En cuanto a la sanidad, la situación de Costa Rica no era muy favorable. Debido a ello, en los primeros años del siglo XX, el doctor Carlos Durán Cartín, así como los licenciados Cleto González

Viquez y Ricardo Jiménez Oreamuno, se preocuparon por solucionar esos problemas mediante la aplicación de medidas sanitarias y leyes como la erradicación de letrinas y la creación de la Secretaría de Salubridad Pública, entre otras.

En el área de la salud, se crearon nuevos departamentos e instituciones como el Departamento Sanitario Escolar, en 1914, el Departamento de Anquilostomiasis, en 1914, la Clínica Infantil en 1920; así mismo, se impulsaron diversas leyes y programas como el Programa de “Gota de Leche”, en 1914, y el Programa de Lucha contra el Paludismo, en 1928, entre otros. Estos últimos demostraron el éxito en la erradicación de enfermedades, en la disminución de la mortalidad infantil y en el establecimiento de las bases de nuevas instituciones dedicadas a la atención de la población infantil y general del país.

Después de la crisis económica de 1929, Costa Rica empezó a conceptualizar y aplicar una nueva forma de gobernar, como una transición hacia la formación de un “Estado de bienestar”, en la década de 1940, la cual se caracterizó por la promulgación de leyes y la transformación del sistema de salud.

Al respecto, refiere Ibisate (1996, s.p.) que, a partir de 1940, en el ámbito mundial se inauguró el período de conformación del “Estado de bienestar”, señalando como punto de partida el fracaso del Estado liberal, el papel relevante del gobierno

laborista de Clement Atlee y la seguridad social británica de 1948, los que fueron precedidos o acompañados por los programas de seguridad social franceses de 1945 y por el conjunto de países europeos con proyectos similares. Entre las fuentes del “Estado de bienestar” confluyen dos tradiciones intelectuales y políticas diferentes. La tradición social, que emanaría de la Revolución Francesa de 1789 con su célebre divisa revolucionaria: libertad, igualdad y fraternidad. Por otro lado, el origen del “Estado de bienestar” se aprecia en la teoría económica keynesiana y su objetivo sería liberar el potencial del capitalismo en condiciones críticas.

En las décadas de la gran crisis ideológica y económica liberal, el “Estado de bienestar” apareció como una tercera vía para que los países agotados o humillados por la guerra, la destrucción, el desempleo y la pobreza no derivaran hacia los atractivos enunciados por el bloque comunista, al cual se adhirieron varios países europeos. Donde fue posible identificar “el surgimiento de otras protecciones”, en particular las referidas al campo laboral y la promoción y el desarrollo de políticas sociales básicas, no fue necesario formular nuevas leyes de protección y amparo; las políticas sociales, conjuntamente con las leyes existentes, establecerían las estrategias de control necesarias para reducir los niveles de conflictividad en un momento histórico de afianzamiento político de colectivos sociales organizados.

La aparición del Hospital Nacional de Niños se presenta como resultado de un largo proceso iniciado en la década de 1840, con la fundación del Estado costarricense, la creación del Hospital San Juan de Dios¹ y la Junta de Caridad. Ésta última ha “influido considerablemente y sufrido modificaciones a través del tiempo con el objeto de satisfacer las necesidades de la época por lo general ligadas al sector salud”(JPS. 1976, p.1). Este hecho marcó “el inicio de una etapa de transición de la “caridad privada” al de asistencia pública en Costa Rica y la incipiente intervención estatal en este campo”(Pascua, 1987, p.14).

Es importante aclarar que es mi interés incursionar en el estudio del origen del Hospital Nacional de Niños dentro del sistema hospitalario nacional y la salud pública, asunto relativamente nuevo en el campo de la historia social y de la medicina en Costa Rica. Por esta razón, para el abordaje del tema fue necesario definir algunos términos para orientar la investigación hacia el desarrollo de los objetivos.

De la Cruz (1991) define al Estado como el ente organizador de la sociedad cuya función principal es velar por el bienestar general de los habitantes. Son funciones económicas del Estado: lograr eficiencia en la economía; velar por que haya

¹ Orden de los Hospitalarios de San Juan de Dios (en latín, *Ordo Hospitalarius S. Ioannis de Deo*), orden religiosa católica conocida por el nombre de Orden de San Juan de Dios y por el de Hermanos de la Caridad por el que son conocidos sus miembros. La congregación fue fundada en 1537 por San Juan de Dios, en la ciudad española de Granada; su aprobación papal, reconociéndola como orden no se produjo sino hasta 1572, durante el pontificado de San Pío V.

en la sociedad una adecuada distribución del ingreso y de la riqueza; velar por la estabilidad del ingreso; velar por que la economía produzca una cantidad de bienes y servicios adecuada; procurar que haya un adecuado crecimiento económico.

En el plano nacional, el papel del Estado es proporcionar un marco de ley y orden en el que su población pueda vivir de manera segura y administrar todos los aspectos que considere de su responsabilidad. Todos los estados tienden así a tener ciertas instituciones de tipo legislativas, ejecutivas, judiciales para uso interno, y ciertas funciones que requieren un sistema destinado a recabar ingresos.

En varios momentos de la historia, la presencia del Estado en la vida de los ciudadanos ha sido mayor que en otros. En los siglos XIX y XX, la mayoría de los estados aceptó su responsabilidad en una amplia gama de asuntos sociales, dando con esto origen al concepto de Estado de bienestar, en la segunda mitad del siglo XX; este concepto parte de la premisa de que el gobierno de un Estado debe ejecutar determinadas políticas sociales que garanticen y aseguren el “bienestar” de los ciudadanos en determinados marcos como el de la sanidad, la educación y, en general, todo el espectro posible de seguridad social. Estos programas gubernamentales, financiados con los presupuestos estatales, deben tener un carácter gratuito, en tanto que son posibles gracias a fondos procedentes del erario público, sufragado a partir de las imposiciones fiscales con que el Estado grava a los propios

ciudadanos. En este sentido, el Estado de bienestar no hace sino generar un proceso de redistribución de la riqueza, pues, en principio, las clases inferiores de una sociedad son las más beneficiadas por una cobertura social que no podrían alcanzar con sus propios ingresos.

Por su parte, el bienestar social, según Pascua (1987) es un complejo de instituciones, programas, servicios y actividades que buscan llenar las necesidades de la gente, de manera que facilite el desarrollo y su actividad social como individuo, grupo o comunidad, en cuanto a sus relaciones con el mundo institucional y con la sociedad en general. Llegar a ser persona es una meta que debe tratar de alcanzar y se debe brindar como posibilidad a todo ser humano en el contexto de la sociedad; éste es un principio innegable del bienestar social, que ofrece al hombre sentido a su existencia en la sociedad. Sin bienestar social, el individuo no puede cumplir su rol social, y por tanto, su capacidad productiva será afectada, lo cual va en detrimento de las funciones económicas del Estado.

Sin embargo, se considera que el campo de la salud y la seguridad social deben verse como funciones del Estado; es en este sentido que el crecimiento económico y el desarrollo van de la mano del bienestar social, y porque la salud -entendida en términos de bienestar físico, mental y social, y no como ausencia de enfermedad- determina la capacidad productiva del individuo.

La seguridad social debe verse como una inversión económica del Estado y como la suma de programas, instituciones, servicios, leyes y medidas de distinta índole, que en su conjunto buscan la protección de la salud de grupos considerables de la población o de la población entera. Ésta constituye uno de los estados más avanzados del bienestar social, donde la acción es promovida, organizada y controlada fundamentalmente por el Estado, sin detrimento de las actividades que puedan desarrollarse en el sector privado y voluntario; comprende la prestación de seguros y cobertura sobre enfermedad, invalidez, vejez, muerte, maternidad, accidentes laborales, riesgos profesionales, pensiones contributivas y no contributivas y, en general, el amparo de todo riesgo ciudadano por la promoción de un mejor nivel de vida.

En el campo del desarrollo económico, Gunnar Myrdal estableció principios que se convirtieron en generales. El argumento de Myrdal era claro: “que gastos en salud no eran gastos corrientes sino que eran gastos de inversión(...) porque la salud es una inversión en capital humano, y como tal se comete un grave error a la hora de analizar las cuentas nacionales y las cuentas fiscales como gastos corrientes”(Solís, 1988, p.22). Precisamente porque sin salud no habrá desarrollo, el Estado debe asumir como función la promoción de la seguridad social en aras de lograr el bienestar general para lograr la productividad y mejorar la eficiencia económica. Se concibió a la salud como un derecho de todo ciudadano que debía ser garantizado por el Estado.

Así fue expresado en la carta de constitución de la Organización Mundial de la Salud que desde 1946, declaró que "el derecho a la salud debe ser garantizado por el Estado"(OPS., 1966, s.p.). Desde el punto de vista económico, el Estado debía maximizar el bien público. Esto significaba promover el bienestar general en el ámbito social.

G. MARCO DE REFERENCIA

Para el desarrollo de esta investigación es de vital importancia conocer los estudios realizados y los aportes más relevantes que se refieren al tema del Hospital Nacional de Niños, el auge y la problemática de este centro en el contexto social costarricense.

De los estudios que se han publicado y revisado sobre la asistencia institucional, algunos han sido escritos a principios del siglo XX y la mayoría a partir de la segunda mitad del mismo siglo.

En la actualidad, se han publicado una gran cantidad de breves reportajes en la prensa nacional, en la Revista Hospitales de Costa Rica y en la Revista Médica del Hospital Nacional de Niños.

También, se han elaborado seis folletos cortos y un libro, alusivos a la evolución histórica y fundación del Hospital de Niños, los que a continuación se detallan. En el año de 1965, se publican dos folletos. El primero, editado por la Litografía Lehmann, denominado ***Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera”: reseña histórica***, es un resumen del proceso previo y posterior a la construcción del hospital; aporta datos variados y no estadísticos sobre la campaña inicial para la recolección de fondos, el programa de necesidades y planos preliminares y definitivos, los empréstitos utilizados y el contrato de construcción, entre otros. El segundo, es publicado por la Junta Directiva del Hospital, con el mismo nombre, ***Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera”: reseña histórica***, y corresponde a un informe de labores de los dos primeros años de funcionamiento. En él se brinda algunos datos estadísticos, sin analizar ni comentar; además, se hace referencia a la distribución geográfica de los pacientes atendidos, la organización y la distribución por departamentos. La fuente de información es el mismo hospital, y los datos tiene que ver con la conformación del Patronato, el número de funcionarios, las jefaturas, entre otros.

En 1973, el Patronato del Hospital de Niños publica un folleto con el nombre ***Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera”***. Este cuenta con una breve reseña histórica, y con referencias a la organización y distribución por

departamentos, a los servicios, a los grupos voluntarios y a la Asociación Pro-Hospital Nacional de Niños. El período estudiado va de 1964 hasta 1973 y toma como fuente de datos al hospital. Registra varias tablas con información estadística, la que se refiere al número de pacientes atendidos en el Servicio de Emergencias; al presupuesto para los años 1968-1972; a los costos de operación de los años 1968-1972; a los ingresos, egresos e índice ocupacional del período 1968-1972, entre otros; no hay análisis ni comentarios que se articulen con el contexto sociopolítico en el cual se desenvuelve el Hospital. Es una recopilación de información.

El estudio del Dr. William Vargas González, llamado ***Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera” 20 años al servicio de la niñez costarricense 1964-1984***, es un trabajo descriptivo y una recopilación de datos estadísticos sobre la letalidad y el total de atenciones en Consulta Externa, General y Especializada e información variada sobre la organización, el funcionamiento y la distribución del hospital, su historia y proyección en el campo de la investigación científica en el ámbito nacional e internacional.

Dos trabajos provienen del doctor Edgar Mohs Villalta; el primero de ellos, ***El Hospital Nacional de Niños 25 años después 1964-1989***, trata de una serie de indicadores y datos estadísticos que permiten ver la evolución del hospital en sus

primeros veinticinco años de funcionamiento; muestra además la organización para ese período y las perspectivas futuras. El segundo estudio se llama ***El Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera” 30 años después 1964-1994***; mantiene el mismo formato del anterior, pero con datos que llegan hasta 1994. La información estadística se refiere a la tasa de mortalidad general en el Hospital Nacional de Niños (1960-1990); la tasa de mortalidad infantil en Costa Rica (1960-1990); comparación entre tipo de diagnósticos en niños fallecidos en 1960 y 1982, entre otros. Los datos son registrados en tablas, y no están analizados ni comentados; básicamente, es una recopilación de información, que enfrenta dos momentos históricos: 1964, año en que inicia labores el Hospital y 1994, año en que cumple 30 años de funcionamiento. Por último, el único libro ha sido elaborado por el Dr. Roberto Ortiz Brenes y se titula ***“Memorias del Hospital Nacional de Niños Dr. Carlos Sáenz Herrera y su Asociación” 1996***. Hace referencia a diferentes aspectos como: la epidemia de poliomielitis, la recaudación de fondos, la preparación del personal, entre otros. Respecto al período estudiado, es un recuento de los treinta y dos años de funcionamiento del Hospital. Es un análisis somero, cuyo orden de exposición es temático, donde la información proviene del Hospital y de algunas fuentes periodísticas y refiere exclusivamente al contexto propio de la institución. Básicamente, el trabajo es una recopilación de datos e información variada.

El contenido de los folletos y del libro es de gran valor; tales documentos deben tomarse fundamentalmente como fuentes, por la forma del discurso y por el acopio de información y de algunos datos estadísticos que giran alrededor del Hospital y de su evolución.

A pesar de que no hay ningún estudio específico del Hospital Nacional de Niños estrictamente histórico, sí se han realizado varias investigaciones, a partir del análisis de la problemática contemporánea, desde una perspectiva económica, política, social y cultural. De esta manera, se ha empezado a incursionar en el campo de la salud pública, la medicina, las enfermedades, el bienestar social, la reforma social, la pobreza urbana y las instituciones de asistencia social. Entre los estudios más relevantes se pueden citar: la memoria ***Pobreza Urbana en Costa Rica 1890-1930. El caso de la ciudad de San José***, de César Antonio Briceño *et al.* Se analiza aquí la problemática de la pobreza urbana de San José, en aspectos como la prevención e higiene y la atención a los pobres, así como las acciones encaminadas por el Estado. Ana P. Malavassi con su tesis ***“Entre la Marginalidad Social y los orígenes de la Salud Pública: Leprosos, curanderos y facultativos en el Valle Central de Costa Rica, 1784-1845”***, es esta una incursión en la historia de la medicina y la salud pública en Costa Rica, a partir del análisis de la lepra como problema social. Mark Rosenberg, con su libro ***Las Luchas por el Seguro Social***

en Costa Rica, un estudio que refiere a la historia de la reforma social en Costa Rica. La tesis de Eugenia Incera Oliva, llamada **El Hospital San Juan de Dios sus Antecedentes y su Evolución Histórica 1845-1900**, hace un recuento de los esfuerzos realizados por los fundadores del Hospital y el inicio de la Junta de Caridad, hecho que culmina con el establecimiento del Hospital San Juan de Dios. María L. Araya Fernández con la tesis **“Hospital San Juan de Dios: Salones Facio No.1 y Facio No.2**, describe cómo eran atendidos los niños y niñas, su problemática y la infraestructura del Hospital San Juan de Dios. Nora Peralta Obando, en 1957, publica la tesis **“Actividades Educativas en el Hospital de Niños Max Peralta”**, en ella hace referencia al primer hospital de niños de Costa Rica, a su origen, distribución, localización, tipo de administración, al problema de las enfermedades infantiles; ha sido el estudio que más se ha acercado al tema.

De los historiadores Steven Palmer e Iván Molina se tienen dos libros; en el primero, denominado **La Voluntad Radiante**, sobresalen los artículos “Entre la magia y la ciencia” y “Filas de Laboratorios”; ambos hablan de la evolución histórica de la medicina en Costa Rica, el papel del Estado en el campo de la higiene pública y los descubrimientos en el campo de la bacteriología y de la virología; en el segundo libro, llamado **Educando a Costa Rica**, el artículo “Salud Imperial y Educación Popular. La Fundación Rockefeller en Costa Rica desde una Perspectiva

Centroamericana (1914-1921)", es una exploración de cómo los individuos, grupos intelectuales e instituciones fueron capaces de transformar los esfuerzos de la Fundación en un vehículo para consolidar un proyecto de salud pública. El aporte básico es que clarifica algunos aspectos importantes relacionados con la evolución de la salud pública en Costa Rica.

Concretamente sobre el Hospital Nacional de Niños, se destacan dos trabajos: el primero, de Incera, y el segundo, de la Junta de Protección Social de San José. Ambos tratan sobre la creación del Hospital San Juan de Dios y la Junta de Caridad de San José. Estas dos instituciones son importantes porque en ellas se encuentra el origen del tema planteado.

Por último, se revisan una gran cantidad de estudios relacionados con la higiene pública y la asistencia médica institucional, donde sobresalen autores como: Dr. Pablo Luros, en 1950, quien elabora un diagnóstico del sistema médico-hospitalario en la segunda mitad del siglo XX; Lic. Rodrigo Facio, en 1943, aborda los problemas higiénicos del país a partir del análisis de las instituciones y enfermedades de la infancia, la legislación y la crítica a los seguros sociales en Costa Rica; Dr. Antonio Peña Chavarría, en 1951, quien refiere a la evolución histórica, organización económica y arquitectura de los hospitales en Costa Rica; Dr. Mark Schapiro, en 1962,

con esa vieja forma de hacer la historia de la medicina, la cual privilegia el papel del médico; analiza este autor la evolución médica en Costa Rica entre 1780-1930.

H. HIPÓTESIS

La preocupación del Estado y la sociedad costarricense desde el inicio de su vida republicana, por los diversos problemas higiénicos que afectaban a todos los grupos étnicos del país, favoreció la tesis de que se crearan instituciones, leyes y programas, especialmente después de 1850, tendientes a contrarrestar el efecto de las enfermedades, para así mejorar la precaria salud de los costarricenses. Sin embargo, un siglo después existía una deficiente estructura hospitalaria, que no podía hacer frente a las emergentes patologías que afectaban a la población. No obstante, en ese contexto, se gestó una coyuntura política interna y externa², socioeconómica y cultural favorable, para la creación de nuevos hospitales. Fue así como surgió el Hospital Nacional de Niños.

² De “Guerra Fría” y de la Revolución Cubana.

I. OBJETIVOS

I.1. GENERAL

Explicar el origen y evolución del Hospital Nacional de Niños, primer hospital pediátrico de Costa Rica, formalmente equipado con pediatras, sub-especialistas y personal de salud, dedicado por completo a la atención de la población infantil.

I.2. ESPECÍFICOS

1. Determinar la problemática, las medidas adoptadas y los resultados obtenidos, por el Estado costarricense en el campo de la higiene pública. Para poder comprender el proceso político, socioeconómico y cultural que condujo al establecimiento de la salud pública y de la organización hospitalaria; visto esto como una responsabilidad del Estado para con toda la población, a partir de la promulgación de leyes y creación de programas e instituciones en el campo de la salud, y su influencia en la conformación de una nueva cultura en el campo de la medicina asistencial entre 1850 y 1976.
2. Identificar los antecedentes, los problemas y los primeros esfuerzos ejecutados en el campo de la atención médica infantil en Costa Rica. Para poder entender la difícil situación que sufría el Hospital San Juan de Dios y

los factores desencadenantes que dieron origen y evolución posterior del Hospital Nacional de Niños.

3. Explicar la evolución del Hospital Nacional de Niños desde su creación, y su aporte a la salud pública en Costa Rica, en el marco de la desconcentración hospitalaria impulsada por la Caja Costarricense de Seguro Social.

J. FUENTES DE INFORMACIÓN

En procura de proporcionar respuestas al tema del Hospital Nacional de Niños en el marco de la salud pública costarricense, entre 1954-1998, fue necesario recurrir a la utilización de los libros de actas de la Junta de Protección Social de San José; mediante el análisis de estos libros y la elaboración de fichas de resumen y de una base de datos, se profundizará en el conocimiento de las leyes orgánicas y acuerdos tomados que dieron como resultado la aparición de la primera Junta de Caridad, el Hospital San Juan de Dios, el Hospital Nacional de Niños, tratando de recrear y conocer la evolución del sistema hospitalario y la higiene pública costarricense, y los diversos factores que incidieron en la creación del Hospital Nacional de Niños.

Otras fuentes escritas que fueron consultadas y con las que se aplicó el procedimiento antes mencionado, fueron las Memorias del Ministerio de Salud y los

Anuarios Estadísticos, los que permitieron visualizar la posición del Estado costarricense en la elaboración de leyes y decretos referidos a la seguridad social, así como el papel desempeñado por el Ministerio de Salubridad en la creación de diversas áreas de trabajo como salubridad, asistencia y administración; en el desarrollo de campañas de vacunación contra la poliomielitis en 1955 y la BCG³ en 1968 y, programas de erradicación de enfermedades como la malaria y fiebre amarilla, entre otros aspectos.

También se han consultado diversos libros, folletos y periódicos, con lo cual se estudió la actitud de un sector de la ciudadanía costarricense que cuestionaba la labor del Estado costarricense en cuanto a la construcción de obras sanitarias.

Se aplicaron varias entrevistas; este tipo de fuente oral permitió ampliar y aclarar aspectos relacionados con la fundación del Hospital, que no habían sido abordados en forma amplia por otras fuentes.

Por el tipo y la variedad de fuentes, se pudieron ampliar aspectos relacionados con el contexto socioeconómico y político de la sociedad costarricense, en el cual se desarrolló la higiene pública y la organización hospitalaria; además, fue posible

³Agente de inmunización activa preparado a partir del Bacilo de Calmette-Guérin. En 1968 Costa Rica introdujo la vacuna BCG contra la tuberculosis.

confrontar diversas posiciones políticas e ideológicas, desarrollar el tema de la investigación e insertar al Hospital Nacional de Niños en el marco de la salud pública costarricense.

CAPÍTULO I

ESTADO Y SALUD EN COSTA RICA: TRANSICIÓN DE LA BENEFICENCIA A UN SISTEMA DE SALUD (1821-1980)

Introducción

Este apartado brinda una breve síntesis de la evolución del Estado costarricense y su participación en la transición de la beneficencia a un sistema de salud.

El capítulo se ha dividido en tres sub-períodos, determinados por la evolución política de Costa Rica:

- A. PERÍODO 1821–1880: Período 1821–1880: Formación del Estado nacional y aparición de la higiene pública.
- B. PERÍODO 1880 – 1940: el Estado liberal y la consolidación de la higiene pública.
- C. PERÍODO 1940 –1980: la salud pública en el Estado benefactor.

De esta manera, se propone estudiar el inicio de la higiene pública a partir de la resolución de las siguientes interrogantes: ¿Qué problemática tuvo que enfrentar el Estado costarricense en el campo de la salud pública? ¿Cuál fue el rol cumplido por el Estado en la promulgación de leyes a favor de la higiene pública? ¿Qué instituciones

se crearon para mejorar la higiene pública? ¿Cuáles fueron los resultados que se obtuvieron en el campo higiénico costarricense?.

A. PERÍODO 1821-1880: FORMACIÓN DEL ESTADO NACIONAL Y APARICIÓN DE LA HIGIENE PÚBLICA

A.1. Análisis somero de la problemática de la higiene pública desde 1821 hasta 1880

Los gobernadores españoles fueron los primeros en mostrar alguna preocupación por las diferentes enfermedades o epidemias que azotaban la provincia, entre las que se pueden citar: la lepra o “mal de Lázaro”, la viruela, las úlceras asociadas a esta última, el paludismo, la tos ferina, la rabia, entre otras. Epidemias difíciles de controlar que diezaban la escasa población de Costa Rica.

El problema económico fue siempre un factor determinante para el desarrollo de cualquier obra hospitalaria; así, los primeros esfuerzos por construir un hospital en Costa Rica se dieron en el siglo XVI, por parte de la Capitanía de Guatemala, pero la falta de recursos económicos impidió la realización de la obra.

A mediados del siglo XVIII, una de las primeras preocupaciones de las autoridades españolas eclesiásticas, observadas por el Pbro. Dr. Juan De Pomar y Burgos, sacerdote y médico, fue la carencia de médicos y de obras sanitarias para atender a la población.

Un segundo intento por construir un lugar donde atender a la población enferma, se produjo en la ciudad de Cartago en 1815, al llegar de visita el Obispo Doctor Fray Nicolás García Jerez, y crear una junta con los principales vecinos, para tratar de establecer una casa-hospital con la denominación de San Juan de Dios. Este edificio fue destruido en 1822 por un terremoto. Posteriormente, con las limosnas ofrecidas por cada ciudadano se proyectó la construcción de otro local, el cual, para su sostenimiento económico, tuvo que fundar una hacienda de ganado que comprendía 5 caballerías, en la jurisdicción de Bagaces, en el paraje llamado Río Blanco.

Los factores antes mencionados marcaron, a partir de 1821, el inicio de la vida republicana, lo que produjo varios cambios significativos; por ejemplo, “en el campo político, Costa Rica comenzó a asumir una fisonomía de nación políticamente independiente, con un tinte separatista y liberal” (Vega, 1970, p.1). Tal situación produciría posteriormente un contexto de gran inestabilidad política, donde el incipiente Estado, con una escasa autonomía, fue controlado por la naciente

oligarquía cafetalera que intentó desarrollar la institucionalidad política y la instauración de su poder.

La sociedad costarricense tuvo que resolver otros problemas que había heredado del período colonial; entre ellos, la escasa división técnica y social del trabajo; la pobreza y baja productividad de la población; diversas enfermedades; una economía pobre y dependiente; una “tasa de mortalidad infantil que oscilaba entre 150 y 200 por mil” (González, 1995, p.4).

En este período se evidenció, en el campo de la higiene pública, la falta de medidas o programas para contrarrestar la alta mortalidad infantil⁴ ver Figura 5 (infra p.146), la ausencia de una infraestructura hospitalaria adecuada y de médicos. Solamente, se había propuesto el puesto de médico del pueblo para la provincia de Costa Rica. “El proyecto en mención no tuvo mucho éxito por la escasez de fondos para pagar a los nombrados, comprar medicinas, y sobre todo por la poca fe en los médicos” (Schapiro, 1962, pp.492-493). Esta posible “falta de fe hacia los médicos” por parte de la población, a la que se hace referencia, pudo estar asociada a la gran cantidad de epidemias que afectaron al país como la viruela, la colerina, el cólera, entre otras, y la ineffectividad de los cordones sanitarios por parte de las autoridades.

⁴Tasa estadística referida al número de niños(as) muertos en el primer año de vida por 1000 nacidos vivos.

Hasta 1870, se habían construido el Hospital San Juan de Dios, el Hospital San Rafael de Puntarenas y el Lazareto. Sin embargo, en los primeros años de existencia, el Hospital no fue muy frecuentado, por la repugnancia que le causaba a la gente del pueblo. Cabe mencionar que la estadística de mortalidad dentro del Hospital San Juan de Dios en aquellos años, había sido bastante desfavorable; se “registraron 95 pacientes en el año de 1870, de los cuales 11 murieron” (Lachner, 1902, p.204).

A.2. El Estado y las primeras leyes en el campo de la higiene pública 1821- 1880

Este período se caracterizó políticamente por la lucha entre liberales y “conservadores”, los primeros interesados en crear un cuerpo político soberano, y los segundos en defender el localismo. En esta etapa se emitió el Pacto de Concordia; se produjeron la Guerra de “Ochomogo” en 1823 y la Guerra de la “Liga” en 1835; el país fue unido a la República Federal; se establecieron las bases del Estado nacional - algo de lo más importante-; se emitió la Ley de Bases y Garantías; todos estos elementos sirvieron de base para las posteriores transformaciones en el ámbito educativo e higiénico costarricense.

Después de 1821, la Asamblea Constitucional entre 1821-1823 dispuso construir un lazareto general, que sería sostenido en parte por una finca y los fondos

de San Juan de Dios. Posteriormente, se convertiría en el “Hospital General de San José”, mediante la creación de un impuesto de un real, por carga de algodón que entrara al Estado desde el exterior. Por un decreto de 1826, el Poder Ejecutivo, representado por don Juan Mora Fernández⁵, sancionó y ordenó ejecutar este impuesto.

Estas ideas innovadoras, respecto a la creación de casas de salud o asilos llegaron tardíamente al país y vinieron a corregir la falta de este tipo de establecimientos y de una atención médica oportuna para la población costarricense. Ante la necesidad de mejorar la higiene pública, en 1830, la misma Asamblea, al referirse a la ley relacionada con la fundación del hospital y el lazareto, no lo había hecho en los mejores términos. Tal actitud generó en el país una opinión todavía más desfavorable, al extremo de llegarse a decir que “desgraciadamente los hospitales, lejos de llenar los fines de su establecimiento, habían sido antes bien un tormento para los pacientes desgraciados y una ocasión de hurtos y crueldades que horrorizaban a la humanidad” (Peña, 1951, pp.4-5).

Después de la independencia⁶, sobresale el trabajo realizado por el Primer Jefe de Estado, don Juan Mora Fernández entre 1825-1833, labor que fue seguida por el

⁵Primer Jefe de Estado costarricense (1825-1833).

⁶La Independencia de Costa Rica se obtuvo en 1821.

Lic. Braulio Carrillo, el cual contribuyó a establecer los cimientos del Estado nacional y de la higiene pública entre 1835-1842, y ratificado por el Dr. José María Castro Madriz, al declarar República a Costa Rica, en 1848. A partir de este momento, "se sentaron las bases socioeconómicas y jurídico-políticas para una profunda transformación de la sociedad costarricense en las décadas siguientes(...)" (Samper, 1978, p.141).

Asimismo, los cambios ocurridos en la higiene pública costarricense después de 1821, no se pueden entender si no se hace referencia en el campo político al liberalismo⁷, el cual se encontraba presente en Costa Rica desde antes de la independencia. En este sentido, el Bachiller Rafael Francisco Osejo fue el principal impulsor de las ideas liberales ilustradas y republicanas, desde antes de 1821.

En este contexto de inestabilidad política, el primer Jefe de Estado en mostrar interés por la salud de la población y especialmente por la epidemia del cólera⁸ fue don Braulio Carrillo Colina entre 1835-1836, a través del Decreto CLXXIX de 13 de diciembre de 1836, "autorizó extraordinariamente al Poder Ejecutivo, para que dictara las medidas conducentes a salvar al Estado de esta enfermedad en el territorio

⁷ Doctrinario económico, político y hasta filosófico que aboga como premisa principal por el desarrollo de la libertad personal individual y, a partir de ésta, por el progreso de la sociedad.

⁸ El cólera es una infección aguda que afecta todo el intestino delgado, caracterizado por diarrea acuosa profusa, vómitos, calambres musculares, deshidratación, oliguria y colapso. El agente causal es el *Vibrio cholerae* (Manual Merck, 1989, p.100).

nacional” (Salazar,1999, p.13). Este fue el surgimiento de las llamadas Juntas de Sanidad en todos los pueblos. Posteriormente, se promulgaron una serie de normas y decretos en la corta administración como Jefe de Estado de don Manuel Aguilar Chacón en 1837, con el fin de evitar la introducción del cólera en el país.

En 1833 se había establecido un sistema de recaudación de fondos, en procura de conseguir el financiamiento apropiado para el mantenimiento de la Junta de Caridad por medio del decreto sobre las “mandas forzosas” o “limosna obligatoria” o ley de impuesto sobre sucesiones, el cual había sido sancionado por José Rafael de Gallegos, Jefe de Estado. Por su volumen y significado social, esta ley debía contarse entre las fuentes económicas de los hospitales, debido a que los ingresos eran escasos. Este impuesto no se aplicó sino hasta 1850. “Según esta ley todas las sucesiones tenían que pagar a los hospitales de sus respectivas provincias un impuesto denominado de beneficencia, sobre el capital dejado que podía llegar hasta un 18%”(Peña, 1951, pp.8-9). Los motivos de justicia social de este impuesto a favor de los hospitales estaban claros y definidos, pues el individuo que había logrado constituir un capital, grande o pequeño -según el pensar de ese momento-, devolvía a la comunidad que le ayudó a formarlo, por intermedio de los hospitales, lo que debía corresponderle por su ayuda.

La década de 1840, marcó el inicio de otros cambios asociados a la higiene pública, en primer lugar se había puesto en vigencia el Reglamento de Policía y Salubridad desde 1839, para contrarrestar ya no el cólera que había sido controlado, sino para combatir un nuevo mal denominado “epidemia de las calenturas malignas” (Salazar, 1999, p.14).

Estos esfuerzos realizados por el Estado fueron fortalecidos con la formulación del primer reglamento y ordenanza gubernamental para el control de la mortalidad materno-infantil en Costa Rica y con la creación, en 1857, del Protomedicato de la República, cuerpo consultativo para todos los asuntos de la higiene pública y administrativo en lo referente a la incorporación y disciplina de los médicos, dentistas, obstétricos y farmacéuticos del país. “Este ente se propuso, entre otras cosas, escribir y distribuir gratis un cuadernillo de higiene para que se aplicara en nuestro país” (Briceño *et al.*, 1998, p.278). Los reglamentos fueron aprobados por el Poder Ejecutivo, en 1857.

El incipiente Estado nacional, aprovechando la coyuntura económica, promulgó las primeras leyes y decretos relacionadas con la creación de instituciones de salud y beneficencia pública, mostrando así una preocupación creciente por la salud de los ciudadanos, especialmente por los más desvalidos. En este contexto, se consolidó la idea de crear la Junta de Caridad y el Hospital San Juan de Dios, en

1852. Ambas instituciones formarían parte de la posterior organización hospitalaria costarricense. Se estableció así, por primera vez en Costa Rica, una casa pública de caridad para socorrer a los enfermos. “Porque se creía que la falta de un hospital en el Estado sujetaba a muchos infelices a una muerte segura debido a la carencia de los recursos más necesarios para curarse, una vez que eran atacados por alguna enfermedad”(Castro, 1968, p.16). Con esta primera legislación, empezó a manifestarse en el seno de la sociedad costarricense un interés por conservar la salud de los ciudadanos, una necesidad que se traía desde tiempo atrás.

En el cuadro 1, se ordenan las leyes en el campo de la higiene pública producidas entre 1826 y 1852, las que ponen en evidencia una serie de innovaciones en materia de salud, como medidas profilácticas, cordones sanitarios para combatir enfermedades como la lepra, la viruela, el cólera, entre otras. No obstante estos avances, la promulgación de leyes a favor de la higiene pública, se vio interrumpida por la inestabilidad política generada por algunos sectores como el comercial, financiero y el terrateniente de la oligarquía costarricense. Así como también por la epidemia del cólera de 1856. Estos hechos, justifican en parte la poca legislación en el campo higiénico y en otros campos, entre 1840 y 1870.

Cuadro 1 Legislación promovidos por el Estado en el área de la higiene pública 1821-1852

Período	Leyes y Medidas
1826	Decreto XCVIII para construir un Hospital General de San Juan de Dios.
1836	Decreto Número CLXXIX, que autoriza al Poder Ejecutivo a tomar medidas frente a las enfermedades como la creación de las Juntas de Sanidad.
1837	Decretos Números XII, XIII, XIV, XV, XVI, XVIII, XIX, para combatir la introducción del cólera en el país. El Decreto Número XIII Reglamento de Policía y Salubridad, dio origen a la creación de una policía de Salud Pública. El Decreto Número XIV estableció la enseñanza de un método curativo del cólera. El Decreto Número XV establecimiento de un “cordón sanitario” en la frontera con Nicaragua. El Decreto Número XVI Ordenaba realizar acopios de cal en los pueblos “para desinfectar el aire”. El Decreto Número XVIII complementa el Reglamento de Policía y Salubridad respecto al suministro de recursos económicos.
1839	Resolución Número VI que puso en vigencia el Reglamento de Policía y Salubridad.
1840	Orden XXI del Departamento de Gobernación: - Número 123, ordena creación de un hospital para los trabajadores que laboran en la construcción del camino hacia Matina. - Número 167 para descubrir y propagar la vacuna contra la viruela. Orden XXVIII a través del Departamento de Hacienda, Número 284 que recomienda la fumigación de toda la correspondencia proveniente del extranjero. Orden XXIX del Departamento de Gobernación: Número 230 solicitud a jefes políticos para conseguir “fluido de la vaca” como vacuna contra la viruela.
1841	Decreto I que incluye las reglas para conservar el fluido vacuno. Decreto Número XXXV, Reglamento para la Administración Local de los Departamentos (incluye innovaciones en el campo político y en materia de salud) (Derogado en 1842 por el General Francisco Morazán Quesada).
1845	Decreto Ejecutivo Número XXV, plantea la necesidad de construir un hospital general (San Juan de Dios) y creación de una Junta de Caridad.
1846	Creación del Puesto Médico del Pueblo.
1848	Creación Escuela de Farmacia abierta hasta 1874.
1852	Creación Escuela de Medicina abierta hasta 1874.
1852	Decreto LXIX, se construye el Hospital San Juan de Dios y se restablece la Junta de Caridad.

Fuente: Colección de Leyes y Decretos, 1852 - 1870.

Salazar Cambronero, Roxana y Zúñiga Gómez, Isabel. **Nociones sobre la Salud en Costa Rica**. 2 ed. San José, C. R.:EUNED, 1999, pp.13-17.

A.3. Las primeras instituciones de higiene pública 1821-1880

Con la llegada a Cartago, en 1806, del segundo médico titulado, licenciado en cirugía, Manuel Sol, se organizó la primera Junta de Sanidad encargada de toda la distribución y vacunación de la provincia. “Este médico después de dos años de estar en Costa Rica y una vez terminada su labor regresó a Nicaragua” (Lachner, 1902, p.194). Fue la primera vez que se habló de juntas en el territorio, entendidas estas como un esfuerzo colectivo de un sector de la población para la resolución de un problema.

La independencia y los cambios políticos, económicos, sociales, generados por ella, produjeron efectos directos sobre la higiene pública, en los años posteriores. Sin embargo, la idea de construcción de un hospital no se había concretado, aun cuando desde la colonia, los hospitales habían sido establecidos en América como dependencias administrativas de los cabildos, que los proveían de casas para la renta o terrenos para cultivo o alquiler, entre otros. En Costa Rica, no se construyó ninguno, principalmente por falta de recursos económicos y porque no estaba en las prioridades de las autoridades políticas; sólo las autoridades religiosas católicas mostraban interés, un tanto limitado, por ese objetivo. Los hospitales construidos en América, en su inicio fueron manejados por monjes, ya que gran parte de las instituciones sociales eran

controladas por la Iglesia Católica⁹, “que al ejercer funciones humanitarias fue una de las principales impulsadoras de los primeros hospitales, reclusorios y casas para enfermos” (Marín, 1990, p.58).

La Junta de Sanidad se había creado en 1837 en San José; luego se trasladaría a finales del siglo XIX a Cartago, Alajuela, Heredia, Puntarenas, Guanacaste, entre otros lugares. En 1845, cambió su nombre por Junta de Caridad. A esta institución en el período 1846-1872, las leyes le confirieron una serie de funciones básicas, tales como establecer un método preventivo y otro curativo, la de proveer todo lo que fuera necesario para el establecimiento de un hospital, así como lo relacionado con el manejo de los fondos públicos y los servicios médicos hospitalarios. Esta medida influyó decisivamente en el progreso de la higiene pública y de las ciencias médicas en Costa Rica. Los miembros de las juntas fueron escogidos por el interés que ellos demostraron en estas y, con frecuencia, fueron seleccionados líderes de las comunidades.

En la creación de las primeras “Juntas de Caridad” tomaron parte activa las

⁹ Históricamente el papel de la Iglesia Católica en la administración de la salud formaba parte del poder político y dentro de sus funciones estaba la atención de instituciones de beneficencia para socorrer enfermos y desamparados (Bouza, 2000, pp. 63-67).

autoridades políticas, eclesiásticas y las organizaciones¹⁰ filantrópicas y comunales, por lo que a estas juntas se las responsabilizó de proporcionar servicios médicos, “no como aspectos de caridad mal comprendida, sino como función ineludible que el Estado tenía con todos los ciudadanos” (Rosenberg, 1977, pp.124-125). Además, tales instancias se fundaron por la existencia de necesidades que no podían ser satisfechas por el hombre aislado, sino que requerían de la acción colectiva y estatal.

Simultáneamente, el Dr. José María Castro Madriz, en 1845, formuló los planos concretos para construir el Hospital San Juan de Dios. Este hecho constituyó el primer esfuerzo realizado por el Estado en la promoción de una casa de salud, mediante rentas para su sostén y desenvolvimiento. Asimismo, se establecieron las bases de la higiene pública y del sistema de salud costarricense mediante esta primera legislación en materia de salud, cuyo fin principal fue el de contrarrestar la mala imagen y actitud negativa que tenía la población hacia los hospitales; por último, se reforzó el papel de la beneficencia en el campo de la salud.

“(…)antes de la fundación del Hospital San Juan de Dios en junio de 1826, se va a presentar un largo dilema acerca de la conveniencia o no de establecer este Hospital o el Lazareto. Sencillamente lo que se va a poner en discusión es el problema de si convenía más un hospital donde pudieran acudir a buscar alivio a sus penas todos los pobres del Estado, o la creación de un hospital donde sólo unos pudieran ser atendidos. En la práctica ello implicaba la discusión entre la ciudad de Cartago y las restantes del país” (Chinchilla, 1972, p.49).

¹⁰ Para profundizar en el conocimiento de la participación comunitaria ver: Ana Rosa Blanco Segura *et al.*, **Análisis de Programa Nacional de Participación Comunitaria en Salud: Estudio de casos**. 1988, pp. 31-47.

Por falta de fondos, en 1846, no se había iniciado la construcción del Hospital San Juan de Dios; “debió darse otro compás de espera durante siete años” (Bustamante, 1961, p.175) hasta que en 1852 se construyó el edificio, por esfuerzo de Monseñor Joaquín Anselmo Llorente y Lafuente¹¹; con la colaboración del general José Joaquín Mora, el licenciado Bruno Carranza y el doctor Vicente Herrera con quienes celebró la sesión inaugural en julio de 1852. Se instó además a todos los curas para que pidieran a sus feligreses materiales de construcción, mano de obra, limosnas y legados para la construcción proyectada y fue por este llamamiento que todos los vecinos del valle de San José trajeron donativos de arena, piedra, cal y caña de construcción. Muchos de ellos ofrecieron su trabajo personal para amasar barro y construir adobes de tierra.

En 1850, el Presidente Mora decretó la creación de una Facultad de Medicina, en el seno de la Universidad de Santo Tomás; sin embargo, no fue hasta el año 1874, durante el primer período de don Tomás Guardia, que se organizaron los primeros cursos de medicina en dicha Facultad. La práctica se hacía en el Hospital San Juan de Dios; el primer y único médico en graduarse como licenciado en medicina, fue Cirilo Mora, en 1877.

¹¹ Obispo de Costa Rica

El cuadro 2 resume la evolución histórica de las primeras instituciones creadas por las autoridades políticas, que tuvieron una injerencia directa en la consolidación de la higiene pública en Costa Rica, en el lapso de 1837 -1857. El período se inicia con el establecimiento de la Junta de Sanidad de Partido, en 1837, que luego cambiaría su nombre por el de Juntas de Caridad o Asistencia Social, en 1845. Esta institución se encargó de organizar, dirigir y ejecutar múltiples actividades referidas a la satisfacción de las necesidades humanas, especialmente en el campo de la salud y del bienestar social. Así mismo, su origen se puede observar en la primera “Junta de vacunación” creada en 1806, que luego cambiaría su nombre por “Juntas de Sanidad”, de las cuales provienen las primeras medidas de cuarentena aplicadas en el territorio para contrarrestar la epidemia de viruela y otras enfermedades.

Cuadro 2 Instituciones promovidas por el Estado en el área de la Salud 1821-1879.

Año Fundación	Organización	Objetivo	Hospitales a su cargo	Patrocinio y alcances
1837	Junta General de Sanidad ó Junta de Sanidad de Partido (ubicada en San José, Alajuela, Heredia, Cartago y Guanacaste)	1. Controlar el cólera y otras epidemias. 2. Protección y prestación de servicios de Salud. 3. Aplicar medidas sanitarias (cordones sanitarios), de aseo y salubridad.	Coordinar las juntas locales Lazareto	Cordones Sanitarios. Auspiciadas por el poder político y eclesiástico. Se emplea como método curativo el aseo y la asistencia en medicinas y alimentos.
1845	Juntas de Caridad o Asistencia Social en San José	Tiene a su cargo los servicios médicos hospitalarios		Inicio de la medicina asistencial.
1852	Hosp. San Juan de Dios, Hosp. San Rafael de Puntarenas	Atención de enfermos.		
1857	Sociedad Médica Costarricense	Observar la higiene y las medidas profilácticas y de curación del cólera.		-----
1857	Protomedicato de la República	Consulta sobre asuntos de higiene pública y administrativo.		Creación puesto médico de higiene a cargo de Gobernación y las Municipalidades.
1879	Hospital de Incurables	Atención de enfermos		

Fuente: Ma. Del Rocío Pascua *“Bienestar Social en Costa Rica: Una reseña de su desarrollo”*. Universidad de Costa Rica. San José, 1987, pp.13-29. César A. Briceño, et al. *“Pobreza Urbana en Costa Rica 1890-1930. El caso de la ciudad de San José”*. Universidad de Costa Rica, 1998, p.375. Juan Jaramillo A. *“Salud y Seguridad social”*. Editorial UCR. San José, 1993, pp.45-83. *Colección de Leyes y Decretos, 1870-1900.*

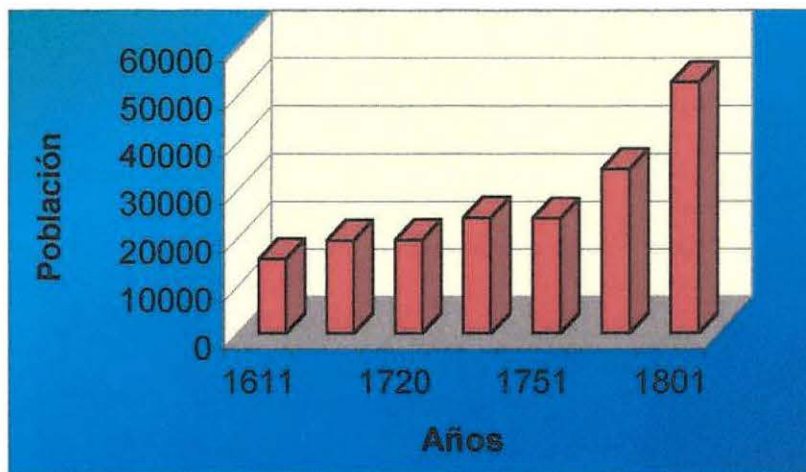
A.4. Resultados obtenidos en el campo de la higiene pública 1821-1880

Los primeros esfuerzos por construir un hospital en Costa Rica se dieron en el siglo XVI, por parte de la Capitanía de Guatemala, pero la falta de recursos económicos impidió la realización de la obra. Sin embargo, esta disposición se vino a cumplir dos siglos después con la ayuda económica del Obispo Tristán, quien suministró los fondos necesarios para sostener una casa-hospital en Cartago, en 1780. La obra permaneció poco tiempo, debido a la carencia de rentas propias para su sostenimiento.

No obstante la gran cantidad de enfermedades y problemas higiénicos que azotaban a Costa Rica, la Figura 1 y el Cuadro 3 muestran como fue aumentando lentamente la población de la provincia hasta mediados de 1750. A partir de este momento y hasta mediados de 1801, se había registrado un aumento de un 45,68%. Esto pudo estar relacionado con una serie de medidas higiénicas y obras emprendidas tales como: el suministro de aguas por canales en las principales villas, la llegada de los primeros médicos como el Pbro. Dr. Juan de Pomar y Burgos en 1751, proveniente del protomedicato de Panamá, la utilización de los primeros tratamientos como vino, theriaca magna, espíritu de salarmoníaco, bebida cordial y antifebril, la presencia de los primeros curanderos como Feliz Joachin Meneses y Juan Manuel López del Corral,

y la fundación en Cartago de la primera casa de salud en 1784, bajo la denominación de Hospital San Juan de Dios. Producto de estos adelantos, en el país se fueron desarrollando preocupaciones a mediano plazo, lo que propició un cambio de mentalidad hacia la búsqueda de una mínima organización hospitalaria.

Figura 1 Población de Costa Rica (1611-1801)



Fuente: José María Barrionuevo Montealegre "Medicina en la Colonia. *R.H.C.R.*, No.8 Marzo 1976, pp. 17-20; No.9 junio 1976, pp.14-19; No. 10 septiembre 1976, pp. 16-19; No. 11 diciembre 1976, pp. 16-19; No. 12 y 13 marzo y junio 1977, pp. 27-30; No.14 septiembre 1977, pp.21-28; No. 15, diciembre 1977, pp.9-11; No. 4 enero-marzo 1980, pp. 7-20.
Guillermo Carvajal Alvarado, *Costa Rica: análisis demográfico de su población (1522-1988)*. San José, C.R.:E. Guayacán, 1994, p.9.

Cuadro 3 Población de Costa Rica entre 1502 y 1801.

AÑO	POBLACIÓN
1502-22	27.200
1611	15.538
1700	19.293
1720	19.437
1741	24.126
1751	24.022
1778	34.212
1801	52.591

Fuente: José María Barrionuevo Montealegre "Medicina en la Colonia. *R.H.C.R.*, No.8 Marzo 1976, pp.17-20; No.9 junio 1976, pp.14-19; No. 10 septiembre 1976, pp. 16-19; No. 11 diciembre 1976, pp. 16-19; No. 12 y 13 marzo y junio 1977, pp.27-30; No.14 septiembre 1977, pp.21-28; No. 15, diciembre 1977, pp.9-11; No. 4 enero-marzo 1980, pp.7-20. Guillermo Carvajal Alvarado, *Costa Rica: análisis demográfico de su población (1522-1988)*. San José, C.R.:E. Guayacán, 1994, p.9.

En este sentido, el citado doctor De Pomar y Burgos ejerció la medicina y construyó las primeras zanjas, que posteriormente se convirtieron en acequias, como sistema de aguas pluviales y de desagüe de las cocinas y de los lavaderos. Este fue el primer intento formal de creación de una rudimentaria cañería en la provincia de Costa Rica, específicamente en Cartago y San José, que se pudo terminar en 1820.

Estas primeras medidas por mejorar la salud de los habitantes, fueron impulsadas por las autoridades políticas y religiosas, ayudadas por el incipiente auge económico, el cual permitió, a mediano plazo, que se dieran los primeros esfuerzos de higienización pública en Costa Rica, con los gobernadores Tomás de Acosta y Hurtado entre 1797-1810 y don Juan de Dios Ayala, quienes hicieron solicitudes al Virreinato

de Guatemala para construir un asilo para enfermos desvalidos, con el fin de mejorar la salud de los ciudadanos, reglamentar el ejercicio de la profesión y abolir el curanderismo. “Pero, todo fue en vano, ni el Hospital San Juan de Dios, ni el de San Lázaro para los leprosos, ni la Casa de Recogidos para mantener y adoctrinar a las mujeres del “mal vivir”, ni los Asilos de los Expósitos llegaron a iniciarse” (Lachner, 1902, p.204). Otras medidas puestas en práctica por la primera autoridad española, se recibieron en 1804, en la provincia de Costa Rica; estas disposiciones estaban a favor de la higiene y salubridad pública del país. Entre ellas, recibió el gobernador don Tomás de Acosta, una Orden Real referente al abuso que hacían muchas personas de tomar aguas medicinales sin prescripción médica.

Sin embargo, esta sociedad salió “del período colonial con una población bastante homogénea, compuesta en su mayoría por pequeños agricultores independientes, asentados en una economía de auto-abastecimiento”(Vega, 1970, p.2). En la década de 1840, con la introducción del cultivo del café, se produjeron cambios en la vida social colectiva e individual de los costarricenses al vincularse la economía al mercado mundial, por medio de la actividad cafetalera. Junto a la exportación del grano, se implantó y consolidó, también, la importación de mercaderías de Inglaterra y de otros lugares de Europa.

El hecho más relevante se produjo cuando, el doctor José María Castro Madriz elaboró y aprobó el proyecto de creación de la Junta de Caridad, como presidente de la Cámara de Representantes, el 3 de julio de 1845. Ésta se ha considerado como la “primera institución de bien social y servicio público que nació con el fin de enfrentar los problemas de salud en Costa Rica” (JPS, 1976, p.1), así como la “primera intención estatal de ceder posiciones de dirección al incipiente sistema de salud”(Blanco, 1988, pp.31-32). Se considera, también, como el primer paso dado por el Estado costarricense en el tránsito de la “caridad privada” a la asistencia pública, a partir de la promulgación de la ley de creación del Hospital San Juan de Dios, en 1845, hecho que podría catalogarse como una formal, pero todavía embrionaria, “intervención estatal en el campo de la seguridad social, que tenía como fin cubrir el riesgo de enfermedad por medio de la asistencia pública a los enfermos”(Pascua, 1987, p.14). Por esta razón, se puede considerar al Hospital San Juan de Dios, como el primer hospital de caridad pública y el inicio formal de la organización hospitalaria de Costa Rica.

Además se propusieron algunas medidas sanitarias como la creación de un hospital para los trabajadores¹² en 1840, la fumigación de la correspondencia proveniente del extranjero (para prevenir el ingreso de la viruela), entre otras.

¹² Dicha propuesta quedó reducida al uso del “aseo y asistencia en medicinas y alimentos” de los trabajadores (Salazar, 1999, p.14).

Un aspecto importante, fue el ingreso al país, de los primeros médicos costarricenses formados en Europa. En este período, llegó el Dr. José María Montealegre, primer médico costarricense, tras 10 años de formación en Edimburgo; no obstante, “se sabe poco en cuanto a su quehacer médico, pues al morir su padre en 1843, se dedicó a cuidar sus fincas de café” (Jaramillo, 1993, p.61). Tras él llegaron otros, como el Dr. Jesús Jiménez. Ambos médicos luego se vincularon a la política del país y nunca al campo médico.

Otro hecho acaecido en este período, fue que las funciones de Juntas de Sanidad de Partido, en el año de 1845, pasaron a ser parte de las atribuciones de los médicos del pueblo, los que eran remunerados por los municipios; en teoría y no en la práctica, tenían dichos funcionarios el carácter de médicos forenses y una serie de funciones que abarcaban aspectos tan diversos como la notificación de enfermedades epidémicas al Ministerio de Policía como la epidemia de viruela en Guanacaste de 1845, el registro de los casos atendidos y causas de enfermedad, prohibición de venta y consumo de artículos nocivos para la salud. Estos médicos debían, a su vez, atender enfermos en los hospitales, ejercer la medicina legal y organizar juntas cantonales, a las que correspondía calificar el estado de pobreza de los vecinos (Mohs, 1983, p.38).

Otro avance se produjo en 1846, cuando don Francisco María Oreamuno transformó el puesto de “inspector de vacuna” en el puesto de médico del pueblo

para la provincia de Costa Rica. Sin embargo, “fue hasta el año de 1874 que se pudo nombrar al Dr. Felipa (sic) Barraza como primer médico de pueblo” (Schapiro, 1962, p.493).

Por último, el panorama se completó una vez que el Hospital San Juan de Dios entró a funcionar en 1861.

B. PERÍODO 1880 – 1940: EL ESTADO LIBERAL Y LA CONSOLIDACIÓN DE LA HIGIENE PÚBLICA

B.1. Problemática de la higiene pública 1880-1940

A partir de 1880, comenzaron a vislumbrarse las consecuencias de la gran dependencia externa generada por la “infraestructura económica costarricense y una proletarización creciente de una parte significativa de la población urbana y rural”(Samper, 1978, p.161). La estabilidad del Estado, la sociedad y la economía costarricense pasaron a estar más condicionadas que nunca por las “fluctuaciones del mercado internacional y de los precios de los artículos primarios de exportación (en 1880)”(Vega, 1970, p.4).

En el campo de la higiene pública, el Estado se vio obligado a enfrentar los efectos de diversas enfermedades tales como: la disentería en 1888, el cólera infantil

en 1893, el sarampión-paperas entre 1895 y 1896, la tos ferina-influenza entre 1890 y 1891, la escarlatina entre 1865 y 1866, la fiebre tifoidea entre los años 1887-88, 1892-93, 1895, y otras que causaban muchas muertes y mantenían “muy alta la mortalidad, especialmente la infantil” (Láchner,1902, p.199), el parasitismo y una escasa infraestructura hospitalaria. “La alta mortalidad infantil fue uno de los mayores problemas sanitarios que preocupó al Estado desde su formación” (Briceño, *et al.*,1998, p.283). De esta manera, se defendía a la infancia con argumentos demográficos y económicos por su influencia directa en el crecimiento de la población.

En 1914, aún el panorama no era claro. En opinión de algunos médicos y entendidos en la materia, se especulaba que más de “cinco mil infantes morían al año en Costa Rica, por causa de la debilidad congénita de los mismos”(Anodino, 1914, p.67) y por la “degeneración de la raza costarricense”(Molina y Palmer, 1996, p.112). Luego, se atribuyeron otras razones como “la pobreza de la madre, el miedo al doctor, la impericia de los curanderos y droguistas, la sífilis, el alcoholismo, la ausencia de educación de la mujer”(Anodino, 1914, p.67); “la falta de medidas de saneamiento; los venenos orgánicos; la pobreza; el abandono de las madres y la falta de una ley para buscar la paternidad y reclamar la responsabilidad de los padres ocasionales” (“Mortalidad Infantil(...)”. *La Gaceta Médica de Costa Rica*, 1915, p.292); “la herencia morbosa; los malos hábitos; las enfermedades comunes de la infancia, las condiciones

telúricas del medio y la carencia de una asistencia médica oportuna y adecuada”(Montero, 1930, p.42).

En el seno del Estado costarricense, adquirió importancia la búsqueda de una solución a este problema, porque se argumentó, en ese momento, que luchar contra la mortalidad infantil era luchar por el aumento de la energía colectiva, luchar por el porvenir del país, por su futura prosperidad, y porque entre los varios problemas de salubridad pública que quedaban por resolverse estaba,

“(...)el de la mortalidad infantil. Hace años se nota que esta peste en vez de disminuir se acrecienta, sin que por eso llame la atención pública, de manera más enérgica. Es cierto que se han fundado unas “Gotas de Leche”, en los centros de provincia, donde la ignorancia y la indigencia no son tan grandes como en los campos. Es privilegio burgués que apenas aprovecha a una pequeña parte de los niños costarricenses”(“Mortalidad Infantil(...)”. La Gaceta Médica de Costa Rica, 1915, p. 289).

En 1867 se produjeron diversas epidemias a causa de las “calenturas”, las fiebres y otras enfermedades como la fiebre amarilla (1860-1869), la fiebre tifoidea, la difteria, entre otras, lo que producía más crisis de mortalidad.

Entre las causas principales de muerte de los infantes menores de un año estaban las enfermedades infecciosas y parasitarias las que, en 1910, “habían

provocado más del 65 por ciento de todas las muertes. Notándose una disminución de un 48,8% entre 1930-1931, por este mismo motivo”(Salazar, 1993, p.271).

Pese al avance en el campo higiénico e infraestructural para 1931, las provincias de Cartago y Alajuela se encontraban en condiciones muy desfavorables en cuanto a la mortalidad infantil con relación a la población total. Este factor probablemente influyó en la decisión de construir un primer hospital de niños en Cartago, una década después.

“(…)respecto a la mortalidad infantil, Cartago y Alajuela marchan a la cabeza con 59% Alajuela y 57,6% Cartago. Mientras que Limón es apenas de 22,4% y en toda la República de 50,20. Esto quiere decir que en la provincia de Cartago de cada mil defunciones 576 son de niños menores de cinco años de edad y 393 de niños menores de un año” (Sáenz, 1931, p.149).

Si bien, hasta aquí se han apuntado diferentes factores causales en las primeras décadas del siglo XX, Tulio Von Bulow (1945, p.128) señala que la falta de higiene, y en consecuencia de asepsia, en la zona rural era la que producía una mayor mortalidad infantil, ya que permitía que el bacilo del tetanus¹³ entrara en el organismo a través del cordón umbilical en el recién nacido atendido en los hogares del área rural. En ese sentido,

¹³ Infección aguda, potencialmente fatal, del sistema nervioso central producida por una exotoxina. El bacilo reside habitualmente en la superficie de la tierra y en el tracto intestinal de las vacas y caballos, por lo cual los establos y tierras fertilizadas con estiércol están muy contaminadas.

“(…)la infección “mal de siete días” o tétano había 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%” (Von Bulow, 1945, p.577).

En 1907, el Estado costarricense aplicó las primeras medidas contra el problema de la anquilostomiasis al realizar estudios para determinar la difusión de la enfermedad en todo el país, y elaborar un tratamiento específico a cargo de los médicos Luis Jiménez y Carlos Alvarado. Basados en los hallazgos, “el Gobierno aprobó en 1910 un presupuesto anual equivalente a 10.000 dólares para someter a la población a pruebas (de laboratorio) y tratamientos sistemáticos” (Molina y Palmer, 2000, p.134).

Los historiadores Molina y Palmer (2000, p.135) sugieren que el compromiso del Estado con los programas de salud pública se hizo visible a finales del siglo XIX, promovido bajo el lema de la “auto-inmigración”. El término fue acuñado por don Cleto González Víquez para referirse al incremento de la cantidad y la calidad de los costarricenses, y el mantenimiento de su pureza racial, por medio del intervencionismo estatal. Los grupos preeminentes del país estaban preocupados por la escasez de fuerza de trabajo, y por la alta mortalidad infantil debido a la disentería causada por los parásitos y otras enfermedades similares. En la retórica del nacionalismo oficial, la población hispánica de Costa Rica había sido declarada homogénea, blanca,

étnicamente sana y su crecimiento natural tendía a estancarse. Con la decadencia de tal población sería necesario aceptar la inmigración posterior de trabajadores clasificados como racialmente degenerados, afro caribeños, chinos, gitanos, árabes y asiáticos.

Ante estos problemas, el Estado liberal empezó a manifestar una preocupación por los aspectos sociales, políticos y laborales. La política social suponía una fuerte confrontación cultural con los sectores populares, porque los valores asociados con dicha política eran distintos de los valores populares incrementados por la recesión mundial (1930). La educación y la salud fueron promovidas en el marco de programas de salubridad pública. “El carácter débil y desarticulado de la legislación social surgida en 1920, fue orientado y potenciado, otorgándole a la vez una mejor coherencia institucional” (Salazar, 1993, pp.268-286) por parte del Estado.

Un factor que ejerció una fuerte presión sobre el sistema de salud, fue el proceso de migración hacia la ciudad iniciado en 1927, el cual afectó a la sociedad y a la salud pública, produciendo un incremento de las enfermedades y un deterioro de los programas de atención médica rural, entre otros. En este sentido, refiere Carolyn Hall (1984, pp.281-328) que fue debido a que la población ya no podía acomodarse en las áreas rurales, así como a los patrones de uso del suelo y a una estructura desigual de tenencia de la tierra, se avanzó hacia el agotamiento prematuro de las fronteras de

colonización agrícola; a la vez, la urbanización involucró la conversión de pueblos en ciudades, el rápido crecimiento de las ciudades pequeñas y el desarrollo de una región metropolitana macrocefálica.

La crisis económica mundial de 1929 y la depresión de la década de 1930 contribuyeron a la parcial deslegitimación del régimen liberal. Los políticos intentaron atender las demandas que el pueblo exigía y que la intelectualidad crítica señalaba, tales como: el desempleo, los salarios bajos, la falta de seguridad social, entre otros. No obstante estos cuestionamientos, el Estado liberal pudo atender los problemas de salud pública al proporcionar políticas específicas en ese ámbito. En tanto que, “la medicina privada y las instituciones de caridad y beneficencia no pudieron hacer nada debido a que adolecían de posibilidades para transformar la situación” (Cerdas, 1993, pp.263-272).

Sin embargo, la atención hospitalaria era deficiente en la mayoría de los centros sanitarios de la república, por falta de elementos indispensables para su labor preventiva-curativa como: drogas, materiales, instrumental, papelería, personal médico, técnico y administrativo debidamente capacitados. La falta de personal capacitado, en última instancia, fue el argumento generalizado para justificar el defectuoso funcionamiento de los mal denominados hospitales y para que los

pacientes fueran enviados al Hospital San Juan de Dios en San José, único centro con mayores recursos humanos y materiales.

Durante las primeras décadas del siglo XX, aún se cuestionaba si todos los centros hospitalarios cumplían con los requerimientos de un verdadero hospital, por la deficiente infraestructura y la falta de materiales, equipos y personal calificado en aquellos. Una deficiencia patente, que atentaba contra la conformación del sistema, se relaciona con el hecho de que los hospitales del país debían unir a su función curativa las funciones sociales o estudios sobre las condiciones económicas de sus pacientes y las actividades epidemiológicas. Asimismo, debían buscar una mayor coordinación entre la Secretaría de Salubridad Pública y los demás centros asistenciales del país.

El mayor problema, que tuvieron que enfrentar los hospitales fue el aspecto económico, ya que el modelo administrativo y organizacional instaurado a finales del siglo XIX, el cual había dependido de los beneficios de la lotería nacional¹⁴, se encontraba casi agotado. Este sistema de recaudación de fondos repartía en premios un 70% y retenía un 30% para los hospitales; además, existía la ley de impuesto sobre sucesiones o manda forzosa, que regía en Costa Rica desde 1850. “Según esta ley

¹⁴ Se supone que Costa Rica había imitado esta costumbre de procurar rentas a los hospitales inspirada en la antigua costumbre española de la lotería que ya en 1814 se jugaba en Cádiz. También se conocían las loterías privadas de otros países de Europa como: Francia, Holanda y Alemania, entre otros.

todas las sucesiones tenían que pagar a los hospitales de sus respectivas provincias un impuesto denominado de beneficencia, sobre el capital dejado por quienes lo acumularon y que en muchos de los casos podía llegar hasta un 18%” (Peña, 1951, p.8-9). Ambas medidas fueron la única fuente de ingresos.

Entre 1918 y 1920, se produjo la pandemia de influenza, la que cobró más vidas que cualquier otro fenómeno similar, por lo menos 2.300 personas en Costa Rica, entre febrero y abril de 1920 y este fue un “duro golpe para las pretensiones de los médicos, al revelar la impotencia frente a esta variante voraz de una de las enfermedades más comunes” (Molina, 1996, p.116).

En la primera mitad del siglo XX, también fueron evidentes las condiciones precarias de la población costarricense principalmente en el área rural, cuyas condiciones de vida en todos los aspectos de la existencia humana eran indudablemente muy difíciles: “la desnutrición y las malas condiciones higiénicas y vitales, en medio de las cuales nacía y se desarrollaba el pueblo y, principalmente, la masa campesina, eran desastrosas y entrañaban un gravísimo peligro para el porvenir de la Nación”(Facio,1943, p.81). Otro problema que se tuvo que enfrentar en este período fue la forma “antojadiza en que el Estado discutía los problemas que tenían que ver con la salud pública en su base fundamental; refiriéndose especialmente a la

creación de hospitales, unidades sanitarias, maternidades y otros centros de naturaleza asistencial y preventiva” (Zeledón, 1950, p.1).

Los trabajadores “no tenían protección de ninguna especie; si tenían algún accidente o contraían alguna enfermedad debida a sus labores, dependían del buen corazón del patrón y nada más. Las compañías aseguradoras extranjeras se negaban a proteger los riesgos del trabajo” (Mohs, 1983, p.41).

No obstante estos problemas, las funciones de la Secretaría no se pudieron ampliar debido a que era indispensable establecer una coordinación integral de los servicios de higiene pública con los servicios educativos del país, con la construcción de obras públicas para promover la intensificación de la labor preventiva, una obligatoriedad establecida por ley de la república. En la parte preventiva, en 1934 se produjo la ley de creación de la primera Unidad Sanitaria en Turrialba. En los primeros meses de trabajo, su labor fue efectiva y generó gran expectativa por los resultados que se iban dando. Sin embargo, a los pocos meses de funcionar, se eliminó a un médico y un bacteriólogo que atendían en el plantel. Esta situación hizo que muchas fincas y distritos quedaran sin higienizar, ya que el trabajo del jefe de higiene se volvió arduo e insuficiente, porque no daba abasto ni para el centro del cantón. Asimismo, la situación empeoró por la a falta de peones, quienes por lo menos debían ser tres para labores de limpieza, de lotes baldíos, zanjas y acequias.

En pocos meses, los campos, fincas y distritos, se volvieron a infestar de malaria, fiebre y de parásitos intestinales, produciéndose un retroceso en el combate de estos males; además, se abandonó la atención a los pobres, debido a que se desmanteló la Unidad Sanitaria. Mas tarde, privada de todos estos servicios, fue fusionada a Caja de Seguro Social, la que desde 1943 se había establecido en Turrialba.

El desmantelar la Unidad Sanitaria de Turrialba, se dejó desprotegida a un sector de la población en el área rural, donde la situación era “desastrosa y cuyas condiciones de vida en todos los aspectos de la existencia humana eran indudablemente muy difíciles y precarias”(Facio, 1943, p.81).

El panorama se oscureció al aparecer otros problemas como la escasez de medicamentos para combatir las enfermedades por parásitos.

B.2. El Estado y la legislación producida 1880-1940

Las Juntas de Caridad, desde sus inicios, enfrentaron serios problemas económicos, situación maximizada por las necesidades crecientes de los hospitales a su cargo y de la Hermandad San Juan de Dios. Entre las medidas aplicadas, en 1890, para solventar las necesidades económicas, se encontraron las siguientes: solicitar al

Poder Ejecutivo modificar la ley de las mandas forzosas, y la de patentes de boticas y hacer un aumento de las patentes de licores extranjeros, todo con destino al hospital. También percibían otros ingresos provenientes de donaciones de dinero en efectivo, lotes, mausoleos, limosnas y legados voluntarios, una subvención municipal por asistencia a dementes y una subvención de la Catedral por servicios prestados a la población.

La política social iniciada desde 1880, fue profundizada en las primeras décadas del siglo XX, en las administraciones de don Cleto González Viquez¹⁵ y don Ricardo Jiménez Oreamuno¹⁶ quienes “establecieron un sistema de dominación alternativa, que permitió a la plutocracia criolla mantener el clima tradicional de paz social y control político civilista” (Vega, 1970, p.5). Entre 1920 y 1940, se dio el restablecimiento de la democracia liberal.

El Estado liberal, siendo consecuente con la situación, recurrió a la promulgación de leyes, decretos, acuerdos o al funcionamiento de instituciones vinculadas con la beneficencia pública, la salud, la vivienda, la educación, el aparato judicial y policial, entre otros, como los recursos más expeditos para lograr los cambios en las instituciones públicas u organizaciones privadas, en beneficio de las renovadas

¹⁵ 1906-1910, 1928-1932.

¹⁶ 1910-1914, 1924-1928, 1932-1936.

formas para administrar las contradicciones sociales del país”(Briceño, *et al.*, 1998, p.354); como también, para “reafirmar su poderío a través de la creación de organizaciones que ayudaran al mejoramiento de la sociedad y de paso a la preservación del orden imperante” (Malavassi, 1998, p.243). En 1915, el Dr. Carlos Durán, siendo diputado al Congreso Nacional, propuso la ley de creación del sanatorio para tuberculosos.

La “cuestión social” puso al descubierto, en la primera mitad del siglo XX, que la manera de mejorar la salud pública era a partir de la elaboración de códigos sanitarios y leyes que ayudaran en la prevención de las enfermedades; es en ese marco que en junio de 1940 se emitió la ley de Asistencia y Protección Social, la que entre otras cosas manifestaba que era “(...)el tugurio el enemigo, la enfermedad no es más que la consecuencia, (...)Nuestra mortalidad infantil y la gran morbosidad (sic) en las primeras etapas de la vida, no podrá evitarlas el Estado construyendo bellos hospitales(...)” (Artari, 1979, p.19).

En el campo de la legislación, ver el Cuadro 4 (*infra* p.78) el Estado liberal costarricense, a partir de 1880, irrumpió en el escenario como el mayor promotor de leyes, decretos y programas en el campo de la salud. Una de las primeras fue la “Ley de Médicos Oficiales”, en 1884, que, según el Dr. Solón Núñez, había nacido como un “sentimiento de caridad y no como una ley de protección social” (Amador, 1962,

p.474). Debido a que la ley fue modificada en el año 1929, sus principios fundamentales fueron incorporados posteriormente al Código Sanitario de 1943.

El siglo XX marcó el inicio de una nueva etapa en la promulgación de leyes a favor de los trabajadores y la población en general, lo que vino a fortalecer los avances alcanzados en el campo de la higiene pública. Para 1924, en la legislación costarricense se había establecido el seguro obligatorio contra accidentes de trabajo, el cual tomó como base un proyecto de ley de 1907, referido a la incapacidad de los trabajadores y a la indemnización económica como responsabilidad patronal.

La Ley de Accidentes del Trabajo de 1907, fue el primer paso que dio Costa Rica “tendiente a socorrer al obrero que sufría percances en el desempeño de sus labores; planteamiento serio que obligaba a los patronos a asumir los accidentes ocurridos por los trabajadores” (Monge, 1974, p.98). Su manejo y funcionamiento se confió al Banco Nacional de Seguros, creado en 1924, es llamado en la actualidad Instituto Nacional de Seguros. Para la atención hospitalaria de sus asegurados, el Banco Nacional de Seguros contrató con distintos hospitales el tratamiento de sus accidentados. Esto implicó un ingreso económico adicional en sus precarias economías, lo que ayudó a solventar el faltante de materiales y medicamentos en la mayoría de los casos.

Como un complemento a toda esta reestructuración orgánica producida hasta ese momento en Costa Rica, se emitió la Ley “Sobre Protección de la Salud Pública”, en marzo de 1923; en ella se declaró la salud nacional “como obligación del Estado y la salud local como responsabilidad de los municipios” (Mohs, 1983, p.40).

La segunda administración de don Cleto González Víquez entre 1928-32, se encargó a Max Koberg la redacción de un programa de seguridad social que incluyera la provisión de prestaciones por accidentes, enfermedad, matrimonio, maternidad, invalidez y muerte. Aunque este “Plan Koberg”, como se le conoció, se convirtió en ley en 1928, no se aplicó debido a la gran depresión de 1929; tampoco, según Rosenberg (1983, p.38-39) se logró el establecimiento del Ministerio de Trabajo.

En este mismo período, se complementó el panorama con disposiciones trascendentales como la ley de creación del Consejo Nacional de Salubridad, Beneficencia y Protección Social y el Reglamento sobre Beneficios de Café de 1936. “El Reglamento fue una de las medidas desarrolladas para tratar de disminuir la mortalidad de los niños menores de 5 años en las zonas cafetaleras del país” (Amador, 1962, p.476), producida por la insalubridad y contaminación del proceso de beneficiado del café.

Con la creación, en 1894, de la Secretaría de Policía y, en 1895, del Instituto Nacional de Higiene; ambas organizaciones establecieron las bases para que en 1914 apareciera el Departamento de Anquilostomiasis, plataforma sobre la cual, mediante un decreto ejecutivo de 1922, en la administración de don Julio Acosta, se creó la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública, dependiente de la Secretaría de Policía, cuyas funciones más importantes fueron manejar las actividades de salud del país, atender los problemas de higiene, y llevar el control de los profesionales de salud existentes.

Un año más tarde, durante la administración del Lic. Ricardo Jiménez Oreamuno, se le cambió el nombre por el de Secretaría de Salubridad Pública. En este mismo año, se emitió la ley sobre “Protección de la Salud Pública” “la que algunos consideran el primer Código Sanitario del país” (Jaramillo, 1993, p.67), porque determinó que la salud nacional debía estar a cargo del Estado y de las municipalidades. Además, se continuaron las funciones relacionadas con el Departamento de Anquilostomiasis, Sanitario Escolar y las Clínicas Antivenéreas.

En 1926, la “Ley Antiofídica”, tuvo como fin proteger a los trabajadores del campo que morían por una mordedura de serpiente y a falta de aplicación del suero antiofídico. La ley obligó a los dueños de haciendas a tener suero a su disposición; la mordedura de serpiente se consideró como accidente de trabajo. En este sentido, el

Hospital San Juan de Dios colaboró con el Ministerio de Salubridad, esta vez con el suministro de sueros antiofídicos. El Hospital estimulaba la captura y el envío de ejemplares vivos, los cuales se encerraban en un pequeño serpentario, con el fin de extraerles periódicamente el veneno que, una vez seco, se enviaba al Instituto Butantán del Brasil. Este preparaba en sus laboratorios sueros especiales para Costa Rica. A su vez, “esta actividad proporcionaba algunos recursos económicos al campesino que traía las serpientes desde el campo para venderlas al Hospital” (Porras, 1995, Comunicación Personal).

La transformación más importante sufrida por la Junta de Caridad se produjo en noviembre de 1936, con la apertura de la política gubernamental y promulgación de la primera legislación reguladora entre el Poder Ejecutivo y la gestión hospitalaria. Esta modificación se dio durante la administración del Lic. León Cortés Castro, siendo Secretario de Salubridad Pública el Dr. Antonio Peña Chavarría. En la fecha mencionada se le cambió el nombre a las Juntas de Caridad por Juntas de Protección Social, y se creó un nuevo ordenamiento en las finanzas de las juntas. Se logró así un avance por parte del Estado, respecto al enfrentamiento de la cuestión social.

El cuadro 4 muestra la cantidad de leyes, programas y departamentos elaborados por el Estado costarricense entre 1880 y 1940, como producto del adelanto económico, la estabilidad sociopolítica, la comunicación con otros países, del ingreso

de los primeros médicos costarricenses, de los nuevos descubrimientos y conocimientos médicos, entre otros, los que incidieron directamente en el desarrollo de la salud pública de las décadas posteriores.

Cuadro 4 Legislación, programas y departamentos promovidos por el Estado en el área de la higiene pública 1880-1940.

Período	Leyes, Programas y Medidas
1883-1887	1883 Decreto Número XXXIV del 10 de julio, construcción de un "hospital para locos". 1884 Ley de Médicos Oficiales; Puesto Médico de Policía, Puesto Ministro de Policía; Reglamento profiláctico contra enfermedades Venéreas. 1885 Acuerdo No. LII, Reglamento de la Lotería. Decreto XXVI "Ley de Creación de Hospital de Insanos" y acuerdo # CXXVIII, sobre la administración del Hosp. 1887 "Ley de vagancia".
1893-1914	1893-94 "Ley #4 de Médicos de Pueblo" y "Ley de Profilaxis Venérea" 1900 Vacunación obligatoria a todos los niños de escuela 1914 Programa de Gota de Leche 1914 Acuerdo No. 609 Propuesta de la Com. Sanit. Intern. del Instituto Rockefeller .
1915-1923	1915 Decreto Ejecutivo No.116, se creó el Depto. de Anquilostomiasis. 1915 Programa de Prevención y Tratamiento de la Tuberculosis. 1920 Programa Clínica Infantil. 1920 Ley sobre protección a la Salud Pública. 1920 Programa Atención Médica Turrialba. 1922 Decreto No. 1 establecimiento de la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública. 1923 Ley No. 52 (12 de marzo) sobre "Protección de la Salud Pública".
1926-1940	1926 Ley Antiofidica. 1927 Ley No. 24 creación de la Secr. de Estado en el Despacho de Salubridad Pública. 1928 Programa Lucha contra el Paludismo. 1928 Programa de Seguridad Social (Plan Koberg) (No ejecutado). 1930 Ley de Drogas y Estupefacientes. 1930 Ley sobre Adopción de Menores. 1931 Liga Oficial Antituberculosa. 1931 Ley Médicos Oficiales (26 de octubre) deroga la Ley de Médicos de Pueblos de 1894 (antecedente de las unidades sanitarias). 1931 Programa Unidades Sanitarias. 1931 Se crea Dirección General de Salubridad Pública. 1931 Reglamento General de Alimentos y Bebidas. 1933 Programa Prevención y Tratamiento del alcohólico. 1934 Primera Unidad Sanitaria en Turrialba 1935 Sección Lucha Antituberculosa 1936 Se crea Agencia Principal de Policía y Profilaxis Venérea. 1936 Reglamento sobre Beneficios de Café. 1936 Ley de creación del Consejo Nacional de Salubridad, Beneficencia y Protección Social. 1940 Departamento de Enfermeras visitantes y de servicio social 1940 Departamento de Policía Sanitaria.

Fuente: *Colección de Leyes y Decretos*, correspondientes a las décadas de 1890 a 1950. Ma. Del Rocío Pascua "Bienestar Social en Costa Rica: **Una reseña de su desarrollo**" *Universidad de Costa Rica*. San José, 1987, pp.13-29. César A. Briceño, et al. "**Pobreza Urbana en Costa Rica 1890-1930. El caso de la ciudad de San José**" Universidad de Costa Rica, 1998, p. 375. Juan Jaramillo A. "**Salud y Seguridad social**". Editorial UCR. San José, 1993, pp. 45-83. Steven Palmer, "**Salubridad Pública y Reforma Educativa en Costa Rica (1880-1940)**", En: Boletín del CIHAC, No.8, abril 1995, pp.1-4. Salazar Cambroner, Roxana y Zúñiga Gómez, Isabel. **Noctones sobre la Salud en Costa Rica**. 2 ed. San José, C. R.:EUNED, 1999, pp.13-17.

B.3. Instituciones creadas entre 1880-1940

En Costa Rica, más tardíamente, pero al igual que en el resto de los países latinoamericanos, entre 1925 y 1940, el desarrollo institucional en el ámbito de la salud culminó con la creación de ministerios o secretarías de Estado. Como competencia, la Constitución les asignó la responsabilidad por el mantenimiento o mejoramiento de la salud de la población. Poco después de creadas, recibieron como herencia los servicios de la beneficencia, multiplicados en número, pero sin bases sólidas de financiamiento. “En esta época y como respuesta a la agitación social o a la presión de grupos de trabajadores de ramas específicas, los gobiernos crean seguros sociales que reproducen en forma aproximada los instituidos por Bismark en 1883 y 1887” (Veronelli, 1992, p.134).

Costa Rica, a finales del siglo XIX, tenía una incipiente organización hospitalaria integrada por más de doce centros de atención médica distribuidos en todas las provincias. Estos centros no podían ser considerados como hospitales, excepto el Hospital San Juan de Dios, que se encontraba mejor equipado; los restantes no dejaban de ser más que simples casas de salud, pobremente administrados y sin recursos. La provincia de San José concentraba al Hospital San Juan de Dios, el Hospital de Incurables y el Hospicio Nacional de Locos; en Cartago se encontraba el Hospital de Cartago; en Guanacaste se encontraban los hospitales de Liberia y Nicoya;

la provincia de Alajuela tenía los hospitales de Alajuela, Palmares y Grecia; en Limón existían tres, dos ellos administrados por la Compañía Bananera y el de Limón; en la provincia de Heredia, el Hospital de Heredia; y el Hospital San Rafael en la provincia de Puntarenas.

Aunque en 1910 se había nombrado una Junta de Sanidad para trabajar adjunta a la Cartera de Gobernación, en lo referido a la higiene pública y a través de la Cartera de Instrucción Pública para los asuntos censales y terapéuticos, no fue hasta 1922 que se creó la Sub-Secretaría de Estado, en el Despacho de Policía para la Higiene y Salubridad Pública, como departamento autónomo. La perpetuación de la cartera fue asegurada por el presidente Ricardo Jiménez, en 1924, pero fue en su segundo período, en 1928, que se elevó este puesto al grado de Ministro; el primero en ocupar este puesto fue el Dr. Solón Núñez, primer médico en especializarse en materias de salubridad pública, quien supo introducir los modernos conceptos sobre la sanidad pública en la conciencia del país. “Este fue el autor de casi todo el armamento legal de nuestra sanidad” (Amador, 1962, p.475).

La Secretaría de Estado de Salubridad Pública, estaba destinada a orientar todos los asuntos relacionados con la higiene individual y colectiva. Además, posibilitó la consolidación de una serie de programas e instituciones en el campo del bienestar social como: el Departamento Sanitario Escolar, la Clínica Infantil, el Programa de

Atención Médica de Turrialba. Estos tenían como misión la protección de ciertos sectores de la población que eran afectados por las enfermedades.

El campo del “bienestar social correspondió fundamentalmente a la Secretaría de Gobernación y Policía”(Pascua, 1987, p.14), así como al Ministerio de Salubridad Pública y Previsión Social, el cual había agrupado una serie de oficinas y organizaciones cuya función fue la cuestión sanitaria y la proyección del Estado hacia los sectores desprotegidos de la población.

El departamento de la Policía Sanitaria tuvo como objetivo primordial “difundir los principios médicos y jurídicos que incidieran en la aplicación de nuevas costumbres y de una ética social, labor desarrollada hasta bien entrada la década de 1940” (Marín, 1995, p.91). Al poco tiempo, las autoridades de la Agencia Principal de Policía Sanitaria enfrentaban la falta de personal, por lo que debieron cubrir sus funciones con grandes dificultades. Con solamente seis empleados en la oficina, se tuvieron que atender las denuncias, entre otras, de adulteración de alimentos y bebidas, infracciones a las leyes sanitarias, instrucción y resolución de expedientes por delitos sanitarios. Dicha situación obligó a ampliar el número de funcionarios, a fin de evitar el acumulamiento del trabajo y el atraso de las resoluciones. La función de esta agencia fue muy importante para el Estado por la recolección de multas.

El cuadro 5 resume la evolución histórica de las primeras instituciones del Estado que tuvieron una injerencia directa en la consolidación de la higiene pública en Costa Rica, en el período de 1880 – 1940, como producto quizás de una mayor estabilidad política, el control de algunas enfermedades como el cólera, el parasitismo, entre otros aspectos que ya han sido citados.

Cuadro 5 Instituciones de salud en el área de la higiene pública
1880-1940.

Año Fundación	Organización	Objetivo
1880	Hosp. Cartago, Liberia, Nicoya.	Atención médica a la población.
1884	Hospital de Alajuela	Atención médica a la población.
1888	Hospital de Heredia	Atención médica a la población.
1890	Hospital Nacional de Locos	Atención pacientes con enfermedades mentales.
1891	Hospitales de Palmares y Grecia	Atención médica a la población.
1892	Sociedad Médica Costarricense.	Primeras med. de higiene contra el cólera morbus
1893	Hospicio Nal. de Locos.	Atención psiquiátrica de la población.
1893-94	Protomedicato y Asoc. Médica.	Consulta sobre asuntos de higiene, aplicó medidas profilácticas y de curación del cólera.
1893	Juntas de Sanidad.	Atención a enfermos pobres.
1894	Oficina Médicos de Pueblo	Asistencia y registro de enfermos pobres.
1894	Secretaría de Policía.	Consulta sobre asuntos de higiene.
1895	Instituto Nacional de la Higiene.	Control de alimentos y análisis bacteriológicos.
1895	Hospital de Limón	Atención médica a la población.
1914	Departamento Sanitario Escolar.	Velar por los aspectos sanitarios de los escolares
1915	Depto. de Anquilostomiasis	Servicios e investigación en parasitología.
1916	Servicio de Asistencia Sanitaria.	Control de enfermedades y epidemias.
1918	Consejo Consultativo de Salubridad.	Centralizar todas acciones relacionadas con la higiene y dirección de instituciones de asistencia pública.
1922	Subsecretaría de Estado Higiene y Salud Pública (Anexa a cartera de Gobernación y Policía).	Atención de la Salud Nacional y centralización de servicios de salud.
1923	Secretaría de Salubridad Pública	Vigilancia de la higiene individual y colectiva.
1924	Banco Nacional de Seguros (1948 Instituto Nacional de Seguros).	Atención de riesgos profesionales y accidentes del trabajo y otros seguros.
1927	Secretaría de Estado de Salubridad Pública y Protección Social.	Vigilancia de la higiene individual y colectiva.
1930	Patronato Nacional de la Infancia (PANI)	Prevenir y superar la desnutrición de niños preescolares y madres pobres. Protección de la madre y el menor.

Fuente: *Colección de Leyes y Decretos*, correspondientes a las décadas de 1890 a 1950. Ma. Del Rocío *Pascua "Bienestar Social en Costa Rica: Una reseña de su desarrollo"* Universidad de Costa Rica. San José, 1987, pp.13-29. César A. Briceño, *et al. "Pobreza Urbana en Costa Rica 1890-1930. El caso de la ciudad de San José"* Universidad de Costa Rica, 1998, p. 375. Juan Jaramillo A. *"Salud y Seguridad social"*. Editorial UCR. San José, 1993, pp.45-83. Steven Palmer, *"Salubridad Pública y Reforma Educativa en Costa Rica (1880-1940)"*, En: Boletín del CIHAC, No.8, abril 1995, pp.1-4.

B.4. Resultados obtenidos en el campo de la higiene pública 1880-1940

El período, comprendido entre 1870 -golpe militar del general Guardia¹⁷- y 1914- inicio de la Primera Guerra Mundial- se caracterizó por la hegemonía del pensamiento liberal¹⁸; por la estabilidad política; por una mayor autonomía del Estado; por el deseo de los liberales de implantar una democracia liberal; y por la realización de una reforma liberal que comprendía una serie de aspectos como: el educativo¹⁹, el jurídico, la separación de la Iglesia del Estado, la construcción de instituciones y el surgimiento de partidos políticos.

La producción cafetalera y el enclave bananero contribuyeron en forma decisiva al crecimiento económico y social del país. Pero también generaron una “dependencia externa profundizada o internalizada” (Samper, 1978, p.159). No obstante, a pesar de los avances en el campo económico en el siglo XIX, Costa Rica no pasó de ser una sociedad agraria, de tipo tradicional, dedicada a un intercambio con la metrópoli, en este caso con Londres. En 1900, se había desarrollado sólo una

¹⁷ El Estado Liberal inicia con el golpe de estado contra el gobierno del Lic. Jesús Jiménez, el 27 de abril de 1870.

¹⁸ En este período aparece la llamada “Generación del Olimpo”, grupo de intelectuales, con ideas positivas, liberales y anticlericales, que empezó a gobernar al país a partir de la administración de don Próspero Fernández y mantuvo su predominio hasta 1936.

¹⁹ En la administración del Lic. Bernardo Soto Alfaro se produjo la “Reforma Educativa” impulsada por don Mauro Fernández, que implicó la estructuración de un sistema educativo, apertura de instituciones de enseñanza media, presupuestos dedicados a la educación, entre otros.

débil industria que comprendía: “fábricas de candelas, cigarrillos, escobas, calzado, gaseosas, ladrillos, entre otras”(Samper, 1978, p.186).

Molina y Palmer (1996, pp.111-118) considera que con la evolución de la higiene pública en Costa Rica se inició un cambio radical en las concepciones populares acerca de la medicina y la curación científica, debido a los esfuerzos del Estado liberal por introducir programas de salubridad pública y educación higiénica. Entre las reformas liberales, se encontraba una reforma médica²⁰, efectuada en las décadas de 1880 y 1890, producto de la relación entre el poder público y la revolución bacteriológica. El proyecto liberal de salud pública no se limitó al descrédito de las prácticas curativas tradicionales o de sus oficientes, sino que se orientó a la “edificación de un sistema de control donde participaron los doctores junto con juristas, clérigos, policías y visitadoras sociales, entre otros; para la cimentación del proceso”(Marín, 1995, p.85).

A finales del siglo XIX, se produjo cierto avance de la higiene pública, debido a que los factores políticos y económicos, jugaron un papel importante y marcaron las directrices de los años posteriores en este campo. En este sentido, el Poder Ejecutivo

²⁰En 1884 se emitió la Ley de Médicos Oficiales, que dio paso a la creación en 1899 del Instituto de Higiene de San José. Esta Ley se modifica en 1923 “Ley de protección a la salud”, luego se crea la Secretaría de Estado en el Despacho de Salubridad Pública en 1927, y en 1943 se convirtió en el Código Sanitario.

dio “su apoyo personal a todas las sugerencias hechas por personas directamente o indirectamente cercanas a ellos cuando se trataba de adelantos, patrocinios o facilidades para el desarrollo de la medicina costarricense”(Schapiro, 1962, p.496).

En los últimos veinte años del siglo XIX y a principios del XX, se observó en Costa Rica la introducción, práctica y aplicación de los procedimientos más modernos y adelantos del día en el campo de medicina e higiene pública. El sistema se revitalizó “con la expansión de la economía del café, las prácticas médicas llegaron a ser cada vez más heterogéneas en tipo y asumieron una topografía mucho más compleja” (Molina y Palmer, 1996, p.96). Además, se recibieron nuevas ideas provenientes de Europa, como la de los seguros sociales, impulsados por David Lloyd George entre 1813 y 1945, en Inglaterra; y la nueva concepción de enfermedad y administración hospitalaria que reconocía como modelo a Florence Nightingale²¹ entre 1820 y 1910. Estos factores produjeron a mediano plazo “un cambio de actitud en el ámbito intelectual y político costarricense”(Facio, 1943, p.81).

Una de las primeras medidas implementadas se produjo en 1885, cuando el Dr. Carlos Durán creó un cuerpo de policía de higiene, cuya función principal fue la de

²¹Enfermera, reformadora del sistema sanitario y filántropa. En 1860, funda la Escuela y Hogar para Enfermeras en el Hospital St. Thomas de Londres; es el inicio de la enfermería profesional.

“inspeccionar los excusados en cada casa de habitación” (Palmer, 1995, p.1). Esto por cuanto era necesario sanear los suelos para evitar la infestación parasitaria.

El Estado en este período continuó con las labores, algunas de éstas traídas desde 1850, en el campo de la higiene pública, encargadas inicialmente a la Junta General de Sanidad y, en 1892, a la Sociedad Médica Costarricense²², la que tuvo entre sus fines observar la higiene y dictar medidas profilácticas y de curación del cólera y de otras epidemias como la tos ferina y la influenza. Se preveía que podrían venir enfermedades desde Europa y otros países por medio de los barcos y, por tanto, debía tenerse mayores cuidados para evitar más epidemias en el país. Fue “la primera organización con intenciones profesionales en el país” (Molina y Palmer, 1996, p.109).

En 1894, el Estado nombró al Dr. Juan J. Ulloa G., como Médico de la Policía encargado de la Higiene Pública. Fue también a finales del siglo XIX, que por primera

²² La Sociedad Médica Costarricense se había creado en 1857 para atender los avances de la medicina a favor de la higiene pública, estuvo integrada por el Dr. Nazario Toledo y los licenciados Bruno Carranza, Lucas Alvarado, Andrés Sanz y Manuel María Esquivel.

vez, entraron en vigencia los primeros reglamentos profilácticos contra las enfermedades venéreas: la “Ley de Profilaxis Venérea” y la “Ley sobre Médicos del Pueblo”. Luego, al pasar el doctor Ulloa al grado de Ministro de Policía, fundó, en 1899, el primer centro de carácter científico sanitario permanente en materia de higiene pública de toda Centroamérica: el Instituto Nacional de Higiene de San José, el cual contaba con los departamentos de Bacteriología y Química. Los encargados de estos servicios fueron los doctores Mauro Fernández, Luis F. Bolaños y Fraile Emigcio Pardiñas.

La principal misión de dicho Instituto consistió en investigar el estado de las bebidas, comestibles y medicamentos de naturaleza sospechosa y ayudar a los médicos en el diagnóstico bacteriológico, microscópico o histológico de las enfermedades. Estos adelantos implicaron un costo creciente para el Estado, y con las necesidades que debía satisfacer para alcanzar niveles adecuados, se debía evitar la duplicación de esfuerzos para una mejor utilización de los servicios disponibles.

La escasa infraestructura hospitalaria fue mejorada a partir de 1898, al iniciarse la organización y remodelación de las salas de operaciones del Hospital San Juan de Dios las que, para 1900, estaban listas conforme a las reglas más modernas y técnicas de la época. Allí se hicieron las primeras intervenciones quirúrgicas, tales como

histerectomías y tiroidectomías, entre otras, con la introducción de la anestesia general con cloroformo o éter.

En el campo de la investigación, el Dr. Carlos Durán Cartín, además de ser superintendente y el primer patólogo, cirujano y administrador del Hospital San Juan de Dios, hizo el reconocimiento de la relación de la anemia tropical y el “cansancio”, el infantilismo y el atraso mental con el “*Necator Americanus*”²³ durante una autopsia. Así también, por “primera vez se descubre en 1899 el beri-beri²⁴ en Costa Rica y América Central” (Schapiro, 1962, p.499). Estos primeros descubrimientos científicos le otorgaron al Dr. Durán el calificativo de padre de la salubridad pública e higiene nacional.

Bajo el patrocinio del Dr. Carlos Durán Cartín se edificó y fundó el primer asilo para casos mentales en Costa Rica el “Hospicio Nacional de Locos”²⁵, idea propuesta en 1890 y llevada a cabo en 1893; a la vez, se creó la lotería nacional en 1895, para el financiamiento de este Hospital. En este período, también llega Francisco Segreda, primer psiquiatra de Costa Rica, quien pasó a ser Director del Hospicio Nacional de

²³ Es un nematodo con ganchos y una variedad de anquilostoma que se localiza sobretodo en las franjas tropicales de África, Asia y América.

²⁴ Enfermedad de los nervios periféricos producida por una deficiencia de tiamina o por la incapacidad de asimilar esta vitamina

²⁵ El 26 de abril de 1897 la Junta de Protección Social de San José, le cambia el nombre por el de “Asilo Chapuí”, en honor al Padre Manuel Antonio Chapuí y Torres, quien en su testamento de 1783 había dejado gran cantidad de tierras de lo que se llamó la “villa” (actual San José).

Locos, al cual convirtió en uno de los “mejores centros para casos mentales de este hemisferio por los adelantos en la forma de tratamiento, ambiente de pacientes, entre otras cosas” (Schapiro, 1962, p.498).

Un avance logrado en 1893-94 por el Estado, fue la transformación del Protomedicato y de la Asociación Médica en la Facultad de Medicina. Así también, por decreto se crearon las “Medicaturas del Pueblo” y se autorizó al Poder Ejecutivo a dividir el territorio nacional en los circuitos médicos necesarios para llevar a cabo el control, la higiene y la salubridad pública, la medicina legal y la asistencia a los pobres.

También se crearon las juntas cantonales, con la responsabilidad de hacer la calificación de pobreza de los vecinos de la localidad. Con esta actitud, el Estado costarricense amplió el poder de las autoridades, reconoció el problema higiénico y aplicó medidas concretas tendientes a proteger a la población.

A finales del siglo XIX, con la aplicación de las primeras medidas de control sanitario, las mejoras en los servicios de salud y los adelantos en la medicina, hubo una nueva orientación por parte del Estado respecto al campo de la salud, por medio de “campañas de higienización y subvenciones estatales”(Palmer, 1995 p.2). Se le dio

prioridad al combate del paludismo o malaria²⁶; respecto a esta epidemia, refiere Lachner (1902) que se encontraba distribuida, no sólo en las partes bajas, calientes y húmedas, sino en las regiones más frías de la Meseta Central; también se trabajó en la disminución de otras enfermedades tales como la tos ferina y la influenza, entre otras.

Esta actitud se comprende debido a que, después de 1900, hubo una mayor conciencia de los médicos, policías, inspectores y del Estado respecto a la higiene pública; pero también, la sociedad cuestionaba la poca participación de este último. Surgió así la convicción de que la “Salubridad Pública era obligación del Estado”(Picado, 1914, p.110).

En el campo higiénico y hospitalario se avanzó conforme los doctores Carlos Durán Cartín y Ricardo Jiménez Núñez descubrieron el anquilostoma en el país, a mediados de 1906. Este hecho fue de gran trascendencia en la evolución sanitaria de la república, porque el Estado, dos años más tarde (1908), inició campañas contra el problema de la anquilostomiasis²⁷.

²⁶ La primera referencia sobre esta epidemia, según el Dr. Vicente Lachner, fue en 1814, en un reporte del Gobernador, don Juan de Dios Ayala, al Capitán General de Guatemala; la peste había causado muchos muertos en Cartago y Ujarrás.

²⁷ Esta primera campaña estuvo dirigida por los doctores Luis Jiménez, Mauro Fernández y Carlos Pupo Pérez.

En 1915, el Dr. Carlos Durán, Como Presidente Municipal, “dotó a la ciudad de San José de una red de cloacas para mejorar la higiene de la ciudad” (Jaramillo, 1986, p.3). Paralelamente, desarrolló una campaña para la erradicación de los excusados, la que fue secundada por don Cleto González Víquez, don Ricardo Fernández Guardia y don Rafael Vargas Quirós; la campaña terminó con la construcción de las primeras plantas de desintegración bacterial y redes de cloacas en San José y otros lugares del país. Este hecho produjo un cambio cultural y ambiental en la sociedad costarricense, al tenerse que cambiar las letrinas por inodoros; además, fue el inicio de la contaminación de varias acequias, como la de los Arias, que cruzaban la ciudad.

A partir de 1920, se aplicaron las primeras acciones de atención prenatal e infantil, para disminuir la alta mortalidad en estos grupos etéreos. En 1922, se transformó el Departamento de Anquilostomiasis en la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública y, en 1929, se convirtió formalmente en el Ministerio de Salubridad Pública, con la esperanza de que se convirtiera en un organismo técnico de la mayor significación social, orientado bajo un plan exclusivo de medicina preventiva, con el fin de proteger a un mayor número de la población. Molina y Palmer (1996, pp.111-114) consideran que al finalizar la década de 1920, la situación de la salud pública había cambiado notablemente. Alrededor de un 70% de los costarricenses se había sometido a un examen de sangre y de heces y a un tratamiento sistemático, efectuados por un

funcionario del Estado. Los grandes descubrimientos en el campo de la bacteriología y de la virología, los avances técnicos y de asepsia en la cirugía y la radiología, elevaron enormemente el perfil de los médicos, al asociarse con las certidumbres de la ciencia del laboratorio. Los avances en la bacteriología y en la virología tuvieron sus efectos principales en los campos de la medicina preventiva y de la salud pública, en los cuales el Estado destacó más que los médicos individuales o que la organización profesional de estos.

Otro avance en el reconocimiento de nuevas enfermedades se produjo en 1924, cuando el Dr. Antonio Peña Chavarría reconoció el primer caso de blastomicosis²⁸ y rhinoscleroma en el país y en toda América Central.

El período se caracterizó por la introducción de programas de salubridad y beneficencia a los pobres. Por otra parte, por medio del Departamento Sanitario Escolar, creado en 1914, se atendía mediante una labor preventiva, a la población entre 7 y 14 años que asistía a las escuelas públicas, y de esa forma pudieron lograr un mejor rendimiento académico.

²⁸ Enfermedad infecciosa de la piel, mucosas, ganglios linfáticos y órganos internos, causada por el hongo *Paracoccidioides brasiliensis*.

Se considera que aunque las “estimaciones sobre la mortalidad infantil en esta época no eran muy confiables, se acepta que realmente tuvo lugar un progreso moderado de descenso” (Rosero, 1983, p.41). Sin embargo, el avance logrado contra la enfermedad, en estos años, se debió probablemente, a la aplicación de ciertas medidas de aislamiento como la utilización de “cordones sanitarios”²⁹ para evitar la propagación de las epidemias y, quizás, a cierto incremento de la resistencia o inmunidad de la población a las enfermedades.

La respuesta del Estado al problema de las enfermedades y la mortalidad infantil; se inicia con la fundación de “Las Gotas de Leche”, programa que promovía el uso de la leche materna para la alimentación de los niños en la capital y algunas provincias como: Alajuela, Heredia, Cartago, lo cual se convertía en un pequeño esfuerzo de limitada eficacia en el “combate contra un enemigo (mortalidad infantil) que diezmaba anualmente cerca de seis mil infantes” (“Mortalidad Infantil(...)”. La Gaceta Médica de Costa Rica, 1915, p. 290).

Tiende a considerarse que, en la lucha contra la mortalidad infantil, “probablemente los médicos recibieron algo de crédito”(Molina y Palmer, 1996, p.117). En la Figura 3 (infra p.150) se refleja la disminución creciente de la mortalidad

²⁹ En 1898 en Cartago y San José se utilizaron cordones sanitarios para enfrentar la epidemia de tos ferina según Vicente Láchner, 1902, p. 202.

infantil. Esta victoria se debió a la “adopción de hábitos básicos de higiene y a otras medidas adoptadas por parte del Estado” (Rosero, 1983, p.40) como: el alto grado de alfabetización, los programas de salubridad pública a cargo de la Clínica Prenatal e Infantil y el desarrollo de obras públicas como: centros de salud, cañerías, obras de saneamiento, escuelas y puentes en áreas rurales, una legislación oportuna, entre otras, que mejoraron la salud de la población costarricense.

Las iniciativas encaminadas a la solución de diversas enfermedades, como el problema de la anquilostomiasis³⁰, se concretó con la asesoría y los conocimientos especializados de la Comisión Internacional de Salud, los que ayudaron para la creación del Departamento de Anquilostomiasis, en 1914. Éste inició su trabajo en 1912 y un año después “20.000 personas por año habían experimentado tales tratamientos” (Molina y Palmer, 2000, p.134); esta oficina fue creada formalmente por el Dr. Carlos Durán Cartín en 1914, como dependencia de la Secretaría de Policía y con la ayuda financiera de la Fundación Rockefeller. Se nombró al Dr. Carlos Pupo como director y al Dr. Mauro Fernández como su asistente; llegó además un médico norteamericano, el Dr. Schapiro, de origen italiano, como asesor. Una vez emprendidos y organizados los planes de combate, se pidió a los médicos del pueblo y a los médicos escolares de las siete provincias que cooperaran. El Departamento inicia

³⁰ Enfermedad por uncinarias, más concretamente la causada por el parásito *Ancylostoma duodenale*.

“la primera acción sobre saneamiento ambiental, educación higiénica y protección social” (Mohs, 1983, p.39).

“(…)En el año 1914 el país aceptó el ofrecimiento de la Comisión Sanitaria Interamericana del Instituto Rockefeller, de nombrar como director de la Sección de Costa Rica al Dr. H.R. Carter, a quien correspondió iniciar la campaña contra la anquilostomiasis. El Dr. Carter dura en sus funciones poco tiempo siendo sustituido por el Dr. Louis Schapiro, quien reglamentó y organizó la lucha contra la anquilostomiasis en forma científica y el que podemos considerar como uno de los precursores de la sanidad pública en Costa Rica” (Amador, 1962, p. 475).

En relación con este Departamento de Anquilostomiasis, Molina y Palmer (1996, pp.113-114) refieren que lo importante fue el establecimiento de un aparato de higiene en el sistema de instrucción pública de Costa Rica, bajo el mandato de la Fundación Rockefeller. El Estado empleó los fondos, el conocimiento, los aparatos técnicos y el prestigio de la Fundación para extender el alcance estatal y lograr una primera fase de centralización en el dominio de la salud pública. El Estado, paulatinamente, asumió la responsabilidad económica y política del proyecto y lo dirigió a toda la población del país, tanto rural como urbana, con el propósito de controlar esta enfermedad.

Hacia 1921, el Estado asumió el control completo del equipo y el programa y los convirtió en la base de la Subsecretaría de Higiene; la “misión costarricense había examinado 277.000 individuos, es decir, el 70% de la población, inspeccionado

50.000 casas y superado la construcción de 16.000 letrinas”(Molina y Palmer, 2000, p.151).

El aporte económico y técnico, otorgado a nuestro país por la Fundación Rockefeller, la Oficina Sanitaria Panamericana y el Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública, a partir de 1914, fue fundamental para el desarrollo de más infraestructura hospitalaria y programas como el de laboratorios de campo, de visitas domiciliarias y de letrización, tendientes a mejorar la higiene pública. Diferentes opiniones han sido las externadas respecto al papel desempeñado por la Fundación Rockefeller de New York y su influencia en el campo institucional costarricense. Unos creen que su lema fue en todo momento el de “promover en el mundo el bienestar social, el avance de la civilización y los progresos científicos” (Núñez, 1923, p.81). No obstante, otros consideran, que a partir de 1920, casi todos los países de América Latina fueron estimulados a iniciar “campañas, primero de control y luego de erradicación de enfermedades tropicales como la anquilostomiasis, la malaria, la fiebre amarilla, entre otras, a fin de elevar la productividad de los trabajadores en áreas subdesarrolladas de interés por las compañías extranjeras” (Cardona, 1987, p.124).

Este hecho es comprensible porque en las primeras décadas del siglo XX, Costa Rica, al igual que el resto de Latinoamérica, “en tiempos de recesión económica y

dependencia incrementada, la política de salud fue más delineada por influencias extranjeras y asistencia económica extranjera que por el empeño del gobierno local por cuidar la salud” (Morgan, 1987, p.25) de la población.

En 1927 y 1928, la Secretaría de Salubridad Pública y de Protección Social, se convirtió en un organismo técnico de significación social, bajo un concepto de medicina preventiva. Para 1929, se “había llevado a cabo una campaña sanitaria contra el paludismo y la tuberculosis, dándose simultáneamente y gratuitamente la quinina³¹ para los enfermos y la obligatoriedad para los patrones de brindar el tratamiento”(Jaramillo, 1986, pp.6-7). Además, se legisló sobre la contaminación de aguas potables, la construcción de excusados, cañerías, entre otros.

Se le adjudicó el control de los hospitales, lazaretos, hospicios, casas de maternidad e instituciones protectoras de la infancia; también, se crearon las primeras plazas de enfermeras obstétricas y visitadoras sociales, para una mejor atención de los pacientes en el campo asistencial y social. Entre 1930 y 1939 esta cartera impulsó la higiene rural, mediante la organización y disciplina de su personal técnico y administrativo, lo cual se tradujo en una efectiva labor en todo el territorio nacional.

³¹ Alcaloide blanco, amargo y cristalino que se obtiene de la corteza de cinchona y se utiliza como antimalárico y otros propósitos médicos.

En 1940, la Secretaría llegó a tener bajo su control las instituciones de asistencia pública, tales como el Departamento Materno Infantil, el Sanitario Escolar, la Lucha Anti-tuberculosa, Antivenérea, entre otras, “con sólo un 5% del presupuesto nacional”(Facio 1943, pp.81-84). Los recursos económicos eran administrados por la Dirección General de Asistencia y Protección Social. Sin embargo, no se había podido lograr una coordinación perfecta entre las instituciones. “Solamente la Unidad Sanitaria con su labor educacional y de prevención por una parte y de asistencia médica por otra se constituyó en el más efectivo medio de sanidad en las áreas rurales”(Facio, 1943, p.83).

El programa Unidad Sanitaria de Turrialba se había propuesto en 1931, pero no fue hasta 1934 cuando se creó la primera Unidad Sanitaria en Turrialba y se marcó el inicio de la expansión de este servicio al resto del país, con el fin de sustituir las labores del médico del pueblo y del médico oficial. Se le había provisto de mayores recursos físicos, técnicos y médicos, de manera que se pudiera brindar mejores servicios de atención médica a nivel primario.

El terreno había sido donado por la corporación municipal y su creación trajo consigo grandes beneficios al cantón, debido a que la labor se reflejó en la disminución de los casos de malaria, parásitos, fiebre y otras enfermedades. Estuvo integrada por médico, que era a la vez jefe de la Unidad Sanitaria, dos bacteriólogos, uno destacado

en la Unidad y el otro encargado de recorrer los campos, distritos, poblados y fincas, para dar remedios preventivos, hacer exámenes en general y recoger muestras de las aguas, enviándolas luego al laboratorio químico para su dictamen.

Con esta institución, también surgió el Instituto Nacional de Higiene o Patronato Nacional de Higiene Social, como un ente de servicio público, con jurisdicción en todo el territorio de la república, que funcionaba adscrito al Departamento de Lucha Antivenérea. Este Patronato tendría a su cargo los efectos sociales del problema de la prostitución en todo el país. Se ocupaba, fundamentalmente, de la determinación de los factores económicos, morales, psicológicos y sociales, de la rehabilitación y del análisis práctico de las leyes relacionadas de dicha problemática. Sin embargo, los mejores resultados fueron un “descenso de la mortalidad general e infantil y un aumento del crecimiento vegetativo”(Facio, 1943, p.82).

A raíz de esos problemas, en 1940 se tuvo la necesidad de dar un sentido técnico y hasta armónico a las construcciones hospitalarias, las que no debían quedar sujetas al empírico arbitrio de los miembros de las Juntas de Protección Social. “Era urgente la sujeción a planos debidamente madurados por médicos e ingenieros, para evitar que se perdiera un buen porcentaje del esfuerzo que se realizaba en bien del enfermo costarricense” (Facio, 1943, p.83).

En este proceso de consolidación del sistema, se destacó el papel desempeñado por la Junta de Protección Social de San José, en el enfrentamiento de los problemas de salud por medio de la actividad hospitalaria, al tener a su cargo la mayoría de los hospitales del país. Las juntas de protección social fueron los primeros organismos que iniciaron la actividad hospitalaria en Costa Rica. Bajo el concepto de caridad se fundaron hospitales en diferentes comunidades, “con el objetivo de brindar una atención básica a los enfermos que necesitaban de la caridad pública para poder recobrar su salud, particularmente a los menesterosos” (Mohs, 1983, p.37). Este concepto de caridad cambió paulatinamente a través de los años y el hospital pasó a ser de utilidad para toda la comunidad, debido al avance de la medicina a finales del siglo XIX. El hospital dejó de ser la antesala de la muerte para convertirse en el centro capaz de recuperar la salud a la mayoría de las gentes que a él acudían.

C. PERÍODO 1940 – 1980: LA SALUD PÚBLICA EN EL ESTADO BENEFACTOR

C.1. Problemática de salud del Estado benefactor (1940 – 1980)

Después de 1930, en Costa Rica había empezado a darse una separación entre la “superestructura político-ideológica y la evolución de la estructura social y de las fuerzas productivas del país, lo que exigía una modernización que hiciera al país menos dependiente de los vaivenes de la economía agro-exportadora” (Vega, 1970, p.6).

La prestación médica institucional evolucionó más rápidamente, luego del análisis por parte del Estado de algunos factores como los aumentos en los índices de costos y la explosión demográfica, entre otros. Estos factores mostraron la necesidad de realizar estudios sobre la conveniencia de coordinar los servicios médicos asistenciales, ante la crisis económica de los hospitales administrados por las Juntas de Protección Social y la política de la Caja de construir sus propios hospitales con lo que se establecían dos diferentes sistemas hospitalarios.

A partir de los años cincuentas, el Estado, gradualmente, asumió una mayor responsabilidad por el bienestar social y económico de los ciudadanos costarricenses,

“A pesar de que el cuidado de la salud no se encontraba entre las prioridades principales del gobierno” (Morgan, 1987, pp.27-28). Este factor quedó evidenciado en el gasto público de salud “per cápita” en dólares, el cual, desde la década de 1930, había sido relativamente bajo hasta, de manera aproximada, 1960.

Después de 1940, se generó una discusión que tuvo que ver con el funcionamiento de los hospitales y la salud pública. Lo importante de este hecho fue que se empezó a ver a esta última como una medida social: “Una manifestación del esfuerzo consciente del hombre para vencer un grupo especial de peligros o sufrimientos”(Mustard, 1982, p.3). En ese sentido, puesto que la salud era un factor esencial en el bienestar humano, su mantenimiento y protección adquirió importancia en la sociedad, siempre que estuviera supeditado a la filosofía social y las políticas imperantes.

Las labores se dificultaban debido al difícil acceso a los servicios médicos por falta de recursos económicos, escasez de medios de transporte y también por las largas distancias. A pesar del número de instituciones de atención médica distribuidas en todo el país, éstas mismas no tenían los recursos humanos ni técnicos para atender de manera sistemática a la población consultante, por lo que, ante enfermedades de cierta complejidad, enviaban a los pacientes al Hospital San Juan de Dios. Lo recomendable para subsanar esta anomalía, no era el instalar nuevos centros médicos

en áreas rurales con baja densidad demográfica, por los altos costos de construcción y mantenimiento de los servicios, sino mejorar la infraestructura general del país.

Para 1960, en el sistema de salud se presentaron varios problemas tales como: una deficiente atención médica; la falta de coordinación, una distribución defectuosa y, en muchos casos, la duplicación de servicios, lo que produjo una estructura desarticulada. “Como resultado sucedía que en un gran número de casos, el contacto paciente-médico era sumamente lento y por consiguiente la mortalidad subía” (Dávila, 1960, p.79), producto de esa desorganización del sistema.

Con todo este aparato higiénico, todavía en 1961 “el porcentaje de los pacientes atendidos apenas había sido un 19.26% de la población” (Anuario, 1961, p.14); en parte se había abandonado la higiene rural de todo el país. Sin embargo, más adelante se demostrará que muchos de los hospitales estaban muy lejos de ser verdaderos nosocomios, y más parecían casas de salud, debido a que en la mayoría de los casos, no cumplían ni siquiera con los requerimientos básicos para un buen funcionamiento y una atención médica apropiada.

Quedó evidenciada la urgente necesidad de: reorganizar los organismos básicos de higiene rural; mejorar las vías de comunicación entre el área rural y urbana; orientar a las unidades sanitarias a una labor más preventiva y reabrir los planteles

sanitarios, para así intensificar en las zonas rurales y urbanas, la labor de saneamiento del suelo, la cual constituía la base sobre la cual descansaba toda la organización sanitaria del país.

Paralelamente, se registraron otros problemas, como por ejemplo la resistencia a la toma de medidas preventivas por parte de instituciones particulares. El Ministerio de Salubridad Pública había tropezado con la falta de cooperación de los finqueros particulares productores de banano y de otras actividades productivas, los que en su mayoría omitían el envío de los informes a que estaban obligados de acuerdo con la ley.

En la mayoría de los casos, se incumplía el artículo 156 del Código Sanitario, en relación con la obligación que tenían los médicos de la república de reportar los casos de enfermedades infecto-contagiosas que fueran de su conocimiento; tal omisión contribuyó a que los datos biodemográficos, en el aspecto epidemiológico, no fueran un fiel reflejo de la realidad. Asimismo, faltaban médicos generales que se adentraran en el territorio para atender al campesinado. Esto se comprendía porque, una década después, todavía los servicios de salud estaban distribuidos a lo largo de los vías principales, en las ciudades con mayor número de habitantes y de economía más adelantada. Aproximadamente “650.000 personas residentes en pequeños poblados

de menos de 500 habitantes no tenían acceso a los servicios o enfrentaban grandes dificultades para recibir las prestaciones” (Villegas, 1978, p.28).

Chassoul (1963, p.57) refirió que entre 1954 y 1956, hubo un porcentaje aproximado de un 73,15% de nacimientos en el hogar sin ninguna atención médica. Solamente el 26,02% fueron nacimientos en instituciones hospitalarias, donde se brindaba algún tipo de atención médica. En 1960, se evidenció en la gran mayoría de la población costarricense, la falta de una cultura médica, debido a que existían establecimientos de atención médica, con el 88 por ciento de camas vacías.

Por falta de claridad en las funciones de tipo médico y administrativo que debían realizar los hospitales en Costa Rica, se trajo al Dr. Pablo Luros, en 1950. Después que se determinó la falta de un sistema hospitalario coordinado, se propuso que el hospital del futuro se convirtiera en el centro nervioso en materia de salud, a fin de que dejara de operar como unidad aislada. Se sostuvo que el hospital del futuro debía ser el hospital general. Aun donde hubiera necesidad de hospitales especializados, tales como de tuberculosos y dementes, debía contarse con los requisitos de un hospital general. Este tipo de instalación debía convertirse en un ente de servicio público, en el cual el hospital y la salubridad pública trabajaran juntos. “En el fondo de este razonamiento lo que había era una discusión sobre la conveniencia de establecer hospitales especializados con presencia de médicos generales para que

ayudaran al especialista a realizar mejores diagnósticos”(Arrea, 1997, comunicación personal).

Los hospitales regionales eran afectados principalmente por el problema económico, la falta de medicinas y de ropa. Esta situación quedó al descubierto en el caso del Hospital de Liberia, el cual debió recurrir a la empresa privada para poder satisfacer a medias sus necesidades, en 1950.

El párrafo de la carta enviada a don Ricardo Saprissa, suscrita por Fray Bernabé De Vilalles, es prueba de la situación que el sector vivía en aquel momento.

“Movido por el sentimiento de compasión hacia los enfermos del Hospital de San Juan de Dios de esta ciudad (Liberia, Guanacaste), me dirijo a usted (Sr. Ricardo Saprissa), para informarle del desamparo en que muchos de ellos se ven en ese lugar de caridad. El número de ellos es tan exagerado que ya no son suficientes las camas y se ven los corredores llenos de enfermos, pues las salas se han colmado. Tampoco son suficientes las colchas, sábanas, etc” (De Vilalles, 1950, p.7).

El problema económico de todos los hospitales del país, era producido por un fuerte desequilibrio en los ingresos, más sensible y notorio en las capitales de provincia. A causa de esto, se evidenció la deficiencia técnica de las Juntas de Protección del país, y la imposibilidad absoluta de proveer a los hospitales a su cargo, de lo que requerían para su funcionamiento. De ahí que los enfermos de Guanacaste, no obstante la distancia y las penalidades del viaje, prefirieran trasladarse a San José

para internarse en el Hospital San Juan de Dios, expuestos casi siempre a recibir tratamiento médico en condiciones de hacinamiento, por falta de espacio. Este segundo aspecto del problema revelaba la necesidad de organizar un sistema hospitalario más equitativo y con sentido nacional.

El mayor problema de los hospitales administrados por la Juntas de Protección Social, había sido desde su inicio el financiero. En 1963, hubo un aumento en la demanda de servicios médicos, por parte de la población, pero no así de los recursos económicos, lo que producía que el problema se volviera inmanejable. Ante esa realidad, y para evitar el posible cierre de los hospitales, la Junta de Protección Social de San José debió recurrir al Poder Ejecutivo, para elaborar un presupuesto con bases reales, que ampliara por el resto del año las partidas indispensables que se requerían y que estaban casi agotadas. La Junta de Protección Social de San José había hecho efectivo un comentario de principios de siglo, por el cual se decía que era al Estado al que le tocaba señalar en sus presupuestos, la suma necesaria para la conservación y el mejoramiento de la salud de los individuos que representaban en conjunto la suma de energía nacional.

En el fondo, se evidenció la gran deficiencia de los hospitales en general, y una errada concepción de lo que debía ser un verdadero hospital, el que no era simplemente,

“(…)la cama o el colchón en el suelo donde reposaban los enfermos, además debía implicar el cuarto en que se colocaba al enfermo, con sus respectivos servicios médicos y quirúrgicos esenciales para su tratamiento y recuperación integral, esto implicaba la necesidad de que el hospital tuviera una dotación científica indispensable. Es por ello que se estaba lejos de poder considerar como “camas hospitalarias” las correspondientes al escaso número de que disponía el país para 1950”(Luros, 1950, p.12).

Los servicios básicos suministrados por los hospitales centrales y provinciales, eran deficientes en los 27 establecimientos asistenciales que funcionaban hasta ese momento; muy pocos ofrecían servicios completos de cirugía, maternidad, laboratorio y rayos X. Las deficiencias de los hospitales provinciales, junto a la escasez de camas, producían congestión y estancias prolongadas en el Hospital San Juan de Dios en San José. El problema no era la falta de camas en estos hospitales; siempre habría enfermos que, ya por falta de profesionales especialistas o por falta de equipos, fueran estos quirúrgicos o de otras especialidades como rayos X, otorrinolaringología, entre otras, serían remitidos al Hospital San Juan de Dios.

Lo cierto es que para este período había una gran concentración de servicios asistenciales y sanitarios en la meseta central, con una deficiente distribución de camas por área geográfica; se concentraba en San José “un total de 2587 camas”(Luros, 1950, pp.7-9). Para 1950, la asistencia hospitalaria estaba integrada por instituciones que en su mayoría recibían fondos directos del Estado; unas pocas eran sostenidas con

dineros particulares; en otras se habían unido, para hacerlas más sólidas y estables, la iniciativa privada con la estatal.

De estas reuniones, se concluyó que se requería mejorar la organización y administración en los hospitales del país, así como los servicios generales, sobre todo en las provincias, sin necesidad de arriesgarse en una empresa de la magnitud del pretendido hospital. Se recomendó tratar de modernizar y tecnificar los servicios del Hospital Chapuí; trasladar las camas de maternidad del Hospital San Juan de Dios al Instituto Carit, y por último, respecto a los servicios para niños del Hospital San Juan de Dios, se observó que la sección tenía casi siempre el doble de camas necesarias para brindar los servicios que demandaba la población en tiempos normales.

En 1961, la situación se volvió más crítica ante el problema económico de la Junta de Protección Social, la que era responsable del financiamiento de los hospitales; como una medida urgente, ésta debió agrupar todo el presupuesto extraordinario junto a otras necesidades de la institución; como resultado, se buscaron nuevas formas de financiamiento, como el timbre hospitalario, para evitar el colapso del sistema. En esas condiciones, la situación económica podía llegar a agudizarse, en perjuicio del sistema hospitalario nacional, razón por la cual se tuvo por primera vez como una alternativa el iniciar conversaciones con la Caja Costarricense de Seguro

Social. para estudiar un acuerdo mediante el cual esa entidad llegaría a asumir los servicios de los hospitales a cargo de la Junta.

Desde el punto de vista económico, las Juntas de Protección Social, por medio del financiamiento expuesto, habían soportado el peso del tratamiento médico de la gran mayoría de los pacientes hasta muy adentrada la década de 1970, pero esta clase de financiación era insuficiente para llenar las necesidades nacionales, pues había déficit en la mayoría de los hospitales a su cargo. A pesar de que esta labor fue compartida por el Ministerio de Salubridad Pública, por medio de las unidades sanitarias, estas últimas habían tenido que atender en su gran mayoría a los pacientes del país con una economía raquítica e insuficiente.

En Costa Rica, para este período, fue necesario organizar el sistema médico-asistencial, porque existía una distribución desigual de profesionales y hospitales entre la población urbana y rural. Existía una gran concentración de hospitales y centros de asistencia, entre otros, en el “Valle Intermontano Central” y específicamente en San José. Esto se explica, tal vez, debido a que la capital había aumentado en habitantes y concentraba la mayor parte de la población, con lo que también se presentaban los peligros de hacinamiento y enfermedad de las personas en las áreas marginales. A la vez, la industria cafetalera y otras de menor importancia habían venido a aumentar los focos de infección del agua y del aire.

La prestación médica institucional aun cuando era aceptable, requirió de estudios para su mejoramiento, al presentarse factores como la universalización de los seguros sociales, la explosión demográfica del país y los aumentos en los índices de costos. Paralelamente a estas medidas, el gasto social fue creciente, especialmente en salud y educación, razón que justificaba el problema presupuestario y la escasez de dinero para cubrir las necesidades de las instituciones.

Para 1950, ya se habían creado varios hospitales para la atención de los asegurados, pero cometían el error de trabajar desligados de los otros hospitales y de la organización sanitaria del Estado. Este factor puso en evidencia una multiplicidad de esfuerzos y la consiguiente pérdida económica para el Estado. La falta de claridad en la legislación, obligó al Ministerio de Salubridad Pública a continuar a cargo de los asuntos de salud pública y, en parte, de la asistencia médica de la población.

La carencia de consenso respecto a la centralización hospitalaria, puso en evidencia que al Ministerio de Salubridad Pública le correspondía brindar casi totalmente la medicina preventiva, porque ésta no ofrecía remuneración directa y exigía actuar en muchos casos en forma coercitiva y de manera impersonal sobre grandes núcleos de población. Así como también, le tocaba brindar la medicina asistencial a todos los habitantes que la solicitaran y, fundamentalmente, a quienes no la podían costear por su propio esfuerzo. El Gobierno Central, a través del Ministerio

de Salubridad Pública, había brindado la medicina preventiva en el país en forma general e insuficiente, por no tener los recursos económicos necesarios y por no haber estado incorporado a un plan económico social integral del país. En este período, no se podía concebir la medicina preventiva si no era integrada, por una parte, al Gobierno Central, en ese plan económico social de que se habla, en el que se contemplaran además vías de comunicación, aguas potables, educación, sanidad ambiental, entre otros aspectos, y por otra, al sistema hospitalario, como una sola unidad proyectada a la población. De igual modo, los hospitales privados tuvieron que seguir, en sus normas hospitalarias generales, las indicaciones técnicas del Consejo de Asistencia Médico Social.

Para 1960, todavía existía el sistema hospitalario nacional, el seguro social y las unidades sanitarias. Estas tres fuentes de servicios eran prácticamente independientes entre sí. Hasta se podría agregar una cuarta: el servicio médico que brindaba el Instituto Nacional de Seguros. Al coexistir varios sistemas asistenciales, continuaba la duplicación y hasta triplicación de los servicios. El Estado, ante esa realidad, se vio obligado a tomar medidas tendientes a bajar los costos de operación y, con lo economizado, aumentar los servicios.

Respecto a las unidades sanitarias, se debe decir que, desde 1950, ante la falta de centros hospitalarios, en diferentes regiones del país, fue necesaria la reapertura de

“(…)sólo 243 profesionales entre incorporados y los autorizados para ejercer la profesión médica. De ese total, 205 médicos y cirujanos residían en las capitales de provincia y sólo 38 en cantones menores o rurales, lo que da un 85% y un 15% del total, respectivamente. Aproximadamente 600.000 habitantes o sea el 80% de la población era rural y 165.000 o sea el 20% era urbana” (“El apoyo de la fundación(…)”. Diario de Costa Rica, 1950, p.8).

Un punto en contra de la construcción de nuevos hospitales en Costa Rica, evidenciado a la hora de construir el Hospital Nacional de Niños, fue la falta de médicos, enfermeras y de personal paramédico especializado. Tal situación generó la idea de no construir nuevos hospitales ni agregar una sola cama a las ya existentes, sin antes asegurar de una manera sólida y permanente el abastecimiento de médicos y enfermeras. Por esta razón, cada vez que se hablaba de la construcción de hospitales, aparecían las más diversas reacciones como la de no construir hospitales de lujo, sin haber combatido primero las enfermedades como el parasitismo intestinal, entre otras.

Algunas censuras provenían de sindicatos, de médicos y otros sectores de la sociedad, cuyo argumento principal hacía alusión al problema de la salud costarricense, la que no podía estar dividida en ministerios, seguros hospitalarios, unidades sanitarias ni dispensarios. Ciertamente, todavía en 1960 “el 45% de los costarricenses morían sin atención médica y tan solo en Guanacaste esta cifra llegaba hasta un 80%” (Dávila, 1960, p.72). La enorme incidencia del parasitismo intestinal debía combatirse en dos frentes, uno con la construcción de obras de saneamiento a

“(…)sólo 243 profesionales entre incorporados y los autorizados para ejercer la profesión médica. De ese total, 205 médicos y cirujanos residían en las capitales de provincia y sólo 38 en cantones menores o rurales, lo que da un 85% y un 15% del total, respectivamente. Aproximadamente 600.000 habitantes o sea el 80% de la población era rural y 165.000 o sea el 20% era urbana” (“El apoyo de la fundación(…)”. Diario de Costa Rica, 1950, p.8).

Un punto en contra de la construcción de nuevos hospitales en Costa Rica, evidenciado a la hora de construir el Hospital Nacional de Niños, fue la falta de médicos, enfermeras y de personal paramédico especializado. Tal situación generó la idea de no construir nuevos hospitales ni agregar una sola cama a las ya existentes, sin antes asegurar de una manera sólida y permanente el abastecimiento de médicos y enfermeras. Por esta razón, cada vez que se hablaba de la construcción de hospitales, aparecían las más diversas reacciones como la de no construir hospitales de lujo, sin haber combatido primero las enfermedades como el parasitismo intestinal, entre otras.

Algunas censuras provenían de sindicatos, de médicos y otros sectores de la sociedad, cuyo argumento principal hacía alusión al problema de la salud costarricense, la que no podía estar dividida en ministerios, seguros hospitalarios, unidades sanitarias ni dispensarios. Ciertamente, todavía en 1960 “el 45% de los costarricenses morían sin atención médica y tan solo en Guanacaste esta cifra llegaba hasta un 80%” (Dávila, 1960, p.72). La enorme incidencia del parasitismo intestinal debía combatirse en dos frentes, uno con la construcción de obras de saneamiento a

escala nacional y la otra con la extensión de los servicios médicos a las zonas rurales y suburbanas, mediante la creación de pequeñas unidades fijas y móviles.

La idea de coordinar o fusionar los diferentes servicios médico-asistenciales rendidos por las Juntas de Protección Social, el Ministerio de Salubridad Pública y la Caja Costarricense de Seguro Social no era nueva en el país; en algunas ocasiones se habían creado comités coordinadores bien integrados, de buena intención y activos, pero que no pudieron llegar a ninguna factible resolución que se tradujera en acción, cambio o confluencia de actividades, por encontrar resistencia y precaución en las diferentes instituciones.

Para 1960, se necesitaba, con urgencia, la coordinación de los servicios de salud, las dependencias gubernamentales debían complementar las acciones individuales y colectivas sin duplicaciones y orientadas hacia un objetivo común. Un sistema de integración significaba coordinar las funciones de diferentes entidades hacia iguales propósitos, promover la prestación de atención médica completa y propiciar su extensión a otros campos de la salud, incluyéndose los objetivos que tenían que cumplirse en el fomento, la prevención y rehabilitación. Era necesario crear un servicio integral de salud para el individuo y sus necesidades, centralizados todos servicios de salud en un sitio conveniente y asegurar la continuidad de la atención con gran economía. Esto sólo era posible, con la celebración de reuniones periódicas de

carácter técnico, con el fin de perfeccionar el mecanismo sanitario y lograr la anuencia de las instituciones involucradas, patrocinadas por el Estado.

C.2. El Estado y la legislación producida 1940-1980

En 1943, se promulgó el primer Código Sanitario por Ley No. 33, con la que se derogó la No. 52 de 1923 “Sobre protección a la salud pública”. “Este Código recogió la profusa legislación acumulada a lo largo de los años y la amplia experiencia existente en materia sanitaria. También se refería a la estructura orgánica de la Secretaría de Salubridad, y a las normas y controles en materia de salubridad local e internacional” (Mohs, 1983, p.44).

Luego se produjo la Ley de Seguros Sociales, que entró en vigencia en Costa Rica el 15 de septiembre de 1943. El Estado confió a la Caja Costarricense de Seguro Social la atención del seguro de enfermedad de todos los asalariados que devengaran un sueldo mensual menor de ₡400.00. Este seguro de enfermedad implicó para la nueva institución la asistencia hospitalaria.

En el campo de la enseñanza de la medicina, se produjo un cambio cuando el Consejo Constitucional dictó un decreto³² para crear formalmente la Escuela de

³² Decreto número 1053 publicado en la Gaceta Oficial No.197 de 30 agosto de 1947.

materiales de los hospitales, por medio de licitaciones y del Almacén de Junta de Protección Social de San José.

La década de 1970 marcó el inicio de una de las últimas etapas del sistema de salud, con el desarrollo del Sistema Nacional de Salud, el cual cubría a toda la población, lo que provocó una reorganización total que incluía el traslado de hospitales pertenecientes a la Junta de Protección Social, a la Caja Costarricense de Seguro Social, a partir de 1974; el inicio del pago del seguro mismo por los empleados, los empleadores y el gobierno; la sufragación, por parte del Estado, de los gastos médicos para aquella población incapaz de pagarlo y la asignación de los programas de medicina preventiva al Ministerio de Salud.

Hubo un cambio en la orientación del Estado, en el cual se centralizaron las funciones del Ejecutivo. “La centralización limitó el poder de las autónomas y amplió el poder del Ejecutivo a través de la reforma del artículo 188” (Muñiz, 1990, p.22). En 1979, se continuó con un proceso de regionalización administrativa y de servicios médicos.

El Plan Nacional de Salud, entre 1971-1980, confirió la más alta prioridad a la extensión de la cobertura de salud y otorgó especial importancia a las poblaciones marginadas, periurbanas y rurales. Hubo promoción de la participación comunitaria y

se buscó solución a los problemas de los grupos marginados; se establecieron las bases legales del proceso de universalización de la seguridad social, mediante la Ley General de Salud, la Ley Orgánica del Ministerio de Salud y la Ley de Traspaso Hospitalario todas de 1973, y la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares o Instituto Mixto de Ayuda Social de 1974.

La universalización de la seguridad social implicó la incorporación de la población de escasos recursos, en calidad de asegurados por el Estado. El año de 1983, marcó el comienzo de un proceso de integración de servicios entre la Caja y el Ministerio de Salud, en función de un mejor uso de los recursos. Este plan nacional debía abarcar los siguientes niveles: central, regional, periférico, sub-periférico e inferior. También, debía incorporar a un mayor número de personas y grupos, conforme se ascendía del nivel inferior al central. Este primer esfuerzo se vino a concretar una década después.

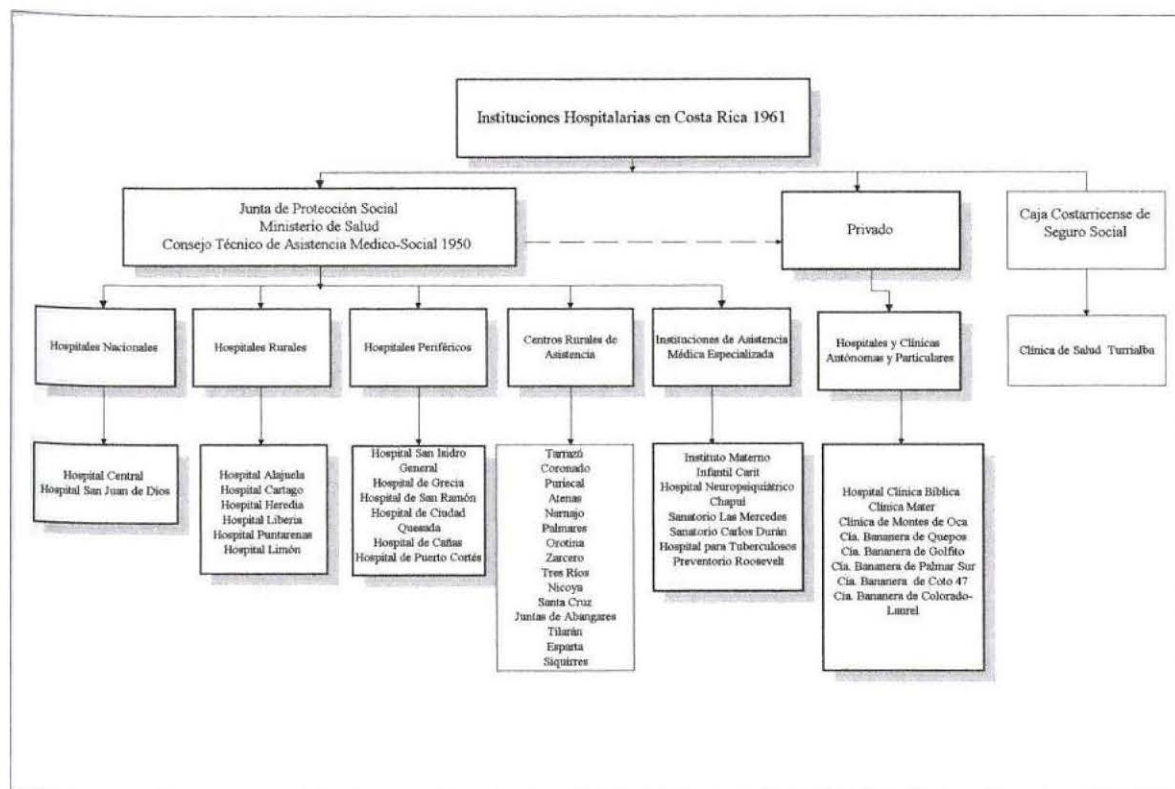
Respecto al sistema de salud, la única debilidad estuvo en la falta de coordinación de los servicios de salud en 1960, la duplicación de servicios, la falta de integración y centralización entre las instituciones, lo que obligó al Estado a ir planteando el establecimiento de un plan nacional de sanidad integral para toda la república.

Cuadro 6 Instituciones y Leyes promovidas por el Estado en el área de la salud 1940-1998

Año Fundación	Organización y Ley	Objetivo
1941 1943	Ley sobre seguros sociales obligatorios. Creación de la Caja Costarricense del Seguro Social, como institución autónoma, mediante Ley Número 17 de 22 octubre 1943.	Brindar a los asegurados atención médica en enfermedad, maternidad, invalidez, vejez, muerte. Administrar los seguros sociales.
1943	Se emite el primer Código Sanitario, mediante Ley Número 33 (18 de diciembre).	
1949	Se emite el segundo Código Sanitario mediante Ley Número 809 (deroga el 1943).	
1949	Surge el Ministerio de Salubridad Pública	Prevención primaria, secundaria y terciaria en el campo de la salud
1950	Creación de la Dirección General de Salud	Integración servicios preventivos; promoción de la salud, prevención de enfermedades; educación sanitaria a las comunidades. A cargo del Sistema Hospitalario Nacional
1950	Creación Consejo de Asistencia Médico Social.	
1950	Consejo de Juntas de Protección Social	
1961	Creación del Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillados (A y A).	Suministro de agua potable y disposición de los residuos líquidos.
1964	Hospital Nacional de Niños	Atención de la población infantil.
1973	Ley de traspaso de establecimientos médicos asistenciales del Ministerio de Salud y Juntas de Protección Social a la Caja Costarricense de Seguro Social.	En 1976 asume el control de todos los hospitales que estaban a cargo de las Juntas de Protección Social.
1973	Ley de Universalización del Seguro Social.	
1973	"Ley General de Salud".	
1973	Ley Orgánica del Ministerio de Salud.	
1976	"Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares", Ley Número 5662.	
1998	Ley 7852 sobre creación de las Juntas de Salud	Participación de las comunidades en el mejoramiento de la salud.

Fuente: Ma. Del Rocío Pascua *"Bienestar Social en Costa Rica: Una reseña de su desarrollo"* Universidad de Costa Rica. San José, 1987, pp.13-29. Juan Jaramillo A. *"Salud y Seguridad Social"*. Editorial UCR. San José, 1993, pp.45-83. *Colección de Leyes y Decretos 1940-1980.*

Figura 2 Instituciones hospitalarias en Costa Rica, 1961



FUENTE: Dirección General de Estadísticas y Censos, *Anuario Estadístico de Costa Rica*, 1961, pp.110-111.

C.3. Resultados obtenidos en el campo de la salud pública 1940-1980

Con la administración del Dr. Rafael A. Calderón Guardia, se empezó a experimentar cambios en la estructura social y política. De las medidas aplicadas, la más importante fue la incorporación del Capítulo de las Garantías Sociales en la Constitución Política de 1949. La década de 1940 marcó el inicio de un nuevo período, produciéndose un cambio cualitativo en el papel del Estado, al hacerse benefactor y a favor de la intervención estatal; el interés se dirigió hacia la medicina preventiva institucionalizada y al fomento del sistema hospitalario, por medio de una serie de transformaciones y reformas, como la que establecía un Fondo Nacional de Seguridad Social, en 1941, con la creación de la Caja Costarricense de Seguro Social, como seguro obligatorio de salud y maternidad para los empleados con un salario mensual inferior a ₡400 y que habitaran en las cabeceras de provincia. Con el Seguro Social se institucionalizó, por parte del Estado, un sistema de seguridad social para un sector considerable de la población laboral, que se benefició con la cobertura del seguro, el que para 1958 se amplió y llegó a cubrir a la familia del asegurado hasta fuera del Valle Central. Con esta medida se empezó a romper el esquema “valle centralista” en el campo de la salud.

El Gobierno del Dr. Rafael Calderón Guardia, en 1940, permitió que los principios de la seguridad social tuvieran una influencia directa en las actividades sanitarias del país. Por otro lado, las construcciones hospitalarias recibieron especial ayuda del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública y de algunas Municipalidades, “medidas tendientes a resolver básicamente la cuestión social” (Rosenberg, 1983, p.45). En este contexto, se promulgó el Código Sanitario en diciembre de 1943; “con este Código, la protección de la salud pública se establece como función del Estado; se establecieron las dependencias de la Secretaría de Salubridad y se organizaron los servicios médicos oficiales”(Salazar, 1993, pp.268-286). Además, esta ley dio origen a un aparato en el campo de la salud y la protección social, que le “otorgó al Estado costarricense las características de Benefactor en los años 40” (Cerdas, 1993, p.269).

La función hospitalaria, vista en su orientación técnica y en relación también con la organización administrativa, permitió la evolución rápida, a partir de 1940, como resultado de la irrupción de nueva tecnología sanitaria de bajo costo y alta eficacia como el DDT y los antibióticos. La década de los 40 registró una serie de avances en la medicina y en la farmacología que incidieron de manera notable en la lucha contra una serie de enfermedades muy extendidas. El desarrollo de las vacunas, la elaboración de antibióticos, la fabricación masiva de sulfas y de insecticidas crearon condiciones favorables para el control de epidemias y de este tipo de enfermedades

infecto-contagiosas. Sin embargo, los avances científicos no se hubieran podido volcar adecuadamente a favor de la población, si no hubieran ocurrido cambios institucionales paralelos que canalizaran esfuerzos hacia el mejoramiento de la salud y la higienización.

Un estudio realizado por Rosero (1983, pp.37-59) señala, que en la década de los 40, tuvo mucho impacto la llegada al país de los insecticidas residuales para el control de la malaria; el arribo de los antibióticos para el tratamiento de diversos cuadros infecciosos y cuyo efecto fue especialmente notable en la tuberculosis; las campañas de inmunización con nuevas vacunas como la BCG, para la tuberculosis, iniciada en 1952, o difteria, pertusis y tétanos conocida como la DPT y sarampión, iniciadas a fines de los 60. La aplicación de los programas sanitarios con técnicas eficaces; el aumento de la resistencia de la población y la menor exposición al contagio por mejoras en el nivel de vida; el saneamiento ambiental en los centros urbanos; la eliminación de criaderos de moscas, zancudos y un manejo más higiénico de los alimentos. Influyó grandemente en el descenso de las causas de muerte en el país.

La 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”

(Salazar, 1993, pp.268-286). Una vez iniciado el proceso de ordenamiento, y con las deficiencias mostradas, empezaron a definirse las actividades que debía realizar un Estado moderno interesado en la justicia, la seguridad pública, la salud preventiva y asistencial.

Después de 1950, el éxito alcanzado por la salud pública en Costa Rica “había ocurrido en una realidad socio-política particular. Con fuerte acento en lo social, en una época de sostenido crecimiento económico y en una sociedad socio-espacial, que había avanzado bastante en materia educativa” (Rosero, 1984, p.36). En este período, algunos indicadores sociales mostraban que “un 53% de la población tenía servicio de agua y que la población con letrinas era de un 48%” (Mohs, 1990, p.6).

Para 1954, la salud pública había entrado en un período de consolidación, tanto en la línea política del Estado, como en cuanto a la opinión pública. Además, se habían establecido las bases que permitieron el desarrollo de programas integrales tendientes a conseguir en un futuro la universalidad de los beneficios sociales en Costa Rica. Hubo, posteriormente, una preocupación marcada del gobierno por buscar mejores medios para proteger al mayor número de ciudadanos, y se notó un movimiento cada día mayor de trabajadores que solicitaban la extensión de la seguridad social a las zonas del país donde ésta todavía no había llegado.

Rosero (1984, pp.14-15) sostiene que la salud pública costarricense, aunque tenía cierto grado de autonomía, no podía ser considerada como un hecho aislado o ajeno a las condiciones políticas, económicas y sociales del país. En lo político, contó con el apoyo de un sistema de gobierno con alto grado de sensibilidad social, que desde la década de los 40 había procurado redistribuir, por medio de servicios estatales los beneficios del progreso. Fue económicamente viable, por la relativa bonanza y el sustancial crecimiento de la economía durante un período prolongado de 1964 a 1979, el producto per cápita creció a un ritmo del 4% anual y el gasto público en salud lo hizo a un 8% anual. Tuvo lugar en una población relativamente homogénea y bien educada, y con un alto grado de integración socio-espacial.

La sociedad, representada por el Estado, aplicó medidas centralizadas en el “Valle Central” que beneficiaran a la colectividad; se trabajó en la organización administrativa para la prevención y el control de las epidemias, a partir de la creación del Ministerio de Salubridad Pública, de la emisión del primer Código Sanitario en 1943 y del segundo Código Sanitario en 1949, junto con las unidades sanitarias y otros programas; en la construcción de infraestructura adecuada como cañerías para el suministro público de agua y sistemas de alcantarillados por medio de la creación del Instituto Nacional de Acueductos y Alcantarillados en 1961, de edificios para nuevos hospitales como el Hospital Nacional de Niños en 1964; en el control de alimentos; en el mejoramiento de la educación y el empleo, así como en el individuo, al proveerle de

una salud pública y atención médica adecuada, que éste por sí mismo no podía alcanzar.

En la zona rural el Programa de Unidades Móviles, algunos voluntarios y el personal del Programa de Erradicación de la Malaria, constituían las únicas formas de avanzada de los servicios de salud, para una población afectada por acentuadas deficiencias socioeconómicas. En el Apéndice A (infra p.299) pueden apreciarse las zonas de operación y los proyectos piloto ejecutados en 1961. La malaria fue la enfermedad que más afectó la potencialidad biológica de los individuos y ejerció una acción negativa en el progreso general.

No obstante la situación antes mencionada, el sistema hospitalario había atendido a una cuarta parte de la población con ayuda de los hospitales particulares, especialmente los de las empresas agrícolas. Este era el caso de la Compañía Bananera de Costa Rica, que tenía en la costa atlántica un hospital con una capacidad de 200 camas y dos en el Pacífico con 250 camas. Dichos hospitales eran costeados por los mismos trabajadores, a los cuales se les hacía una rebaja proporcional de sus salarios. La mayoría de los pacientes tratados en estos hospitales presentaban malaria, enfermedad que desde 1940, evidenciaba una considerable disminución, principalmente a partir de 1945 con la aparición del DDT o

diclorodifeniltricloroetano³³ y el gamexano (sic) o hexacloruro de benceno. En 1954, el Ministerio de Salubridad “había rociado DDT y gamexano (sic) a 3002 casas” (“Salubridad pide(...)”. Diario de Costa Rica, 1954, pp. 1,14) en todo el país.

La procedencia de los trabajadores enfermos que atendía dicho hospital, en teoría, debía reportarse a las dependencias sanitarias las que, por medio de inspectores, investigaban la situación de la zona, con el fin de redoblar las medidas profilácticas antimaláricas. “En el caso del Hospital de Limón, se había logrado descender en dos años a 62% la hospitalización por paludismo” (Peña, 1951, pp.9-10).

Asimismo a partir de la segunda mitad del siglo XX, se establecieron las bases de lo que debía ser el prototipo de un hospital moderno, y se determinaron dos trayectorias: una dedicada a conservar la salud por medio de la medicina preventiva, en procura de preservar y defender a la persona humana; la otra consistía en la asistencia oportuna y eficaz del enfermo con todos los recursos tecnológicos de que disponía la ciencia médica. Además, se establecieron las tareas básicas asignadas del hospital: cumplir con el deber de brindar atención adecuada y eficiente a los enfermos,

³³ Insecticida comercial derivado del clorobenceno que es una sustancia química sintética.

hasta restaurar y mantener su salud, atención que debía comprender, no solamente el aspecto puramente médico, sino también el social y espiritual; constituirse en un centro de enseñanza. Ser un centro de investigación científica que impulsara e hiciera avanzar la ciencia médica, con miras a la de prevención de las enfermedades y protección de la salud.

Una medida aplicada en 1950 fue la creación de un servicio social en cada hospital a cargo de un trabajador social, por cuya acción preventiva se podía proteger de enfermedades evitables a los familiares del paciente hospitalizado. Su acción se basaba en los antecedentes patológicos y en la posición económica de la familia, así como en la naturaleza del trabajo de todos y cada uno de los miembros de esta. Se pretendió dar asistencia oportuna, con todos los medios terapéuticos modernos, para evitar la extensión de la dolencia y de la estancia hospitalaria, así como las frecuentes hospitalizaciones que aumentaban los gastos per cápita a expensas de otros necesitados. También, se intentó realizar una investigación de las causas generadoras de la dolencia, tanto somáticas como ambientales, mientras el enfermo permaneciera hospitalizado y orientar al enfermo en su vida futura respecto al régimen de vida, el trabajo, el ambiente, la profesión, la residencia, entre otros aspectos. Por último, se propuso la investigación de la patología nacional y regional para que sirviera de brújula en las actividades de la salubridad pública; a la vez, se propuso enseñar y entrenar a los jóvenes médicos en diversas especialidades. La reducción de la

mortalidad general, en las cinco primeras décadas del siglo XX, fue de “29 por mil a principios de siglo hasta reducirse a 11.6 por mil en 1950; este hecho demostró la importancia de un sistema hospitalario que laboraba armónicamente con la sanidad pública”(Peña, 1951, p.16).

El Estado, consciente de los problemas que enfrentaba y tratando de buscar una orientación apropiada del sistema hospitalario, en marzo de 1954, por medio del Ministerio de Salubridad, convocó a una reunión a la Junta de Protección Social de San José, al Instituto Nacional de Seguros, a la Caja Costarricense de Seguro Social, a la Dirección de Asistencia, así como a la prensa, para escuchar al Dr. Guillermo Almenara, experto en materia de organización hospitalaria, quien había sido invitado por la Junta de Protección Social de San José para que hiciera una evaluación del sistema hospitalario nacional. En su exposición, Almenara dio a conocer una serie de revelaciones trascendentales para el país; muchas de ellas vinieron a contradecir lo que en esta materia se tenía como dogmático y sentaron las bases para la futura labor de las autoridades.

Una de las cosas que criticó fue la posible construcción de un gran hospital nacional en Costa Rica, con un costo de 60 millones de colones; señaló el Dr. Almenara la distancia que existía entre los planes y la realidad económica del país;

ésta fue una llamada de atención para las autoridades y agregó además que debíamos vivir,

“(…)como lo que somos, y no pretender vivir en un palacio cuando apenas lo (que) podemos hacer es una cosa modesta. Por lo demás, el Hospital San Juan de Dios está en capacidad, con algunas inversiones en mejoras transitorias, de dar servicios en forma efectiva a todos los enfermos que cabe esperar le lleguen a esa institución” (“No existe problema(…)”. *La Nación*, 1954, p.24).

Peña (1951, pp.1-16) manifiesta que el ámbito hospitalario estaba encabezado por el Hospital San Juan de Dios, del cual habían salido varias normas relacionadas con la atención individual de los pacientes; esta actitud, junto con la educación brindada por el Estado, permitieron que muchos campesinos, además del abastecimiento de aguas puras, escuelas y maestros, pidieran y exigieran unidades sanitarias con médicos y enfermeras. Este hecho evidenciaba una nueva cultura médico-hospitalaria en la sociedad costarricense.

Costa Rica, país de recursos económicos limitados, había llegado a alcanzar, por su sistema hospitalario, un sitio preferente en el conjunto latinoamericano, aun cuando estaba lejos de una óptima satisfacción de sus necesidades. Según Luros, (1950, p.16) Costa Rica con 5,0 camas por cada mil habitantes y solo era superada por Argentina, con 5,4 camas.

Entre 1945–1950 se había producido “una disminución de la hospitalización por malaria en las zonas de Limón y Quepos en un 62% y la mortalidad general se redujo a 11.6 por mil” (Peña, 1951, p.16). No obstante, estos problemas y enfermedades, la mortalidad infantil ver Figura 3 (infra p.150) fue disminuyendo año con año, debido a que entre 1940 y 1969, se desarrolló en Costa Rica, el paradigma de las enfermedades carenciales o de la desnutrición. En él, los problemas de salud de la población se atribuyen a la pobreza, la ignorancia, explotación y falta de alimentos, se reconocen como principales problemas la desnutrición, la parasitosis, las enfermedades infecciosas, la elevada mortalidad, la frecuente hospitalización y la oferta limitada de servicios de salud (Mohs, s.a., pp.5-6).

Aunque hubo un aumento en la prestación médica institucional, la universalización de los seguros sociales, la explosión demográfica del país, los aumentos en los índices de costos, entre otros, fueron factores determinantes para que se realizaran una serie de estudios tendientes a buscar una mejor coordinación de los servicios médicos asistenciales; todo ello se veía agravado por la crisis económica de los hospitales administrados por las Juntas de Protección Social, y por la política de la Caja Costarricense de Seguro Social de construir sus propios hospitales, con lo que se corría el riesgo de crear dos sistemas hospitalarios, con una duplicación de funciones.

La década de 1960, fue importante, debido a que se uniformaron criterios en el sistema hospitalario nacional, se determinaron y reafirmaron algunas otras funciones de los hospitales, “las cuales incluían la apertura al público sano y enfermo, como también suministrar información sobre sus funciones y su problemática; educar prevenir, curar, rehabilitar e investigar” (Chassoul, 1963, p.57).

Cabe agregar que, pese a las penurias económicas endémicas de Costa Rica, “siempre hubo continuidad en el campo de la seguridad social lo que había sido garantizado en Costa Rica por la Constitución Política de 1949” (De la Cruz, 1991, p.6). El Estado fue consciente de la problemática; por tal motivo, se proyectó hacer una legislación tendiente a unir esfuerzos entre los organismos asistenciales del momento; así, la Caja Costarricense de Seguro Social podía extender sus esfuerzos al campo de la medicina preventiva contra diversas enfermedades, como la tuberculosis, la sífilis y el cáncer, en correlación con el Ministerio de Salubridad y Asistencia. Este hecho vislumbró un primer intento de buscar la eliminación de la duplicación de funciones entre la Caja Costarricense de Seguro Social, el Ministerio de Salubridad Pública y el Instituto Nacional de Seguros.

El nuevo sistema de Seguro Social por lo menos había abarcado otro sector de la población al que le otorgaba además beneficios como seguros de enfermedad, invalidez, vejez y muerte. Este nuevo organismo, en poco tiempo se tornó complejo y

requirió de más especialistas en ciencias médicas, en organización hospitalaria y en otras ramas como: finanzas, legislación, administración, servicio social. Conforme se inició la década de 1960, las necesidades se hicieron más numerosas y costosas. Posteriormente, como un complemento, se promulgó la ley de universalización de la cobertura, en 1971, la que debía lograrse en un plazo de diez años. Esta comprendió los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez y muerte; en términos generales, la seguridad social del país.

Frente a esta nueva realidad de la seguridad social, se procedió a reorganizar los organismos básicos de la higiene rural; mejorar las vías de comunicación entre el área rural y urbana; orientar a las unidades sanitarias a una labor preventiva, mediante las consultas de gestantes, niño sano, preescolar y escolar, entre otras, y las campañas de vacunación contra la tuberculosis, difteria, tétanos, tos ferina y viruela. Una de las consultas más efectivas fue la del Niño Sano, la que se había organizado en 1951 y había atendido, en ese primer año, 300 consultas. “Para 1952 se dieron 9.000 consultas, en 1953 se aumentaron a 20.000 y en 1954 la cifra alcanzó a llegar a 70.000 consultas” (“Estadística del Minist”. La República, 1955, pp.12-13). Para 1960, se tenían un total de 15 unidades sanitarias repartidas en diferentes partes del país como: Tarrazú, Coronado, Santa Cruz, Nicoya, Palmares, Orotina, Puriscal, Tres Ríos, entre otras.

El 75% o quizás más del descenso de la mortalidad costarricense entre 1940 y 1980, se había producido por el control de las enfermedades infecciosas o parasitarias. Podía afirmarse que al menos el 40% del descenso se debió al control de enfermedades muy relacionadas con la sanidad ambiental como: diarreas, parásitos y malaria; y que por lo menos otro 20% del descenso a la influenza-neumonía-bronquitis y tuberculosis respiratoria, se debía tanto a medidas preventivas como las campañas de salud y la publicación del “Suplemento de Puericultura” por parte del Ministerio de Salubridad; así como a la disponibilidad de nuevas y eficaces drogas para su tratamiento; además, a “la creciente importancia dada a la salud en los textos escolares, a la ayuda del Patronato Nacional de la Infancia y a las clínicas gratuitas” (Biesanz, 1975, p.81). Lo anterior, permitió una interacción entre programas e instituciones.

Mientras que entre 1900 y 1950, las enfermedades de tipo infeccioso hicieron una contribución al descenso de la mortalidad del orden del 90%, después de 1960, su aporte se redujo al 55%. Esto denota que en los logros de los últimos tiempos, habían cobrado importancia factores tales como el acceso a la asistencia médica especializada por medio de la universalización del Seguro Social o las mejoras en el bienestar general de la población.

Las medidas aplicadas y los logros alcanzados en el campo higiénico evidenciaron un “concepto de beneficencia en transición al de asistencia social” (Pascua, 1987, p.14); además de una participación creciente del Estado donde “el sistema de educación pública fue estimulado lo que produjo una alta escolaridad y más mujeres con primaria completa”(Rosero, 1984, p.9). Esto incidió en una “rápida expansión de la higiene pública”(Molina y Palmer, 2000, p.131) y en un “cambio de actitud en un sector de la sociedad costarricense la cual esperaba que en todo programa de gobierno el objetivo fundamental consistiera en ofrecer al individuo y a la comunidad una completa asistencia en salud y la coordinación de los servicio en forma racional y la incorporación de la atención médica³⁴ a los programas integrados de salud rural” (Terán, 1961, p.480).

En 1950, se produjeron otros cambios que modificaron la estructura higiénica del país. En primer lugar, se quiso cambiar la imagen de los hospitales, aduciéndose que eran lugares a los cuales se acudía si estaba afectada la salud, y para los cuales el público era la razón de su existencia; la unidad de trabajo era el hombre y su producto final la salud. Simultáneamente, se registraron cambios materiales: como la construcción de nuevos hospitales como el de San Ramón, Liberia, Grecia y el

³⁴ Se entendía por atención médica al conjunto de medios directos y específicos, destinados a poner al alcance del mayor número de personas los recursos del diagnóstico precoz, del tratamiento oportuno, completo y restaurador y de la observación subsecuente (XVI Conferencia Sanitaria Panamericana, 1962).

Hospital Nacional para Tuberculosis; en diferentes lugares se construyeron maternidades; se ampliaron las instalaciones de los hospitales de Cartago, Heredia, Alajuela, Ciudad Quesada y se crearon nuevos salones en el Hospital San Juan de Dios.

Producto del auge bananero que venía desde la década de 1930, en la zona del Pacífico sur del país, entraron a funcionar los hospitales de Golfito, Ciudad Cortés, Quepos y varios dispensarios; se abrieron centros de salud particulares y se trasladó el Hospital de Limón al poder central. Además, se acondicionó el sanatorio para enfermos mentales en el cantón de La Unión y el Hospital de Turrialba se traspasó a la Caja Costarricense de Seguro Social.

En el año 1954, la coyuntura política y socioeconómica favoreció al sistema de la seguridad social, con lo cual se fortalecieron instituciones como el Ministerio de Salubridad Pública, fundado desde 1927, la Caja Costarricense de Seguro Social en 1943 y la Junta de Protección Social de San José en 1945, lo que repercutió positivamente una década después.

En la década del 60, se construyó el Hospital Nacional de Niños, el Centro de Rehabilitación para Poliomiélicos, el edificio de la Cruz Roja Costarricense, los primeros dispensarios del Seguro Social y se comenzó a proyectar la edificación de un

hospital central para los asegurados, con lo que se terminó de completar la estructura del sistema hospitalario nacional.

En 1961, se complementó el sistema de salud con la creación del Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados, “el cual se constituyó como otro pilar de los altos índices de salud del país”(León, 1988, p.3), al responsabilizársele de todo lo relacionado con el suministro de agua potable y la disposición de los residuos líquidos.

Como resultado de todos estos adelantos en el campo de la salud, entre 1970 y 1980,

“(…)aumentó la expectativa de vida de 66.8 a 71.5 años; la mortalidad infantil bajó de 61.5 a 24 por mil nacidos vivos; la mortalidad neonatal pasó de 28 a 15 por mil nacidos vivos; las muertes por diarrea se redujeron en un 79%; las neumonías en un 65%; la desnutrición como causa directa de muerte disminuyó en un 75% y como causa asociada en un 67%; de las enfermedades prevenibles mediante vacunación desde 1974 no se reportaron fallecimientos por poliomielitis ni difteria; el sarampión se redujo en un 95%; el tétanos se redujo en un 85% y la tos ferina en un 76%” (Mohs, 1980, pp.16-17).

En la administración del Lic. Daniel Oduber entre 1974-1978, como una primera medida, se traspasaron los hospitales a la Caja Costarricense de Seguro Social, con excepción del Hospital “Dr. Carlos Luis Valverde Vega”, de San Ramón, el que no fue traspasado hasta 1984, con lo que se finalizó el proceso.

Los logros más importantes, registrados entre 1970 y 1980, se dieron en el campo de la mortalidad infantil, la que había “disminuido en un 69%, las muertes por enfermedades infecciosas y parasitarias bajaron en un 98% y las enfermedades transmisibles como poliomielitis y la difteria fueron completamente erradicadas”(Morgan, 1987, p.25). Paralelamente, “la mortalidad hospitalaria disminuyó de un 7%, es decir, de cada 100 pacientes morían 7, a un 2.8% en 1979” (Mohs, 1979, pp.3-4).

A pesar de que “en 1964 el descenso de la mortalidad fue todavía lento, a un ritmo aproximado del 2% anual; en la década de los 70 la reducción aumentó a un ritmo de 13% anual, lo cual hizo que la mortalidad en niños menores de 5 años de edad disminuyera en un 80%” (Mohs, 1994, p.22).

No obstante el descenso y la mejoría obtenida en este campo en 1970, la mortalidad de este grupo de edad había constituido “el 10% del total, y de esas muertes el 70% se había debido a causas evitables o reducibles. En el grupo de 5 a 14 años, alrededor del 17% de las muertes fueron causadas por enfermedades evitables o reducibles con técnicas existentes y alrededor del 25% por algún tipo de accidente”(Sáenz, 1976, p.5).

Según Rosero (1984, p.41), la evolución económica, social y demográfica de Costa Rica en el siglo XX, permitió que la década de 1970 fuera la de reducción más pronunciada de la mortalidad infantil y las de los 40 y 50 los de la reducción más importante en cuanto a la mortalidad de adultos.

El Hospital San Juan de Dios había servido a la comunidad costarricense por casi un siglo y de él provenía la poca experiencia en el campo de la administración hospitalaria. A partir de éste, los hospitales del país habían tenido un “modus-operandi” administrativo muy particular, construyendo un sistema que les había dado a las instituciones del Estado cierta semiautonomía. El Estado, por medio del Ministerio de Salubridad, había tenido, de acuerdo con el Código Sanitario³⁵, la vigilancia de todos los hospitales de la república. Sin embargo, esa vigilancia había respetado en su parte técnico-administrativa la autoridad de cada institución, la que se había manejado y gobernado por una junta administrativa denominada Junta de Protección Social, que con entera libertad nombraba a los administradores y personal técnico respectivos. Estas juntas directivas eran nombradas por períodos de dos años, renovables por mitades cada año, con posibilidad de reelegir a sus miembros indefinidamente cuando demostraban espíritu de servicio público, de preocupación por el bienestar de la comunidad y con cargos siempre ad-honorem. Las juntas directivas de los hospitales

³⁵ Su vigencia se mantuvo después de 1948, sólo con unas permutas formales que le hicieron cambiar el nombre por el de Ley General de Asistencia Médico Social en 1950.

eran elegidas a su vez por corporaciones llamadas “Hermandades”, integradas por ciudadanos de la comunidad y con carácter vitalicio.

El tipo de organización anterior se complementó con la Dirección Técnica, la que, respecto a la administración hospitalaria, seguía las recomendaciones dadas por la Asociación Americana de Hospitales; prevalecía el criterio de un administrador con conocimientos generales de negocios, contabilidad, precios del mercado, ciencias médicas, sociología, política, entre otros. Se creía que administrar un hospital era dar un *mejor servicio al menor costo*, buscando una fuente de ingresos adecuada para sustentar la operación institucional. El hospital, en última instancia, debió contar con diversas fuentes que le proporcionaran medios económicos para sobrevivir como: el gobierno, las instituciones que solicitaran sus servicios, las fuentes privadas y públicas, entre otras.

En el caso de la fundación de la Caja Costarricense de Seguro Social, éste constituyó desde las ópticas de la economía, la medicina y la política, un hecho de profunda relevancia para la sociedad costarricense. La medicina estatal pasó de la antigua asistencia pública propia del Estado liberal, que restringía la aplicación de acciones sanitarias, sobre todo en las actividades de gran concentración de fuerza de trabajo e incorporaba la caridad como una obligación del Estado, al concepto de seguridad social, que responsabilizaba al Estado de la salud de la población

trabajadora. La primera era definida como una actividad esporádica y de baja calidad, cuyo interés era la recuperación y el mantenimiento de la fuerza de trabajo y la disminución de las tensiones sociales; la segunda, más bien se encontraba asociada, en su primera fase, a garantizar la salud de la población asalariada y, posteriormente, con su universalización, a la gran mayoría de trabajadores, entre ellos los campesinos y los trabajadores independientes. Con este cambio operado en la medicina estatal, la salud perdió su carácter privado y adquirió una dimensión social.

Desde la perspectiva de su impacto político, según Güendell (1987, p.8), debe destacarse primeramente que la fundación del seguro fue el resultado de todo un proceso de lucha que obligó al Estado liberal a intervenir en el área social. Con la refundación del Estado costarricense, ocurrida a partir de los años cincuentas, éste se enmarcó en un proceso sistemático de incorporación del conflicto social. Así pues, la extensión de sus servicios de salud a la población va a realizarse de manera congruente con la ampliación de las políticas sociales.

La incorporación del conflicto social al Estado va a desplazar el ámbito de confrontación entre clases de la esfera productiva -las condiciones de trabajo y la negociación del salario directo, hacia la distribución- lo cual provocó un doble efecto: la socialización de la política, en la medida en que se amplió el ámbito de acción del

Estado, y por otro lado, la despolitización de la lucha social en cuanto a que el conflicto canalizado institucionalmente va a obtener un tratamiento técnico.

La fundación del Seguro Social constituyó el reconocimiento por parte del Estado de la existencia de una necesidad social y, por tanto, la redefinición de la salud como un ámbito de realización privada. Así como también, con la creación de la Escuela de Medicina, el país tenía una infraestructura adecuada para ello: el Hospital San Juan de Dios con su capacidad de cooperar con equipos en la enseñanza teórica y práctica de la medicina, terrenos y edificaciones, aparte fuera de los servicios de salubridad pública, como los sanatorios, el preventivo para niños y las unidades sanitarias.

El Estado al final del período, había definido con claridad los campos de la sanidad pública y del seguro social a fin de evitar la repetición de esfuerzos y gastos y, sobre todo, de establecer una efectiva coordinación entre las partes.

Morgan (1987, p.28) considera que, en lo referido a la seguridad social y la asistencia médico-social, la mayoría de los servicios de salud fueron provistos por una variedad de agencias pobremente coordinadas, entre privadas, públicas, de caridad y sociales. Además, fue durante la época de “Alianza para el Progreso” entre 1961 y 1965, que el gobierno de Costa Rica comenzó a consolidar su control sobre la

provisión de servicios de salud. Asimismo, por medio de la iniciativa interna se logró una gran parte de la expansión del sistema de seguridad social; entes como la Agencia Internacional para el Desarrollo y el Banco Interamericano de Desarrollo colaboraron en la expansión del sistema de salud de Costa Rica durante este período. El Estado, a partir de 1940, dio a los principios de la seguridad social, una influencia directa en las actividades sanitarias del país; y la labor de construcciones recibió especial ayuda del Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública y de algunas municipalidades, como la de San José. Como todo nuevo sistema, recibió fuertes críticas, las que produjeron un cambio en el planeamiento de los hospitales; empezó a influir y tener importancia el punto de vista arquitectónico y la característica sísmológica de Costa Rica. Esta tendencia hacía que los arquitectos y administradores de hospitales trataran de buscar una mayor seguridad estructural, a partir de la construcción horizontal de los edificios, y no vertical, como lo aconsejaban la economía y las razones técnicas modernas. Esto debía comprenderse por el hecho de que la mayor parte de la “expansión urbana fuera de la región metropolitana era horizontal. Las ciudades estaban compuestas principalmente de edificios de un solo piso, a pesar de los avances en las técnicas de construcción antisísmica” (Hall, 1984, p.89).

En 1955, a raíz de la problemática anteriormente apuntada y ante la necesidad de construir el edificio para el Hospital Nacional de Niños, se suscribió el Proyecto de Arquitectura Hospitalaria, el cual vino a ratificar la función de la Dirección General de

Asistencia Técnica del Ministerio de Salubridad, que tenía bajo su jurisdicción todos los hospitales, dispensarios sanitarios y otras instituciones de la misma índole; además de ser el responsable del estudio y control de las obras, y las reparaciones de los edificios. Con este proyecto, se capacitó a un pequeño grupo de arquitectos nacionales y otros técnicos que luego serían trasladados al Departamento de Arquitectura del Ministerio de Salubridad. Con esta medida, se solucionó el problema de la falta de arquitectos preparados a partir de 1955.

Con la reafirmación del Consejo de Asistencia Técnica Médico Social, como el ente encargado de construir los edificios hospitalarios a nombre de las Juntas de Protección Social locales y en coordinación con el Ministerio de Obras Públicas, se construyó, entre otros, el Hospital de Liberia. Este, para 1954, se encontraba prácticamente terminado y era uno de los edificios hospitalarios mejor acabados del país, lo que constituía un éxito de la Dirección General de Asistencia Médico Social y de los organismos que habían intervenido para la realización de la obra. Con un espacio para 200 camas, su valor calculado estaba en más de un millón de colones; se pudo construir también, gracias a que los vecinos de Guanacaste ayudaron a la Junta de Protección Social de Liberia.

Estos problemas como la falta de hospitales debieron ser resueltos, en parte por la Caja Costarricense de Seguro Social, en los primeros veinte años de su

funcionamiento, al tratar de construir nuevos dispensarios médicos en diferentes lugares del país, “porque la mayoría no tenían ninguna comodidad y su estado era completamente ruinoso” (“Edificio para el dispensario(...). Diario de Costa Rica, 1954, p.9) y, en otros casos, ni siquiera existían.

Producto de la problemática anotada anteriormente, los doctores Carlos Sáenz Herrera y Antonio Peña Chavarría, “promovieron la idea de la nacionalización de los hospitales” (JPSSJ., Acta #39, 1950, p.93). Así, casi simultáneamente, también en el ambiente político se planteó la idea de la centralización del sistema, lo cual generó “la oposición de un sector del cuerpo médico costarricense”(“El Sindicato de(...). La Nación, 1954, p.23) que supuestamente veía afectado sus intereses.

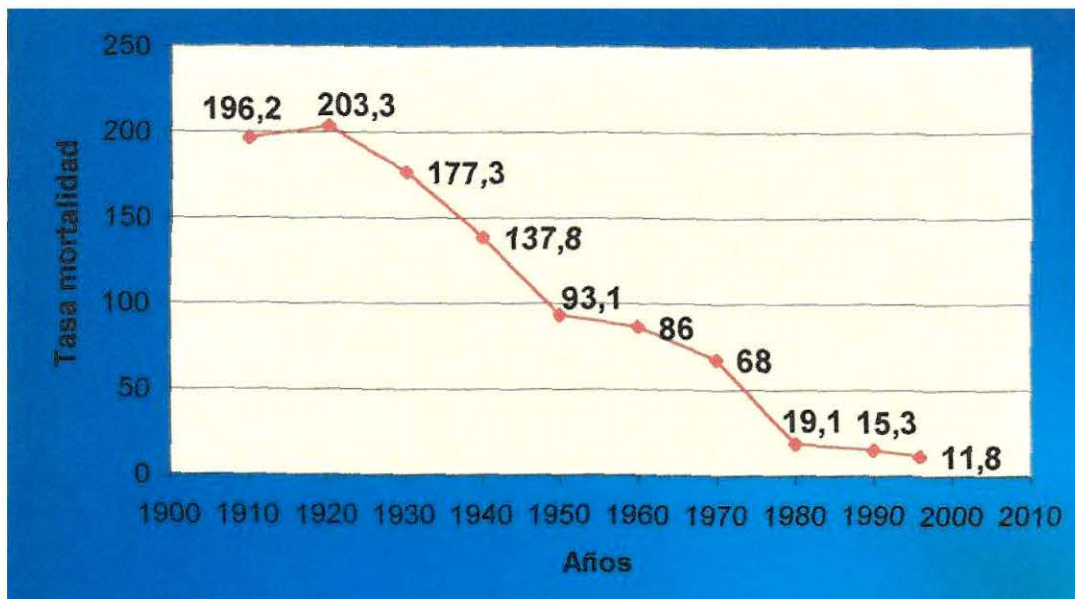
Ante esta realidad, en 1960, se propuso, finalmente, la integración de una Junta con representantes de los organismos existentes que tuvieran la autoridad delegada estos mismos, con el objeto de llevar a cabo el proceso de integración nacional. Al mismo tiempo, se constituyó un consejo técnico-administrativo, el cual sería el asesor de la citada Junta en estos aspectos. En él debía haber administradores graduados de hospitales, médicos especializados en salud pública, medicina curativa y rehabilitación, representantes de los Colegios de: Médicos y Cirujanos, Enfermeras, Farmacia y Bacteriología, Arquitectos Hospitalarios, entre otros, y una representación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica.

Estos cambios se originaron en las intervenciones de tipo primario: salud rural de 1973 y comunitaria de 1976, participación de la comunidad y saneamiento ambiental; asimismo, en la cooperación e interacción de una serie de circunstancias favorables.

Las políticas sectoriales de salud como: la implementación del Plan Nacional de Salud, la “Ley de Universalización del Seguro Social”, la Ley General de Salud en 1973, entre otras y la educación de la mujer, ocuparon en la década de 1970 una posición de liderazgo en el desarrollo del país y fueron, así, las principales responsables del gran salto en los índices de mortalidad infantil costarricense.

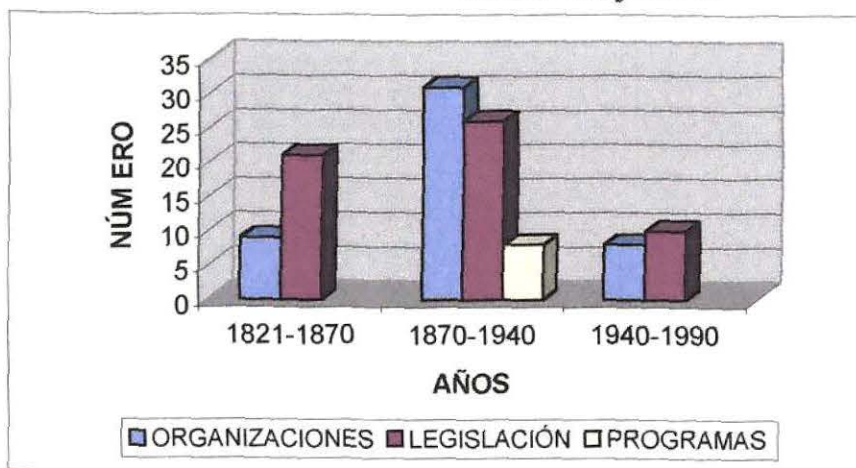
Se destacó el papel de la educación, donde “las mujeres con primaria completa, cuyo porcentaje de edad se encontraba entre 20 y 34 pasa en 1930 de 13% a un 43% en 1970” (Mohs, 1990, p.6). Este factor fue importante debido a que “el grado de educación del jefe de hogar, a su vez, se asocia a su nivel de adiestramiento en cada grupo de ocupación y al ingreso familiar, y de este modo puede afectar a la sobrevivencia del niño” (CELADE, 1987, p.23).

Figura 3 Mortalidad Infantil en Costa Rica 1900-1996.



FUENTE: -Dirección General de Estadística y Censos. *Memoria de Ministerio de Salud*, Año 1952. -Ministerio de Salud. *Comportamiento de la Mortalidad y Natalidad*, Año 1996, p.71. -Rosero Bixby, Luis. *Determinantes Socioeconómicos y Sanitarios del Descenso de la Mortalidad Infantil*, Año 1984, pp. 2-45.

Figura 4 Distribución de las instituciones, leyes y programas en Costa Rica, entre 1821 y 1990.



FUENTE: -Ministerio de Salubridad Pública *"Breve Informe de la labor de Salubridad Pública en el año de 1953"*, Año 1953, pp. 119-165.-Ma. Del Rocío Pascua *"Bienestar Social en Costa Rica: Una reseña de su Desarrollo"*. No.60. Año 1987, pp. 14-28. -Juan Jaramillo *"Salud y Seguridad Social"*, Año 1993. pp. 45-82.

Cuadro 7 Instituciones hospitalarias en Costa Rica, 1955.

Institución	Ubicación
Asilo Chapuí	San José
Hospital San Juan de Dios	San José
Hospital San Rafael	Puntarenas
Hospital San Rafael	Alajuela
Hospital de la C.C.S.S.	Turrialba
Hospital de la C.C.S.S.	San José
Hospital "San José"	Puerto Cortés
Hospital "San Vicente de Paul"	Heredia
Hospital "San Isidro"	Ureña
Hospital "San Carlos"	Ciudad Quesada
Hospital Regional de Guanacaste	Liberia
Sanatorio "Las Mercedes"	Curridabat
Sanatorio "Carlos Durán"	Cartago
Sanatorio "Chacón Paut"	Tres Ríos
Hospital "Max Peralta"	Cartago
Hospital "C.L.Valverde Vega"	San Ramón
Hospital "Luis Leipold"	Cañas
Hospital Compañía Bananera	Golfito
Hospital Compañía Bananera	Limón
Hospital Compañía Bananera	Quepos
Hospital "Clínica Bíblica"	San José
Clínica "Dr. Montes de Oca"	San José
Instituto "Carit"	San José
Centro Rural de Asistencia	Grecia
Centro Rural de Asistencia	Zarcelero
Centro Rural de Asistencia	Atenas
Centro Rural de Asistencia	Tres Ríos
Centro Rural de Asistencia	Palmares
Centro Rural de Asistencia	Limón
Centro Rural de Asistencia	Nicoya
Centro Rural de Asistencia	Coronado
Centro Rural de Asistencia	Orotina
Centro Rural de Asistencia	Tarrazú
Centro Rural de Asistencia	Naranjo
Centro Rural de Asistencia	Las Juntas
Centro Rural de Asistencia	Tilarán
Centro Rural de Asistencia	Santa Cruz
Centro Rural de Asistencia	Esparta
Centro Rural de Asistencia	Villa Colón

Fuente: Dirección General de Asistencia Médico-Social, **Ministerio de Salubridad Pública**, San José, C. R., 1955, p.8.

CONCLUSIÓN

La independencia de Costa Rica, en 1821, trajo consigo el surgimiento del Estado nacional y con éste se empezó a ver que cualquier mejoramiento en el sector social contribuía al desarrollo del país. Así se empezó a delinear la estructura higiénica y hospitalaria del país, estableciéndose las bases para la incorporación del Estado en actividades a favor del sector social, a partir de la promulgación de leyes y con la creación de la Junta de Caridad.

El período entre 1821 y 1870, se caracterizó en el campo de la salud por una cantidad de epidemias que azotaban al país como el cólera, la viruela, entre otras; en el campo económico y político por una crisis económica e inestabilidad política, que interrumpieron la promulgación de leyes a favor de la higiene pública, especialmente entre 1840 y 1880.

El período entre 1880 y 1940 fue marcado por el Estado liberal y aun cuando persistían los problemas políticos y socioeconómicos, fue cuando se dio la mayor expansión en el campo higiénico, de mayor producción de leyes, programas y departamentos. En este contexto, el “Estado adquirió una mayor conciencia de lo trascendental que era para el desarrollo de un país la inversión de recursos en la salud y la educación, esto visto como un deber para con el pueblo”(Rosenberg, 1977,

p.125). Los cambios permitieron que, en las primeras décadas del siglo XX, se completara la estructura higiénica y hospitalaria costarricense, con lo que cambió por completo el principio de atención básica a los menesterosos, por la introducción de programas sistemáticos de higiene pública y de medicina preventiva.

En el contexto entre finales del siglo XIX y la primera mitad del siglo XX, el país no se pudo alejar de la tendencia latinoamericana, todas las actividades del sector social, como la salud, fueron concebidos como

“(…)una especie de válvula de seguridad a la cual se recurría para paliar en cierta medida las desfavorables condiciones de vida de los más extensos núcleos, la inversión en ello podía responder a motivaciones de distinto tipo: humanitarismo, política, estrategia, beneficencia, o a la presión de los grupos no favorecidos” (Sonis, 1964, pp.292-294).

El lapso entre 1940 y 1980, se caracterizó por la transición y el establecimiento de un “Estado benefactor”, el cual tuvo que enfrentar los mismos problemas del período anterior, pero acrecentados por los efectos de la Segunda Guerra Mundial. Sin embargo, pese a toda esta problemática, el país pudo experimentar varios cambios cualitativos en el ámbito de la salud pública y en la estructura sociopolítica. En este período, se incorporó el “Capítulo de Garantías Sociales” en la Constitución en 1942, se organizó técnicamente la Escuela de Enfermería y se promulgó el Código de Trabajo en 1943. “Cada una de estas reformas sentó un precedente importante en cuanto a la intervención estatal en los asuntos referentes a la cuestión social”

(Rosenberg, 1983, p.46).

En este mismo período, la coyuntura política de 1948 fue consecuente con las políticas del período anterior y supo “canalizar los recursos económicos provenientes del exterior porque tenía serios problemas en su economía y en los programas médico asistenciales”(Solera, 1961, pp.2-3).

En las décadas posteriores, se utilizaron los recursos económicos del programa “Alianza para el Progreso”, en la década de 1960, y los aportes propios de la economía costarricense para continuar con el desarrollo del aparato higiénico, creando nuevas instituciones, como el Hospital Nacional de Niños, en 1964. También, se incentivaron las actividades sanitarias y se fortalecieron los principios de la seguridad social, a partir de la rentabilidad del sector agrícola, lo cual se tradujo en un avance en el campo social, político y la asistencia médica.

Finalmente, en 1970, se propone el Plan Nacional de Salud, cuyos objetivos comprendieron la creación de un sistema único e integrado de salud; la cobertura nacional por el Ministerio de Salud, de un programa de atención primaria centrado en el control de la infección, en el cuidado de la desnutrición y en el saneamiento ambiental; y la universalización de la atención médica para toda la población, a cargo de la Caja Costarricense de Seguro Social, así como la extensión del Régimen de

Invalidez, Vejez y Muerte. El establecimiento del Sector Salud se vino a consolidar a partir de 1983.

Para efectos de una mejor comprensión de la atención médica infantil, se divide el apartado en cinco secciones:

1. Las “Gotas de Leche”, 1914.
2. Departamento Sanitario Escolar, 1914.
3. Clínica Infantil de Tres Ríos (Casa cuna), 1920.
4. Sección de Pediatría del Hospital San Juan de Dios, 1926.
5. Hospital de Niños de Cartago, 1941.

1.1. Las “Gotas de Leche”, (1914)

El Dr. Teodoro Picado (1914, p.86), refiriéndose al programa “Las Gotas de Leche”, manifestó que se había fundado en 1914, siguiendo el modelo francés; estaba orientado por un sentimiento de caridad y compasión que siempre había sabido inspirar la miseria.

Fue un programa que se encargó de difundir el uso de la leche materna, como el mejor remedio para combatir las enfermedades como la desnutrición, parásitos; y una de las primeras medidas aplicadas por el Estado costarricense, para contrarrestar la alta mortalidad infantil.

Su función, en Costa Rica, se limitó a brindar una propaganda metódica para educar sobre la crianza normal de los niños y niñas; se cambió la idea de acudir a los medios artificiales para la alimentación de éstos, recomendándose solo en los casos extremos en que la enfermedad de la madre o una causa superior lo exigieran así. Se trataba de combatir las falsas nociones propagadas por el pueblo, como la “coquetería mal sana”, que no concordaba con los instintos de una maternidad natural, ya que las madres alegaban pretextos poco sinceros para no amamantar a sus hijos.

1.2. Departamento Sanitario Escolar, (1914)

Para septiembre de 1914, como resultado de varios estudios que enfatizaban la importancia de la higiene infantil en el porvenir patrio, el presidente Alfredo González Flores, mediante un decreto, creó el Servicio de Inspector Sanitario Escolar, bajo la Secretaría de Instrucción Pública, el cual fue “auspiciado y dirigido por la dirección del Departamento de Anquilostomiasis, la Fundación Rockefeller y el Estado”(Molina y Palmer, 1996, 115), adelantándose “por primera vez a cualquier país de Centro América en el establecimiento de tal servicio”(Schapiro, 1963, p.34). Sin embargo, ante la escasez de técnicos o asistentes sanitarios debidamente entrenados para cooperar con los médicos, se establecieron escuelas de laboratoristas, de inspectores sanitarios, de enfermeras escolares y de otro tipo de personal, para completar los trabajos emprendidos por el Gobierno.

Dos años después, la escasez de fondos afectó estos adelantos; por esta razón, en julio de 1916, el Ministro de Instrucción Pública solicitó la cooperación del Secretario en el Despacho de Policía, Sr. González Rucavado, para solicitar a los “médicos del pueblo” que actuasen como inspectores sanitarios escolares gratuitamente.

Así, por decreto, en septiembre de 1914, también se creó el Departamento Sanitario Escolar, con el objetivo de proteger a la población infantil entre los 7 y 14 años que iba a la escuela. En los primeros meses de funcionamiento, fue atendido por sólo un médico, el cual tuvo bajo su control algo más de 5.000 alumnos. Las atribuciones de los médicos escolares habían sido establecidas por los Consejos de Higiene de Bruselas, Lieja, Londres y París; y se referían a la preservación de la población contra las enfermedades, así como a la vigilancia de la salud de cada uno de los elementos integrantes de la sociedad.

Entre las gestiones que debía realizar este Departamento, se encontraban la inspección de edificios escolares, el examen físico a escolares, el diagnóstico y tratamiento de enfermedades agudas y crónicas, el diagnóstico y la profilaxis de enfermedades contagiosas, el servicio de vacunación, la correlación entre la medicina y la pedagogía, la expedición de certificados y el dictado de conferencias.

Molina y Palmer (2000, p.153) citando a Schapiro, consideran que la organización y dirección del Departamento de Sanidad Escolar fue el primer paso para centralizar las entidades de salubridad pública, con vistas a la formación de un Departamento Nacional de Salud. Se justificó su creación, a partir del hecho de que “el control de la Salud de la población infantil constituía una de las principales atribuciones del Estado” (Núñez, 1923, p.26); de la utilidad de éstos durante el período de su crecimiento, dependería la vitalidad y la prosperidad futura de la nación. También, fue el resultado “de la oferta oficial que el Presidente de la República y su hermano, el Ministro de Educación, Luis Felipe González Flores, hicieron a Schapiro para organizar y dirigir un Departamento de Sanidad Escolar” (Molina y Palmer, 2000, p.139).

Según Núñez (1923, p.6), el niño era un organismo sujeto a numerosas afecciones, que podían detener su crecimiento y perturbar su evolución fisiológica. El período escolar era favorable al desarrollo de trastornos que, tratados a tiempo, podían ser curados o al menos atenuados y que, al contrario, abandonados a su propia suerte, se convertirían en la edad adulta en enfermedades graves, que colocarían a sus portadores en condiciones de inferioridad.

En todo este proceso, fue vital la producción intelectual, venida del extranjero, referida a la salud de la población infantil. Este fue el caso del programa de inspección

médica de las escuelas que había sido creado en Francia en 1793 y adaptado a Costa Rica, a partir de 1900, por los médicos que regresaron al país luego de estudiar en Europa.

Los logros alcanzados fueron complementados a partir de 1950, por el Ministerio de Salubridad Pública, con la integración de una Sección de Puericultura y Consulta de Niño Sano, secciones encargadas de llevar a la práctica principios de higiene infantil y educación a las madres. Además, se instalaron casas cunas en zonas rurales y urbanas y se publicó periódicamente un boletín de puericultura sobre higiene prenatal y general de los niños y niñas, dirigido a toda la población.

Los programas de nutrición y la consulta de niño sano desarrollados por el Ministerio de Salubridad Pública fueron los medios más efectivos para la protección de la población infantil. “Fue tanto su trabajo, que en el año de 1951 se dieron trescientas consultas; para 1954 la cifra llegaba a setenta mil consultas anuales” (“Estadística del Ministerio(...)”. La República, 1955, p.12).

1.3. Clínica Infantil de Tres Ríos (Casa Cuna) (1920)

El inicio de la atención infantil de manera integral por parte del Estado, se dio en Costa Rica, con la creación de la Clínica Infantil, en 1920. Inicialmente, contó con

dos médicos y una asistente sanitaria. El objetivo de la Clínica Infantil fue completar la labor de la clínica escolar, para así poder controlar la salud de la población infantil antes de su llegada a la escuela. Otras funciones estaban referidas a la realización de un examen a las señoras próximas a ser madres; dar tratamiento a niños y niñas que padecían algún tipo de enfermedad; instruir a las madres de familia sobre lo que era necesario hacer y evitar para proteger la salud del niño y la niña. Por medio de este programa, el Estado pudo mantener un mejor control sobre las causas de la mortalidad infantil.

Para 1950, su labor fue complementada con el trabajo de las trabajadoras sociales y el Patronato Nacional de la Infancia, por medio del programa “Clínica del Niño Sano”, donde se internaban pacientes con diversos problemas sociales, aun cuando se circunscribía sólo a algunos cantones de las provincias de San José, Cartago y Alajuela.

1.4. Sección de Pediatría del Hospital San Juan de Dios (1926)

Se había construido en septiembre de 1926, y funcionó durante treinta y ocho años, hasta que se inauguró el Hospital de Niños en San José, en 1964. Para 1955, en la Sección de Pediatría, se internaban a niños y niñas, desde recién nacidos hasta los 13 años de edad, que padecían enfermedades tales como: “anemia, reumatismo,

bronquitis, diarreas, raquitismo, parasitosis, tuberculosis”(Morales, 1952, p.7). El edificio era de reciente construcción y constaba de cinco pisos organizados así: en el primer piso, se ubicaba la sala de aislamiento; en el segundo, estaban alojados los varones; con el nombre de Llorente, era el área de medicina general y cirugía; en el tercer piso se encontraban las niñas y los salones eran: Calderón Muñoz, de medicina general, Facio No.1, Facio No.2, y los de cirugía; el cuarto piso estaba subdividido en los salones de niños lactantes, niños post-lactantes y el Celina de Sáenz de madres; en el último piso, se ubicaba el pensionado de niños.

En 1950, uno de los mayores problemas que enfrentó la sección fue la escasez de personal, “sólo había una enfermera graduada en un turno y en los otros auxiliares de enfermería” (Morales, 1952, p.7). No obstante esta problemática, hubo gran preocupación por parte de las autoridades médicas y políticas costarricenses, por la morbimortalidad infantil, así como también, por la falta de una infraestructura adecuada para la atención de la población infantil, en el complejo físico del Hospital San Juan de Dios. Esto por cuanto desde 1945, se había experimentado un aumento en “el total de estancias en la Sección de Pediatría que correspondía a los Salones: “Calderón Muñoz”, “Llorente” y la “Sala de Madres” de 49.551, cinco años más tarde era de 67.578” (“117.607 estancias(...)”. La Nación, 1957, p.14); a la vez, se presentó una fuerte tendencia hacia el aumento de los números referentes a la atención de la población infantil.

A raíz de esta situación, en 1950, se fundó el Comité Pro Hospital Nacional de Niños, dirigido por el Dr. Carlos Sáenz Herrera³⁶, quien se unió a la Junta de Protección Social de San José, presidida por don Alfredo Echandi, para solventar la incapacidad estructural del Hospital San Juan de Dios, por medio de la Sección de Pediatría, y así poder atender a la numerosa y creciente población infantil.

Se pensó, inicialmente, en una ampliación de la sección; pero luego esto se tradujo en la remodelación de un pabellón aledaño, que fue el “Mandas”. La Junta de Protección Social de San José invirtió en esa obra muchos miles de colones y así funcionó por diez años más, con lo que se dio un respiro a la Sección de Pediatría.

La aparición de la epidemia de poliomielitis y el desconocimiento de cómo tratar esta enfermedad, hizo que la Junta tuviera que utilizar, en abril de 1954, lo que fuera la casa por muchos años del director del Asilo Chapuí, llamada “Casa Verde”, porque la sección de niños carecía del espacio necesario y, principalmente, de una

³⁶Hijo del Sr. Carlos Sáenz Esquivel y la Sra. Celina Herrera Paut. En Bélgica estudió medicina, pasó luego a Estrasburgo a especializarse en pediatría. Trabajó en el Hospital San Juan de Dios desde 1935; ejerció la jefatura de la Sección de Pediatría y del Departamento de Protección Infantil del Ministerio de Salubridad Pública (1936-1939); Ministro de Salubridad Pública (Gob. de don Otilio Ulate 1949); Vice-Presidente de la República (Gob. de don Francisco J. Orlich 1962-1966); en 1943 Director de la Escuela de Enfermería de Costa Rica; Presidente del Comité Pro Construcción del Ministerio de Salubridad Pública (1949-1951); miembro de la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social (mayo 1956 a junio 1959), del Colegio de Médicos y Cirujanos, de la Directiva del Sanatorio Durán y del Patronato Nacional Antituberculoso; Director de la Cátedra de Pediatría en la Escuela de Medicina; fundador de la Asociación Costarricense de Pediatría y de la Asociación Pro Hospital Nacional de Niños.

CAPÍTULO II

ATENCIÓN INFANTIL EN COSTA RICA Y FUNDACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS

1. Primeros programas y departamentos de atención infantil creados en Costa Rica (1900-1950)

Introducción

Esta sección tiene como objetivo hacer referencia a los primeros programas y departamentos que se crearon para proteger a la población infantil costarricense. En 1902, el Dr. Teodoro Picado Marín, había estudiado en Londres. Fue el primer pediatra en llegar al país que se había interesado por la problemática de la población infantil y de los adolescentes. Después de casado, luchó por esta causa en conjunto con su esposa, la Dra. Jadwisia Michalska y Wodsiwoska, la primera mujer titulada para ejercer la profesión médica en Costa Rica, cuya incorporación al Colegio de Médicos y Cirujanos se realizó el 30 de diciembre de 1902. “Ambos promovieron los primeros Centros Hospitalarios Infantiles y Maternos de Costa Rica” (Schapiro, 1962, p.499).

incremento de los casos y el predominio de las formas paralíticas, “principalmente, porque no se tenían recursos técnicos de rehabilitación, ni experiencia y el único servicio de infectología tenía sus camas ocupadas por enfermos de varicela, sarampión y otras”(Ortíz, 1996, p.25).

En 1956, la consulta externa de dicho hospital tenía los mismos problemas y las condiciones imperantes ofrecían una situación angustiosa. En ésta fueron “atendidos 33.243 niños y aplicadas 89.718 inyecciones. Se hospitalizaron 6.714 niños menores de 14 años, con un total de estancias hospitalarias de 117.607, sin incluir las estancias de los servicios de cirugía infantil que giraban alrededor de 40.000 por año” (“117.607 estancias(...)”. La Nación, 1957, p.14).

Sólo se había avanzado un poco respecto a la permanencia de los pacientes en el hospital; de un promedio de veinticinco días, se pasó a un lapso que oscilaba entre quince y veinte días. Entre los factores que beneficiaron a la atención médica se encontraban los avances científicos como: los antibióticos, las sulfamidas, las vacunas, entre otros, así como un mayor número de médicos especializados y la mejor preparación de las enfermeras y auxiliares de enfermería.

1.5. Hospital de Niños “Max Peralta” de Cartago (1941)

En el año 1941, la ciudad de Cartago tenía sólo un hospital para la atención de la población en general. Como producto de la alta mortalidad infantil de la provincia, hubo necesidad de atender mejor a este tipo de población; el problema se resolvió con la creación de un hospital para los niños y niñas. Los primeros comités que trabajaron en el proyecto, se habían organizado en el año 1936 y lograron despertar el interés de la comunidad.

Provisionalmente, se hicieron dos salones en el Hospital Max Peralta, que luego se ampliaron por resultar incómodos para albergar a tantos enfermos. En ese momento, se tuvo la colaboración del doctor Alfonso Acosta Guzmán y de la Secretaría de Salubridad Pública, cuyo ministro en ese entonces era el Dr. Mario Luján.

Así surgió el Hospital de Niños de Cartago, considerado como “la primera institución dedicada por completo a la atención de la población infantil que se intentara en el país anexo al Hospital Max Peralta. De su experiencia y resultados nació la idea de fundar un Hospital Nacional de Niños con sede en la Capital” (Valle, 1979, p.8).

En febrero de 1937, en asamblea general, los miembros de la Junta de Protección Social de Cartago, acordaron la compra de la manzana sur del Hospital Max Peralta para construir el Hospital de Niños. En septiembre de ese mismo año, el ingeniero José Anastasio Gutiérrez presentó un plano, que fue aceptado por la Junta, se acordó esperar el plan definitivo, para enviarlo al Consejo Nacional de Beneficencia con el fin de que autorizara la erogación del dinero. La preocupación de la Junta por edificar pronto el nuevo plantel iba en aumento, posteriormente, dispusieron de una suma considerable para la compra del lote indicado.

En enero de 1938, se nombró al ingeniero Ricardo Fernández Peralta, como director de los trabajos; el 14 de agosto del mismo año, se acordó pedir al ingeniero José Francisco Salazar los proyectos para la construcción. Desde esa fecha se puso manos a la obra, bajo la dirección de la Secretaría de Fomento y Agricultura, en la actualidad Ministerio de Obras Públicas y Transportes. Quedó terminada en octubre de 1941, día en que se inauguró, con la presencia del Ministro de Salubridad Pública, Dr. Mario Luján, los miembros de la Junta de Protección Social de San José y de Cartago, miembros del Gobierno y del cuerpo de médico de la república.

Fue importante para el desarrollo de la obra, “el aporte económico de la Junta de Caridad y de la sociedad cartaginesa; la que con su esfuerzo hizo posible la

creación del primero y único hospital infantil en el país hasta ese momento”(Peralta, 1957, pp.10-11).

Disponía de tres pabellones: uno para varones destinado a niños lactantes, pre-escolares y escolares; otro, con la misma organización, para niñas, y el tercero, destinado al aislamiento. En este último salón, había seis cuartos separados en los cuales se alojaban, lo más, dos niños y niñas, por motivo de haber contraído enfermedades contagiosas como viruela, sarampión, parotiditis, fiebre o gastroenteritis y para evitar la propagación de éstas.

Además, “para las personas de mayores posibilidades económicas, existían tres pensiones, en las que había una cama y un sofá para la madre o persona encargada de cuidar al niño o niña”(Peralta, 1957, p.12).

El hospital tenía una sala de cirugía menor y otra de cirugía mayor, en su momento bastante modernas y con los instrumentos necesarios para las intervenciones quirúrgicas. Además, contaba con una amplia cocina bien equipada y un comedor al final de cada salón. Existía un servicio de ortopedia, y otro de radiografías y fluoroscopias, ambos provistos de instrumentos modernos.

En cuanto a la dirección, estaba a cargo de religiosas, las Hermanas Terciarias de la Inmaculada, de nacionalidad española algunas y otras procedentes de Centroamérica. También, hubo interés de crear una escuela para los niños y niñas enfermos, en la que se les proporcionarían actividades educativas y recreativas.

Entre los problemas que presentaba el hospital, estaba la carencia de recursos económicos y humanos, factor que afectó la higiene y el cuidado personal de los pacientes. “El número de enfermeras era insuficiente para dar una buena atención a la población hospitalizada”(Peralta, 1957, pp.8-13).

Sus puertas estuvieron abiertas desde 1941 hasta 1994; en este último año fue fusionado con el hospital de adultos Max Peralta, quedando sólo dos secciones para pediatría.

2. Factores desencadenantes en la fundación del Hospital Nacional de Niños en San José (1954)

2.1. La salud infantil (1954)

Los dos problemas que afectaban a toda la población, pero con mayor fuerza a la población infantil era el síndrome policarencial, como producto del problema económico que vivía el país y la elevada mortalidad infantil. Se destaca la mortalidad

causada por malaria, parasitosis y tuberculosis respiratoria. El grupo de enfermedades infecciosas y parasitarias comprendía, en las tipologías de entonces: fiebre tifoidea, paludismo, viruela, difteria, gripe, disentería, sarampión y tétanos. Del aparato respiratorio: bronconeumonía y neumonía; del aparato digestivo: diarreas y enteritis en niños menores de 2 años.

Manifiesta Sáenz (1976, p.5), respecto a la mortalidad infantil, que en 1947, el 22% de todas las muertes del país se habían producido en menores de un año; de estas defunciones, el 40% se dieron sin atención médica. De las defunciones de menores de 1 año, más del 30% se produjeron por enfermedades relacionadas con causas ambientales, tales como enfermedades infecciosas, respiratorias, carenciales, accidentales.

Pero en el bienio 1951-1952, las causas de muerte por enfermedades del aparato respiratorio y digestivo representaron las mayores causas de muerte, como había sido a lo largo de la primera mitad del siglo XX, pero su importancia relativa se vio claramente disminuida.

Las provincias más afectadas con este problema, fueron Puntarenas y Cartago; “la primera con 119,5 y la segunda con 103,6 muertes por 1000 nacidos vivos. Cerca

del 40 por ciento de las defunciones ocurridas en el país entre los años 1954 y 1956 fueron en menores de un año de edad” (Chassoul, 1963, p.57).

“(…)en este período los datos estadísticos indican que las cinco primeras causas de defunción en Costa Rica habían sido las gastritis y enteritis, como principal causa, seguida por enfermedades propias de la primera infancia, tumores malignos, influenza y neumonía y enfermedades del corazón. En las poblaciones rurales los síndromes más frecuentes observados estaban relacionados a las parasitosis, desnutrición, enfermedades broncopulmonares y otros cuadros responsables de una alta mortalidad en la primera infancia, donde la mortalidad infantil era de 64,2 por mil habitantes año 1960” (Terán, 1962, p.484).

En 1960, el principal problema epidemiológico de Costa Rica fue la elevada mortalidad infantil. También existía amplia evidencia de que las condiciones económicas y sociales en que el niño nacía y se desenvolvía aumentaban decisivamente en las probabilidades de muerte. “La pobreza, la ignorancia, la falta de servicios básicos, el aislamiento o la fecundidad excesiva, unas veces le hacían más vulnerable, y otras veces impedían el acceso, o le restaba eficacia a la tecnología médica ya disponible para prevenir o tratar la mayoría de enfermedades infantiles” (Rosero, 1984, pp.4-5).

Sin embargo, pese a este avance registrado respecto a la mortalidad infantil, aún persistía el parasitismo intestinal. Fue el mayor problema sanitario que afectó a la población costarricense y, especialmente, a la infantil, en la segunda mitad del siglo

XX. De mayor incidencia la anquilostomiasis, luego le seguía las lombrices, tricocéfalos y amebas.

Tras el parasitismo intestinal, estaba la anemia y la desnutrición, y otras enfermedades que se derivaban de ellos por estar desnutrido y anémico. Otros, severamente afectados por el hambre, o que por factores hereditarios presentaban una vitalidad disminuida, caían en el caso de las “avitaminosis”³⁷, con una evolución casi siempre fatal.

La gran mayoría de la población comía mal, las más de las veces por falta de recursos económicos y conocimientos. Las dietas eran desbalanceadas, con un exceso de carbohidratos o harinas; les faltaban muchas albúminas y calcio, especialmente en los niños en crecimiento; por eso los huesos de éstos tenían poca resistencia y se fracturaban con facilidad. A lo anterior, se debía agregar los parásitos intestinales y las precarias condiciones físicas en que vivía y trabajaba el pueblo. “En el caso de los escolares, estas condiciones eran responsables del ausentismo y del mal aprovechamiento de sus estudios en la mayoría de los casos”(Facio,1943, p.84).

³⁷ Proceso resultante de la deficiencia dietética o la falta de absorción o utilización de una o más vitaminas.

2.2. La epidemia de poliomielitis (1953-1954)

En la segunda mitad del siglo XX, la realidad sanitaria del país era bastante difícil, si bien existían centros sanitarios en todo el territorio, los mismos carecían de los elementos indispensables para ejecutar las labores preventivas-curativas como medicamentos, materiales, instrumentos, papelería, personal técnico y administrativo, infraestructura, entre otros. Además existía falta de planes de trabajo, de inspecciones periódicas por parte de las autoridades sanitarias, descoordinación entre las dependencias de salud, abandono de programas como el de letrización. Así grandes sectores de la población era afectada por una excesiva desnutrición, parasitismo intestinal o infección anquilostomiástica, paludismo, deficiencias alimenticias, grave situación económica, entre otros aspectos.

Ana P. Malavassi (1998, p.83) manifiesta que toda epidemia ha provocado, en su momento, pánico y descontrol en las autoridades públicas y ello se debe a que la enfermedad genera una serie de reacciones políticas y sociales orientadas a alcanzar su neutralización.

Lo anteriormente citado y referido, aunque se refiere a la segunda mitad del siglo XVIII, nos permite comprender lo sucedido en marzo de 1954, con la epidemia de poliomielitis. En tal año apareció una mayor cantidad de casos de polio en los

alrededores de Plaza González Víquez, los cuales fueron aislados en el Hospital San Juan de Dios. Los primeros casos se registraron en los barrios del sur de la capital, extendiéndose luego al centro y a otros distritos. Al mismo tiempo, se empezaron a comprobar casos fuera de la capital, los que iban en aumento conforme disminuían en San José. A raíz de esta situación, el Ministerio de Salubridad realizó una campaña publicitaria sobre la enfermedad, a efectos de preparar a la población. En ese momento, el entorno era incierto, debido a que no se tenía conocimiento de cuál era el vehículo de contagio. Asimismo, no se disponía todavía de una vacuna eficaz, pese a los largos años de investigaciones y pruebas.

Del número de casos reportados en marzo de 1954, según el Ministerio de Salubridad Pública, la mayoría se habían registrado en hogares humildes. Pese a la presión de la ciudadanía, la institución tomó la decisión de no clausurar las escuelas, debido a que el aislamiento era una medida poco efectiva para evitar el contagio de la enfermedad. Lo que se hizo fue sugerir al Ministerio de Educación, que dejara libre la asistencia a las escuelas de la capital mientras estuviera la epidemia. Se argumentó, en su momento, que si se recomendaba esa medida, también había que cerrar iglesias, autobuses y en general todo, para lograr un aislamiento completo, lo que era absolutamente imposible.

Otro problema que debió enfrentarse, fue la falta de médicos y enfermeras para atender a los afectados. Al respecto, el Punto IV³⁸, como una contribución a los esfuerzos del Ministerio de Salubridad Pública, trajo al país dos especialistas en la materia, el Dr. John P. Utz y su esposa, Dorothy, del Instituto Nacional de Salud en Bethesda. Maryland. También, se recibió la colaboración internacional de tres enfermeras especializadas en la atención de casos de poliomielitis, enviadas por el Instituto Interamericano de Salud Pública y la Organización Mundial de la Salud y cuya función fue dar clases teóricas y prácticas para el tratamiento de los enfermos, especialmente de fisioterapia y reeducación muscular.

Todos los años, se presentaban casos aislados de esta enfermedad en el país; pero en 1946, 1950 y 1954, el número había aumentado bruscamente. Al estudiar la distribución geográfica de la epidemia, se pudo observar que tanto en la capital y los distritos, como en el resto del país, existía una disminución del virus. No obstante, esta baja en la incidencia de la enfermedad, no se pudo explicar desde el punto de vista epidemiológico, ni tampoco la forma en que saltaban los casos de un lugar a otro, aisladamente la mayoría de las veces y sin conexión posible. Este hecho en particular,

³⁸ Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP), dependencia del Programa del Punto Cuarto del Presidente Trumann, programa antecesor de la Agencia Interamericana de Desarrollo (AID).

pudo estar relacionado con el proceso de migración hacia las áreas urbanas, como producto de un reajuste espacial de las oportunidades económicas y sociales. “La migración centrípeta constituía el principal proceso de redistribución de la población que incluía movimientos tanto de las áreas rurales hacia las urbanas, como de las ciudades pequeñas hacia las grandes” (Hall, 1984, p.281).

Por estar concentrada la epidemia en la provincia de San José, la prensa escrita y radial informaba diariamente sobre el número de casos, los lugares afectados y las limitaciones de las autoridades sanitarias. Esto produjo una manipulación de la información, de tal manera que la cantidad de casos variaba considerablemente de un día para otro. Este factor hizo que el problema trascendiera hasta la esfera política. Por otro lado, se dio la “aparición de un “pánico o histeria colectiva” en toda la población ante las primeras manifestaciones de la epidemia” (Ortíz, 1996, p.25).

En el aspecto social, se había creado una especie de psicosis, explicable por el miedo a la enfermedad. Ciertamente, la referida dolencia escapaba a todo control y contra ella no había vacunas o tratamientos específicos de eficacia comprobada. “Fue tal la preocupación por la epidemia, que las autoridades eclesiásticas ordenaron la realización de una misa como rogativa al Niño Dios de Praga para que suspendiera la misma” (“Hasta el 17-3-54(...)”. La Nación, 1954, p.1).

Los problemas citados en el apartado anterior, crearon confusión en diversas poblaciones alarmadas por la epidemia como fue la ciudad de Limón, donde algunos padres de familia enviaron un telegrama al Ministro de Salubridad Pública, indicándole: “Nosotros los padres de familia firmantes venimos a pedirle que su Ministerio se apersona debidamente ante esta epidemia de poliomiélitis que en estos momentos destruye vidas infantiles en este puerto. Conmovidos y angustiados pedimos su colaboración eficiente(…)” (“No prosperó moción(…)”. La Nación, 1954, p.7).

Inmediatamente, el Ministerio de Salubridad envió a Limón al Dr. Joaquín Núñez y a una enfermera asistente, con el propósito de colaborar con el Dr. Reyes, director de la Unidad Sanitaria. El fin no era combatir la epidemia de polio que, de acuerdo con los informes, registraba pocos o casi ningún caso, sino controlar la grave epidemia de gastroenteritis, que según los propios vecinos, había producido más de quince defunciones de niños en un sólo día. “Todavía para 1961, la gastroenteritis se encontraba entre las causas más frecuentes de muerte entre 1 y 14 años” de todo el país (DGEC, 1961, p.51).

La campaña contra la poliomiélitis no había tenido el alcance esperado por las autoridades sanitarias. Ante la opinión pública, la situación no estaba lo suficientemente clara; predominaba un ambiente de confusión y además, se daban

informes incorrectos en la prensa. Este hecho hizo que nuevamente el Ministerio de Salubridad Pública pidiera a la prensa nacional, mediante un comunicado, desmentir los informes suministrados por un diario. La publicación afirmaba que el número de casos era superior a cuatrocientos, lo que era inexacto. El dato, según el mismo Ministerio, había sido mal tomado por el periódico y era probable que se refiriera más bien al número de enfermos hospitalizados para observación.

Las autoridades sanitarias consideraban que noticias alarmistas no ayudaban en nada al país, sino que acrecentaban el nerviosismo entre la sociedad. Como producto del bombardeo de informaciones imprecisas y alarmistas sobre la epidemia de polio, la población costarricense perdió el interés. Efectivamente, el cuerpo médico nacional se quejaba de que en los hogares se había hecho abandono de las precauciones que en un principio se habían tomado, y se había perdido el control ejercido sobre los niños y niñas, los cuales se exponían sin recato a la enfermedad.

Conforme avanzó el tiempo y la epidemia, en el ámbito político se cuestionó a las instituciones de salubridad y a sus representantes. En mayo de 1954, la Asamblea Legislativa promovió un voto de censura contra el Ministro de Salubridad, Dr. Rodrigo Loría Cortés, por haberse ausentado del país en tiempo de la epidemia de poliomiélitis.

En mayo de 1954, ante la incertidumbre que vivía el país respecto a este mal, tuvieron que comparecer ante la Asamblea Legislativa el ministro provisorio de Salubridad Pública, Sr. Bruce Masís, el vice-presidente de la República, Dr. Raúl Blanco Cervantes, el director de Salubridad Pública, Dr. Oscar Vargas Méndez, el director del Hospital San Juan de Dios, Dr. Antonio Peña Chavarría y el jefe de los servicios de pediatría, Dr. Carlos Sáenz Herrera. En primer lugar, tomó la palabra el vicepresidente de la República quien hizo hincapié en la fortaleza moral de la escuela costarricense, al no haber llevado la situación a los extremos del pánico, pues casi no se contaban los casos de poliomielitis en niños de edad escolar.

Posteriormente, tomó la palabra el Dr. Carlos Sáenz Herrera y luego de dar algunos datos estadísticos, indicó a los presentes que,

“(...) en el mes de mayo de 1954, el 77% de los casos correspondió a la provincia de San José; el otro porcentaje al resto del país. No todos los casos fueron de paralíticos; y el 10% no fue reconocido como de poliomielitis. En el ámbito escolar, sólo 15 se habían presentado, lo que indicaba un 3.06%, lo que vino a constituir que en la edad escolar no había sido problema” (“Se abandonan precauciones(...)”. La Nación, 1954, p.4).

En julio de 1954, se habían presentado 734 casos debidamente comprobados y diagnosticados, con base en un estudio de los síntomas y signos de la enfermedad y con la ayuda del examen del líquido espinal, especialmente en aquellos casos en que

había alguna duda para establecer el diagnóstico. De estos, la gran mayoría se atendieron en los hospitales de todo el país.

La única provincia que no tuvo casos de poliomielitis fue Guanacaste; y la que registró el mayor número fue San José.

Dos décadas después “la poliomielitis había dejado de existir en el país, porque se habían creado los mecanismos adecuados para extender los servicios de vacunación”(Mohs, 1979, p.13).

2.3. Problemas de infraestructura del Hospital San Juan de Dios (1950)

La idea de crear un hospital para la población infantil en San José, se justificó a partir del momento en que hubo la necesidad de atender a los niños y niñas separadamente de los adultos, solucionar la falta de espacio físico apropiado y buscar unas instalaciones modernas y seguras, que no existían en 1950; era necesario conseguir un nuevo lugar para instalar la consulta externa de niños del Hospital San Juan de Dios.

Un siglo después de la construcción del Hospital San Juan de Dios, éste era el más grande de Costa Rica; se encontraba, sin embargo, con algunos problemas en su infraestructura, a raíz de los temblores ocurridos en octubre de 1950, por lo que el Ministerio de Salubridad Pública tuvo que intervenir iniciando una inspección a cargo del ingeniero Oscar Rohrmoser, principalmente en el Pabellón de Niños, el cual mostraba severos daños. Sin embargo, los daños no habían debilitado la resistencia total del edificio.

Este hecho, puso en evidencia el grave problema de infraestructura del Hospital, la cual no estaba en capacidad de aguantar temblores de cierta magnitud. En 1954, otro especialista hizo un nuevo estudio e indicó que lo más eficiente del Hospital San Juan de Dios eran los servicios de cocina y lavandería; y el mayor problema era de organización:

“(...)el mayor problema del Hospital San Juan de Dios era de organización, no de falta de camas o espacio. Expresado que un Hospital debe mantener una reserva de camas, ha merecido crítica el hecho de que este Hospital, reciba más enfermos de los que cómodamente podía atender. Hay casos en que instalan los enfermos en el suelo o se colocan dos en una misma cama” (“Al enfermo(...)”Diario de Costa Rica, 1954, p. 11).

Para junio de 1954, la capacidad del Hospital San Juan de Dios se encontraba agotada. “Los pacientes se apiñaban en las pocas camas de dos en dos y los médicos y enfermeras no podían trabajar en esa forma. No se pudo pensar en una ampliación

porque se carecía de elemento humano calificado y de recursos económicos” (“Agotada la capacidad(...)”. Diario Nacional, 1954, p.12).

Inicialmente, se había diseñado un plan tentativo para remodelar el Hospital San Juan de Dios; se incluía la elaboración y revisión de planos preliminares para construir un hospital de niños, el cual iba a formar parte del sistema completo del Hospital. En 1954, se pensó en una nueva remodelación del pabellón ocupado por la Sección de Niños. La Junta estuvo conforme con que los ingenieros estadounidenses que prestaban sus servicios en el Ministerio de Salubridad se ocuparan del proyecto y así se hizo.

Un grupo de médicos a cargo del Dr. Carlos Sáenz Herrera hizo el estudio de los planos del proyecto; según su criterio, no se llenaban las condiciones requeridas y debía construirse un hospital general de niños independiente, en otro lugar. Se recomendó a la Junta pensar en la construcción de un Hospital General para Niños. Ésta aceptó el nuevo proyecto, que contemplaba todos los requisitos indispensables del nuevo hospital.

En este momento, el mayor problema para el desarrollo de la obra fue el económico; por ello, de la Junta de Protección Social de San José “nació la idea de solicitar contribuciones extraordinarias”(Brenes, 1984, p.16A), las que serían

canalizadas por el Comité Pro Construcción del Hospital de Niños, el cual estaría conformado por personas que representarían a la Junta, al Servicio Cooperativo Interamericano de Salud Pública³⁹ y al Consejo Técnico Médico Social.

Mientras se ejecutaba el proyecto, aumentaba la falta de instalaciones adecuadas en el Hospital San Juan de Dios; éste había enfrentado un incremento en el número consultas de niños y niñas menores de 14 años, las que se atendían con grandes limitaciones.

El Servicio de Pediatría se había iniciado con una capacidad limitada de atención y, en poco tiempo, llegó a tener ocupadas todas sus camas. Otro problema fue el hacinamiento producido por la población adulta, que asistía al Hospital simultáneamente y que no permitía una atención eficiente. Estas valoraciones, así como la necesidad de tener una infraestructura adecuada para la atención de la población infantil, justificaron las iniciativas encaminadas hacia la construcción del Hospital Nacional de Niños. La medida propuesta permitiría, a mediano plazo, el acomodamiento de la consulta externa la que, desde 1949, había funcionado en casa

³⁹ Programa antecesor de la Agencia Interamericana de Desarrollo (AID).

propiedad del Ministerio de Salubridad Pública, ubicada en una área alejada del hospital, con los consiguientes inconvenientes y limitaciones para la atención integral del niño y niña enfermos.

Otro elemento que complicó la situación del Hospital San Juan de Dios y que constituyó un factor determinante de gran presión a favor de la construcción del Hospital de Niños, fue el creciente aumento de la población a partir de 1927. “Así en la segunda mitad del siglo XX, Costa Rica había pasado a ocupar el primer lugar en natalidad de América y tercero en el mundo” (Sáenz, 1957, p.7).

En la década de 1950, antes de decidirse la construcción del Hospital Nacional de Niños, se habían discutido numerosas alternativas, pues jugaba un papel muy importante el costo de cada una de ellas. Cualquier reforma que se hubiera realizado a la Sección de Pediatría del Hospital San Juan de Dios, era altamente costosa y no se hubieran resuelto los problemas de planta física, sobre todo los derivados del factor distancia entre la sección y los diferentes servicios.

Además, una vez eliminada la Sección de Pediatría, “podría servir mediante una pequeña inversión, para crear una maternidad nacional o para albergar completa la sección de medicina del hospital de adultos muy dispersa en salones que en algunos aspectos técnicos dejaba mucho que desear” (JPSSJ. Acta #34, 1955, p.297).

Cabe preguntarse si el proyecto de creación de un hospital de niños en Costa Rica, se justificaba realmente o simplemente era la intención de construir una obra más. En este sentido, una vez que se creó el Patronato Nacional de la Infancia en 1930, también se había establecido el reglamento sobre la protección a la población infantil, en el cual uno de los artículos manifestaba que, “el niño tiene derecho a la satisfacción de sus necesidades primordiales, alimentación, vestido, vivienda, curación, y a todos aquellos métodos higiénicos que aseguren la conservación y desarrollo de su estabilidad” (PANI, 1930, p.13).

En consecuencia, el reto de dicho hospital, era no solamente el “combatir muchas enfermedades que afectaban a la población infantil y que producía una alta mortalidad intra hospitalaria que para 1965 se encontraba en 6.1⁴⁰” (HNN., 1999, p.69), sino también complementar el papel del Estado, en el cumplimiento de ese reglamento que venía desde 1930.

El Patronato Nacional de la Infancia, las enfermedades y la alta mortalidad infantil, obligaron al Estado a ponerle atención a la población infantil costarricense y,

⁴⁰ Tasa calculada a partir del total de egresos, entre el número total de defunciones en ese año.

aunque se había construido un Hospital de Niños en Cartago, este había resultado insuficiente. El hospital que se construiría en San José, para 1954, daría ayuda no solamente a los enfermos de poliomielitis, que eran relativamente pocos, sino que, además, prestaría sus servicios en la atención de otras enfermedades cuyo porcentaje era alto como: “anemias, enfermedades del corazón, bronconeumonía, bronquitis, gastroenteritis y colitis”(DGEC., 1962, pp.38-50). Se atenderían casos de verdadera urgencia, en una relación de uno que había padecido poliomielitis a noventa y nueve que padecían otras enfermedades poco conocidas por el público y que no se presentaban en forma violenta como la poliomielitis.

Sin embargo, pese a esta problemática, la mayor oposición a la construcción de un Hospital de Niños en San José, provino de la Dirección del Asilo Chapuí, la que consideraba que dicha institución afectaría las instalaciones del Hospital Neuropsiquiátrico, por cuanto el edificio se iba a levantar en los jardines de este. Dicha posición, con el tiempo, perdió fuerza al no ser respaldada por el Consejo Técnico; al final, el proyecto se aceptó, en el entendido de que el perjuicio que sufriría el Hospital Neurosiquiátrico, desaparecería con su traslado a otro lugar.

3. Financiamiento del Hospital Nacional de Niños (1954-1964)

3.1. Primera etapa: Campaña inicial de recolección de fondos, 1954

El proyecto de construcción del Hospital Nacional de Niños fue propuesto e ideado en 1954, por el Dr. Carlos Sáenz Herrera, después de producirse la epidemia de poliomielitis, la que había puesto en evidencia los problemas de infraestructura del Hospital San Juan de Dios. Su apertura se produjo diez años más tarde, en mayo de 1964.

Los primeros recursos económicos se recogieron, a partir de una campaña nacional pro-construcción del Hospital de Niños, a finales de 1953 y principios de 1954, a través de la emisora "La Voz de la Víctor" y diversos periódicos del país. Campaña realizada por el Comité, en la que se contó con la presencia de muchas personalidades, entre otras, el arzobispo de San José, Monseñor Odio Herrera, "el cual pidió la colaboración de todos, ricos y pobres, a fin de construir una nueva institución de bien social" ("Campaña Nacional...", La Nación, 1954, p.18).

Se recibieron muchas contribuciones de dinero, que se midieron en un "termómetro", ubicado en el Parque Central de San José, provenientes de diversos

empresas privadas, del Estado y de personas particulares de todo el país como: San José, Pococí, Paraíso, Santa Cruz, Cartago, Turrialba y Belén. Se llegó a recoger, en esa primera operación, más de un millón de colones, gracias a la contribución de los costarricenses y extranjeros. Según un informe suministrado por el Banco Nacional de Costa Rica, “a enero de 1954, se llegó a tener un saldo general de ₡132.442.35 y los fondos crecían cada día según los cortes semanales” (“Campaña Nacional(...)”. La Nación, 1954, p.18).

En junio de 1954, se hizo el primer traslado de fondos Pro Construcción del Hospital del Niño, a la Junta de Protección Social de San José, en la cuenta de ésta y del Fondo Pro-Construcción. La Junta asumió el traspaso de fondos del Comité Pro-Construcción del Hospital del Niño; a su vez, instó a los ex-miembros de este Comité, a reanudar la actividad y contribuir con la obra en proyecto, en cuanto a asesoramiento a la Junta en la inversión de los fondos y en cuanto a vigilancia de los trabajos. Finalmente, la Junta pidió autorización a la Contraloría General de la República, previo permiso del Comité Pro-Construcción, y para ubicar los bonos dados por el gobierno para el proyecto.

3.2. Segunda etapa: El Comité y la Junta de Protección Social de San José

El Comité Central⁴¹ fue una organización de carácter privado que tuvo a su cargo la construcción, así como la solución del problema económico del Hospital Nacional de Niños. Entre las medidas que se tomaron estuvieron reunirse con el Presidente de la República y ordenar un nuevo estudio sobre el programa de necesidades para un edificio de cinco pisos. Este se pudo realizar en un breve plazo y a un costo mínimo, por la colaboración recibida de parte de los ingenieros extranjeros y nacionales, así como por el apoyo de un grupo de médicos que aportaron sus gestiones al plan general. Quedó pendiente la propuesta hecha por el Comité Económico, para que el Ministerio de Salubridad Pública ordenara la elaboración de los planos estructurales. Este punto fue solventado por el Servicio Cooperativo, el cual hizo un aporte económico para establecer y organizar una Oficina de Ingeniería, siempre que la Junta de Protección Social estuviera dispuesta a colaborar, para la apertura de la nueva oficina que estaría bajo la dirección técnica y administrativa del arquitecto Peter Phisterer.

⁴¹ El Comité fue creado por la Junta de Protección Social de San José, estuvo integrado por el Dr. Carlos Sáenz Herrera, el Dr. Raúl Blanco Cervantes, Sr. Jorge Campabadal P, Sr. Fernando Cañas V., Sra. Ana C. Barrios de Cartín, Lic. Hernán González G., Dr. Rodrigo Loría C., Dr. Antonio Peña Ch., Lic. Daniel Quirós S., Sr. Ramón Ramírez A., Sra. Lucía Casorla de Salazar.

En un principio, la Junta se comprometió a colaborar en todo lo relacionado con el planeamiento del Hospital, menos en las cuestiones económicas. “Esto por cuanto la situación económica de la Junta no era muy buena”(JPSSJ., Acta #43, 1955, pp.401-407).

Lo que sí se afirmó y dio a conocer, fue el proyecto de convenio entre el Ministerio de Salubridad Pública, el Servicio Cooperativo, el Instituto de Asuntos Interamericanos y la Junta de Protección Social de San José, los que se comprometieron a mantener la referida oficina de ingeniería, en un pabellón del Hospital de Tuberculosos, por un año. Este plazo era necesario para preparar los planos que comprendía el proyecto arquitectónico general; una vez que estos estuvieron listos, vendrían los técnicos extranjeros a encargarse del desarrollo de la obra.

El Comité Pro Construcción se reunió con el presidente de la República, Sr. José Figueres, y apreció de él un ambiente favorable para la solución del problema económico. El Presidente, de manera verbal, se comprometió a aportar ₡8.000.000.00, para la construcción del nuevo edificio enfatizando que “si fuera necesario, se detendría la ejecución de ciertas obras del programa de gobierno para dar preferencia al Hospital para Niños”(JPSSJ., Acta #43, 1955, pp.401-407).

El panorama se volvió favorable al proyecto y, con optimismo, el Comité le expuso a la Junta, que lo único que se le pedía por el momento era el terreno para construir el hospital. La Junta aprobó la compra del terreno ubicado en la parte noroeste del Asilo Chapuí y contribuyó con la suma de $\approx 300.000.00$, del Fondo Pro Construcción del Hospital Nacional de Niños.

La cuestión económica fue motivo de comentarios, opiniones y conceptos diversos en la sociedad. Se consideró necesario entonces la participación de un Comité que estudiara a fondo el tema e indicara a la directiva de la Junta, en qué forma ésta podía arbitrar recursos para la construcción del nuevo hospital, y cuáles eran las necesidades de equipo y mantenimiento de los servicios.

Otro aspecto que logró resolver el Comité Ejecutivo, fue la confirmación de su capacidad para refrendar, a nombre de la Junta, las facturas presentadas por el contratista de la obra, así como para efectuar las gestiones ante la Misión de Operaciones del Gobierno de los Estados Unidos de Norteamérica, a fin de establecer y administrar el fondo rotativo proveniente del empréstito que había sido concedido por aquel gobierno. Esto fue necesario, por cuanto se debió agilizar el proceso de refrendo.

El último escollo que tuvo que enfrentar el Comité fue la incertidumbre ante la falta de un pronunciamiento, de parte de la Contraloría, para que el Ministerio de Salubridad diera cierta cantidad de dinero al proyecto. Este hecho justificó las iniciativas encaminadas hacia la búsqueda de formas alternas de obtener recursos económicos para la construcción del Hospital. No obstante, siguieron días de intensa labor y, una vez con el proyecto bien adelantado, el Comité Pro Hospital del Niño decidió, en enero de 1955, como una última medida, explicar la importancia del proyecto a la Junta de Protección Social de San José. Se hizo referencia al desarrollo de la salud pública del país, “con lo cual había cambiado por completo el aspecto de morbilidad originada en el paludismo, la tuberculosis, afecciones de la infancia y otros males endémicos” (JPSSJ., Acta #30, 1955, s.p.). Se mostraron los planos, la maqueta y la distribución de los servicios; se dio una explicación pormenorizada del proyecto, el cual había sido calificado de magnífico y había sido objeto de elogio en Washington; a su vez, sería construido en el sector occidental del Asilo Chapuí, frente a la calle 20, en una área de 1300 metros cuadrados; se calculaba que sólo el edificio costaría entre 6 y 8 millones de colones.

Para la construcción del segundo hospital de niños en Costa Rica, el Ministerio de Salubridad, de un empréstito adquirido y de la suma correspondiente a instituciones hospitalarias nacionales, había destinado “un millón de colones para dar inicio a la construcción y otra cantidad igual la gestionó ante la Asamblea Legislativa” (JPSSJ., Acta #23, 1956, pp.90-91). No siendo suficiente estos fondos, se

tuvo que solicitar la aprobación del empréstito por el Export-Import Bank (Eximbank)⁴². En este sentido, la Dirección General de Asistencia Médico-Social debió convencer al Punto IV de que financiara la obra, algo de lo que no estaban muy de acuerdo en hacer. No obstante, simultáneamente a la negociación con el Eximbank, apareció un italiano en Costa Rica, el cual ofreció financiar la construcción.

La Dirección General decidió utilizar al italiano “como el catalizador y así presionar al Punto IV (USOM). De antemano, se sabía que el italiano era poco serio”(Arrea 1997, Comunicación personal), pero se le dio importancia a la oferta, para lo cual se reunió con él en varias ocasiones con el fin de discutir los planos. Conocida por el Punto IV la negociación, inmediatamente decidió otorgar el empréstito para la construcción del hospital. Una vez que el acuerdo estuvo firme, en abril de 1957, el Congreso convocó a una sesión extraordinaria y, por unanimidad, en segundo debate, aprobó el empréstito del Eximbank, por \$2.000.000. Este préstamo vendría del fondo establecido por la Ley de Seguridad Mutua de 1956, encargada de promover el desarrollo económico de América Latina, mediante la financiación de programas de salud pública y educación.

⁴²Este empréstito se suscribió bajo condiciones muy favorables en cuanto a plazo para la amortización y tipo de interés. El acuerdo del Proyecto fue firmado en San José, en abril de 1957, por el Dr. Máximo Terán Valls, Ministro de Salubridad Pública y el Sr. Raymond Smith, Director a.i., del Punto Cuarto (USOM) en Costa Rica.

Los planos de trabajo y sus especificaciones, no se pudieron elaborar en Costa Rica, por falta de experiencia en este campo; en este sentido, se tomó el acuerdo de “contratar una firma extranjera con el objetivo de capacitar a los ingenieros nacionales en la elaboración de planos para hospitales” (Arrea, 1997, Comunicación Personal).

En esas condiciones, en mayo de 1956, financiado por la Junta y el Servicio Cooperativo, este último contrató la firma de ingenieros y arquitectos White, Noakes y Neubauer de Washington D.C. Los planos fueron revisados por los técnicos de la División de Facilidades Hospitalarias del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos de América. La supervisión de los trabajos estuvo a cargo de la firma Herrera, Noakes y Neubauer. Cinco ingenieros costarricenses se trasladaron a Washington para participar en la confección de los planos de trabajo, produciéndose algunas discusiones entre los arquitectos nacionales y los extranjeros. Entre los puntos cuestionados, estuvo el diseño de balcones que, según la parte costarricense no eran funcionales y, además, resultaban sumamente peligrosos; en cuanto a este y otros detalles el tiempo les daría la razón a los nacionales.

Una vez que se corrigieron los problemas técnicos y económicos, todo estaba programado para iniciar la construcción del edificio, a finales de 1956. El proyecto era viable, en tanto la Junta se decidiera a colaborar de lleno en la ejecución de la obra.

Para este momento, “se tenía un presupuesto aproximado de ₡10.000.000.00” (JPSSJ., Acta #43, 1955, pp.401-407).

En mayo de 1957, se le entregaron los planos y las especificaciones de trabajo del nuevo hospital, a la Junta de Protección Social de San José. Esta agradeció a todas las personas, entidades y organismos que habían colaborado y la confección de dichos planos. Luego trasladó el expediente a la Dirección General de Asistencia Médico-Social, para la elaboración de los carteles de las diferentes licitaciones. La licitación para la construcción del edificio fue publicada en abril de 1959. De las ocho ofertas válidas recibidas y con base en un minucioso estudio legal, técnico y económico, el Comité Ejecutivo del Hospital recomendó a la Junta de Protección Social de San José, la oferta presentada por EDICA Ltda., Arguedas, Dobles y Soto.

El contrato fue suscrito en octubre de 1959. El domingo 1° de noviembre de ese mismo año, en las oficinas de la Junta, se firmó el contrato por un monto de ₡14.106.000.00, entre ésta y la empresa constructora costarricense Edificios y Carreteras (EDICA LTDA). Por su cuantía, fue el mayor contrato dado para la construcción de un edificio en Costa Rica hasta ese momento; lo más satisfactorio fue que se le hubiera otorgado a una empresa constructora netamente nacional, de amplia trayectoria, después de haber participado en la licitación pública del Ministerio de

Salubridad Pública y de la Misión de Asistencia Técnica del Punto Cuarto, acreditada en Costa Rica, en competencia con varias firmas nacionales y extranjeras.

Este hospital, sería el mayor edificio en su género que se iba a construir en Costa Rica. De ahí la gran expectación generada en la sociedad costarricense. Inicialmente, se proyectó con una capacidad máxima para 483 camas, 6 pisos, un amplio sótano, una escuela primaria y biblioteca adecuada, campos de juego y rehabilitación decorados con motivos infantiles, jardines, urbanización exterior y con 16 mil metros cuadrados de construcción aproximadamente. Para este edificio se habían tomado en cuenta todo tipo de instalaciones médicas, de acuerdo con lo más adelantado de la ciencia, la ingeniería y la mecánica, para prestar servicio por un lapso de 25 a 30 años.

El trabajo se inició en noviembre de 1959, y finalizó en marzo de 1962. Fue desarrollado por el arquitecto de hospitales, Peter Pfisterer, con la asesoría del Sr. Joseph J. Doney, consultor de hospitales, mediante el Servicio Cooperativo Interamericano de Salubridad Pública y del Punto Cuarto.

La construcción implicó una gran cantidad de trabajos para los cuales no existía experiencia previa en el país, sobre todo en cuanto a la instalación mecánica que, sin lugar a dudas, era la más complicada que se había realizado hasta ese momento; ya

que incluía nueve sistemas diferentes de tuberías; esta labor estuvo a cargo del ingeniero Walter Sagot Castro, Decano de la Escuela de Ingeniería de la Universidad de Costa Rica.

De esta manera, el Estado costarricense, a partir del desarrollo socioeconómico, político e higiénico de la segunda mitad del siglo XX, por medio de las autoridades médicas y los funcionarios públicos conscientes de la problemática higiénica del país, supieron canalizar diferentes factores para la consecución de diversos proyectos y este fue el caso del Hospital Nacional de Niños.

3.3. Tercera etapa: culminación de la obra

A los pocos días de finalizada la obra, en una recepción ofrecida a miembros de la prensa escrita y de la radio, por parte del Comité Central Pro-Hospital de Niños, se agradeció la cooperación a dicho sector. Se enfatizó la colaboración recibida por parte del Estado, del pueblo costarricense, la empresa privada y al aporte dado por el gobierno de los Estados Unidos. Mediante el "Plan de Alianza para el Progreso", impulsado por el Presidente John F. Kennedy, se dieron los últimos lineamientos y el hospital se pudo terminar mucho antes de la firma, en Uruguay, de la "Carta de Punta del Este". Quedó pendiente, solamente, conseguir los fondos para su funcionamiento; en ese sentido, inmediatamente apareció un proyecto denominado "Plan para financiamiento del

Hospital ya funcionando”, el que fue presentado por el Gobierno a los personeros de la “Alianza para el Progreso” y al mismo Presidente Kennedy. El proyecto consistió en una ayuda decreciente, que llegaría a desaparecer cuando el Seguro Social asumiera el pago de los pacientes asegurados y atendidos en el hospital.

“En 1964 Alianza absorbería la mitad de los gastos, como donación y la Junta de Protección Social el otro 50 por ciento. (...)En 1965, Alianza aportaría un 40 por ciento y Costa Rica un 60 por ciento; en 1966, Costa Rica un 70 por ciento y Alianza un 30 por ciento y así sucesivamente hasta el año 1969 en que, Costa Rica correría con todos los gastos de operación del Hospital”(“El Hospital Nacional(...)”. La Nación, 1963, p.37).

El proyecto era viable, en la medida que la Caja Costarricense de Seguro Social enviara a los pacientes infantiles al hospital y pagara su estancia; a la vez, con los ingresos de la Junta provenientes del cobro del timbre hospitalario, la ley de financiación hospitalaria, respecto a estos ingresos se suprimieron al aprobar la Asamblea Legislativa, en 1963, los convenios de integración económica centroamericana, la lotería y la colaboración del pueblo de Costa Rica, por medio de la Feria de las Flores.

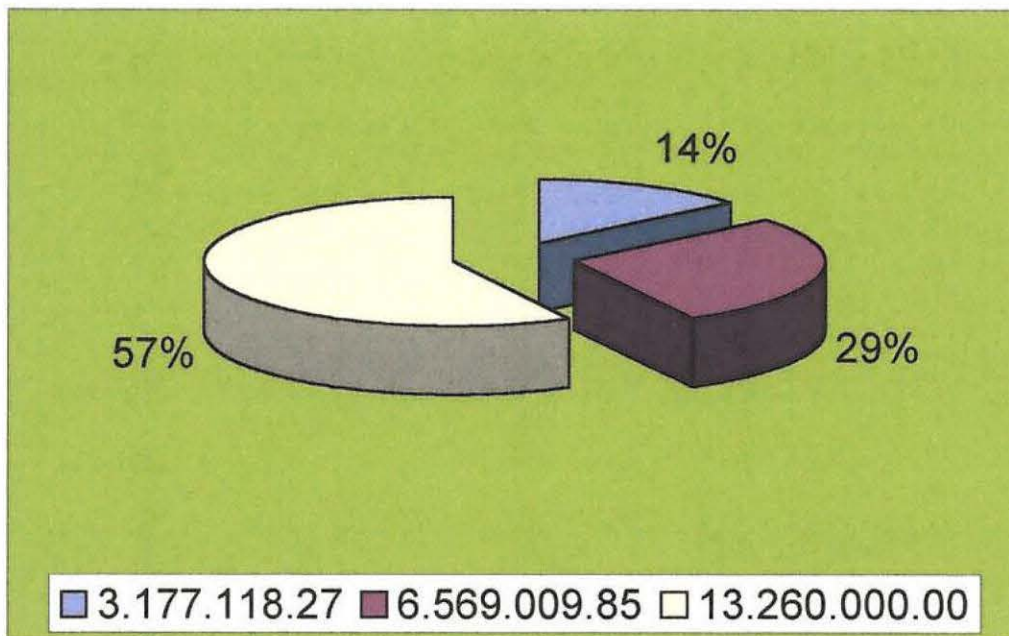
En 1963, el Comité Central Pro-Construcción del Hospital, empezó a recibir ingresos de la Feria de las Flores. Simultáneamente, el Presidente John F. Kennedy, aprobó el plan propuesto y así lo comunicó al Presidente, Francisco J. Orlich; además, se hizo entrega de un “cheque por ₡870 mil colones equivalente a 130 mil dólares a través

de la Agencia Internacional de Desarrollo, para la compra de equipo”(“Totalmente financiado(...)”.La República, 1963, p.5).

Sin embargo, en este mismo año, la Junta tenía un déficit de once millones de colones, aunado lo anterior a una serie de apelaciones por parte de la industria nacional. Para agosto del mismo año, una vez superados estos escollos, la Dirección General de Asistencia Médico-Social anunció la apertura de nuevas licitaciones públicas para importar el instrumental quirúrgico faltante; lo más importante era que los proveedores cumplieran con las especificaciones de mantenimiento y existencia de repuestos. Aunque el Hospital se inauguró oficialmente en mayo de 1964, dos años antes la Junta de Protección Social había iniciado la compra de alrededor de 6000 artículos.

Detrás de todos los esfuerzos tendientes a impulsar la financiación, construcción y equipamiento del Hospital de Niños, se encontraba la Junta de Protección Social. Esta estudiaba cada caso y tomaba la decisión correspondiente, como fue en su momento, la negociación con la Agencia Internacional para el Desarrollo. Por supuesto, estos esfuerzos fueron apoyados por el pueblo de Costa Rica y el Estado, los que siempre habían respondido abiertamente ante cualquier ayuda que se pidiera para el nuevo Hospital.

Figura 5 Dinero recaudado para la construcción del Hospital Nacional de Niños, 1954-1964



Fuente: - H.N.N ., Reseña Histórica del Hospital Nacional de Niños, 1976, pp.7-11. -Comité Pro Construcción del Hospital de Niños, La Nación, 24 de mayo de 1964, p.42.

La Figura 5 refleja el aporte económico dado al proyecto desde su inicio, el cual había sido aceptado plenamente por toda Costa Rica. El aporte económico brindado por el pueblo mediante la “Feria de las Flores”, la Junta de Protección Social de San José y otras donaciones de particulares fue de un 14%, del gobierno de Costa Rica, por medio del otorgamiento de bonos un 29% y la suscripción del empréstito del Eximbak un 57%. Como resultado de la campaña, los fondos recolectados y disponibles llegaron aproximadamente a ₡1.800.000, por lo cual se debió buscar financiamiento y ayuda económica del Estado. La falta de recursos económicos en un inicio hizo que el Comité sugiriera que, de no ser realizable el proyecto total por

razones económicas, se construyeran al menos el primer y segundo piso destinados a consulta externa y servicios auxiliares. Un factor a favor del proyecto fue que en el presupuesto nacional de 1956, el Gobierno incluyó un fuerte auxilio para la construcción del Hospital. Así mismo, se recomendó pero no se ejecutó, el inicio de las gestiones para que el 2% concedido por ley a la Universidad de Costa Rica, se aplicara a las necesidades del nuevo Hospital, de acuerdo con los fines docentes que fueron creados al momento de establecer la Escuela de Medicina.

3.4. Financiamiento para el funcionamiento del Hospital Nacional de Niños (1964)

Ante el problema económico del Hospital, el Comité Ejecutivo sugirió la posibilidad de establecer en el país las carreras de caballos cuyos ingresos serían a favor del nosocomio. Por tal motivo, se elevó la solicitud para que fuera sometida a consideración del Consejo Técnico de Asistencia. Desde mayo 1961, se habían tenido conversaciones con personeros de la Asociación Hípica Nacional, quienes reiteraron el deseo de que el hospital administrara las carreras de caballos, mediante una ley que le permitiera explotar y beneficiarse de ese negocio. Se instó a la Junta para que formulara un proyecto de ley con tal propósito; sin embargo, pese a la fuerte insistencia de los aficionados a las apuestas, la idea no prosperó.

Frente a la escasez de fondos, se tuvo que negociar un préstamo en la Caja Costarricense de Seguro Social, por la suma de ₡2,000,000.00, a un plazo de 18 meses. Se necesitó la autorización de la Junta para dar en garantía de crédito, los bonos del Estado en su poder. El objetivo de tal operación “fue el de no sacar a venta en licitación los bonos del 7% de la deuda pública 1959 y tratar luego de obtener un mejor precio” (JPSSJ., Acta #14, 1960, p.265).

La negociación se había presentado en agosto de 1960; el Poder Ejecutivo había solicitado aprobación para la primera venta de los bonos de ₡5,000,000.00. Se propuso vender hasta trescientos mil colones, esta vez de acuerdo con autorización concedida por el Banco. El Comité Ejecutivo del Hospital, en relación con los bonos entregados a ese organismo por Ley de Fomento Económico, de noviembre 1959, pidió a la Junta aprobar la segunda venta hasta por trescientos mil colones, mediante licitación pública. La Junta recomendó que se creara una reserva de por lo menos un 25% del monto, la cual serviría para cubrir una probable depreciación en el mercado de los bonos, al tener que venderlos para la cancelación de la suma prestada.

En noviembre de 1962, la situación financiera del Hospital era tan delicada, “que no le permitió hacer frente a la obligación de pagar a la empresa constructora, una suma mayor de cuatrocientos cincuenta mil colones, si no era recurriendo a una reserva en bonos; los cuales se encontraban altamente depreciados en el mercado de

valores” (JPSSJ., Acta #24, 1962, p.276).

“La difícil situación económica del Hospital, y la falta de una fórmula apropiada para la financiación del mismo por parte del Estado y la Junta” (JPSSJ, Ata #4, 1963, p.255), obligó al Dr. Carlos Sáenz Herrera a solicitar un permiso sin goce de salario, por tres meses, para ausentarse de sus labores como director del hospital y fungir únicamente como jefe de la Sección de Pediatría del Hospital San Juan de Dios, con la esperanza de que durante ese tiempo se encontraran los medios que hicieran posible la financiación necesaria para la operación parcial o total del centro hospitalario.

Estimaron los encargados de poner a funcionar dicho nosocomio que, de no contarse con el recurso económico necesario para garantizar esa operación, lo prudente sería no abrirlo. Se señaló que la Sección de Pediatría representaba para la Junta un gasto “aproximado a los cuatro millones de colones, de los cuales un millón correspondía a gastos administrativos que no tendrían variación con el traslado de esa Sección al Hospital Nacional de Niños” (JPSSJ, Acta #18, 1963, p.497). En cambio, los sueldos y gastos directos como alimentación y medicinas, sí iban a significar una rebaja en el presupuesto del Hospital San Juan de Dios.

Se esperaba que la Junta diera al hospital, una subvención de dos millones en el primer año, monto que iría disminuyendo anualmente, conforme se incrementaran las rentas propias del nosocomio; en ese momento, esta era la única forma de poder iniciar su operación. Para la Junta, el monto solicitado no significaba variación en la economía de 1964; por ello aprobó el auxilio económico. Pero sí en los años sucesivos, porque al haber gastado el último recurso extraordinario de que se disponía, no podría asumir el compromiso de mantener subvención alguna, a menos que se le crearan nuevas rentas, en cuyo caso, era mejor que se destinaran al hospital directamente.

Para iniciar las labores, se debió conseguir cuatro millones y medio de colones, provenientes del Seguro Social y de la Junta de Protección de San José, por concepto de pensión y del timbre hospitalario, y con los tres millones del impuesto de consumo, que ya estaba aprobado, se completaron los siete y medio millones que se necesitaban anualmente.

Concluido el edificio, era urgente abrir sus puertas lo antes posible debido a la crisis del Hospital San Juan de Dios y del Hospital Central o Policlínico⁴³, cuyas instalaciones eran inadecuadas para un eficiente servicio médico-quirúrgico.

⁴³Actual Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia.

A mediados de 1963, continuaba la falta de recursos económicos para trabajar el primer año y por supuesto los siguientes. Se recibieron varias donaciones, las cuales fueron trasladadas por el Presidente de la República y el Ministro de Salubridad, según las disposiciones del Convenio General para la Cooperación Económica, Técnica y de Asuntos Afines entre Costa Rica y Estados Unidos, a la Junta de Protección Social de San José. Pero el problema era de tal magnitud, “que ni las sumas donadas y recaudadas anteriormente, eran suficientes para poner a funcionar el Hospital” (JPSSJ. Acta #18, 1963, p.496).

Imperó el criterio de no arriesgarse a abrir el hospital, para luego tener que verse en el caso de esperar las subvenciones del gobierno las que, como sucedía en los restantes hospitales del país, siempre estaban atrasadas. Fue necesario, por lo tanto, conseguir una renta fija, una entrada mensual propia para su mantenimiento.

Para tal efecto, se propusieron varias fórmulas; una de ellas provino del Poder Ejecutivo y de la Cámara de Transportes, los cuales estaban dispuestos a provocar un alza en el servicio de transporte remunerado de personas; se alegó que, tanto el Poder Central como la Junta de Protección Social, no estaban en capacidad de hacer un desembolso de cerca de dos millones de colones, cantidad requerida para el funcionamiento de la nueva instalación. La Cámara ofreció la suma de tres millones anuales mediante el reajuste de las tarifas. Previo al estudio del costo de operación, se

dijo que con un aumento de ₡0,25, se podría poner a funcionar el hospital. Sin embargo, la opinión pública dudó del ofrecimiento de dos y medio o tres céntimos, debido a que el Consejo Superior de Tránsito había cancelado la línea que hacía el servicio de las ciudadelas de Hatillo. En este sentido, la Cámara de Transportes manifestó que dicha propuesta había sido presa de un ataque sistemático e injusto por parte de algunos demagogos; por ello, desde ese momento, se consideró relevada del compromiso.

A finales de 1963, se esperaba tener solventada la situación económica y haber recogido entre 16 y 20 millones. Para ello se recurrió a entradas adicionales que fortalecieran a la Junta de Protección Social, como el pago de las estancias de pacientes asegurados por la Caja Costarricense de Seguro Social, lo cual abarcaría aproximadamente la mitad de la población del Hospital de Niños. Por concepto de venta de servicios, se esperaba recibir un millón de colones anuales; y, en última instancia, de persistir el problema, se pensó en traspasar el hospital al Seguro Social, una vez que esta institución extendiera de protección familiar a todos los asegurados del Área Metropolitana.

Por otro lado, la Junta envió al Presidente de la República, Sr. Francisco J. Orlich, una carta, en junio de 1963, en la que exponía las dificultades económicas que se tenían para cubrir las necesidades diversas del Hospital San Juan de Dios, Hospital

Chapuí y otras dependencias a su cargo. La nota se orientó a pedir que le fueran traspasados los excedentes económicos de la Corte Suprema de Justicia que, de acuerdo con la Constitución Política, pasaban al Tesoro Nacional, a partir de 1964 y en los años siguientes y así se hizo.

Se propusieron y no se ejecutaron otras formas de financiar al hospital, como el impuesto de consumo a los productos industriales, el cual, al ser enviado a la Asamblea Legislativa, generó la reacción contraria de la oposición al Partido Liberación Nacional porque “el Gobierno había incumplido leyes que le ordenaban proveer de fondos a diversas instituciones del Estado” (“Demagogia ayuda(...)”. Diario de Costa Rica, 1963, p.15).

Otro plan, presentado a la Asamblea Legislativa en 1963, que tampoco prosperó, fue el de crear una ley mediante la cual los ingresos que devengaban la Dirección del Registro, las gobernaciones, jefaturas políticas y demás autoridades que por ley celebraban matrimonios civiles, fuesen a dar al fondo del hospital. En octubre de 1963, se propuso finalmente ante la Asamblea Legislativa, crear un impuesto de consumo, pero el proyecto quedó fuera del presupuesto por no ser prioritario.

Todas estas propuestas económicas a favor del hospital, evidenciaron el problema de crear instituciones sin el respectivo contenido presupuestario para su

funcionamiento. El factor económico había quedado fuera de toda planificación y esto justificó, en gran parte, la reacción de algunos diputados. Por esta razón, una vez en la Asamblea Legislativa el problema económico del hospital, se promovieron otros impuestos como el timbre hospitalario tendiente a solventar la crisis financiera de los hospitales.

Los diputados Villalobos Dobles y Cordero Croceri ante esta problemática solicitaron que, al término de tres años, todos los centros médico-asistenciales fueran administrados por el Seguro Social. Esta moción generó reacciones a favor y en contra que evidenciaron otros problemas como el de las pensiones, la mala utilización de los recursos económicos, el localismo, la falta de tecnicismo, los presupuestos mal elaborados, la falta de un proyecto de salud, la universalización y la falta de estudios serios que garantizaran la factibilidad del traspaso a la Caja.

Hubo expresiones peyorativas respecto al hospital, como la brindada por un diputado quien habló de “hospitalitos elefantitos blancos, que se idean(...), que parece no ser necesario y no tiene cómo mantenerse” (“Hay ambiente en(...)”La República, 1963, s.p.). Con posiciones tan negativas, quedó evidenciado el desconocimiento total por parte de un sector de la Asamblea Legislativa y de la sociedad costarricense, de la función que vendría a desempeñar el nuevo hospital en el futuro.

Se idearon diversas fórmulas encaminadas a buscar el financiamiento de la Junta de Protección Social y del Hospital de Niños. La razón fundamental fue que no se podía posponer por más tiempo la atención de la población infantil, debido a que se tenía un edificio planeado y construido para tal fin, un equipo prácticamente financiado y listo para servir en la primera parte de 1964, y un personal entrenado que laboraba en difíciles condiciones materiales en la Sección de Pediatría del Hospital San Juan de Dios. La razón que justificó la urgente apertura del hospital fue, la necesidad de atender pacientes infantiles; por ejemplo, niños y niñas que padecían trastornos mentales y otras enfermedades crónicas que no eran tratados debidamente por falta de medios e instalaciones especializadas.

En algunos centros extranjeros, se había logrado resolver adecuadamente la atención hospitalaria, por medio de personal de tiempo completo; a la vez se había logrado, no sólo enfocar problemas de salud preventivos o asistenciales, sino también, realizar labores de docencia e investigación. Esta medida se implementó en el hospital, y procuró hacer que el médico concentrara su esfuerzo en una sola institución y que, con el advenimiento de la Escuela de Medicina y la creación de las cátedras de Medicina y Cirugía infantiles, reforzara hasta cierto punto el personal médico quirúrgico.

Después de un largo proceso de formación y selección de profesionales, que sentaran las bases del hospital y lo proyectara hacia el futuro, especialmente para

cuando creciera el número de habitantes y las necesidades fueran mayores en la población infantil, el centro contó con el recurso humano idóneo para el inicio de labores.

En esta primera etapa de acomodamiento, se requirieron mayores recursos económicos para financiar las nuevas plazas, los sueldos fijos de la institución, las prestaciones, las remuneraciones especiales y los seguros de riesgos profesionales.

Simultáneamente, en este período entró a funcionar la Asociación Pro-Hospital Nacional de Niños y el Patronato. Los antecedentes de esta Asociación se encuentran en las primeras Juntas de Caridad, cuyo objetivo inmediato era proveer de todo lo necesario al Hospital San Juan de Dios; en este caso, le correspondió a esta nueva Asociación ayudar a la consolidación del Hospital Nacional de Niños, mediante la captación de recursos económicos y la instauración de un nuevo modelo de administración hospitalaria.

En septiembre de 1963, la Junta de Protección Social de San José dio los pasos necesarios para que se constituyera un Patronato o Junta Directiva Provisional en el Hospital, el cual iba a estar integrado, desde su inicio, por la Asociación Pro-Hospital Nacional de Niños, cuya directiva iba a tener bajo su cuidado la administración de este

centro infantil, previo aval de la Asamblea Legislativa, mediante el proyecto de Ley correspondiente.

La Junta de Protección delegó sus funciones, en todo lo referido al manejo de los asuntos propios del Hospital de Niños, a la Junta Directiva Provisional (Patronato), que continuaría con las funciones que hasta entonces y por varios años estuvieron a cargo del Comité Ejecutivo.

El Patronato, creado en abril de 1964, cuya base había sido la Asociación Pro - Hospital Nacional de Niños, declaró al hospital una unidad más del sistema hospitalario nacional, bajo la administración del Patronato. Además, se le transfirieron a esta pequeña junta, la responsabilidad de la administración del hospital, y la fiscalización económica y técnica a cargo de la Dirección General de Asistencia Médico Social del Ministerio de Salud Pública.

En esta coyuntura, la Feria de las Flores⁴⁴ sirvió de base a la Asociación para que, en todo momento, el hospital tuviera ingresos adicionales y no dependiera tanto

⁴⁴ Tierra Blanca de Cartago fue donde surgió la primera Feria de las Flores, en 1954. Fue retomada en 1958, a favor del Hospital Nacional de Niños, como una forma alterna de conseguir recursos económicos.

de los recursos económicos de la Junta y del Estado, máxime si se tomaban en cuenta las crisis económicas frecuentes por las que pasaban ambos entes. Esta actividad se hacía una vez al año y era “un turno gigante, una fiesta en la que se podía encontrar: topes, bailes, juegos de pólvora, remate de ganado, marimbas, grupos musicales, ventas de comidas y bebidas, reinados de simpatía, desfiles, rifas, venta de artículos diversos; cuyo objetivo primordial fue recoger fondos para la compra de instrumentos, construir el Hospital y otorgar becas, todo a favor del Hospital” (Arrea 1997, Comunicación personal).

Fue uno de los medios más efectivos para lograr que la idea de construir, equipar y operar este hospital penetrara hondamente en la conciencia nacional. Su efecto fue tal vez más importante que su resultado material; fue un factor importante y a veces decisivo por su oportunidad para resolver muchos de los problemas que a lo largo de los primeros diez años se habían presentado. El segundo aspecto de gran interés para los costarricenses fue el cultural, porque la Feria permitió apreciar la vida de otros pueblos: sus trajes típicos, música e idioma; el público pudo conocer personalmente a más de un embajador. La Feria permitió la convivencia de las representaciones diplomáticas, como eje de acción de las colonias extranjeras, con el pueblo costarricense.

Las ferias contaron con la valiosa ayuda de un gran número de personas que, aún en la actualidad, guardan anonimato, y con la cooperación del comercio, la banca, el pueblo y las colonias y embajadas extranjeras residentes en el país. Se realizaron un total de siete ferias en diversos lugares: Coronado (1958), Santo Domingo de Heredia (1959), Heredia (1961), Alajuela (1962), San José (1963), Desamparados (1964) y Bonanza (1970). Estas eran precedidas por otras miniferias cantonales como las de: Pérez Zeledón, Alajuelita, Curridabat, Turrubares, Guadalupe, Tibás, Hatillo y Aserri. El Comité Central del Hospital Nacional de Niños, coordinaba con los comités cantonales la organización de la feria y el suministro necesario para los kioscos.

En 1965, ante múltiples críticas de parte del Ministerio de Hacienda y de la Cámara de Comercio, que veía afectado, sus intereses, el cuerpo diplomático destacado en Costa Rica, decidió alejarse de las ferias de las flores. Para septiembre de 1970, se tomó la decisión de no realizar más dicha actividad y el Estado se comprometió a suministrar una suma de dinero que reemplazaría lo recaudado, hecho que nunca se dio.

El trabajo realizado en los últimos cuarenta y cuatro años, ha sido el de ayudar al Hospital Nacional de Niños y mantener el albergue Santiago Crespo, mediante los recursos económicos que genera el Parque Nacional de Diversiones.

La crisis económica que se vivió en el período de planeamiento, construcción y puesta en funcionamiento del Hospital Nacional de Niños, dejó la enseñanza de que la única manera de subsistir en un país de recursos económicos escasos sería mediante la búsqueda de ingresos sanos adicionales. De ahí surgió la idea de la Feria de las Flores y, posteriormente, del actual Parque Nacional de Diversiones.

3.5. La apertura del Hospital, 1964

Superados parcialmente los problemas económicos, se planeó la apertura del Hospital para enero de 1964; luego se pospuso para el mes de marzo del mismo año; con tal fin, se elaboró un presupuesto para los primeros cuatro meses, acorde con los ingresos destinados al Hospital, en parte para acelerar la apertura de la nueva institución infantil, pero básicamente, para cubrir los salarios de personal y otros egresos producidos en la Sección de Niños del Hospital San Juan de Dios. Esto último se debió a que casi la totalidad del personal del nuevo hospital trabajaba en la Sección de Pediatría. A excepción de unos cuantos que laboraban en forma exclusiva para el nuevo Hospital por estar en el proceso de organización, elaboración de manuales, mantenimiento del edificio y las actividades vinculadas a la adquisición de equipo. Así, se había realizado el nombramiento de la jefatura de Medicina y Cirugía, en 1961, para que trabajase fuera de su horario del Hospital San Juan de Dios.

La fecha de apertura de esta institución al servicio público, estuvo condicionada

por varios factores: en primer lugar, por la financiación de su proyecto de ingresos anuales, que en buena parte guardaba relación con la posible aprobación de la Ley del Impuesto Sustitutivo de Consumo, que estaba en la Asamblea Legislativa; en segundo lugar, se dependía de la adquisición del equipo indispensable para operarlo; en tercer lugar, se debía completar el personal, una vez aprobado el presupuesto.

Una vez superado parcialmente el problema presupuestario, se decidió abrir el hospital en mayo de 1964; en primer lugar, la consulta externa, y poco a poco, los demás servicios. Se pensó que, para evitar saturarlo, los pacientes del Área Metropolitana irían a las respectivas unidades sanitarias; allí los médicos harían el estudio minucioso y determinaban si era necesario remitirlos al hospital. Esto, por cuanto todavía faltaba terminar los reglamentos, presupuestos y manuales, lo cual requería de la intervención directa y la vigilancia del director y otros funcionarios.

Conclusión

En 1900, llegaron los primeros médicos pediatras al país, con una formación académica extranjera, especialmente europea. Traían nuevas ideas para mejorar la atención de los pacientes infantiles, mediante la implementación de programas higiénicos y educativos. Fue en este año, que se habló por primera vez en Costa Rica de la construcción de un hospital de niños.

Los primeros resultados obtenidos en el campo de la salud infantil se dieron a partir de 1914, con el establecimiento del programa “Las Gotas de Leche” y el Departamento Sanitario Escolar. Luego en 1920, la Clínica Infantil de Tres Ríos; en 1926, la Sección de Pediatría en el Hospital San Juan de Dios; en 1941, el Hospital de Niños de Cartago y, en 1964, el Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera”, en San José.

Con las leyes emitidas, los programas desarrollados y la infraestructura construida, el país experimentó una serie de cambios culturales, nuevos hábitos de higiene, la disminución de enfermedades y, principalmente, la reducción de muchas enfermedades y de la mortalidad general e infantil.

La idea de construir un Hospital Nacional de Niños en San José adquirió importancia, debido a la falta de espacio físico del Hospital San Juan de Dios, originada por la epidemia de poliomielitis y otros problemas de salud infantiles. Ambas situaciones fueron acontecimientos coadyuvantes de la idea, aunque no su origen. Esto por cuanto el hospital fue el resultado de la conjunción de diversos factores, como el reconocimiento de nuevos conceptos científicos sobre diversas patologías relacionadas con el cáncer, la psiquiatría infantil, malformaciones congénitas, entre otros; por problemas relacionados con la salud pública como la falta de infraestructura adecuada para la atención de la población infantil; por la evolución de la seguridad

social por medio del Seguro Social; una situación política externa e interna favorecida por la “Guerra Fría” entre las potencias; por un Estado benefactor y paternalista que auspiciaba la creación de instituciones hospitalarias; por diversos procesos sociopolíticos, consenso social, interés público y privado, la migración, entre otros, que obligaban a las autoridades sanitarias a ponerle atención a la salud de la población costarricense.

CAPITULO III

TRAYECTORIA DEL HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS 1964-2000

Introducción

En este capítulo, se aborda específicamente el tema del Hospital Nacional de Niños desde su inicio, para conocer su organización y funcionamiento.

Se analizan sus funciones y la atención infantil especializada aplicada frente a las nuevas patologías y los alcances futuros del hospital como Centro de Ciencias Médicas de la Caja Costarricense de Seguro Social.

En procura de suministrar una síntesis de esta etapa, la misma se ha dividido en tres apartados:

1. Fundación y etapa inicial del Hospital Nacional de Niños (1964-1976).
2. Consolidación del Hospital Nacional de Niños (1976-1998).
3. El Hospital Nacional de Niños y la política de descentralización focalizada (1998-2000).

1. Fundación y etapa inicial del Hospital Nacional de Niños (1964-1976)

Introducción

Este apartado se refiere a los primeros pasos dados por el hospital, en la búsqueda de una identidad y autonomía propias, y de un ordenamiento administrativo y médico moderno, capaz de enfrentar las nuevas enfermedades que estaban apareciendo en la sociedad costarricense.

El criterio cronológico ha sido determinado por el año en que entró a funcionar el hospital hasta 1976. En este último año, se produjo el traspaso del mismo a la Caja Costarricense de Seguro Social. Paralelamente, se crearon leyes para organizar al sistema hospitalario por medio de la centralización de los servicios médicos asistenciales, se puso en marcha un Plan Nacional de Salud y la universalización de los servicios médicos, aspectos que han sido abordados en el capítulo I.

Para simplificar su estudio, la sección se ha dividido en tres apartados:

1. Autonomía, administración y la estructura administrativa del hospital.
2. Misión del Hospital Nacional de Niños respecto a la atención de la población infantil.

1.1. Autonomía, administración y la estructura administrativa del hospital

El Comité Pro-Construcción del Hospital, desde su fundación en 1964, se había pronunciado abiertamente por la independencia del hospital de la Junta de Protección Social de San José. Esta actitud se inspiraba, no en una idea separatista, sino más bien en un criterio realista, principalmente, para poder hacer frente a la difícil situación económica que había impedido la apertura del mismo, y también, en el hecho de que la Junta de Protección Social de San José no podía garantizar el funcionamiento permanente de este, por las crisis económicas que sufría constantemente.

Se debatió, entonces, sobre el alcance del problema y las posibilidades de financiación para el hospital. Se estudiaron aspectos referidos a la organización; en su momento, se propusieron diversas fórmulas como la creación de pequeñas juntas o comités integradas por miembros de la propia Junta de Protección Social, el director del hospital y algunas personas de su Patronato.

La Junta de Protección Social de San José “consciente de la problemática económica consideró impostergable la resolución del asunto”(JPSSJ, Acta #19, 1962, p.209). En tal sentido, emitió un pronunciamiento definitivo, a fin de que se iniciaran las

gestiones de organización, funcionamiento y financiación y autorizó la separación del hospital, previos los arreglos y convenios a que estaría sujeto el traspaso definitivo.

Según se desprendió de las opiniones externadas en el seno del Sub-Comité, la segunda propuesta sobre la integración de juntas o comités pequeños ligados a una junta general, no era mejor que la idea de la separación total del hospital para su inmediato funcionamiento. Sin embargo, no se tenía muy claro cuál sería la posición concreta de la Junta, con respecto al hospital, por lo que se le instó a que la definiera.

La Junta de Protección Social comunicó al Comité Ejecutivo del Hospital que desechaba la idea de la separación total de ese organismo, pero dejaba abierta la posibilidad de integrar una junta directriz propia, con miembros de su Patronato y delegados propios.

En septiembre de 1963, bajo las condiciones impuestas, se dio la independencia administrativa al hospital; además, se solicitó a la Junta que diera por finalizada la gestión encomendada al Comité Ejecutivo, porque una vez terminada la construcción del edificio, de hecho había finalizado su función principal. Se recomendó el nombramiento de un nuevo comité provisional, para que se ocupara de todos los detalles que correspondían al traspaso de la Junta al nuevo hospital.

La Junta de Protección Social de San José y la Junta Provisional del Hospital, acordaron separar este nuevo centro asistencial de la tutela de la primera, justificando que la complejidad y variedad de problemas inherentes a la operación de un hospital moderno exigía de un órgano directivo propio, íntimamente ligado a la institución; que se requería identificar al Hospital como un organismo nuevo, de proyección nacional en el campo de la salud infantil, el cual necesitaba de recursos propios para cumplir sus objetivos, y que la Junta de Protección Social, con difíciles problemas presupuestarios, no podía encargarse de estas nuevas responsabilidades.

La Junta procedió entonces a traspasar al Patronato los bienes muebles e inmuebles que constituirían el patrimonio del hospital: sus equipos, saldos bancarios, donaciones, parte de la hacienda “Las Pavas” para la construcción de las instalaciones permanentes de la Feria de las Flores y para el establecimiento del hipódromo. Fue así como el nuevo Hospital Nacional de Niños tuvo su propia Junta Directiva, la que asumió la dirección y la administración, funciones hasta ese momento a cargo de la Junta de Protección Social de San José.

Sin embargo, esta medida no fue del agrado de un sector de la población y las reacciones contrarias no se hicieron esperar. Aparecieron opiniones que criticaron el hecho de que varios “Directores de la Junta de Protección Social de San José, elementos cercanos e interesados en el funcionamiento del Hospital Nacional de Niños

y el Partido Liberación Nacional, estaban dispuestos a crear otro ente autónomo, que en este caso sería el dicho Hospital” (“Crear otro(...)”. La Nación, 1964, p.74). Estos comentarios provenían de los opositores al Partido Liberación Nacional, quienes se sentían molestos porque la Junta iba a traspasar el terreno, el edificio, los equipos y el mobiliario a un grupo, después de haberse hecho una inversión de aproximadamente veinte millones de colones, y porque se le imponía a la Junta la obligación de asignarle una subvención anual al nuevo organismo. “La exposición de estos motivos, reflejó la urgente necesidad de proveer de recursos propios al nuevo organismo por medio de impuestos que aún no se habían señalado” (“Crear otro(...)”. La Nación, 1964, p.74).

No obstante, al final, tanto los proponentes del proyecto como sus opositores, consideraron que la Junta no podía hacerse cargo de las responsabilidades que implicaba la administración y el mantenimiento del Hospital Nacional de Niños, por los difíciles problemas presupuestarios, debido a que el costo y la demanda de sus servicios crecían más rápidamente que sus recursos económicos.

Respecto a la estructura administrativa del Hospital, se puede observar el Apéndice C (infra p.299) de como se distribuye actualmente. Sin embargo, ésta no fue el ordenamiento inicial. El Hospital inició sus labores con el establecimiento de cuatro departamentos: el primero fue el Departamento de Medicina, el cual contó con diez servicios y una proyección futura hacia la creación de las secciones de enseñanza,

investigación y de asistencia médica. El segundo departamento en establecerse fue el de Cirugía; el cual se dividió en Cirugía General, Ortopedia, Anestesiología y Odontología; tuvo además la relación condicionada con la consulta externa. No se establecieron al inicio los servicios de Oftalmología, Otorrinolaringología ni otras especialidades incluidas de momento en el Servicio de Cirugía General; solamente se dejó contemplada la posibilidad de su creación futura. El tercer departamento fue el de Diagnóstico y Tratamiento, el que se dividió en dos grandes secciones: Radiología y Laboratorio⁴⁵; se dejó para más adelante la posibilidad de establecer una tercera sección de investigación, que podía depender de este departamento o del de Medicina. A la Sección de Radiología correspondió el servicio de Radiodiagnóstico, cuyo inicio en Costa Rica había sido a partir de 1950, en el Hospital San Juan de Dios. Se dejó prevista también para más adelante la creación del servicio de radioterapia. El cuarto departamento, fue el de Servicios Técnicos Auxiliares, integrado en un inicio por las siguientes secciones: la Sección de Estadística y Documentos Médicos, el Servicio de Farmacia, el Servicio de Trabajo Social, la Sección de Enfermería, el Servicio de Dietética y la Escuela de Enseñanza Primaria⁴⁶ dependiente del Ministerio de Educación Pública.

⁴⁵ El Laboratorio se dividió en cinco áreas: Banco de Sangre y Serología, Bioquímica, Bacteriología y Micología, Parasitología y Consulta Externa; se dejó prevista la creación de un laboratorio de virus.

⁴⁶ Fundada en 1955 a solicitud del Dr. Carlos Sáenz Herrera y del Dr. José Antonio Peña Chavarría, con el objeto de brindar atención a los pequeños hospitalizados en el Servicio de Pediatría que funcionaba en el Hospital San Juan de Dios.

La distribución de las secciones dentro del edificio fue la siguiente: en el primer piso, se encontraba el Servicio de Infecciosos y pacientes que necesitaran pulmón de acero. En el segundo piso se ubicaron los Lactantes y Madres, Lactantes Mayores, Lactantes Menores, Prematuros y Lactantes en Observación. El tercer piso, fue destinado a Pre-escolares y Escolares, varones y mujeres, pacientes post lactantes y pensión para niños de un sexo y otro. En el cuarto piso, se ubicó a la Sección de Cirugía y un área para Pacientes Post lactantes. En el quinto piso se encontraban las aulas para recibir clases, la capilla, aulas de conferencias y laboratorios para los estudiantes que se especializaban en pediatría.

Actualmente, el hospital cuenta con nuevos servicios producto de la especialización, como: Oftalmología, Patología, Cirugía General, Pediatría, Cuidados Intensivos, Cardiología, Neonatología, Oncología, Anestesiología, Otorrinolaringología, Ortopedia, Infectología, Emergencias Médicas, Neurocirugía, Odontología, Oncología, Urología, Cirugía Reconstructiva y Quemados, Cirugía Cardiovascular y Tórax, Unidad de Labio Leporino y Paladar Hendido, Unidad de Endoscopia Digestiva, Emergencias Quirúrgicas y Trauma y la Unidad de Trasplantes.

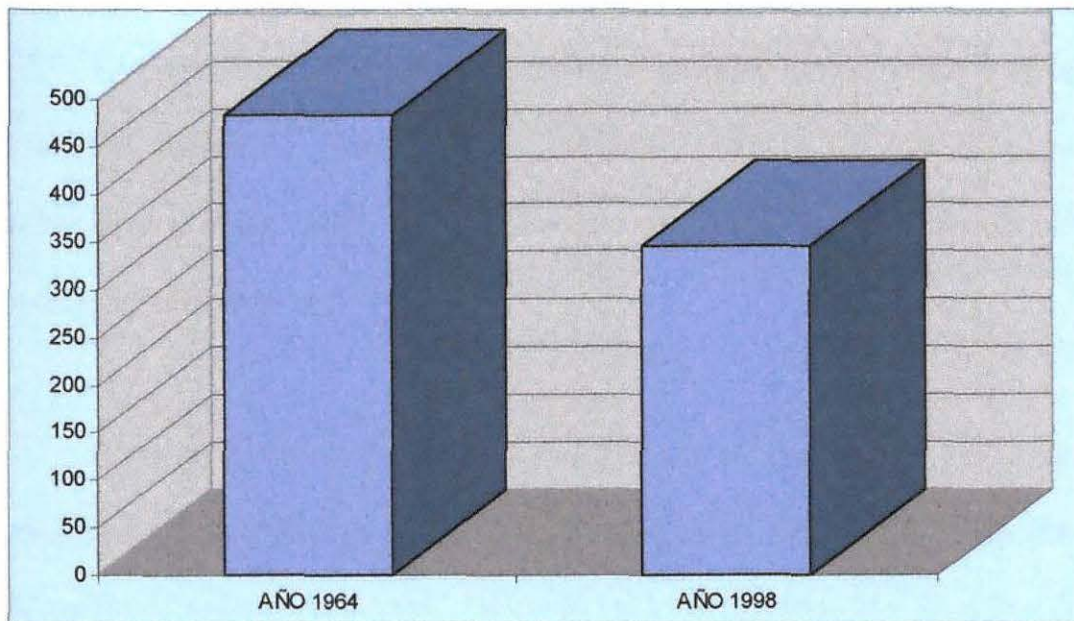
En la actualidad, las mayores variantes se refieren al cambio de nombre de estas secciones, a la incorporación de nuevos servicios, “a la disminución en el número de camas que fue de un 28,37% y del índice ocupacional de 63,7% ocurrida

en los 35 años de funcionamiento” (Solís, 1998, comunicación personal). Como puede evidenciarse en la Figura 6 y Cuadro 8, estos cambios se encuentran relacionados con los avances en el modelo de atención llamados Equipos Básicos de Atención Integral en Salud o EBAIS y los avances tecnológicos.

Para la determinación de la capacidad, las autoridades del hospital, a partir del número de camas médicas, con excepción de las quirúrgicas para post lactantes, pre-escolares y escolares, establecieron la norma de atención médica, a razón de diez enfermos por hora para los hospitalizados. Esta sería la labor de los médicos externos, sin incluir el trabajo de los jefes de servicio, a quienes no se les había fijado número de enfermos por hora, ya que su trabajo era de índole diferente. Tampoco se estableció número de enfermos por hora para los médicos residentes e internos.

El hospital empezó con 483 camas en total. Aun cuando el número era alto, se tomó la medida de abrir la consulta con un número moderado y una buena organización; en ese momento, se podían atender unos 250 niños diariamente. Para no descuidar la atención al paciente, se determinó que la consulta externa debía iniciar un progresivo crecimiento en los meses siguientes, a fin de mantener siempre una calidad de primera.

Figura 6 Dotación normal de camas en el Hospital Nacional de Niños 1964-1998



FUENTE: Solís, C. 1998. "Hospital Nacional de Niños". HNN, San José. Comunicación personal.

Cuadro 8 Índice Ocupacional y Distribución de Camas Hospitalarias 1970, 1980, 1990, 1999

Año	Índice Ocupacional	# de Camas
1970	105.0	483
1980	76.3	460
1990	76.2	365
1999	66.9	344

FUENTE: Informe Anual Estadístico H.N.N., 1999.

1.2 Misión del Hospital Nacional de Niños respecto a la atención de la población infantil.

La primera actividad, una vez abierto el hospital, fue la recibir y atender a la población infantil de cualquier parte del país; recibir a las madres y procurarle alojamiento y alimentación en los casos que su permanencia al lado del niño fuera necesaria y conveniente.

Entre las funciones médicas establecidas por el hospital estaban: la curativa, la preventiva y la educacional, con una proyección hacia la docencia, para estudiantes de medicina, enfermería y otros. Desde su inicio, la investigación científica ocupó un lugar importante, por ser uno de sus campos más propicios para el desarrollo, así como la medicina preventiva.

Otras funciones por ejecutar, después de junio de 1964, fueron prevenir las enfermedades, por medio de la educación a padres e interesados de la puericultura a través de vacunaciones y otros medios de protección; cumplir la función tradicional del hospital de dar asistencia al enfermo; desarrollar la labor docente en coordinación con la Escuela de Medicina y de Enfermería de la Universidad de Costa Rica; formar especialistas en medicina y cirugía infantiles, después de un internado de un año y tres años de residencia; colaborar con la cátedra de Pediatría y la Escuela de Medicina en

la organización de cursos de renovación para médicos generales, y en la especialización de otros grupos profesionales afines a la medicina; e investigar, por medio de grupos nacionales o extranjeros, a fin de conocer mejor nuestra patología, lograr tratamientos más efectivos y contribuir al avance mundial de las ciencias médicas.

Las fuentes básicas de trabajo que tuvo el hospital, giraron alrededor de tres ejes: la atención médica del niño costarricense; el centro de enseñanza de la cátedra de Pediatría de la Escuela de Medicina y la ampliación de su círculo de enseñanza, con la posible venida de estudiantes centroamericanos que habían solicitado becas; y el centro de investigaciones de los problemas más importantes de las enfermedades de los niños en un plano regional.

Una función del hospital, en los últimos años, ha sido servir a la población costarricense por medio de campañas publicitarias de prevención y educación sobre las intoxicaciones, el desarrollo psicomotor en el niño, las quemaduras, los accidentes de tránsito y la agresión infantil. Todo esto ha sido posible porque cuenta con la tecnología, el personal adecuado y fundamentalmente, con una buena organización.

La Consulta Externa, por ser el primer contacto con los enfermos, ayudaría a solucionar los problemas a partir de una adecuada selección del personal médico y

de enfermería. Una de las normas que se estableció fue disponer de una enfermera para indicar a los padres de los niños y niñas el cuidado, la atención y dedicación que debían ejercer para completar la curación.

Asimismo, se creó en Costa Rica, por primera vez en el hospital, un departamento de hidratación, en el cual podían permanecer, el tiempo que fuera necesario, las madres al lado del paciente. Se dispuso de pequeñas habitaciones acondicionadas con sus respectivas camas, con asientos para las madres y camas, en el caso de que permanecieran por la noche.

2. El Hospital Nacional de Niños

Introducción

Este apartado pretende abordar la evolución del Hospital Nacional de Niños desde 1964, a partir de sus avances, retrocesos y retos futuros, por medio de la suscripción del “compromiso de gestión”, la “descentralización” y con la puesta en funcionamiento del Centro de Ciencias Médicas.

La sección ha dividido en tres secciones:

1. Un nuevo modelo de hospital.
2. La atención infantil en el Hospital Nacional de Niños.
3. La investigación científica en el Hospital Nacional de Niños.

2.1. Un nuevo modelo de Hospital

En la segunda del siglo XX, con el advenimiento del Hospital Nacional de Niños, surgió en Costa Rica un nuevo concepto en la institución médico-hospitalaria, con base en opciones, derechos y obligaciones de un hospital frente a las demandas crecientes de la sociedad. Con la construcción de una estructura físico-funcional, se pretendía, no sólo curar a los niños y niñas enfermos, sino también, que tal instalación se constituyera en el centro de una acción que se tradujera en promoción de la salud.

Los hospitales en Costa Rica, dentro del marco de la seguridad social “se habían organizado como sistemas cerrados”(Mohs, 1980, p.131); sin embargo, con el tiempo, este criterio se modificó y el hospital moderno empezó a tener una creciente proyección social. Los hospitales “debían ser una institución abierta, dinámica, extramural, que pudiera realizar en forma simultánea funciones preventivas como curativas; capaz de realizar investigaciones en el campo biosocial, epidemiológico y sanitario; sin abandonar la labor” (Amador, 1979, p.13).

A partir de 1980, los hospitales en Costa Rica se constituyeron en sistemas abiertos en los que interactuaban especialistas de diversas ramas: médicos, dietistas, enfermeras, microbiólogos, farmacéuticos; personal de diferentes categorías como: profesionales, técnicos, auxiliares, conserjes; insumos de naturalezas diversas como: medicamentos, reactivos, energéticos, para la atención de los paciente enfermos.

Los pacientes constituyeron la razón de ser del sistema y su función base fue el tratamiento. Sin embargo, la misión moderna de los hospitales rompió estas barreras para conformarse en un recurso comunitario dentro de las áreas de promoción, prevención y rehabilitación de la salud, es decir, del bienestar físico, mental y emocional del individuo y de la colectividad. Todo se volvió complejo debido a la “misma condición humana y a la multitud de interacciones biológicas, psicológicas, conductuales, sociales y culturales que

establecen la tipología y el grado de desarrollo de un cuadro patológico”(León, 1988, pp.9-10).

2.2. La atención infantil en el Hospital Nacional de Niños

Durante sus primeros 35 años de existencia, el hospital ha puesto en evidencia el progreso que ha tenido la pediatría y, sobre todo, el cambio positivo que ha experimentado la salud infantil. Mohs (1989, p.5), refiere que al hospital, en su corta trayectoria, ha debido pasar por tres etapas bien definidas: la etapa local: comprende los primeros años del hospital: demanda de servicios y saturación; la etapa nacional: a partir de 1970, con el desarrollo de un Sistema Nacional de Salud y en 1976, con el traspaso del hospital a la Caja Costarricense de Seguro Social, ésta recibe un hospital con cobertura nacional de alto grado de penetración; y la etapa internacional: a partir de 1980, con el reconocimiento internacional como un centro de excelencia y uno de los mejores hospitales pediátricos en América Latina.

El hospital actuó directamente en la evolución de la atención infantil en Costa Rica, mediante los programas asistenciales, la investigación y la enseñanza. En este centro se han formado la mayor parte de los pediatras que en la actualidad ofrecen atención en todo el territorio. “De su interior también emanan las Normas de Atención

Pediátricas vigentes desde su inicio”(Loría, 1966, p.14). Además, ha satisfecho con creces sus objetivos: un enfoque global para prevenir las enfermedades, atención médica de la más alta calidad, rehabilitación de los pacientes con secuelas y desarrollo de un subsistema nacional de salud para los niños y niñas, a partir de la asistencia médica, la investigación, la enseñanza y la proyección a la población costarricense.

Según Mohs (1994, p.25), el hospital nació como un centro altamente especializado para atender a la población infantil mediante referencia médica, desde recién nacidos hasta los 15 años de edad, procedentes de cualquier parte del país; para combatir las infecciones y la desnutrición, que eran la primera causa de enfermedad y muerte de la infancia en Costa Rica, a partir de 1964.

El trabajo del hospital, ha sido reconocido en toda América Latina. Estos reconocimientos y logros se debieron a su desarrollo, el cual ha marchado junto con el progreso de la medicina moderna y con las necesidades del país. Siendo un hospital de referencia, asumió la responsabilidad de solucionar los problemas pediátricos, médicos y quirúrgicos de toda la nación.

Entre las transformaciones registradas a partir de 1964 se encuentran la reestructuración de los servicios de hospitalización, según las especialidades médicas y criterios selectivos de internamiento; la apertura de un servicio de emergencias

médicas y de atención ambulatoria; el desarrollo de vínculos con múltiples centros de ciencias médicas de varios países industrializados; la jerarquización de la atención médica según niveles de complejidad; la utilización de un enfoque sistémico y el fortalecimiento de las relaciones con todos los centros de salud del país; se permitió la presencia continua de familiares junto a los pacientes; se crearon las unidades de enseñanza, investigación e informática.

El cuadro 9 muestra los logros obtenidos por el Hospital Nacional de Niños entre 1965 y 1999, respecto a la reducción de la estancia promedio en un 37,1% y la tasa de mortalidad intrahospitalaria en un 31,1%.

Cuadro 9 Indicadores Hospitalarios Según año. 1965, 1975, 1985, 1995, 1999

Año	Estancia Prom.	Tasa de Mortalidad
1965	10.5	6.1
1975	8.9	3.0
1985	4.8	2.8
1995	4.0	2.3
1999	3.9	1.9

Fuente: Informe Anual Estadístico H.N.N., 1999, p.69.

Hacia 1995, las instalaciones físicas del hospital se habían hecho pequeñas para la atención de alrededor de 100 mil pacientes anuales de consulta especializada con patologías complejas. La apertura de nuevos servicios hizo imperativa su ubicación en zonas y lugares apropiados. También, existía una elevada demanda en cuanto a las

consultas en pediatría general y extemporánea del hospital; en ese mismo año, “se atendieron alrededor de 120 mil pacientes anuales, sin contar las urgencias médicas y quirúrgicas que sumaron otras 40 mil” (Sáenz, 1995, p.3). Sin embargo, el mayor problema por solucionar seguía siendo la falta de recursos económicos para construir un nuevo edificio.

Según Sáenz (1994, s.p.), la adecuada atención médico pediátrica, fue un asunto por resolver inmediatamente, máxime si se consideraba que la población en edad pediátrica (0-18) del país representaría, para los próximos años, el 39% de la población total.

Al cumplir los 30 años de edad, el hospital había atendido 600.000 pacientes graves en los diversos servicios de internamiento, otros 9 millones de pacientes fueron atendidos en consultorios de pediatría especializada y general, y 300 mil fueron operados. Casi toda la investigación científica sobre problemas de los niños se ha realizado aquí. Dos de cada cinco niños y niñas costarricenses han estado por lo menos una vez en el hospital y más del 50% de los que fallecen cada año, lo hacen en este hospital, porque los accidentes más graves o las enfermedades fatales son referidos a este nosocomio.

Por el trabajo de su personal, por el apoyo del Estado, las instituciones y

asociaciones y por la ayuda de toda la comunidad costarricense nacional y extranjera, el Hospital mejoró progresivamente la calidad de la atención médica que les brindaba “anualmente a 25.000 pacientes en sus servicios de hospitalización y a más de 300.000 niños y niñas en Consulta Externa”(Jiménez, 1989, p.9D).

2.3. La investigación científica en el Hospital Nacional de Niños.

La Unidad de Bioética e Investigación del Hospital, “ha considerado que la investigación en humanos es un imperativo ético, porque solo así se puede mejorar la capacidad diagnóstica y terapéutica. Como producto de la misma, el pronóstico y la sobrevida de los pacientes se ha mejorado”(HNN., 1997, p.3). De esta forma se han “corregido dosis, incorporado nuevos fármacos o eliminado otros, únicamente con el afán de lograr la recuperación de la población infantil”(Arguedas, 1997, p.214). Cada proyecto es estudiado por la Unidad, con la finalidad de que cumpla con los principios éticos que rigen la investigación en seres humanos.

La Unidad ha profundizado los estudios sobre el cáncer y las enfermedades metabólicas, de la sangre, infecciosas e inmunológicas. Un objetivo propuesto desde 1998, fue el de apoyar todos los esfuerzos de investigación que se realizaran en el hospital, con el propósito de mejorar procedimientos de diagnóstico y tratamiento que se practicaban aquí y que se proyectaban a otros hospitales regionales y periféricos.

Entre los planes desarrollados se encontraba: la creación de la división de genética molecular, que sería un centro de referencia para el estudio de enfermedades genéticas; también, se pretendió meter en la prueba de tamizaje, la detección de una enfermedad más, la galactosemia⁴⁷; así como el establecimiento y fortalecimiento de alianzas estratégicas que permitirían al hospital, realizar estudios con centros y universidades extranjeras.

En la medida en que se desarrollaran dichos proyectos, se mejoraría el campo de la investigación y la enseñanza.

La Unidad de Investigación del Hospital, a pesar de las limitadas condiciones económicas, durante los años 1987 y 1988, autorizó un total de 73 trabajos de investigación. Con ello, el doctor Benjamín K. Silverman, pediatra del Children's Hospital of Philadelphia, durante dos semanas evaluó la atención de las emergencias en el hospital, mediante un convenio con el Proyecto Hope, y expresó en su informe "que el Hospital Nacional de Niños era un hospital pediátrico superior, donde la alta calidad de la atención reflejaba la dedicación de su personal" (Jiménez, 1989, p. 16A).

⁴⁷ Padecimiento que, descubierto a tiempo y con una dieta especial, evita los casos de ceguera.

Arguedas y Mohs (1997, pp.206-217), manifiestan que desde hace algunos años el hospital logró establecer un programa de investigación científica de alto nivel, superpuesto con la enseñanza de la pediatría y la atención de los pacientes. Pudo integrar la atención médica con la enseñanza y la investigación como un medio para elevar la calidad del servicio a los pacientes, por medio de la Unidad de Investigación.

Las primeras investigaciones ofrecieron la posibilidad de utilizar medicamentos con una efectividad similar o mayor que drogas convencionales, pero con algunas ventajas, como una dosificación menos frecuente y, en algunos casos, más cómodos para el niño o niña -administrados por vía oral-, con menos días de tratamiento y menos efectos adversos. En el campo científico, estos estudios permitieron tener contacto directo con el avance de los países industrializados, dando oportunidad de transferir selectivamente conocimientos y tecnologías apropiadas para resolver los problemas complejos.

En el caso específico del Hospital Nacional de Niños, el proceso fue dirigido hacia la búsqueda constante de mejores alternativas diagnósticas y terapéuticas para la población infantil costarricense, debido a que, sin investigación, no habría posibilidades de avanzar en el mundo de la atención médica actual.

Como parte de todo este proceso, el Hospital Nacional de Niños, a través de los últimos años, ha recibido el reconocimiento internacional. Fue así como, en mayo de 1990, fue “designado por la Organización Mundial de la Salud, como un centro colaborador para la enseñanza y la investigación en Pediatría”(Carvajal, 1990, p.2A), debido a la atención profesional, al elemento humano, a su tecnología y a la existencia de un sistema de seguridad social.

3. El Hospital Nacional de Niños y la política de descentralización (1996-2000)

Introducción

Esta sección aborda someramente la situación actual que vive el hospital, por medio de la suscripción de los “Compromisos de Gestión”⁴⁸ y “Descentralización Hospitalaria”⁴⁹ que viene realizando la Caja Costarricense de Seguro Social.

Con este propósito, se tratará de resumir el proceso, a partir del inicio de la reforma sanitaria que viene implementándose en Costa Rica desde 1980.

⁴⁸ En 1985 se editó un instructivo para la “Administración Desconcentrada” de los 5 principales hospitales del país (Dr. Calderón Guardia, H.S.J.D., H.N.N., México, Carit), en las áreas de recursos materiales, humanos, financieros y bienes muebles.

⁴⁹ Ley 7852 aprobada por la Asamblea Legislativa en diciembre de 1998, consta de tres partes: -Personería Jurídica Instrumental a todos los entes desconcentrados, -creación de Juntas de Salud, -los Compromisos de Gestión.

Para efectos de una mejor comprensión, se dividirá ese proceso en tres períodos:

1. Antecedentes de la descentralización (1996).
2. Descentralización y Compromiso de Gestión en el Hospital Nacional de Niños, 1996.
3. Centro de Ciencias Medicas.

3.1. Antecedentes de la descentralización (1996)

Astudillo (1998, p.34) refiere que en los años noventa las políticas de descentralización, focalización y privatización aplicadas en el sector salud fueron una prolongación de las políticas globales predominantes en el campo económico y social, por lo que en la mayoría de los países fue fundamental la discusión sobre el nuevo papel del Estado en la salud y sobre la participación del sector privado.

En América Latina, se privilegiaron las acciones asistenciales concentrándose estas en los hospitales de grandes áreas urbanas; se promovió el uso de tecnologías de alto costo y se generó desigualdad en la distribución y en el acceso a los servicios, los que fueron establecidos, más que en función de las necesidades, en función del desarrollo, de valores políticos, económicos, y otros valores utilitarios no concordantes con la necesidad, no cumpliéndose el principio de igualdad sanitaria para que "a

igualdad de necesidades igualdad de acceso a la atención disponible, a igualdad de necesidades igual utilización, igual calidad de la atención para todos" (Whitehead, 1990, p.32).

El 19 de marzo de 1994, la Caja Costarricense de Seguro Social aprobó la *transformación del Hospital Nacional de Niños en el primer Centro de Ciencias Médicas de Costa Rica*, con lo cual se inició una nueva etapa de cambios, no sólo para este hospital, sino para todo el sistema nacional de salud. La transición fue una respuesta a las nuevas corrientes económicas y políticas mundiales, principalmente a los procesos de reforma del Estado y reforma sanitaria en América Latina, a partir de 1980, en el contexto de los proyectos de ajuste estructural; a los avances tecnológicos; así como a una política de la Caja Costarricense de Seguro Social de adoptar conceptos y criterios modernos de funcionamiento como el de "modernización".

Esta situación obligó a las autoridades del hospital a tener que afrontar los cambios y retos del siglo XXI; a crear una nueva cultura médica y a transformar otras en el campo científico y tecnológico mediante el planteamiento de objetivos apegados a la "doctrina pediátrica costarricense"; todo esto, encaminado a modificar las estructuras sanitarias y médicas, con apoyo de la ciencia, la tecnología y las múltiples relaciones entre los niveles de atención del país y del resto del mundo. Se buscaba la reestructuración de la atención pediátrica en Costa Rica, debido a que

“(…)en la actualidad predominan enfermedades crónicas, cuyo diagnóstico, tratamiento y costo de atención y prevención son mucho más elevados y complejos, esto es, que el paciente de hoy requiere de una atención que se adecue a los complejos problemas que padece, la estructura y organización del Hospital, debe adaptarse a los nuevos tiempos y para ello es necesario convertirlo en un Centro de Ciencias Médicas, que se conforma en un conjunto de facilidades para mejorar la calidad de la atención médica en un ambiente académico de seriedad y dedicación, para enfrentar la medicina del próximo siglo” (H.N.N., 1999, pp.63-64).

3.2. Desconcentración y autonomía del Hospital Nacional de Niños (1996)

A partir de diciembre de 1996, la Caja Costarricense de Seguro Social inició una transformación con la suscripción de los “compromisos de gestión”⁵⁰ en siete hospitales y cinco áreas de salud del territorio nacional. Este proyecto se enmarcó dentro de las políticas que promovían la “modernización institucional”⁵¹, cuyo objetivo básico era la búsqueda de la eficiencia y calidad en la prestación de los servicios de salud, mediante el fortalecimiento del modelo de atención integral, a través del nuevo modelo en el primer nivel, a cargo de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud o EBAIS y la gestión hospitalaria; el diseño y la implementación de nuevos mecanismos de asignación de recursos; y las mejoras en la eficiencia y eficacia en la

⁵⁰ Es un instrumento técnico y jurídico que garantiza el cumplimiento de los postulados de la modernización institucional (Solís, H.N.N., 2001).

⁵¹ En 1985 se editó un instructivo para la “Administración Desconcentrada” de los 5 principales hospitales del país (Dr. Calderón Guardia, H.S.J.D., H.N.N., México, Carit), en las áreas de recursos materiales, humanos, financieros y bienes muebles.

recaudación de los ingresos; así como la descentralización de la Caja Costarricense de Seguro Social.

La “modernización institucional” estableció la necesidad de procurar un equilibrio entre los recursos asignados y los objetivos propuestos⁵², incluida la satisfacción de los usuarios. Para alcanzar ese propósito y dar respuesta a las necesidades, fue imprescindible separar las funciones de financiamiento, compra y de provisión de servicios mediante un “compromiso de gestión”, el cual se puede definir como un acuerdo entre el nivel central de la Caja Costarricense de Seguro Social, llamado financiador-comprador (C.C.S.S.) y cada uno de los proveedores, llamados entidad proveedora (hospitales), quienes definirán la dimensión del trabajo por realizar, la forma de financiamiento y la tarifa que se pagará por unidad de actividad, el nivel de calidad esperada y el método de evaluación que deben seguir para verificar el cumplimiento de los objetivos de volumen y costo.

⁵² Objetivos de la “modernización institucional”: fortalecimiento del Modelo de Atención Integral; implementación de nuevos mecanismos de asignación de recursos; mejoras en la recaudación de ingresos; otorgamiento de mayor autonomía en la gestión hospitalaria mediante la desconcentración de funciones administrativas, financieras y operativas

Las entidades definidas y en consulta con los usuarios, podrá determinar cuál será la actividad necesaria en cada uno de los hospitales, con la finalidad de garantizar la igualdad en el acceso a los diferentes recursos y una equitativa protección de la población. Asimismo, la entidad proveedora tendrá la capacidad de organizarse internamente para poder cumplir con los objetivos específicos del “compromiso de gestión”.

Desde mayo de 1989, las autoridades del Hospital de Niños recurrieron a la descentralización administrativa de la Caja Costarricense de Seguro Social, como algo necesario, a fin de dar un servicio más eficiente en este nosocomio y a la vez ahorrar recursos.

A partir de 1997, el hospital se propuso disponer de diversos sistemas, para mejorar la gestión de la “unidad proveedora” (Caja Costarricense de Seguro Social) y la satisfacción del usuario, por medio de: un sistema que le permitiera conocer los reingresos ocurridos y el análisis de las causas que los motivaron; la gestión hospitalaria; la dispensación y aprovechamiento idóneos de los medicamentos; el mejoramiento de la calidad científico-técnico de los servicios de salud; la prevención y el control de la infección nosocomial; la protocolización de procesos de atención y la priorización de los grupos clínicos, de acuerdo con un criterio de costo e impacto.

El desarrollo paulatino de cada uno de estos objetivos, le permitiría, en un corto tiempo, reducir los plazos de espera en varias especialidades médicas, incrementar los recursos humanos, evitar el entramamiento administrativo y procurar la descentralización total.

A mediados de 1997, el Hospital Nacional de Niños presentó ante la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, una serie de cambios tendientes a buscar el apoyo de la empresa privada en la atención médica. La propuesta incluyó la compra de servicios en las áreas de cirugía, diagnóstico y especialidades prioritarias, el fortalecimiento del programa de libre elección médica que se aplicaría en el servicio de ortopedia, la contratación de personal en horarios no tradicionales para las áreas de enfermería, medicina y servicios de apoyo. La iniciativa también contempló el incremento de horas en la utilización de los quirófanos, establecimiento de las preconsultas, de acuerdo con las necesidades de cada una de las especialidades, para decidir cuáles pacientes se mantenían en el hospital y cuáles requerían referencia. También, se pretendió que ciertos exámenes, así como la entrega de medicamentos y otros materiales a los asegurados, debían efectuarse en los centros de adscripción, para evitar la demanda excesiva de esos servicios en el Hospital Nacional de Niños.

Debido al incremento de la demanda en la prestación de los servicios médicos pediátricos provenientes de todo el país, se planteó la necesidad y conveniencia de

desarrollar un proceso de desconcentración y redefinición de los niveles de la atención pediátrica, en el ámbito de la red de servicios y fundamentalmente, la readecuación del modelo de atención a la salud. También se justificó la formulación del proyecto de inversión en planta física y la consecución de los fondos que permitieran la reubicación de las instalaciones actuales de la Consulta Externa y otros servicios de atención ambulatoria.

La autonomía hospitalaria o descentralización del hospital, se definió como algo necesario, para contar con independencia a la hora de tomar medidas en el campo laboral o económico y para tener la capacidad de resolver los asuntos con mayor rapidez y en la forma más oportuna.

El Hospital de Niños, con la aplicación de este nuevo modelo, se preparó para enfrentar los nuevos problemas de salud que ahora afectan a la población infantil, “los que son mucho más amplios que los de antes en su prevención, diagnóstico y tratamiento”(Mohs, 1979, p.4).

Los primeros resultados están relacionados “con un cambio cultural de los funcionarios de esta institución y con una mayor autonomía instrumental”(Solís, H.N.N., 2001).

3.3. Centro de Ciencias Médicas

Una de las razones que motivaron la construcción del Centro de Ciencias Médicas, tuvo que ver con la estructura actual del hospital, que resultó insuficiente para albergar las nuevas especialidades, y que debió enfrentar el incremento de la población, la creciente demanda de servicios y la complejidad de los padecimientos infantiles. Estos factores incidieron en el modelo de atención, el cual se agotó al cabo de 35 años. La falta de espacio se evidenció, al estar juntas la consulta externa y la de hospitalización, y al reducirse notablemente el espacio que deberían tener los niños y niñas, lo cual provocó que no se les brindara en algunos casos la atención requerida.

El actual nosocomio se había hecho pequeño para albergar y brindar los servicios de atención a la población infantil; y estaba presionado por otros factores externos como: la urbanización desmedida, el crecimiento masivo de barriadas empobrecidas, la contaminación, los cambios en los patrones de morbilidad, los estilos de vida, la demanda de servicios y la agudización de la problemática social.

En 1990, el doctor Edgar Mohs Villalta⁵³, propuso a la Junta Directiva de la Caja Costarricense de Seguro Social las bases conceptuales para la transformación del hospital en un Centro de Ciencias Médicas, cuyo objetivo fundamental fue preparar al

⁵³ Director del Hospital Nacional de Niños de 1971 hasta marzo del 2001; Ministro de Salud 1986-1990; Catedrático de la U.C.R.

nosocomio frente a los vertiginosos cambios políticos y económicos. “Para enfrentar las principales causas de muerte infantil como: las malformaciones congénitas, las afecciones perinatales, los traumatismos e intoxicaciones, los tumores malignos y las enfermedades crónicas y emergencias”(Mohs, 1997, p.37). Dicha solicitud fue aprobada el 19 de mayo de 1994.

Paralelamente, se construyó un edificio anexo y se produjo una nueva reorientación de las funciones, las cuales girarían alrededor del desarrollo de la pediatría y sus especialidades, para brindar la mejor atención médica a los niños y niñas costarricenses al menor costo posible; “contribuir a mejorar la salud de éstos mediante la investigación, la difusión del conocimiento y la enseñanza de la pediatría; ser una institución líder por su atención médica, investigación científica y enseñanza; proceder siempre conforme a las más estrictas normas morales y éticas”(Mohs, 1997, p. 34).

El proyecto se fundamentó en la “doctrina pediátrica costarricense”, la que se puede sintetizar en los siguientes aspectos: servicios de salud y atención médica de la mejor calidad y de acuerdo con niveles de complejidad para toda la población pediátrica; la formación de técnicos, profesionales, profesores e investigadores; relaciones interpersonales basadas en el respeto, la confianza y la interdependencia; un sistema de servicios para la salud de los niños y niñas con unidad y diversidad, donde

coexistan la competencia, la regulación y la cooperación y un nivel terciario independiente de la medicina de adultos; el énfasis en programas de cuidados de la reproducción, promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

Otro hecho trascendental es el empleo de la tecnología, la que marca una nueva etapa del hospital, colocándolo a la vanguardia en el campo de la salud costarricense, cuando la nueva medicina va a tener como ejes fundamentales la prevención y atención primaria; el crecimiento, desarrollo y la rehabilitación; las enfermedades crónicas y hereditarias; nuevos medios diagnósticos; nueva terapéutica; transplantes de órganos; nuevo usuario y una nueva ética; relaciones nacionales e internacionales con diversas instituciones públicas y privadas.

En 1999, se inauguró el nuevo edificio para la operación de clínicas especializadas, en tanto que el primer inmueble sería ocupado por los pacientes hospitalizados y algunos servicios continuarían prestando sus servicios, como lo habían venido haciendo en estos 35 años. La obra abarcó un terreno aproximado de 1500 metros cuadrados, con un costo cercano a los 1800 millones de colones, de los cuales 300 fueron aportados por la Asociación Pro-Hospital Nacional de Niños, más los recursos propios y las donaciones. Como en el pasado, también fue necesario la participación del Estado, la empresa privada y, en general del pueblo de Costa Rica para la culminación de la obra.

Por el trabajo realizado en sus primeros treinta y cinco años, la Organización Mundial de la Salud lo declaró Centro Colaborador para la Enseñanza y la Investigación en Pediatría; así mismo, es el primer Centro de Ciencias Médicas de la Caja Costarricense de Seguro Social. Esto permite evidenciar una muy sólida proyección hacia el futuro, de gran beneficio para la sociedad y salud pública costarricenses.

Conclusión

El Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera”, en sus 37 años de existencia, ha desarrollado nuevos conceptos y criterios orientados a la atención y resolución de las enfermedades propias de la infancia. En la actualidad su labor se orienta al control de las enfermedades crónicas y difíciles de prevenir, las que requieren de una tecnología de punta para el diagnóstico, curación, rehabilitación y un elevado presupuesto.

Para poder enfrentar esa problemática, el Hospital con la ayuda de la Caja Costarricense de Seguro Social, la Asociación Pro Hospital Nacional de Niños y la sociedad costarricense, construyeron un nuevo edificio para albergar las especialidades médicas. Además se le nombró como Centro de Ciencias Médicas de la Caja Costarricense de Seguro Social. Paralelamente, suscribe en el marco de la Ley 7852

de Desconcentración de Hospitales de 1998, un “Compromiso de Gestión” tendiente a buscar una mayor desconcentración y autonomía institucional.

La “modernización” y los cambios que experimenta el sistema de salud costarricense privilegian un reforzamiento de la función normativa del Estado y un *decrecimiento de su papel de prestador directo de servicios*. Con la *reducción del gasto público* y el deterioro de las condiciones de trabajo en el sector público de salud, se han creado las condiciones necesarias para la participación creciente del sector privado. Es de esperar que los cambios antes mencionados sean evaluados al cabo de un período no muy largo, a efectos de corregir cualquier anomalía o distorsión del sistema.

En 1998 se inicia una nueva etapa de la salud pública costarricense, a partir de la promulgación de la Ley de Desconcentración de Hospitales y Clínicas. En este proceso, han vuelto a surgir asociaciones como las Juntas de Salud y la búsqueda de la autonomía hospitalaria, condición muy anhelada por el Hospital Nacional de Niños desde 1964. Sin embargo, se presentan serios obstáculos como la lenta desconcentración, vacíos legales, coexistencia con el modelo anterior, falta de ordenamiento interno, entre otros, que de no ser corregidos atentan contra el desarrollo del proceso de desconcentración.

Históricamente, la salud pública costarricense evolucionó cuando tuvo entre sus filas una fuerte participación social, es de esperar que en la actualidad esa misma situación se repita con las Juntas de Salud, debido a que se les abre un espacio a los actores sociales para que en conjunto trabajen por la salud de cada comunidad.

CONCLUSIÓN GENERAL

A partir de 1821, el incipiente Estado nacional centró su atención en la salud de su población, especialmente le preocupó las epidemias como: la lepra, el cólera, las malas condiciones higiénicas del país, la carencia de hospitales, la falta de médicos, entre otras, por ser factores relacionados con el desarrollo socioeconómico del país. Por ese motivo se construyó en 1833 el Lazareto; luego, por medio de un decreto de 1836, se crearon las Juntas de Sanidad de Partido ubicadas en San José, Alajuela, Cartago y Heredia, las que posteriormente se transformaron en 1845 en las Juntas de Caridad o Asistencia Social. A estas medidas le siguieron otras como la creación de cordones sanitarios, del Puesto Médico del Pueblo, entre otros. Este hecho produjo un cambio de mentalidad en la sociedad, que se tradujo en leyes y decretos a favor de la creación de las primeras instituciones de salud y beneficencia pública.

Con la aparición de las Juntas de Caridad, luego cambiado su nombre por el de Juntas de Protección Social, sobresale la de San José por ser la "primera institución de bien social de Costa Rica", porque el Estado pasó de la "caridad privada a la asistencia pública" marcando el inicio de la higiene pública. La Junta, a través de su historia, ha tenido varias facetas bien definidas que han evidenciado un lento pero seguro desarrollo, conforme la voluntad y realidad política costarricense se fue acomodando a los nuevos lineamientos intelectuales y económicos mundiales.

El período entre 1880 y 1940, es el de mayor expansión de la higiene pública; en éste se produjo una gran cantidad de leyes, programas, departamentos e instituciones y un marcado interés por los aspectos sociales, como resultado de una mayor estabilidad política y económica, así también por la presión de los sectores sociales del país. Sin embargo, el período entre 1940 y 1987, es el de la consolidación de la salud pública y la seguridad social, con la aprobación del “Capítulo de las Garantías Sociales”.

Las bases socioeconómicas y jurídico-políticas transformaron la sociedad costarricense y en este marco se consolidó la estructura higiénica del país, dando origen a un sistema hospitalario y dentro de este al Hospital Nacional de Niños con proyección nacional, y al mejoramiento continuo en el campo higiénico, la seguridad social y la asistencia médico-social de toda la población.

Por lo anteriormente expuesto en las conclusiones, el supuesto que orientó la investigación ha quedado completamente demostrado.

RECOMENDACIONES

Realizar el rescate histórico de todas las áreas que ocupó la Sección de Pediatría del Hospital San Juan de Dios, así como de las antiguas instalaciones del Hospital Nacional Psiquiátrico, mediante el trabajo comunal.

Una investigación que estudie el surgimiento y desarrollo de la beneficencia pública en Costa Rica, como una de las grandes ramas de la salud pública, estudiada a partir de las primeras acciones de salud y diversas medidas asistenciales desarrolladas por los cabildos.

BIBLIOGRAFIA CITADA

I. DOCUMENTOS

ARCHIVO DE LA JUNTA DE PROTECCIÓN SOCIAL DE SAN JOSÉ

Acta No. 39, 30 de enero de 1950, San José, C. R. p.93-99.

Acta No. 34, 24 enero de 1955, San José, C. R., p.297.

Acta No. 14, 19 septiembre 1960, San José, C. R., pp.264-265.

Acta No.43, 28 marzo de 1955, San José, C. R., pp.401-407

Acta No.23, 10 diciembre 1956, San José, C. R., pp.90-91.

Acta No. 24, 19 de noviembre 1962, San José, C. R., p.276.

Acta No.18, 7 de octubre 1963, San José, C. R., pp.496-497.

Acta No. 3, 26 de junio 1961, San José, C. R. , p. 279-280.

II. ENTREVISTAS

Arrea Baixench., Carlos. **Fundación del Hospital Nacional de Niños.** San José, C. R.: Hospital Nacional de Niños, 8 de ago., 1997. (Comunicación personal).

Lizano, Cecilia. **Fundación del Hospital Nacional de Niños.** San José, C. R. : Hospital Nacional de Niños, 2 de oct. 1997. (Comunicación personal).

Ortiz Brenes, Roberto. **Fundación del Hospital Nacional de Niños.** San José, C. R.: Hospital Nacional de Niños, 1998.(Comunicación personal).

Porras Rojas, Jesús. **Entrevista con Jesús Porras Rojas,** Agricultor de Costa Rica, San José, C. R., 1995. (Comunicación personal).

Solís, Palma Claudio. **“Fundación del Hospital Nacional de Niños”**. San José, C.R.: H.N.N., 1998.(Comunicación personal).

_____. **“Fundación del Hospital Nacional de Niños”**. San José, C.R.: H.N.N., 2001.(Comunicación personal).

III. DOCUMENTOS IMPRESOS

LIBROS

Arguedas M., Adriano y Mohs V., Edgar. **Salud, Moral y Progreso**. San José, C. R.: Editorial Nuestra Tierra, 1997.

Araya Fernández, María L. **Hospital San Juan de Dios: Salones Facio No.1 y Facio No. 2**, Tesis de Lic. en Educación. Facultad de Educación: Universidad de Costa Rica. 1952.

Biesanz, John y Mavis. **La vida en Costa Rica**, tr. por Carlos Francisco Echeverría. San José, C. R. : Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes, 1975.

Blanco Segura, Ana R., y otros. **Análisis de Programa Nacional de Participación Comunitaria en Salud: Estudio de casos**. Seminario de graduación de Lic. en Trabajo Social, facultad de Ciencias Sociales: Universidad de Costa Rica, 1988.

Briceño Díaz, César A., et al. **Pobreza Urbana en Costa Rica 1890-1930. El caso de la ciudad de San José**: Memoria de Seminario de Graduación de Lic. en Historia. Escuela de Historia: Universidad de Costa Rica, 1998. Tomo II.

Bustamante Guerrero, Tirza. **“La Ciudad de San José: ensayo histórico”**. Tesis de Lic. de la Facultad de Ciencias y Letras: Universidad de Costa Rica., 1961.

CELADE. **Costa Rica: los grupos sociales de riesgo para la sobrevida infantil 1960-1984**. San José, C. R. : CELADE, 1987.

- Chinchilla Gutiérrez, Sara. **“La Lepra en Costa Rica: contribución a la historia de la Medicina Nacional”**, Tesis de Lic. en Historia. Facultad de Ciencias y Letras, Departamento de Historia y Geografía: Universidad de Costa Rica, 1972.
- De Céspedes, Benjamín. **Higiene de la Infancia en Costa Rica**. San José, C. R.: Tipografía Nacional, 1900.
- De la Cruz, Yalena. **Salud y Seguridad Social como funciones del Estado: el caso de Costa Rica**. 1991 s. p.
- Dirección General de Estadística y Censos. **Anuario Estadístico de Costa Rica 1961**. San José, C. R., 1962.
- Facio, Rodrigo. “Resultado de una Encuesta Nacional”. **Surco: Ideario Costarricense**. 2:80-96. 1943.
- González Pacheco, Carlos E. **Hospital San Juan de Dios: 150 años de historia**, San José, C. R. : EDNASSS-CCSS, 1995.
- Hall, Carolyn. **Costa Rica, una interpretación geográfica con perspectiva histórica**. San José, C. R. : Editorial Costa Rica, 1984.
- Incera Olivas, Eugenia. **El Hospital San Juan de Dios sus antecedentes y su evolución histórica 1845-1900**. Tesis de Lic. del Departamento de Historia y Geografía: Universidad de Costa Rica., 1978.
- Jaramillo Antillón, Juan. **Resumen Histórico del Ministerio de Salud de Costa Rica**. San José, C. R. : U.C.R., 1985.
- León Valverde, Olga M., y Villalobos Ocampo, Eugenia. **Acreditación Hospitalaria**. Tesis de Lic. en Ingeniería Industrial, Facultad de Ingeniería: Universidad de Costa Rica, 1988.
- Loría Cortés, Rodrigo. **Enseñanza de la Pediatría en el Hospital Nacional de Niños**. San José: Universidad de Costa Rica, 1966.
- Málaga, Hemán. “Perspectivas de la epidemiología en la reforma de la Seguridad Social”. OPS-OMS, Bogotá – Colombia, 1998.

- Malavassi Aguilar, Ana P. **“Entre la Marginalidad Social y los orígenes de la Salud Pública: Leprosos, curanderos y facultativos en el Valle Central de Costa Rica, 1784-1845”**, Tesis de Magíster Scientiae, Sistema de Estudios de Posgrado: Universidad de Costa Rica, 1998.
- Marín, Fernando y Güendel, Ludwig. **Sistemas de Salud: Un enfoque desde Centroamérica**. San José, C. R. :ICAP, 1990.
- Mohs Villalta, Edgar. **Teoría General de Paradigmas en Salud**. San José, C. R. :Sistema Nacional de Salud, s.f.
- _____. **La Salud en Costa Rica**. San José, C. R. : Editorial Universidad Estatal a Distancia, 1983.
- _____. **El Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera” 30 años después**. San José: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS), 1994.
- _____. **Costa Rica: La Salud en cifras**. San José, C. R. : Sistema Nacional de Salud, 1990.
- _____. **Bases Conceptuales para la Transformación del Hospital en un Centro de Ciencias Médicas**. San José, C. R. : El Autor, 1999.
- Molina J., Iván y Palmer, Steven. **“La Voluntad Radiante. Cultura, magia y Medicina en Costa Rica (1897-1932)”**. San José, C. R. : Porvenir: Plumsock Mesoamerican Studies, 1996.
- _____. **“Educando a Costa Rica”**. San José, C. R. : Porvenir,2000.
- Monge Alfaro, Carlos. **Nuestra Historia y los Seguros**. San José, C.R.: Editorial Costa Rica, 1974.
- Morales, Dinorah. **“El Hospital San Juan de Dios: Salón Llorente”**, Tesis de Lic. de la Escuela de Servicio Social: Universidad de Costa Rica, 1952.

- Muñiz B., Jacqueline y otros. **Salud de los trabajadores: El ausentismo por incapacidades en tres Instituciones Públicas los casos de ICE, Registro Civil, Registro Nacional en el período 1987-1988.** Seminario de graduación para el grado de Lic. en Sociología, Facultad de Ciencias Sociales: Universidad de Costa Rica, 1990.
- Mustard, Harry S. y Stebbins, Ernest L. **Introducción a la Salud Pública.** Tr. por Abelardo Temoche y Carolina Amor de Fournier. México, D.F.: La Prensa Médica Mexicana, 1982.
- Ortiz Brenes, Roberto. **Memorias del Hospital nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera” y su Asociación.** San José, C. R.: Asociación Pro Hospital Nacional de Niños, 1996.
- Pascua Vargas, Ma.del Rocío y Valverde Obando Luis Alberto. **Bienestar Social en Costa Rica: un reseña de su desarrollo.** San José, C. R. : U.C.R., 1987. Avance No.60.
- Peralta Obando, Nora. **Actividades Educativas en el Hospital de Niños Max Peralta.** Tesis de Lic. en Educación. Escuela de Educación : Universidad de Costa Rica., 1957.
- Rosenberg, Mark B. **Las luchas por el Seguro social en Costa Rica.** San José: Editorial Costa Rica, 1983.
- Rosero Bixby, Luis. **Determinantes Socioeconómicos y Sanitarios del Descenso de la Mortalidad Infantil.** San José, C. R. : INISA-UCR, 1984.
- _____. “Las políticas socio-económicas y su efecto en el descenso de la mortalidad costarricense”. En: **Mortalidad y Fecundidad en Costa Rica.** San José: Asociación Demográfica Costarricense, 1983.
- Salazar Cambronero, Roxana y Zúñiga Gómez, Isabel. **Nociones sobre la Salud en Costa Rica.** 2 ed. San José, C.R.:EUNED, 1999.
- Solera Bennett, Jaime. **“Una opinión sobre los problemas económicos de Costa Rica en junio de 1961”.** San José, C. R. : Universidad de Costa Rica, 1961.

- Sonis, Abraam. **“Salud, Medicina y desarrollo económico social”**. Buenos Aires, Argentina, EUDEBA, 1964.
- Valverde M., José E. **Compendio histórico del Hospital en América**. San José: Universidad de Costa Rica, 1991.
- Vega Carballo, José L. **“Algunos aspectos políticos de la evolución cultural de Costa Rica”**. San José, C. R. : Universidad de Costa Rica, 1970.
- WHITEHEAD, M. **Conceptos y Principios de Igualdad y Salud**. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, España, 1990 ,32 PP

PERIÓDICOS Y REVISTAS

- “Agotada la capacidad del Hospital San Juan de Dios”. **Diario Nacional**. (San José, C. R.), 17 de jun., 1954, p.1,12.
- “Al enfermo debe tratarse con dignidad dice el Técnico Hospitalario Dr. Almenara”. **Diario de Costa Rica**. (San José, C. R.), 4 de mar., 1954, p.11.
- Amador Guevara, José. “La Realidad Sanitaria de la República”. **Revista Médica de Costa Rica**, 343(XIX): 471-477. 1962.
- _____. “Hospital y Salud Pública”. **Revista Hospitales de Costa Rica** (VI): 12-14, oct. - dic. 1979.
- Anodino. “Notas sobre la mortalidad infantil”. **La Gaceta Médica de Costa Rica**. (San José, C. R.), 15 de mar., 1914, p. 67.
- “Apelan ante Contraloría y Ministerio de Industrias, industriales de catres”. **La Nación**. (San José, C. R.), 28 de ene. 1963, p.7.
- Artari. “Resumen del desarrollo de la asistencia médica institucional en Costa Rica”. **Revista Hospitales de Costa Rica** (20): 19-20, ene.- mar. 1979.
- Astudillo D. Paula. **“Reforma Sanitaria”**,(pastudi@werken.ufro.cl), Jul 1998 22:59:34.

- Barrionuevo Montealegre, José María. "Medicina de la Colonia". **Revista Hospitales de Costa Rica** 17 y 18: 12-19. 1978.
- _____. "Medicina en la Colonia". **Revista Hospitales de Costa Rica** 8:17-20. 1976
- _____. "Medicina en la Colonia" **Revista Hospitales de Costa Rica** 9:14-19. 1976.
- _____. "Medicina en la Colonia" **Revista Hospitales de Costa Rica** 10:16-19. 1976.
- _____. "Medicina en la Colonia" **Revista Hospitales de Costa Rica** 11:16-19. 1976.
- _____. "Medicina en la Colonia" **Revista Hospitales de Costa Rica** 12 y 13:27-30. 1977.
- _____. "Medicina en la Colonia" **Revista Hospitales de Costa Rica** 14:21-28. 1977.
- _____. "Medicina en la Colonia" **Revista Hospitales de Costa Rica** 15:9-11. 1977.
- _____. "Medicina en la Colonia" **Revista Hospitales de Costa Rica** 4:7-20. 1980.
- Bouza Suárez, Alejandro "Algunos hechos asociados con la organización y administración de las acciones de salud a través de diversas instituciones asistenciales". **Revista Cubana de salud Pública** 26:63-67. 2000.
- Brenes, Andrés. "Los veinte años del Hospital Nacional de Niños". **La Nación**. (San José, C. R.), 13 de may. 1984, p.16 A.
- "Campaña Nacional Pro-Hospital de Niños". **La Nación**. (San José, C. R.), 11 de may. 1954, s.p.
- Cardona Osorio, Jorge. "El Concepto de Salud, enfermedad y salud pública". **ICAP: Revista Centroamericana de Administración Pública**. 12:103-136. 1987.

- Carvajal, Elsy. "Declarado ejemplo mundial de Pediatría". **La República**. (San José, C. R.), 26 de may., 1990, p. 2 A.
- Chassoul M., Charles. "Plata para manejar hospitales", **La Nación**. (San José, C. R.), 8 de mar., 1963, p. 57.
- "Crear otro ente autónomo", **La Nación**. (San José, C. R.), 5 de abril 1964, p. 74.
- Dávila Rosabal, Juan. "Los Problemas Médico – Asistenciales del País". **Revista Médica De Costa Rica**. 318–319(XVII):67-86. 1960.
- "Demagogia ayuda a Hospital de Niños". **Diario de Costa Rica**. (San José, C. R.), 13 de oct. 1963, p.15.
- De Vilalles, Bernabé. "Para los enfermos del Hospital de Liberia". **Diario de Costa Rica**. (San José, C. R.), 19 de ene., 1950, p.7.
- "Edificio para el Dispensario de Juan Viñas construirá el Seguro Social". **Diario de Costa Rica**. (San José, C. R.), 5 de may., 1954, p.9.
- "El Hospital Nacional de Niños: Un Ejemplo para la Alianza". **La Nación**. (San José, C. R.), 31 de mar. 1963, p.37.
- "El Sindicato de Profesionales en Ciencias Médicas", **La Nación**. (San José, C. R.), 31 de ene., 1954, p.23.
- "En apoyo de la fundación de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica". **Diario de Costa Rica**. (San José, C. R.), 17 de ene., 1950, p.5.
- "Estadística del Ministerio de Salubridad Pública". **La República**. (San José, C. R.), 12 de jun., de 1955, pp.12-13.
- Güendell González, Ludwig. "Crisis y estabilización financiera en el Seguro Social de Costa Rica". **ICAP: Revista Centroamericana de Administración Pública**. 12: 5-24. 1987.
- "Hasta el 17-3-54 se tenía un total de 26 casos". **La Nación**. (San José, C. R.), 17 de mar. 1954, p. 1,2.

“Hay ambiente en la Asamblea para la unificación hospitalaria”. **La República**. (San José, C. R.), s.f., 1963, s.p.

Hospital Nacional de Niños. “La investigación es una obligación ética”. **Horizontes #1**. (San José, C. R.), dic. 1997, p. 3.

_____. **Reseña Histórica**. San José, C. R. : H.N.N., 1999.

“Hospital Nacional de Niños”. **La Nación**. (San José, C. R.).18 de ene., 1964, p.9.

Ibiate, Francisco Javier. “Propuestas de bienestar”. **Revista ECA**. UCA Editores. ECA, No. 576, octubre de 1996, s.p.

Jiménez Fonseca, Elías. “La investigación en nuestro Hospital”. **La Nación**. (San José, C. R.), 3 de may., 1989, p. 16A.

Jiménez Fonseca, Elías. “25 aniversario del Hospital Nacional de Niños”. **La Nación**. (San José, C. R.), 13 de jun., 1989, p. 9D.

J.P.S.S.J. **Junta de Protección Social de San José**, No. 37, 16 de enero de 1950, San José, C. R. p.71-72.

Lachner Sandoval, Vicente. “Apuntes de higiene pública 1800-1900”. En: **Revista de Costa Rica en el siglo XIX**. San José, Costa Rica: Imprenta Nacional, 1902: 189-255.

López, Pardo Cándido M. “La reforma sanitaria en América Latina y el Caribe”. Universidad de La Habana. **Revista Cubana Salud Pública**. 1997;23(1-2):17-31.

Luros, Pablo. “Nuestro Problema Médico-Hospitalario”. **Revista Médica de Costa Rica**. 189 (IX):2-36. 1950.

Marín Hernández, Juan José. “De Curanderos a Médicos, una aproximación a la historia social de la Medicina en Costa Rica: 1800-1949”. EUNA/UCR: **Revista de Historia**. 32:65-108. 1995.

- Mohs Villalta, Edgar. "El Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera" en el XV aniversario de su fundación 1964-1979". **Revista Hospitales de Costa Rica** 1 y 2: 3-4. 1979.
- _____. "Reflexiones sobre el estado actual y el futuro de la salud infantil en Costa Rica". **Revista Hospitales de Costa Rica** 4: 16-17. 1980.
- _____. "Hospital Nacional de Niños, 25 años después". **La Nación**. (San José, C. R.), 1989, p. 5.
- _____. "Develización del busto en homenaje al Dr. Carlos Sáenz Herrera, el día 4 de marzo de 1994". **Revista Hospitales de Costa Rica** 28:21-22. 1994.
- _____. "Hospital Nacional de Niños". **La Nación**. (San José, C. R.), 22 de ene., 1994, p. 15 A.
- Montero S., Alejandro. "Mortalidad Infantil". **Boletín Patronato Nacional de la Infancia**. 2:41-42. 1930.
- Morgan, Lynn M. "¿Salud sin riqueza? El Sistema de Salud en Costa Rica bajo la crisis económica". **ICAP: Revista Centroamericana de Administración Pública** 12:25-39. 1987.
- "Mortalidad Infantil en Costa Rica". En: **La Gaceta Médica de Costa Rica**. 25: 289-292, oct. 1915.
- "Ningún otro hospital en otro lugar del mundo hubiera ejercido sus funciones mejor que lo hecho en el San Juan de Dios". **Diario Nacional**, (San José, C. R.), 7 de may., 1954, p.11.
- "No existe problema Hospitalario en Costa Rica". **La Nación**. (San José, C. R.), 3 de mar., 1954, p. 24.
- "No prosperó moción de censura contra el Mtro. de Salubridad". **La Nación**. (San José, C. R.), 8 de may. 1954, p. 7.
- Núñez, Solón. "Actividades de la Fundación Rockefeller". **Boletín de la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública** 4 y 5:81-90. 1923.

- Núñez, Solón. "Clínica Infantil". **Boletín de la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública** 1:6. 1923.
- "Otros importantes y valiosos servicios". **La Nación**. (San José, C. R.), 24 de may., 1964, p.41.
- Palmer, Steven. **"Salubridad Pública y Reforma Educativa en Costa Rica (1880-1940)"**. San José, 8: 1-4, abril 1995.
- Patronato Nacional de la Infancia. "Declaración de los derechos de los niños". **Boletín del Patronato Nacional de la Infancia**. 1(1): s. p. 1930.
- Peña Chavarría, Antonio. "Los Hospitales en Costa Rica". **Revista Médica de Costa Rica**. 201(X):1-16. 1951.
- Picado M., Teodoro. "La lucha por la Salubridad Pública". **La Gaceta Médica De Costa Rica** 10:110. 1914.
- Rosenberg, Mark B. "La política social, el estado y la cuestión social en Costa Rica: 1845-1939". **Revista de Historia UNA** (4): 113-148, ene. -jun.. 1977.
- Sáenz, Gerardo. "Hospital Nacional de Niños se hizo pequeño". **Diario Extra**. (San José, C. R.), 1 de jun., 1995, p. 3.
- _____. "Hospital de Niños, ahora Centro de Ciencias Médicas". **Diario Extra**. (San José, C.R.), 25 de may. 1994, s.p.
- Sáenz Herrera, Carlos. "El momento es trabajo, la obra requiere nuestra máxima dedicación a ella, la tarea es ardua; pero la llevaremos a buen fin con el amplio apoyo que recibimos de los hombres de buena voluntad". **La Nación**. (San José, C. R.), 31 de may., 1957, p. 7.
- Sáenz Jiménez, Lenín. "Tipo de Hospital recomendable para Costa Rica". **Revista Hospitales de Costa Rica** 11:5. 1976.
- Salazar Mora, Jorge Mario. **Política y reforma en Costa Rica 1914-1958**. San José, C. R.: Editorial Porvenir, 1982.
- Salazar Mora, Orlando. **El Apogeo de la república Liberal en Costa Rica**. San José, C. R.: EUCR, 1990.

- “Salubridad pide colaboración para hacer de San José una ciudad limpia y sana ante epidemia de polio”. **Diario de Costa Rica**. (San José, C. R.), 28 de mar., 1954, p.14.
- Samper Kutchbach, Mario, “Los productores directos en el siglo del café”. En **:Revista de Historia No. 7**. UNA:179-210, julio-diciembre 1978.
- Sancho, Mario, **Costa Rica, la Suiza Centroamericana**. 2. Ed. San José : Editorial Costa Rica, 1982.
- Schapiro, Mark.M. “Apuntes sobre la Evolución Médica en Costa Rica 1780 – 1930”. **Revista Médica de Costa Rica** 343(XIX):489-499. 1962.
- _____. “Apuntes sobre la evolución médica en Costa Rica 1780-1930”. **Revista Médica de Costa Rica**. 344(XX):33-39. 1963.
- “Se abandonan precauciones contra poliomielitis”. **La Nación**. (San José, C. R.), 18 de may. 1954, p. 4.
- Solís, O. “La Salud en el contexto del desarrollo económico y social”. En : **Organización Panamericana de la Salud. Foro: salud y desarrollo en Costa Rica. Dimensiones políticas y aspectos intersectoriales. Política y legislación sanitaria** No. 3-88. San José Costa Rica. 1988.
- Terán Valls, Max y otros, “Programa Integrado de Salud para Poblaciones Rurales”. **Revista Médica de Costa Rica** 343(XIX):479-488. 1962.
- “Totalmente financiado el Hospital Nacional de Niños”. **La República**. (San José, C.R), 3 de abr. 1963, p. 5.
- “Un sueño se hizo realidad al inaugurarse el Hospital de Niños”. **La Nación**. (San José, C.R.), 25 de may. 1964, p. 1-22.
- Valle, Carlos L. “Reseña histórica del Hospital de Cartago”. **Revista Hospitales de Costa Rica**. Volumen VI, oct. – dic. 1979, p. 8.
- Veronelli, Juan Carlos. “Experiencias Innovadoras en la prestación de servicios masivos de salud en América Latina”. **Salud Pública Materno Infantil y Prenatal** I :115-192. 1992.

- Villegas, Hugo. "Extensión de la Cobertura de Salud en Costa Rica". **Revista Hospitales de Costa Rica** 17 y 18:28. 1978.
- Von Bulow, Tulio. "Apuntes para la historia de la Medicina en Costa Rica durante la colonia". **Revista de los Archivos Nacionales** 3 y 4:128. 1945.
- Waring, Heaton M. "El Seguro Social en Costa Rica y su protección a la maternidad y a la Infancia". **Boletín del Patronato Nacional de la Infancia** 8: 338-339. 1931.
- Zeledón, Joaquín. "Editorial". **Revista Médica de Costa Rica**. 189(IX): 1, 1950.
- "117.607 estancias hospitalarias hubo el año pasado". **La Nación**. (San José, C. R.), 14 de mar., 1957, p.14.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

A.DOCUMENTOS

ARCHIVO JUNTA DE PROTECCIÓN SOCIAL DE SAN JOSÉ

Acta N°. 181-54, 16 de junio 1954, San José, C. R., s.p.

Acta N°. 204-54, 30 de jun. 1954, San José, C. R., s.p.

Acta N°. 324-54, 14 de sept. 1954, San José, C. R., s.p.

Acta N°. 30-55, 20 de enero 1955, San José, C. R., s.p.

Acta N°. 55-55, 16 de feb. 1955, San José, C. R., s.p.

Acta No. 41, 13 de febrero de 1950, San José, C. R. p.111-112.

Acta No. 22, 4 de diciembre 1950, San José, C. R. p.102-103.

Acta No. 8, 30 de julio de 1951, San José, C. R.. p.492.

Acta No. 15, 29 septiembre 1952, San José, C. R. p.8.

Acta No. 17, 13 octubre de 1952, San José, C. R. p.41.

Acta No. 31, del 2 febrero 1953, p.179.

Acta No. 4 - 54, 6 de enero 1954, San José, C. R. s.p.

Acta No. 190-54, 22 de jun. 1954, San José, C. R., s.p.

Acta No. 353-54, 29 de set. 1954, San José, C. R., s.p.

Acta No. 37, 14 febrero de 1955, San José, C. R., p.326.

Acta No. 45, 18 de abril 1955, San José, C. R., p.425.

- Acta No. 45, 27 de abril 1959, San José, C. R., p.250.
- Acta No. 27, 28 diciembre 1959, San José, C. R., p.269.
- Acta No. 30, 18 enero 1960, San José, C. R., pp.308-309.
- Acta No. 37, 29 febrero de 1960, San José, C. R., p.385.
- Acta No. 44, 25 abril de 1960, San José, C. R., p.481.
- Acta No. 6, 18 julio 1960, San José, C. R., p.138.
- Acta No. 9, 8 agosto de 1960, San José, C. R., p.19.
- Acta No. 15, 26 septiembre 1960, San José, C. R., pp.282.
- Acta No. 19, 24 octubre 1960, San José, C. R., p.347.
- Acta No. 26, 12 de diciembre 1960, San José, C. R., p.453.
- Acta No. 28, 9 enero 1961, San José, C. R., p.483.
- Acta No. 38, 20 de marzo 1961, San José, C. R., p.118.
- Acta No. 41, de 19 de abril 1961, San José, C. R., s.p.
- Acta No. 45, 15 de mayo 1961, San José, C. R., p.210.
- Acta No. 46, 22 de mayo 1961, San José, C. R., p.220.
- Acta No. 48, 5 de junio 1961, San José, C. R., p.244.
- Acta No. 1, 12 de junio 1961, San José, C. R., p.253-254.
- Acta No. 4, 3 de julio 1961, San José, C. R., p.293
- Acta No. 18, 9 de octubre de 1961, San José, C. R., p.457.
- Acta No. 24, 20 de noviembre 1961, San José, C. R., p.53
- Acta No. 25, 27 de noviembre 1961, San José, C. R., p.60-61

- Acta No. 48, 4 de junio de 1962, San José, C. R., p.389
- Acta No. 15, 17 de septiembre 1962, San José, C. R., p.124.
- Acta No. 16, 24 de septiembre 1962, San José, C. R., p.137.
- Acta No. 19, 15 de octubre 1962, San José, C. R., p.209.
- Acta No. 27, 27 de diciembre 1962, San José, C. R., pp.323-324.
- Acta No. 3, 24 de junio 1963. pp.225-235.
- Acta No. 2, 17 de junio 1963, San José, C. R., pp.221-222.
- Acta No. 3, 24 de junio 1963, San José, C. R., p.181.
- Acta No.4, 1 de julio 1963, San José, C. R., p.255.
- Acta No. 6, 15 de julio 1963, San José, C. R., p.285.
- Acta No.7, 22 de julio 1963, San José, C. R., p.301.
- Acta No. 12, 26 de agosto 1963, San José, C. R., pp.376-377.
- Acta No. 13, 2 de septiembre 1963, San José, C. R., pp.395-396.

DOCUMENTOS IMPRESOS

LIBROS

- Brenes Chacón, Albam. **Los Trabajos Finales de Graduación: su elaboración y presentación en las Ciencias Sociales.** San José, C. R. : EUNED, 1997.
- Butterfield, Herbert. **Los orígenes de la ciencia moderna.** Tr. por Luis Castro. Madrid, España : Taurus Ediciones S.A., 1982.

- Cabezas S., Edgar. **La Medicina en Costa Rica hasta 1900.** San José, C. R. : EDNASSS, 1990.
- Cerdas Albertazzi, José Manuel. "Salud y Caja Costarricense de Seguro Social". En: Salazar M., Jorge Mario. **El Significado de la legislación social de los cuarenta en Costa Rica.** San José: Editorial Porvenir, 1982.
- Dirección General de Estadística y Censos. "**Censo de Población 1864**". San José, C. R. 1964.
- _____. "**Anuario Estadístico de Costa Rica 1963**". San José, C. R. 1964.
- _____. "**Anuario Estadístico de Costa Rica 1965**". San José, C. R. 1965.
- _____. "**Anuario Estadístico de Costa Rica 1968**". San José, C. R. 1970.
- Dreisbach, Robert H. **Manual de Envenenamientos,** tr. Por Guillermo Anguiano L. México, D.F.: El Manual Moderno, S. A., 1970.
- Estrada Molina, Ligia. **Teodoro Picado Michalski: su aporte a la historiografía.** San José, C. R : Imprenta Nacional, 1967.
- Fernández, Antonio. **Historia del mundo Contemporáneo: curso de Orientación Universitaria.** España : Editorial VICENS VIVES S.A., 1994.
- González, Paulino. "Reflexiones acerca del concepto de Historia de las instituciones de Costa Rica". En: Gómez, Carmen Lila. **Las Instituciones Costarricenses del siglo XX.** San José: Editorial Costa Rica, 1986.
- J.P.S.S.J. **Junta de Protección Social de San José: reseña histórica,** San José, C. R.: JPS., 1976.
- Krauskopf R., Dina y Picado G., Xinia. **La Salud Comunitaria: el rol del Estado y las organizaciones no gubernamentales.** San José, C. R. : Instituto de Investigaciones Sociales- U.C.R., 1990. Avance No. 73.
- López de Fernández, Ligia María y Van Patten de Ocampo, Elia María. **Investigación bibliográfica y presentación de un trabajo escrito.** San José, C. R. : EUNED, 1994.

- López Salazar, José G. **Aquel San José 1920-1950.** San José : Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes. 1997.
- Meléndez Chaverri, Carlos. **Mensajes Presidenciales:1885-1906.** San José, C. R. : Editorial Texto, 1981.
- Ministerio de Salubridad Pública. **Plan Nacional de Salud.** San José : Sistema Nacional de Salud. 1971.
- _____. **Costa Rica: La Salud en cifras.** San José : Sistema Nacional de Salud. 1990.
- _____. **Memoria del Ministerio de Salubridad Pública.** San José, C. R. : M.S.P. 1950.
- _____. **“Breve Informe de la Labor de Salubridad Pública en el año 1953”.** San José, C. R.: M.S.P., 1953.
- Mohs V., Edgar. **Salud, Medicina y democracia “El surgimiento de una nueva era”.** San José: Sistema Nacional de Salud, 1980.
- _____. **El Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera” 30 años después.** San José: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social (EDNASSS), 1994.
- Organización Mundial de la Salud. **Los hospitales y la salud para todos.** Ginebra : O.M.S., 1987.
- Pérez B., Héctor. **Historia de Costa Rica (1840-1940): Una Síntesis Interpretativa.** San José: EUNED, 1992.
- Ramos Domínguez, Narey y Aldereguía Henriques, Jorge. **Higiene Social y Organización de la Salud Pública.** Cuba: Editorial Pueblo y Educación, 1987.
- Vargas, Gerardo A. y Zamora, Carlos Ml. **El Patrimonio Histórico y el Desarrollo Urbano del Distrito Carmen de la Ciudad de San José 1850 - 1930.** San José : Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes. 1999.

Vargas G., William. **Hospital Nacional de Niños “Dr. Carlos Sáenz Herrera”, 20 años al servicio de la niñez costarricense 1964-1984.** San José: Caja Costarricense de Seguro Social, 1984.

Vega Carballo, José L **Orden y Progreso: La Formación del Estado Nacional en Costa Rica.** San José : ICAP, 1981.

Villalobos, Luis B. **“Salud y Sociedad: Un enfoque para Centroamérica”.** San José, C. R. : ICAP, 1989.

Zamora, Fernando. **Álbum de vistas de Costa Rica.** San José : Ministerio de Cultura, Juventud y Deportes. 1995.

PERIÓDICOS Y REVISTAS

“Agresión infantil trasciende a lo sexual”. **La República.** (San José, C. R.), 6 de set., 1988, p.18.

“Algunos aspectos de la Ley Orgánica del Ministerio de Salud”. **Revista Hospitales de Costa Rica.** 1:20. 1974.

“Alargamientos óseos”. **La Nación.** (San José, C. R.), 24 de may. 1994, s.p.

“Alcanza resonancia nacional la Feria de las Flores”. **La Nación.** (San José, C. R.), 19 de mar. 1962, s.p.

“Alegría en la Feria”. **La República.** (San José, C. R.), 16 de mar. 1969, s.p.

Amador Guevara, José. “Realidad Sanitaria de la República”. **Revista Médica de Costa Rica,** 344(XX):17. 1963.

“Amenaza el Cierre de Hospital”. **La Nación.** (San José, C. R.), 7 de mar. 1963, s.p.

“Apertura de Consulta Externa del Hospital Nacional de Niños, se realizará el seis de enero”. **La Nación,** (San José, C. R.), 6 de dic., 1963, p.13.

“Árbol de 12 metros en el Hospital Nacional de Niños”. **La Nación.** (San José, C. R.), 16 de dic. 1973, s.p.

- Arguedas, Adriano y Mohs, Edgar. "La investigación en el Hospital Nacional de Niños". **La Nación**. (San José, C. R.), 27 de dic. 1992, p.16A.
- Arie, Adriano. "Ante la poliomielitis y lo que pueda sobrevivir". **Diario de Costa Rica**. (San José, C. R.), 18 de mar., 1954, p.7.
- Arrieta V., Román. "El Hospital Nacional de Niños es orgullo de América Latina". **Eco Católico**, (San José, C. R.), 19 de jun. 1994, p.4.
- Asamblea Legislativa. "Pronto comenzara la construcción del Hospital de Grecia". **Diario de Costa Rica**. (San José, C. R.), 2 de mar., 1964, p.7.
- "Asfixia por atragagantamiento". **La Nación**. (San José, C. R.), 27 de jun. 1987, s.p.
- "Atención especial a niños". **La Nación**. (San José, C. R.), 9 de abr. 1988, s.p.
- "Automatización de Laboratorios". **La Nación**. (San José, C. R.), 24 de may. 1994, s.p.
- "Ayer se inauguró la Feria de las Flores". **La Nación**. (San José, C. R.), 15 de mar. 1969, s.p.
- Barrionuevo Montealegre, José María "Historia de los Hospitales". **Revista Hospitales de Costa Rica** 5: 20. 1975.
- _____. "Medicina de la Colonia, Costa Rica". **Revista Hospitales de Costa Rica** 1: 11-20. 1980.
- "Bases para la elección de la Reina de las Flores de 1963". **La Prensa Libre**. (San José, C. R.), 30 de ene. 1963, s.p.
- Borrasé, Mercedes. "Inaugurada Feria de las Flores 1963". **La Prensa Libre**. (San José, C. R.), 30 de mar. 1963, s.p.
- Brenes Mata, Andrés. "Mi paso por la Junta de Protección Social de San José". **Revista Hospitales de Costa Rica**. 8:23, 1976.
- Brenes, Greivin Mauricio. "Urgen cambios en Hospital de Niños". **La República**. (San José, C. R.), 30 de jun. 1998, s.p.

- Brenes, Lidiette. "Hospital de Niños ha cumplido ya 15 años de eficientes servicios". **La Nación**. (San José, C. R.), 24 de may. 1979, s.p.
- Cabezas B., Silvia. "Epidemia de diarrea ataca a niños". **La Nación**. (San José, C. R.), 12 de ene. 1990, s.p.
- "Cámara de Transportes ofrece 3 millones anuales para ayudar al Hospital de Niños". **Diario de Costa Rica**. (San José, C. R.), 23 de feb. 1963, s.p.
- "Caramelo para la opinión pública es el decir que con los impuestos de consumo va a financiarse el Hospital de Niños". **La Nación**. (San José, C. R.), 13 de oct. 1963, s.p.
- Carvajal, Ely. "Detectarán deformaciones del corazón en el embrión". **La República**. (San José, C. R.), 4 de ago. 1990, s.p.
- "CCSS ocupará una mitad del Hospital Nacional de Niños". **Diario de Costa Rica**. (San José, C. R.), 4 de nov. 1963, s.p.
- "Campaña Nacional Pro-Hospital de Niños". **La Nación**. (San José, C. R.), 1 de ene., 1954, p.18.
- Castro S. Carlos L. "El Dr. Tomás Casas es ejemplo de abnegación y fraternidad". **Diario de Costa Rica**. (San José, C. R.), 5 de mar., 1954, p.3.
- "Celebración de los veinte años del Hospital de Niños". **La República**. (San José, C. R.), 24 de may. 1984, p.1.
- "Cerca de medio millón, suma que se destina a licitación de camas para Hospital Nacional de Niños". **La Nación**. (San José, C. R.), 1 de jul. 1962, s.p.
- "Cirugía cardiaca como indicador del desarrollo institucional". **La Nación**. (San José, C. R.), 24 de may. 1994, s.p.
- "Cirugía cardiaca para niños pobres se hará en Costa Rica". **La República**. (San José, C. R.), 30 de oct. 1990, s.p.
- Collado, Delfina. "Visita de damas norteamericanas". **Diario de Costa Rica**. (San José, C. R.), 20 de feb. 1963, s.p.

- “Columnas de la Feria de las Flores”. **La Prensa Libre**. (San José, C. R.), 28 de feb. 1963, s.p.
- “Condenado agresor del doctor Trejos Fonseca”. **La República**. (San José, C. R.), 16 de jun. 1987, s.p.
- “Crítica situación en Centro América”. **La Nación**. (San José, C. R.), 8 de may. 1954, s.p.
- “Creación del Patronato de Hospital Nacional de Niños. **La República**. (San José, C. R.), 30 de abr. 1964, p.18.
- “Cobro en los Hospitales”. **La Nación**. (San José, C. R.), 25 de ene., 1963, p.5.
- “Coincidió el Dr. Utz con las medidas de Salubridad”. **La Nación**. (San José, C. R.), 28 de mar., 1954, pp.1-9.
- “Con grandes dificultades están trabajando las autoridades sanitarias”. **Diario de Costa Rica**. (San José, C. R.), 6 de ene., 1950, p.8.
- “Cooperación hospitalaria en el problema de poliomiélitis”. **La Nación**. (San José, C.R), 20 de may., 1954, p.4.
- Cordero B., Mario. “Falta Atención Médica”. **Diario de Costa Rica**. (San José, C. R.), 2 de mar., 1954, p. 8.
- Chávez, Marietta. “Escuela-hospital, una perspectiva diferente para la educación del niño costarricense”. **Semanario Universidad**. (San José, C. R.), del 8 al 14 de jul. 1983, s.p.
- Chávez Brenes, Manuel Antonio. “Presentado a la Asamblea Legislativa proyecto para que los pagos por concepto de matrimonios civiles pasen a Hospital de Niños”. **La Nación**. (San José, C. R.), 8 de abr. 1963, s.p.
- “Damas Voluntarias Gris”. **La Prensa Libre**. (San José, C. R.), 9 de set. 1991, s.p.
- “Darán prevención escolar contra quemaduras”. **La República**. (San José, C. R.), 1 de ene. 1990, s.p.

- De Steffen, Inés. "Un sueño convertido en realidad". **La Prensa Libre**. (San José C. R.), 11 de may. 1964, p.7.
- "Despedida al doctor Carlos Sáenz Herrera". **La Nación**. (San José, C. R.), 22 de oct. 1971, p.20.
- "Desmiente el Ministerio de Salubridad informes alarmistas sobre la Polio". **La Nación**. (San José, C. R.), 15 de may.1954, p.11.
- "Detectarán deformaciones del corazón en el embrión". **La República**. (San José, C. R.), 4 de ago., 1990, p.5A.
- Díaz, Marta Julia. "Fortaleza de sueños y realidades". **La República**. (San José, C. R.), 28 de may. 1998, s.p.
- "Diez mil colones para el Hospital de Niños". **La República**. (San José, C. R.), 27 de jun. 1963, s.p.
- "Doña Marta de Martínez, Segunda Vice-Presidenta del Comité Pro Hospital Nacional de Niños". **La Nación**. (San José, C. R.), 4 de may. 1962, s.p.
- "Doce casos más de poliomiélitis". **La Nación**. (San José, C. R.), 5 de may. 1954, s.p.
- "Dr. Carlos Sáenz Herrera". **La Nación**. (San José, C. R.), 17 de oct. 1971, p.4.
- "Dr. Carlos Sáenz Herrera". **La Nación**. (San José, C. R.), 24 de may. 1994, s.p.
- "Dr. Mohs fue homenajeado en Guatemala". **La República**. (San José, C. R.), 7 de oct. 1987, s.p.
- "Déficit total de ₡14.33.455.57". **La Nación**. (San José, C. R.), 25 de ene., 1963, p. 2.
- "De 200 camas dispondrá el Hospital de Liberia". **Diario de Costa Rica**. (San José, C. R.), 7 de mar., 1954, p. 20.
- "Editorial". **Revista Médica de Costa Rica**. 189(IX):1. 1950.

- “El apoyo de la Fundación de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica”: Editorial. **Diario de Costa Rica**. (San José, C. R.), 18 de enero, 1950, p. 8.
- “El apoyo de la Fundación de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica”. **Diario de Costa Rica**. (San José, C. R.), 19 de ene., 1950, p.7.
- “El Dr. John Utz es una autoridad indiscutible en investigaciones sobre virus”. **Diario de Costa Rica**. (San José, C. R.), 26 de mar., 1954, pp.1-9.
- “El Dr. Sáenz Herrera es algo más que un ciudadano honrado: es un hombre bueno”. **La Nación**. (San José, C. R.), 10 de ago. de 1964, s.p.
- “El Pueblo necesita proteínas”. **La Nación**. (San José, C. R.), 17 de ene., 1954, p. 11.
- “El Problema que confronta la ciudad de San José es un problema nacional”. **La Prensa Libre**. (San José, C. R.), 13 de oct., 1954, p.14.
- “Enemigo”. **La Nación**. (San José, C. R.), 20 de ene., 1954, p. 5.
- “En Costa Rica nadie desconoce que el Régimen de Seguros Sociales adolece de serios problemas”. **Diario de Costa Rica**. (San José, C. R.), 22 de abr., 1954, p.9.
- “Es posible que el suero anticrotálico sea de gran utilidad contra la polio”. **Diario Nacional**. (San José, C. R.), 14 de jun., 1954, p.15.
- “Excusados de pozo negro en Barrio México”. **Diario de Costa Rica**. (San José, C. R.), 19 de mar., 1954, p.9.
- “Estado”, **Enciclopedia Microsoft® Encarta® 99**. © 1993-1998
Microsoft Corporation. Reservados todos los derechos.
- “Editorial: Una institución modelo”. **La Nación**. (San José, C. R.), 28 de may. 1989, p.14A.
- “El Árbol de navidad que es la alegría de los niños enfermos del Hospital Carlos Sáenz Herrera”. **La Prensa Libre**. (San José, C. R.), 27 de dic. 1978, p.16.

- “El eminente pediatra doctor Carlos Sáenz Herrera elogia a la Casa Nestlé”. **La República.** (San José, C. R.), s.f., s.p.
- “El Hospital Nacional de Niños se inaugurará el domingo 24 de mayo”. **La Nación.** (San José, C. R.), 7 de may. 1964, s.p.
- “El Hospital Nacional de Niños”. **La Nación.** (San José, C. R.), 11 de abr. 1961, s.p.
- “El Dr. Sáenz Herrera”. **La Nación.** (San José, C. R.), 24 de may. 1964, s.p.
- “En enero al nuevo cargo”. **La Nación.** (San José, C. R.), 4 de dic. 1971, s.p.
- “En marcha el Hospital del Niño”. **La República.** (San José, C. R.), 1 de nov. 1959, s.p.
- “Encantadoras candidatas por Aserrí al Reinado de las Flores”. **La Prensa Libre.** (San José, C.R.), 28 de feb. 1963, s.p.
- “Enviados de Salubridad a combatir la gastro en Limón”. **La Nación.** (San José, C. R.), 7 de may. 1954, p.10.
- “Escazú en la Feria de las Flores”. **La Nación.** (San José, C. R.), 14 de feb. 1963, s.p.
- “España hizo entrega de cheque al Hospital Nacional de Niños”. **La Nación.** (San José, C. R.), 26 de abr. 1963, s.p.
- “Estudian reforzar la estructura de Hospital”. **La Nación.** (San José, C. R.), 27 de jun. 1987, s.p.
- “Expertos estadounidenses colaboran con hospitales”. **La Nación.** (San José, C. R.), 9 de abr. 1988, p.18.
- “Feria de las Flores 1963”. **La Prensa Libre.** (San José, C. R.), 6 de mar. 1963, s.p.
- Fernández, Milena. “Hospital de Niños cada vez con menos camas”. **La Nación.** (San José, C. R.), 25 de may. 1994, p.5 A.

- “Financiar el Hospital de Niños con impuesto de consumo”. **La República**. (San José, C. R.), 10 de oct. 1963, s.p.
- “Foto de despedida al Dr. Sáenz Herrera”. **La Nación**. (San José, C. R.), 30 de oct. 1971, s.p.
- Francis, Myriam. “Gracias, doctor”. **La República**. (San José, C. R.), 25 de set. 1971, p.9.
- Fuentes R., José Luis. “Darán prevención escolar contra quemaduras”. **La República**. (San José, C. R.), 1 de ene. 1990, s.p.
- García A., Luis Alberto. “La biofarmacia y farmacocinética, revolución científica”. **La Prensa Libre**. (San José, C. R.), 3 de set. 1984, s.p.
- Gómez V., William. “30 años del Hospital nacional de Niños”. **Diario Extra**. (San José, C. R.), 25 de may. 1994, s.p.
- “Golpe de Muerte a los derechos de los asegurados”. **La Nación**. (San José, C. R.), 31 de ene., 1954, p.23.
- Gómez, Mónica. “Abarrotan el Hospital de Niños”. **Al Día**. (San José, C. R.), 19 de abr. 1995, s.p.
- _____. “Hospital ha salvado 250 mil vidas”. **Al Día**. (San José, C. R.), 24 de may. 1994, s.p.
- “Hace 20 años el Hospital de Niños salvó salud del país”. **La República**. (San José, C. R.), 25 de may. 1984, p.2.
- Herrera P., Martha. “Aliento en el sufrimiento”. **Al Día**. (San José, C. R.), 16 de nov. 1997, p.2.
- “Hay ambiente en la Asamblea para la unificación hospitalaria”. **La República**. (San José, C. R.), oct., 1963, s.p.
- Hernández Rodríguez, Carlos, “Trabajadores, empresarios y Estado: la dinámica de clases y los límites institucionales del conflicto. 1900-1943”. En: **Revista de Historia**. No. 27 (enero-junio de 1993) pp.51-86

- “Hospital de Niños abre en Mayo”, **La Nación**. (San José, C. R.). 17 de mar., 1964, p.53.
- “Hospital Nacional de Niños a cargo de la C.C.S.S.”. **Revista Hospitales de Costa Rica** (9): 27-28, jun. 1976.
- “Hospital de Niños cumple 23 años”. **La Nación**. (San José, C. R.), 23 de may. 1987, s.p.
- “Hospital de Niños dará atención a domicilio”. **La Nación**. (San José, C. R.), 9 de mar. 1987, s.p.
- “Hospital de Niños ha cumplido ya 15 años de eficientes servicios”. **La Nación**. (San José, C. R.), 24 de may. 1979, s.p.
- “Hospital Nacional de Niños debe funcionar”. **La Nación**. (San José, C. R.), 22 de ago. 1963, s.p.
- “Hospital Nacional de Niños”. **Diario de Costa Rica**. (San José, C. R.), 24 de may. 1964, s.p.
- “Hoy se inaugura Hospital Nacional de Niños”. **La República**. (San José, C. R.), 24 de may. 1964, p.13.
- “Homenaje al Doctor Carlos Sáenz Herrera”. **Revista Hospitales de Costa Rica** (5): 36, jun. 1975.
- “Hospital de Niños “Dr. Ricardo Gutiérrez” 1875-1998”**. Argentina. 1999. (<http://webs.pccp.com.ar/guti/histoin.html>), p.1-2. INTERNET
- “Hospital al Servicio Civil”. **La Nación**. (San José, C. R.), 26 de ene., 1963, p.2.
- “Hospital Nacional de Niños a cargo de la C.C.S.S.” **Revista Hospitales de Costa Rica** (9): 27-28, jun. 1976.
- “Hoy empezará a trabajar la enfermera especialista en tratamiento de polio”. **Diario de Costa Rica**. (San José, C. R.), 16 de mar., 1954, p.12.
- “Huelga paralizó ayer sistema hospitalario”. **La Nación**. (San José, C. R.), 18 de nov. 1987, s.p.

“Inaceptable cobro hospitalario”. **La Nación**. (San José, C. R.), 29 de ene., 1963, p.34.

“Instrucciones de Salubridad para evitar propagación de la poliomielitis en San José”. **Diario de Costa Rica**. (San José, C. R.), 12 de mar., 1954, p.10.

“Impulsan creación del Centro del Niño Agredido”. **La República**. (San José, C. R.), 12 jun., 1989, s.p.

“Inaugurada semana de lucha contra el cáncer”. **La Nación**. (San José, C. R.), 7 de sept. 1987, s.p.

“Instrumental quirúrgico para Hospital de Niños”. **La Prensa Libre**. (San José, C. R.), 12 ago. 1963, s.p.

“Jacqueline Preciosa pulsera para Kennedy”. **La Prensa Libre**. (San José, C. R.), 20 de mar. 1963, s.p.

“Junta de Protección Social siempre haciendo el bien”. **La Prensa Libre**. (San José, C. R.), 21 de feb. 1997, s.p.

“La epidemia de polio alcanzó su máximo nivel en la semana del veinte de marzo”. **Diario de Costa Rica**. (San José, C. R.), 20 de abr., 1954, p. 1,2.

“La Legislación Sanitaria”. **Revista Médica de Costa Rica**. 207: 158. 1951.

“Las familias azotadas por la poliomielitis no deben sentirse solas”. **Diario de Costa Rica**. (San José, C. R.), 2 de abr., 1954, p. 1, 7.

“La Seguridad Social ha entrado en período de consolidación en Costa Rica”. **Diario de Costa Rica**. (San José, C. R.), 23 de abr., 1954, p. 9.

“Lágrimas y abrazos en la despedida”, **La Nación**. (San José, C. R.), 1 de oct. 1971, p. 6.

“Lágrimas en la despedida”, **La República**. (San José, C. R.), 1 de oct. 1971, p. 6.

“Lágrimas y colmillos”. **La República**. (San José, C. R.), 8 de jun. 1963, s.p.

- “La Asociación Pro Hospital Nacional de Niños reconoció la labor de doña Marta M. de Martínez”. **La Nación**. (San José, C. R.), 4 de jul. 1967, s.p.
- “La Corte cede tres millones a la Junta de Protección Social de San José para aliviar su grave situación económica”. **La Nación**. (San José, C. R.), 18 de jun. 1963, s.p.
- “La Junta de Protección Social de San José de la mano con la salud”. **Esta Semana**. (San José, C. R.), del 30 de jun. al 6 de jul. 1995, s.p.
- “La poliomielitis escapa a todo control”. **La Nación**. (San José, C. R.), 26 de mar., 1954, p. 1,4.
- “Las Vitaminas: amigas o enemigas”. **La Nación**. (San José, C. R.), 20 de ago. 1988, s.p.
- “Libre asistencia a las escuelas”. **La Nación**. (San José, C. R.), 23 de mar., 1954, p.30.
- Loaiza, Norma. “El Hospital Nacional de Niños”. **La Nación**. (San José, C. R.), 11 de abr. 1961, p. 14.
- _____. “La Feria de las Flores, uno de los exponentes más fieles de la democracia que es Costa Rica”. **La Nación**. (San José, C. R.), 4 de nov. 1970, s.p.
- Lobo S., Francisco. “Esperan ayuda a los niños”. **La Nación**. (San José, C. R.), 27 de jul. 1989, p. 16A.
- “Los 150 años de la Junta de Protección Social de San José y los 75 años de la Sociedad de Seguros de Vida del Magisterio nacional, dos Instituciones al servicio de los costarricenses. **Esta Semana**. (San José, C. R.), del 30 de jun. al 6 de jul. 1995, s.p.
- “Los doctores Sáenz y Peña harán amplia exposición ante los diputados”. **La Nación**. (San José, C. R.), 13 de may. 1954, p.27.
- Madden, Anabelle. “Tragedia De Los Niños Enfermos”. **Diario de Costa Rica**. (San José, C. R.), 24 de may. 1964, s.p.

- Martínez, Laura. "Juegos hacen perder temor al Hospital". **La República**. (San José, C. R.), 27 de abr. 1992, s.p.
- "Médicos condecoran al Dr. Carlos Sáenz Herrera". **La Nación**. (San José, C. R.), 23 de oct. 1971, s.p.
- "Médicos decidirán mañana sobre paro". **La Nación**. (San José, C. R.), 3 de nov. 1987, s.p.
- "Medicina del desarrollo". **La Nación**. (San José, C. R.), 24 de may. 1994, s.p.
- "Meningitis en todo el país". **La Nación**. (San José, C. R.), 23 de may. 1987, s.p.
- "Meritoria labor ha realizado el Departamento de Enfermeras". **La Nación**. (San José, C. R.), 12 de may. 1954, p.19.
- "Ministerio solicita ayuda de las radioemisoras". **La Nación**. (San José, C.R), 17 de mar., 1954, p.1, 2.
- "Mirad a Jesucristo en cada niño doliente y protegédlos". **La República**. (San José, C. R.), 4 de mar. 1983, p. 6.
- Minsky Acosta, Larissa. "Todo por la vida". **La Nación**. (San José, C. R.), 14 de set. 1997, s.p.
- "Mirad a Jesucristo en cada niño doliente y protegédlos". **La República**. (San José, C. R.), 4 de mar. 1983.
- "Moderno Hospital para Niños", **La Nación**, (San José, C. R.), 1 de abr., 1954, p. 10.
- Mohs V., Edgar. **Al recibir el doctorado Honoris Causa en Medicina**. Suecia :Universidad de Göteborg, oct. 1988.
- _____. "El Hospital como unidad ejecutora de los servicios de Salud en una comunidad". **Revista Hospitales de Costa Rica**. 10:5-6. 1976.
- _____. "Políticas, estrategias de salud y planteamiento de acción". En : **Organización Panamericana de la Salud. Foro: salud y desarrollo en Costa Rica. Dimensiones políticas y aspectos intersectoriales. Política y legislación sanitaria** No. 3-88. San José Costa Rica. 1988.

- _____. **El Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera"**.
San José : Sistema Nacional de Salud, 1973.
- _____. **El Hospital Nacional de Niños 25 años después 1964-1989**.
San José : Sistema Nacional de Salud, 1989.
- _____. "Un éxito campaña contra pólvora". **La Prensa Libre**. (San José, C. R.), 10 de dic. 1987.
- _____. "30 Aniversario del Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera"". **La Nación**. (San José, C. R.), 24 de may. 1994.
- _____. "30 años del Hospital de Niños". **La Nación**. (San José, C. R.), 25 de may. 1994, s.p.
- _____. "Centros de Ciencias Médicas". **La Nación**. (San José, C. R.), 3 de oct. 1994, s.p.
- _____. "El legado del Dr. Sáenz Herrera". **La Nación**. (San José, C.R.), 6 de jul. 1985, s.p.
- Molina B., Carlos. "Más de 2.000 millones entregó la JPS en 1989". **La Prensa Libre**. (San José, C. R.), 14 de mar. 1990, s.p.
- Mora C., Viela. "Desarrollo psicomotor en el niño". **La República**. (San José, C. R.), 6 de set. 1988, s.p.
- Mora, Emilia. "Comenzó campaña de los 80". **La Nación**. (San José, C. R.), 27 de jul. 1989, s.p.
- _____. "Una quemadura duele para toda la vida". **La Nación**. (San José, C. R.), 16 de jun. 1989, s.p.
- Mora, Karla. "Voluntarias de la esperanza". **La República**. (San José, C. R.), 25 de jul. 1996, s.p.
- Mora, William. "Las vitaminas: amigas o enemigas". **La Nación**. (San José, C. R.), 20 de ago. 1988, s.p.

M.S. "El hospital de los güilas..." . **La Nación**. (San José, C. R.), 21 de may. 1964, p.30.

"Niño de 10 años recibirá brazos". **La República**. (San José, C. R.), 28 de jul. 1988, s.p.

"No cerrar escuelas". **La Nación**. (San José, C. R.), 24 de mar., 1954, p. 1, 7.

"Nombre de Dr. Carlos Sáenz para Hospital de Niños". **La Nación**, (San José, C. R.), 24 de may. 1964, p. 48.

"No Separará a la Madre Del Hijo, El Hospital Nacional de Niños: Dr. Loría". **Diario de Costa Rica**. (San José, C. R.), 24 de may. 1964, p.32.

"Nombre de Sáenz Herrera para el Hospital de Niños". **La Nación**. (San José, C. R.), 1 de oct. 1962, s.p.

"Nuevos casos de Polio". **La Nación**. (San José, C. R.), 4 de marzo 1954, p.5.

"Operarán en el país a niños extranjeros". **La Nación**. (San José, C. R.), 30 de Oct. 1989, s.p.

Ortiz Guier, Juan G. "Consideraciones sobre la Integración Hospitalaria en Costa Rica". **Revista Médica de Costa Rica** 338(XIX):325-337, 1962.

Orozco S., Angela. "Inician campaña educativa sobre el cáncer infantil". **La República**. (San José, C. R.), 17 de set. 1990, s.p.

Ortiz B., Roberto. "Dos fechas históricas". **La Prensa Libre**. (San José, C. R.), 15 de mar. 1995, s.p.

_____. "Hospital de Niños para el niño enfermo". **La República**. (San José, C. R.), 27 de feb. 1992, p.19 A.

_____. "Una necesaria decisión política". **La Prensa Libre**. (San José, C. R.), 19 de set. 1994, p.9.

_____. **Motivaciones**. San José : Caja Costarricense de Seguro Social. 1994.

- Pacheco, José. "La Feria de las Flores". **La Nación**. (San José, C. R.), 27 de feb. 1963, s.p.
- "Particulares e instituciones ayudarán a Magaly". **La República**. (San José, C. R.), 12 de may. 1988, s.p.
- "Piden a enfermeras perder miedo al SIDA". **La Nación**. (San José, C. R.), 7 de ago. 1990, s.p.
- "Población infantil víctima de accidentes de tránsito". **La República**. (San José, C. R.), 6 de set., 1988, p. 5.
- Polini, Gina. "Lucecitas multicolores alegran la Navidad de niños enfermos". **La Nación**. (San José, C.R.), 21 de dic. 1978, p. 4-C.
- "Proyecto Hospitalario discutido ayer en Salubridad Pública". **Diario de Costa Rica**. (San José, C. R.), 9 de mar., 1954, p. 1.
- Quesada, Ana. "Accidentes de tránsito". **La República**. (San José, C. R.), 1989, s.p.
- Ramos V., Rogelio. "Demagogia ayuda a Hospital de Niños". **Diario de Costa Rica**. (San José, C. R.), 10 de oct. 1963, s.p.
- "Reconocimiento por una gran labor social". **La Nación**. (San José, C. R.), 17 de may. 1965, s.p.
- "Reconocimiento". **La Prensa Libre**. (San José, C. R.), 23 de may. 1985, s.p.
- Renshaw, Lauteri. "Primer Congreso Americano del Niño". **Gaceta Médica de Costa Rica** 30(IIIa):349-350. 1916.
- "Responde al cargo de que paga sueldos elevados la Junta de Protección Social". **Diario de Costa Rica**. (San José, C. R.), 19 de feb. 1963, p. 16.
- "Resonante éxito la Feria de las Flores en el Parque Nacional". **La Nación**. (San José, C. R.), 31 de mar. 1963, s.p.
- "Reviven Villancicos posadas". **La Nación**. (San José, C. R.), 13 de dic. 1978, s.p.

- Robles Arias, Arturo. "El caso del Dr. Álvaro Salazar Padilla". **La Nación**. (San José, C. R.), 12 de nov. 1987, s.p.
- Rodríguez R., Julieta. "Ni rezago, ni logros aislados". **La Nación**. (San José, C. R.), 5 de oct. 1997, s.p.
- Rojas C., Elías. "Corresponde a Salubridad Pública". **Diario de Costa Rica**. (San José, C. R.), 8 de ene., 1950, p. 8.
- _____. "Circular". **Hospital Nacional de Niños**. (San José, C. R.), 24 de set. 1971. p.1.
- Roldán, Rodrigo. "Saturados los servicios en el Hospital de Niños". **La República**. (San José, C. R.), 1 de nov., 1992, p. 2A.
- Sáenz, Samuel. "Anotaciones relativas a la mortalidad infantil en la Provincia de Cartago". **Boletín Patronato Nacional de la Infancia** 4:149-152. 1931.
- Sáenz Herrera, Carlos. "Circular". **Hospital Nacional de Niños**. (San José, C. R.), 24 de set. 1971, s.p.
- _____. "Comentario". **La Nación**. (San José, C. R.), 26 de set. 1971, s.p.
- Sáenz, Gerardo. "Cruzada pro-construcción del Centro de Ciencias Médicas" **Diario Extra**. (San José, C. R.), 12 de nov., 1994, p. 10.
- _____. "Centro de Ciencias Médicas no se construirá anexo al Hospital de Niños". **Diario Extra**. (San José, C. R.), 15 de abr. 1997, s.p.
- _____. "Estafa millonaria contra Hospital de Niños". **Diario Extra**. (San José, C. R.), 5 de may. 1995, p.8.
- _____. "Transformarán Hospital de Niños". **Diario Extra**. (San José, C. R.), 25 de may. 1993, p.5.
- Salazar. "Todas las visitas son bienvenidas". **La Nación**. (San José, C. R.), 24 de may. 1964, p.39.
- "Se archiva la idea del pasaje a $\phi 0.25$ ". **La Nación**. (San José, C. R.), 2 de marzo 1963, p. 1.

- “Se abandonan precauciones contra la poliomielitis”. **La Nación**. (San José, C. R.), 18 de may. 1954, p.4.
- “Servicio de Patología”. **La Nación**. (San José, C. R.), 24 de may. 1994, s.p.
- “Situación económica del H.N.N., será analizada hoy en una entrevista ente el Dr. Sáenz Herrera y el Contralor General de la República”. **La Nación**. (San José, C. R.), 8 de enero 1964, p. 37.
- “Situación de la Beneficencia Pública en el Hospital de Turrialba”. **Diario de Costa Rica**. (San José, C. R.), 11 de mar., 1950, p. 7.
- Solís R., María Isabel y Benavides, Rogelio. “Parálisis cerebral demanda más atención”. **La Nación**. (San José, C. R.), 26 de mar. 1989, s.p.
- Solís R., María Isabel. “25 años de mística y entrega a los niños”. **La Nación**. (San José, C. R.), 25 de may. 1989, p. 4A.
- _____. “Abarrotado ayer el Hospital de Niños”. **La Nación**. (San José, C. R.), 30 de jun. 1995, s.p.
- _____. “El Hospital de los niños 20 años después”. **La Nación**. (San José, C. R.), 22 de ene. 1984, s.p.
- _____. “Mitad de intoxicados con medicinas”. **La Nación**. (San José, C. R.), 9 de mar. 1990, s.p.
- _____. “Detectada nueva epidemia de infecciones respiratorias”. **La Nación**. (San José, C. R.), 2 de ago. 1988, s.p.
- _____. “Operarán en el país a niños extranjeros”. **La Nación**. (San José, C. R.), 30 de oct. 1989, s.p.
- Solano Carboni, Monserrat. “CCSS fortalecerá plan hospitalario”. **La Nación**. (San José, C. R.), 11 de oct. 1997, s.p.
- Steffen, Inés. “Un sueño convertido en realidad”. **La Prensa Libre**. (San José, C. R.), 11 de may. 1964, s.p.
- “Suplemento Día del Niño”. **La República**. (San José, C. R.), 6 de set. 1988, s.p.

“Suplemento especial dedicado al Hospital Nacional de Niños”. **La Nación**. (San José, C. R.), 24 de may. 1964, s.p.

Tabash B., Ahmed. “Hospital de Niños afronta problemas económicos”. **La Prensa Libre**. (San José, C. R.), 1 de feb. 1994, p.15.

_____. “Hospital de Niños en colapso”. **La Prensa Libre**. (San José, C. R.), 11 de mar. 1994, s.p.

_____. “Hospital tras servicios privados”. **La Prensa Libre**. (San José, C. R.), 12 de jul. 1997, p.3.

“Tamizaje neonatal masivo de hipotiroidismo congénito y enfermedades metabólicas hereditarias en Costa Rica”. **La Nación**. (San José, C. R.), 24 de may. 1994, s.p.

Terán S., Máximo y Zeledón V., Alfonso. “Responde al cargo de que paga sueldos elevados la Junta de Protección Social”. **Diario de Costa Rica**. (San José, C. R.), 14 de feb. 1963, s.p.

“The Hospital for Sick Children”. Canadá, 1999.
(<http://www.sickkids.on.ca/about/history.asp>), p. 1-3. INTERNET.

“The Hospital del Niño Jesús”. España. 1999.
(<http://www.medynet.com/usuarios/dermaHNJ/History.htm>), p. 1. INTERNET.

“Trasplante de órganos y tejidos”. **La Nación**. (San José, C. R.), 24 de may.1994, s.p.

“Trascendental Conferencia Médica para Organizar Campaña contra la Polio”. **Diario de Costa Rica**. (San José, C. R.), 13 de mar., 1954, p. 12.

“Traspaso de hospitales conlleva derechos laborales”. **Revista Hospitales de Costa Rica** 5:30. 1975.

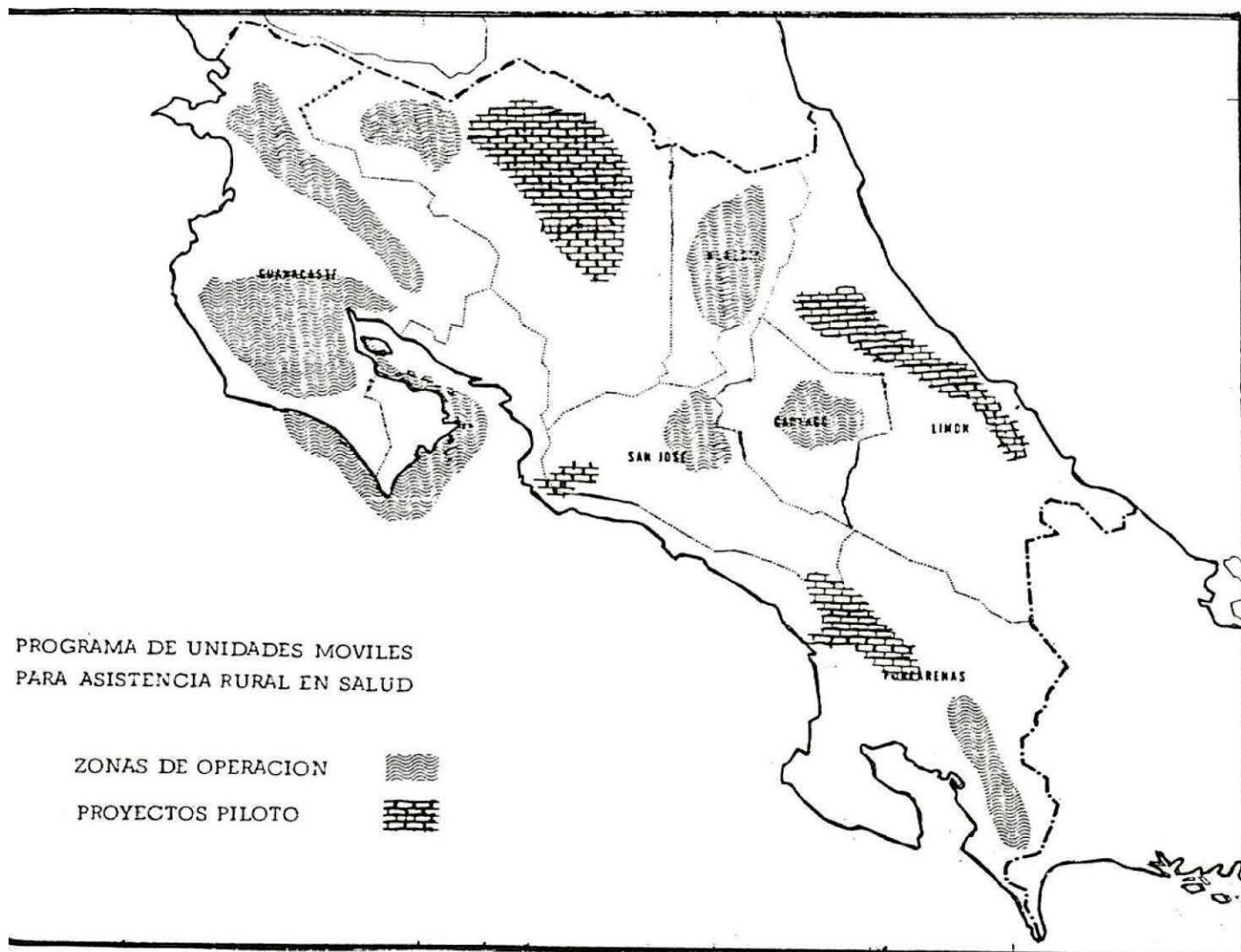
Trejos Escalante, Fernando “Coordinación de las Instituciones de Salud”. **Revista Hospitales de Costa Rica**. 9:7-8, 1976.

- “Tres puntos planteó Orlich a Kennedy”. **La Nación**. (San José, C. R.), 21 de mar. 1963, s.p.
- Toffler Heidi y Alvin. “El Ocaso de los Hospitales”. **La Nación**. (San José, C.R.), 1 de feb. 1998, p. 17 A.
- Tristán F., Guillermo. "Fundación del Hospital San Juan de Dios". **Diario de Costa Rica**. (San José, C. R), 20 de jun.. de 1946, p. 5.
- Ugalde, Evelyn. “Con la lotería hay un seguro ganador: Costa Rica”. **La Prensa Libre**. (San José, C. R.), 25 de abr. 1997, s.p.
- “Ultimo día del Presidente Kennedy en Costa Rica”. **La República**. (San José, C. R.), 21 de mar. 1963, s.p.
- “Ultrasonido. **La Nación**. (San José, C. R.), 24 de may. 1994, s.p.
- Umaña T., Jorge. “Fanatismo religioso se enfrenta a la ciencia médica”. **Diario Extra**. (San José, C. R.), 14 de may. 1987, s.p.
- Umaña, Hilda. “Hospital de Niños será edificio antisismos”. **La República**. (San José, C. R.), 5 de jul. 1987, s.p.
- “Un Paraíso Infantil en la Feria de las Flores”. **La Prensa Libre**. (San José, C. R.), 16 de mar. 1962, s.p.
- “Una institución modelo”. **La Nación**. (San José, C. R.), 28 de may. 1989, s.p.
- “Una epidemia impulsó creación de moderno Hospital”, **Revista Hospitales de Costa Rica** (6):25, set. 1975.
- “Unidad de emergencias quirúrgicas”. **La Nación**. (San José, C. R.), 24 de may. 1994, s.p.
- “Unidad de Quemados”. **La Nación**. (San José, C. R.), 24 de may. 1994, s.p.
- “Urge autonomía de Hospital de Niños”. **La República**. (San José, C. R.), 25 de may. 1989, p. 4A.

- Valverde B., Laura. "Atribuyen saturación del Hospital de Niños a atención en las clínicas". **La República**. (San José, C. R.), 18 de jul. 1991, s.p.
- Varela Q., Ivannia. "Urge modernización del Hospital de Niños". **La República**. (San José, C. R.), 24 de may. 1994, s.p.
- "Visita de Dr. Guy Roggen". **La República**. (San José, C. R.), 23 de may. 1964, s.p.
- "\$130.000.00 para Hospital de Niños no son suficientes para la operación del primer año". **La Nación**. (San José, C. R.), 21 de ago. 1963, p.18.
- "133 millones es Salud Pública". **La Nación**. (San José, C. R.), 22 de mar., 1964, p. 54.
- "15 de mayo terminó la Campaña Pro-Hospital de Niños". **La Nación**. (San José, C. R.), 9 de may. 1954, s.p.
- "25 aniversario Hospital nacional de Niños, Dr. Carlos Sáenz Herrera". **La Nación**. (San José, C. R.), 13 de jun. 1989, s.p.
- "33 casos de polio en los últimos tres días". **La Nación**. (San José, C. R.), 12 de may. 1954, p.18.
- "452 casos de polio comprobados hasta ayer". **La Nación**. (San José, C. R.), 26 de may. 1954, s.p.
- "734 casos de polio debidamente comprobados en todo el país". **La Nación**. (San José, C. R.), 2 de jul., 1954, p. 5.
- "864.500 dona Estados Unidos al Hospital de Niños". **Diario de Costa Rica**. (San José, C. R.), 3 de abr. 1963, s.p.

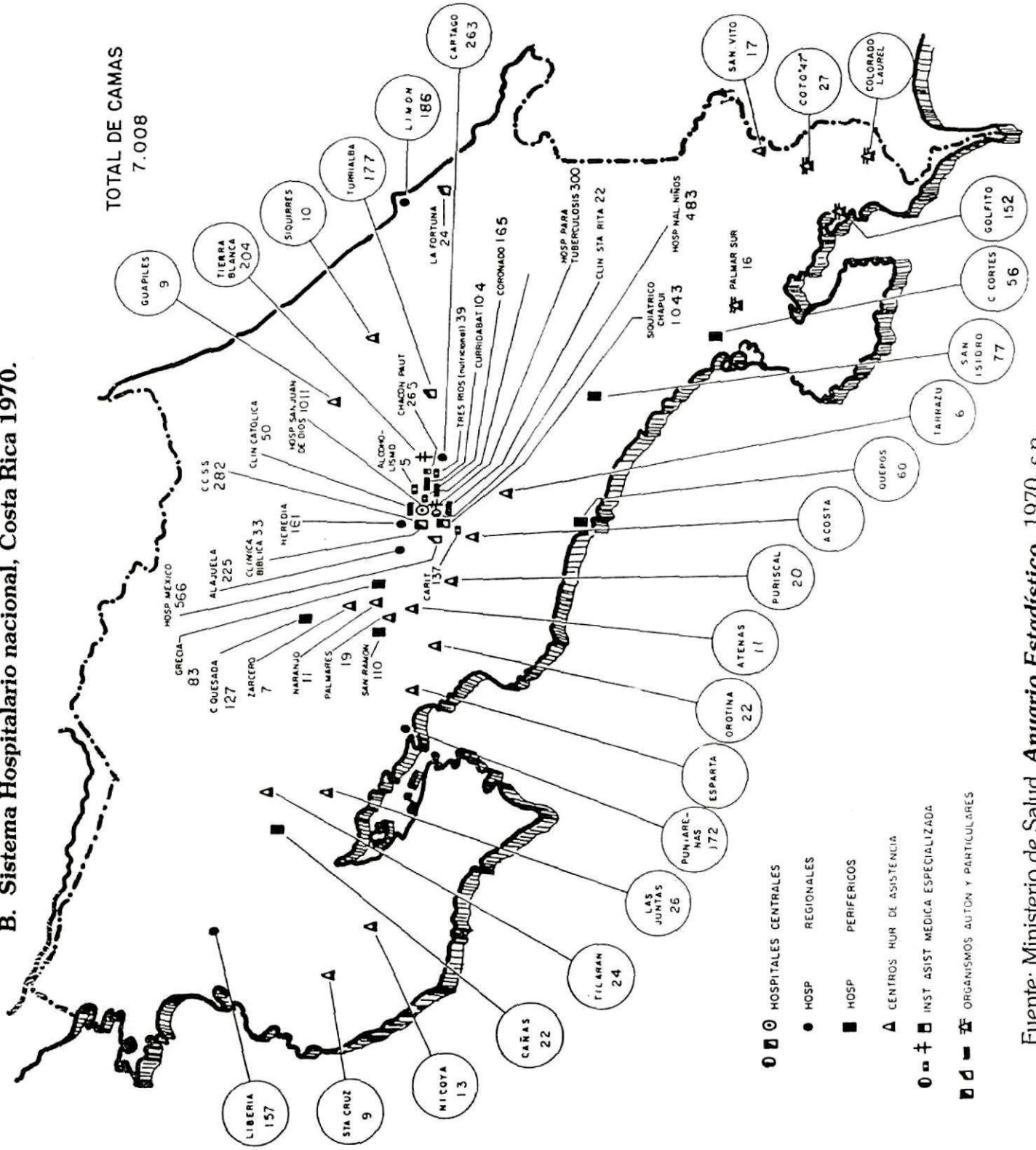
APÉNDICE

A. Zonas de Operación de las Unidades Móviles Costa Rica 1961.



FUENTE: Max Terán y otros "Programa Integrado de salud para Poblaciones Rurales" *Revista Médica*, San José 1962. p.p.479-499.

B. Sistema Hospitalario nacional, Costa Rica 1970.



Fuente: Ministerio de Salud, Anuario Estadístico, 1970, s.p.

C. Organigrama de Hospital Nacional de Niños 1999.

San José, Costa Rica.

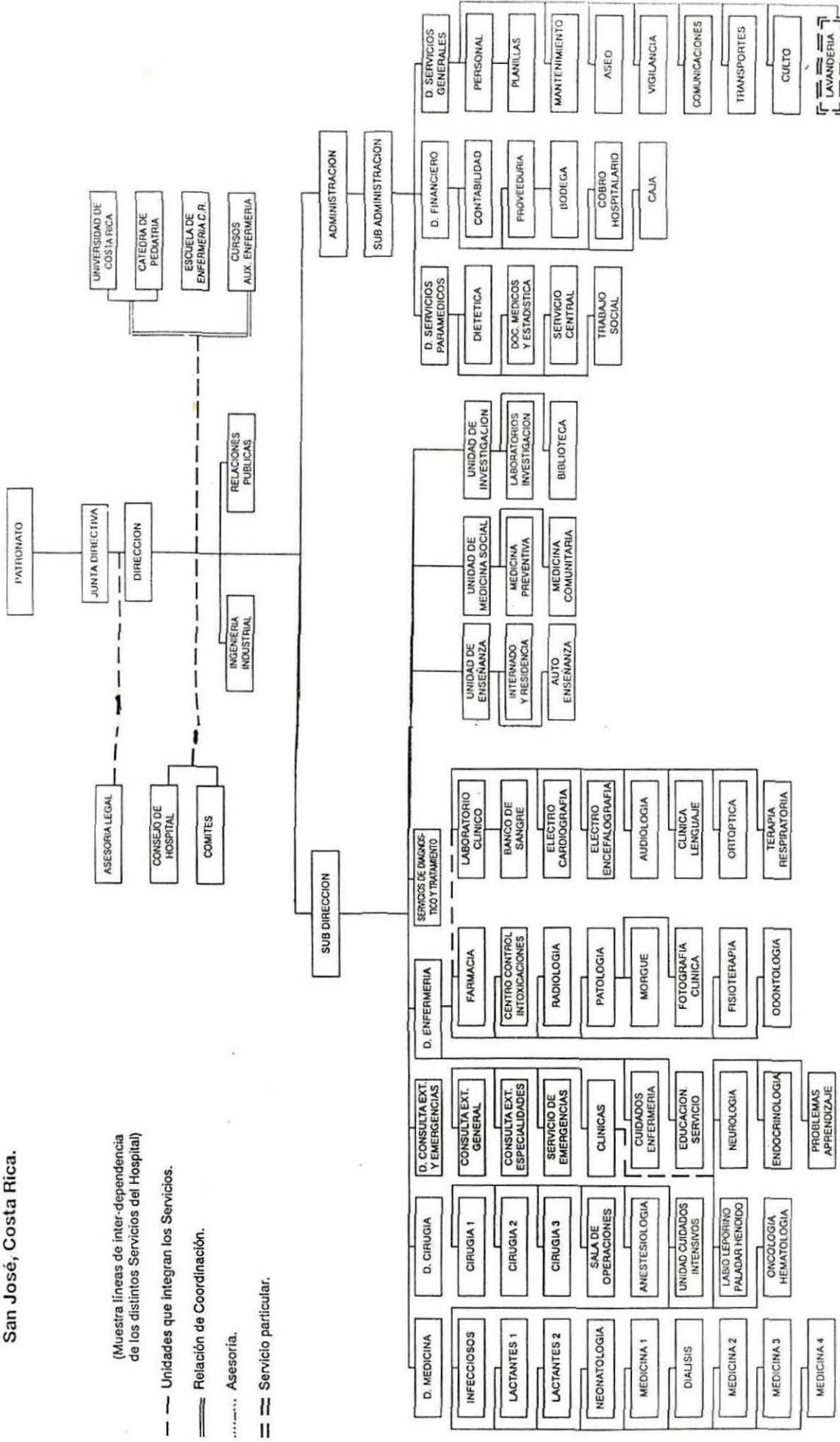
(Muestra líneas de inter-dependencia de los distintos Servicios del Hospital)

--- Unidades que integran los Servicios.

==== Relación de Coordinación.

..... Asesoría.

== Servicio particular.



Fuente: H.N.N., *Reseña Histórica*, 1999, p.70.