
Memoria Histórica de la Enfermería del Hospital San Juan de Dios

160 Aniversario

Lic. Carlos Eduardo González Pacheco

610.73
G643m González Pacheco, Carlos Eduardo.
 Memoria histórica de la enfermería del Hospital San Juan de Dios
 / Carlos Edo. González Pacheco. — 1ª ed. — San José, Costa Rica
 Imprenta y Litografía Argentina, 2005
 319 p. il.; 22 x 28cm.

 ISBN 9977-9991-3-9

 1. SERVICIO DE ENFERMERIA 2. HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS
 HISTORIA 3. SALUD PÚBLICA — COSTA RICA 6. INSTITUCIONES
 DE SALUD - COSTA RICA

La publicación de este libro fue posible gracias al esfuerzo
del equipo de enfermería del Hospital San Juan de Dios.

Se prohíbe la reproducción total o parcial
de esta publicación

CONTENIDO

ADVOCACIONES.....	7
AGRADECIMIENTOS.....	9
PRESENTACIÓN.....	13
PRÓLOGO.....	15
PREFACIO.....	19
PROPÓSITOS DE LA OBRA.....	23
INTRODUCCIÓN.....	27
 TÍTULO 1	
CONSIDERACIONES GENERALES.....	31
1-EL DESARROLLO MÉDICO.....	32
2-LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA Y SU EVOLUCIÓN.....	36
3-LAS GRANDES REFORMAS DE LA ENFERMERÍA.....	43
 TÍTULO II	
CREACIÓN DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS.....	51
1-ANTECEDENTES Y EJECUCIÓN DE LA OBRA.....	51
2-CONDICIONES ECONÓMICAS.....	58
3-EL SERVICIO MÉDICO.....	63
 TÍTULO III	
EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Y LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA EN EL SIGLO XIX.....	77
1-LAS PRIMERAS FORMAS.....	77
2-LUISA DE MARILLAC.....	81
3-EL HOSPITAL, LAS HERMANAS DE LA CARIDAD Y LA ENFERMERÍA.....	90
4-PRIMEROS INTENTOS DE ENSEÑANZA DE LA ENFERMERÍA.....	97

TÍTULO IV

EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS EN EL SIGLO XX: ORGANIZACIÓN PRÁCTICA Y CONSOLIDACIÓN DE LA ENSEÑANZA DE LA ENFERMERIA DENTRO DE LA SANIDAD Y LA BENEFICENCIA.....	105
1. CARACTERÍSTICAS DE LA SANIDAD.....	105
2. EL ESTABLECIMIENTO DE LA ENSEÑANZA DE LA OBSTETRICIA Y LA FUNDACIÓN DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL.....	108
3. PROBLEMÁTICA DE SALUD NACIONAL.....	117
4. LA ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL.....	123
5. EL SERVICIO DE ENFERMERÍA y LA ESTRUCTURACIÓN MÉDICA.....	132

TÍTULO V

LA ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DURANTE LA PROTECCION SOCIAL.....	147
A- LA DECADA DE 1940.....	147
1- DE LA BENEFICIENCIA A LA PROTECCION SOCIAL.....	147
2- LA ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE ENFERMERIA DEL HOSPITAL.....	152
3- EL HOSPITAL Y LA FORMACION DE ENFERMERAS.....	156
B-LOS AÑOS DE 1950.....	167
1- UN VISTAZO INTRODUCTORIO SOBRE EL HOSPITAL.....	167
2- COMPLEJIDAD Y PROYECCIÓN DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA.....	172
3- FORMAS DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN.....	179
4- LA INICIACIÓN FORMAL SOBRE EL SISTEMA DE ROTACIÓN.....	183

C- EL PERÍODO 1960.....	194
1- DERROTERO CONCEPTUAL Y FUNCIONAL DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA.....	194
2- ALGUNAS PARTICULARIDADES Y OTROS COMPONENTES.....	203
3- PANORÁMICA DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA.....	207
4- EL FINAL DE LA CONGREGACIÓN RELIGIOSA.....	215

TÍTULO VI

LA ENFERMERÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DURANTE LA SEGURIDAD SOCIAL.....	237
1- MARCO INTRODUCTORIO Y CONCEPTUAL.....	237
2- ANTECEDENTES Y CREACIÓN DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL.....	242
3- LA ENFERMERÍA DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURIDAD SOCIAL.....	247
4- TRASPASO DEL HOSPITAL A LA C.C.S.S.....	253
5- LA ENFERMERÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS EN DE LA SEGURIDAD SOCIAL: PRINCIPALES HECHOS.....	264
5.1- LOS INNOVADORES DELINEAMIENTOS Y PRECEPTOS DE LA ENFERMERÍA DEL HOSPITAL.....	269
5.2- PROCESOS DE CAMBIO INSTITUCIONALES Y LA ENFERMERÍA DEL HOSPITAL.....	274
5.3- PROCESO DE AUTOMATIZACIÓN Y LA ENFERMERÍA DEL HOSPITAL.....	283
5.4 A MANERA DE CONCLUSIÓN.....	288
PARTE DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA 2002.....	297
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	303

ADVOCACIONES

El servicio es la misión más grande del hombre. Cerrad los ojos y los oídos al ejecutarlo para no establecer diferencias ni sentir la injusticia como recompensa el supremo servicio se alcanza mientras mayor sea el desinterés que en él se ponga, ya que la estatura espiritual de los hombres no se mide por las recompensas recibidas sino por los servicios hechos.

Vivir sirviendo a la humanidad es acercarse a Dios, porque él proporciona el supremo servicio a la humanidad.

de Andrés Boza

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

de la Divina Providencia

La riqueza no depende del dinero acumulado. El que tiene riqueza y no sabe ayudar al prójimo necesitado es pobre. Quien guarda con avaricia los dones de Dios es pobre. Quien no sabe sacar de sí mismo una sonrisa de estímulo es pobre. Pero aquellos que saben dar de lo poco o nada que poseen para ayudar al prójimo, son verdaderamente ricos

de Torres Pastorino

UN APRECIADO AGRADECIMIENTO

A las funcionarias de la Biblioteca Nacional: Leticia Castro, Carmen Cascante, Marcia Burke, Marta Monge, Laura Castillo, Marina Ugalde, Patricia Montes de Oca, Virginia González, Sury Contreras, Rosmary Pacheco, Rosa León, Damaris Ramírez, Monserrat Blanco y Deyanira Vega.

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

A los fotógrafos: Oliver Zamora, del Departamento de Servicios de Apoyo de la Caja Costarricense de Seguro Social, y a Bayardo Urbina, del Departamento Audiovisual del Hospital San Juan de Dios; lo mismo que a Roy Chavarría y Anita Maroto del mismo departamento.

A Eugenia Hernández, de la Junta de Protección Social de San José.

Extensivo a las siguientes instituciones: Archivo Nacional, Archivo de la Curia Metropolitana y la Asociación Costarricense de Hospitales.

Un especial reconocimiento para el Dr. Manrique Soto, quien en todo momento supo comprender y valorar la utilidad de la historia como una forma de encuentro a través de la barrera del tiempo.

A mi madre Yetty Pacheco

Quien cambió tribulaciones por alabanzas, lo desatinado
por comprensión, lo irascible por indulgencia y lágrimas por
entereza.

PRESENTACIÓN

Una vez más el Hospital San Juan de Dios aporta a la Historia de nuestra Salud Pública un documento pletórico de datos de lo que ha sido el nacimiento, desarrollo, conformación y asentamiento de la Enfermería en Costa Rica. Nos traslada a las primera épocas del Hospital en donde desde el inicio se proyecta la atención de los pacientes con características mas de nobleza y dedicación que en forma científica, siguiendo los parámetros establecidos en los nosocomios europeos, y bajo las normas de las congregaciones religiosas predominantes de la época y con la influencia de los primeros médicos, casi todos con criterios adquiridos en las universidades del Viejo Mundo. Durante muchos años este perfil de la enfermera religiosa continuó prestando excelentes servicios a la comunidad siempre bajo el sistema de servicios de caridad imperante, e iniciándose posteriormente los servicios obstétricos, en donde ya se vislumbraba cierto grado de capacitación por parte de los médicos hacia esas abnegadas enfermeras, dándole las características necesarias al Hospital para crear la maternidad que vino a llenar un vacío enorme y ha representar el papel primordial que mantiene hasta la fecha. En años posteriores vemos como se inician y consolidan las bases de la Escuela de Enfermería del Hospital San Juan de Dios, estructura docente que permite la capacitación con base científicas, saliéndose un poco de la tutela religiosa al incorporarse a la atención de los enfermos personas ajenas a las congregaciones, primero en el sistema de caridad y luego al sistema de protección social que fue el preámbulo de lo que años después sería la Seguridad Social.

Ya en la década de los años cuarenta fuimos testigos del inicio de la Caja Costarricense de Seguro Social y de todos los cambios originados de las Leyes de las Garantías Sociales, que produjeron cambios fundamentales en la prestación de los servicios médicos y que por supuesto la enfermería no estuvo ajena a los mismos, Al hacer la presentación del libro **“Memoria Histórica de la Enfermería Del Hospital San Juan De Dios”** deseo externar mi agradecimiento al Lic. Carlos Eduardo González Pacheco por su dedicación y esfuerzo por rescatar nuestros valores y antecedentes históricos que nos hacen valorar con mayor conciencia los logros obtenidos en salud. Al cuerpo de Enfermería Nacional y muy especialmente al Departamento de Enfermería del Hospital San Juan de Dios, deseo felicitarlos por contar a partir de ahora con un documento elaborado profesionalmente, que servirá no sólo para recordar sino como material de consulta y docente para nuestras generaciones actuales y futuras.

Dr. Manrique Soto Pacheco
Director General
Hospital San Juan de Dios
Febrero, 2002

PRÓLOGO

LA ENFERMERÍA ES UNA PROFESIÓN DE MENTE Y CORAZÓN

Con mi expresión de gratitud a Dios por tantos años de servicio al prójimo, me complace ofrecer un saludo al cuerpo de enfermería del Hospital San Juan de Dios y del país, y a las demás disciplinas de la salud que en una u otra forma apoyan la gestión de Enfermería, para la atención de calidad de los enfermos que son nuestra razón de ser.

En el acontecer histórico del Hospital, la edición del presente libro: Memoria Histórica

de la Enfermería del Hospital San Juan de Dios, nos hace reconocer las pautas que la

Enfermería ha marcado para infundir y desarrollar los valores éticos y morales, el amor a Dios y al prójimo, así como las bases científicas teórico-prácticas para el ejercicio de la profesión. Poseer esos atributos ha permitido la integridad del gremio para beneficio de los usuarios y la colectividad.

Enfermería es una profesión de mente y corazón. En el devenir del siglo recién pasado y en el nuevo milenio, épocas de avances tecnológicos, científicos, cambio de paradigmas y proyecciones futuristas, el personal de Enfermería se ha ido enfrentando a los diferentes retos y entrega constante, para resumir su accionar profesional con una actitud humanizada y respetuosa a las personas; por lo que se coloca en una posición reconocida no tanto por lo que hace, sino por lo que sabe, por lo que es. Esto exige una mente dispuesta a los cambios, una profesión de corazón en donde fluye la bondad flor de la Caridad y ejemplo del Divino Maestro que dijo: “y cualquiera que dé a uno de estos pequeñitos un vaso de agua fría solamente por cuanto es mi discípulo, os digo que no perderá su recompensa”. MT. 10,42.

En las últimas décadas para el desarrollo de conocimientos se ha enfatizado en los avances de la Ciencia de Enfermería y con la visión de eminentes teóricos hemos ido demostrando que la práctica profesional basada en una enfermería científica hace una gran diferencia en el estado de salud de la población. La convicción y exigencia de interiorizar más y más el concepto de “persona” en relación con el ejercicio de la profesión y en la sociedad que servimos, es porque la enfermera es mucho más que ciencia y tecnología. Cualesquiera que sean los avances corporativos y gerenciales que el futuro nos reserva, en donde nos corresponda ejercer, el corazón de la práctica sin embargo debe y tiene que seguir siendo la misma: los cuidados proporcionados directa o indirectamente por un ser humano a otros seres humanos; es todo un arte pero con conocimientos, sensibilidad y compasión. El gran reto del siglo XXI es construir personas morales que puedan permanecer con las luces de su mente y corazón encendidas, para que el trabajo diario no la apague como persona.

La actividad de los agentes de salud nos recuerda S.S. Juan Pablo II tiene el alto valor del servicio a la vida. Es la expresión de un empeño profundamente humano y cristiano asumido y desarrollado como actividad, no solo técnica, sino de entrega total e incondicionalmente y de amor a) prójimo. Su profesión le exige ser custodios de la vida humana.

Finalmente, al cerrar el siglo XX e iniciar el XXI le agradezco al Dr. Manrique Soto Pacheco, Director General del Hospital, su apoyo para poder hacer realidad la elaboración de esta Memoria; gratitud que la hago extensiva de manera efusiva al historiador del Hospital San Juan de Dios, Lic. Carlos Eduardo González Pacheco, por su entrega y ardua labor de investigación para recopilar buena parte de la historia de la Enfermería de esta Institución Benemérita.

Manifiesto con optimismo que la Enfermería del futuro mantendrá y perdurará en la vanguardia como ejército comprometido con la salud integral de los costarricenses, si nos adherimos con entusiasmo a las siguientes cinco C de la victoria, al saber: *Conciencia, Coordinación, Caridad, Competencia y Compasión Cristiana* (Consejo Internacional de enfermería, 1997)

El legado del pasado, presente y futuro de la Enfermería lo dejo a sus mentes y corazones. Vivámoslo con ardor.

Dra. Sor María Cecilia Arias Solís
Directora de Enfermería, Hospital San Juan de Dios
Febrero, 2002

PREFACIO

LA NUEVA ETAPA DE LA GERENCIA PRESENCIAL DE LA DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA, HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS EN EL SIGLO XXI

El 31 de octubre del año 2002 la Doctora Sor María Cecilia Arias Solís, se acoge a la jubilación y con ella se cierra el ciclo en que la Dirección de Enfermería del Hospital San Juan de Dios fue ocupada por una Religiosa de la Orden las Hermanas de la Caridad y en el acto hace entrega de la Dirección de Enfermería a la Licenciada Johanny Romero Bermúdez, que se constituye en la primera Enfermera Laica que ocupa tan elevado y delicado cargo.

Es así como se pone de manifiesto la experiencia cosechada a lo largo de 35 años de ejercicio profesional, en la que conoció y puso en práctica lo que demanda cada fase y etapas en la carrera técnico-administrativa ascendente en enfermería; que sin duda generó la madurez necesaria para asumir y conducir con delicadeza, seguridad, sapiencia y calidez, pero con sutil rigor que cada cargo exige y eso ha hecho que la Dirección en manos de la Licenciada Romero está marcando una nueva etapa caracterizada por el ejercicio del mayor control, como lo exige la legislación del momento; de los diversos procesos en aras de develar con mayor peso el aporte esencial, fáctico y de incalculable valor que cada Equipo de Enfermería entrega diariamente al usuario de los servicios de salud y por ende de enfermería. Aporte que no ha dejado ninguna duda en el desarrollo global del establecimiento Hospital San Juan de Dios, porque al ser una gerencia presencial, ha permitido establecer el acercamiento y participación de la Alta Dirección de Enfermería en el mismo lugar en que se desarrollan las operaciones básicas de los diversos

equipos de enfermería y a la vez, se ha puesto en evidencia la aceptación y beneplácito de los funcionarios de esta noble disciplina que se desempeñan por todos los espacios del Benemérito Hospital San Juan de Dios, a cerca de dicho proceder de la nueva dirección.

Y es que no puede ser para menos, dado que todas las excelente enfermeras que antecedieron en la conducción de la enfermería de este honorable centro de salud, han dejado muy bien marcada su estilo y sus frutos, por lo que estamos obligadas las actuales generaciones a mantener dichos cimientos y a la vez, darle el giro que la administración en estos tiempos modernos va requiriendo.

Por ello, hoy se estila una Dirección de Enfermería con la Gerencia presencial, que incluye una metodología de trabajo para que todos y todas las profesionales en Enfermería que ingresan a laborar a este centro de salud, sin demoras ni excusas, la ponga en práctica de inmediato y en forma explícita. La misma está basada en la realización del diagnóstico situacional del área de trabajo, básico para identificar y priorizar los aspectos que requieren su intervención de acuerdo a plazos de cumplimiento y rendición de cuentas.

A la vez, no será posible realizar la actividad de enfermería, si las mismas no están debidamente planificadas y documentadas. Sumado a ello, cobra cada vez más relevancia el desarrollo efectivo de la Educación para la salud y la Educación en Servicio; programas ambos en los que la gestión del profesional de enfermería y el excelente apoyo de todos los miembros del equipo de enfermería de las unidades de trabajo ha sido extraordinario, gracias a la correcta lectura y reconocimiento de su importancia para la salud de la población, que de ellos se ha hecho y se seguirá haciendo, por el sencillo motivo de conocer nuestra responsabilidad pública hacia el bien común.

Valga anotar que estos procesos se acompañan con el establecimiento de indicadores para la gestión de enfermería que facilitan la medición cualicuantitativa de la mejora continua en aras del desempeño de excelencia y sobre todo de la satisfacción del Usuario Externo tanto como el Usuario Interno.

Todo este nuevo enfoque parte de la Misión que es:

“Brindar en el Hospital San Juan de Dios, Servicios de enfermería de excelente calidad a los usuarios mediante una atención humanizada, integral, oportuna y con calidez, fomentando el trabajo interdisciplinario y prácticas gerenciales eficientes y participativas”

Y de la Visión que es: “Establecer una gerencia presencial con los equipos de trabajo en los diferentes procesos del quehacer de enfermería, que asegure la calidad y productividad en la: Promoción de salud, en el Diagnóstico temprano, tratando y tratamiento oportuno, Rehabilitación y el bien morir.

M.Sc. Elvia Solís Marín
Sub-directora
Educación en Servicio
2005

PROPÓSITOS DE LA OBRA

La forma de hacer Historia en Costa Rica para inicios de los años setenta va a empezar a marcar un camino diferente por seguir. La razón de dicho cambio estuvo circunscrito principalmente por la llegada a la Escuela de Historia de la Universidad de Costa Rica de dos excelentes profesores e investigadores extranjeros: Héctor Pérez y Ciro Cardoso, los cuales (que también contaron con el impulso de aventajados investigadores costarricenses como Paulino González, Víctor Hugo Acuña y Jorge Mario Salazar, entre otros) basados en los aportes efectuados por la Escuela Histórica Francesa (que encabezaron Marc Bloch y Lucien Febvre) sentarán el nuevo derrotero historiográfico nacional: introducción de nuevas tendencias temáticas, teóricas, metodológicas e interpretativas;¹ situación ésta obviamente en la que estuvimos compenetrados en nuestros años de formación profesional.

Sin embargo, la presente obra no pretende responder a esos rigurosos enfoques en donde se privilegia la historia-problema en base a hipótesis por dirimir; más bien lo que verdaderamente pretendemos es describir y resaltar sencilla y monográficamente las diferentes facetas que han caracterizado la extraordinaria labor de un importante y elemental servicio que tanto ha beneficiado al paciente como es el de enfermería y sus actividades conexas, pero dentro del entorno histórico en la cual se ha desenvuelto y caracterizado el Hospital San Juan de Dios como institución pionera de la salud pública costarricense.

En base a las premisa señalada, por tanto, los propósitos que enmarcan este trabajo van encaminados a:

- Describir los cambios más representativos que han marcado la pauta en la evolución del Departamento y Servicio de Enfermería.

-
- Distinguir la labor que ha ejercido la enfermera en función del paciente en las diferentes épocas históricas del Hospital San Juan de Dios.
 - Resaltar las transformaciones que se han dado a nivel normativo, técnico y administrativo.
 - Reconocer los esfuerzos realizados tanto de jefaturas y subalternos en aras de mejorar el servicio y los cuidados de enfermería.
 - Detallar los aspectos más relevantes de la enseñanza de la enfermería y su relación con el Hospital San Juan de Dios.

Para poder cumplir con los objetivos propuestos, las fuentes utilizadas fueron de índole primario en su gran mayoría como: informes y memorias emitidas por la Junta de Caridad, actas, anales e informes del Hospital San Juan de Dios, documentos, reportes y correspondencia del Servicio de Enfermería del Hospital y de la Caja Costarricense de Seguro Social, principalmente, aparte complementarse con algunas fuentes de carácter secundario como punto de apoyo general.

En conjunto con las fuentes de primera mano utilizadas, valga mencionar la extensa labor efectuada para lograr la recopilación de importantes fotografías que ilustran la obra, siendo extraídas de periódicos, revistas y diversos documentos disgregados por diversas instituciones como la Biblioteca Nacional, Sistema de Bibliotecas de la Universidad de Costa Rica, Colegio de Enfermeras, el Hospital San Juan de Dios y la Junta de Protección Social, entre otras.

Como es una monografía básicamente descriptiva, cronológicamente la obra abarca desde el inicio de las actividades del Hospital y la enfermería a mediados del siglo XIX hasta la última década del siglo XX; situación que se refleja dentro de una división propuesta por seis capítulos con el respectivo desglose temático de acuerdo a la temporalidad

imperante. Obviamente los acontecimientos y cambios que se suceden en el Hospital San Juan de Dios no son aislados, más bien responden también a una realidad totalizante nacional en cuanto a condiciones imperantes dentro del ámbito político, social, económico e institucional. En este sentido, y para tener una base histórica que conlleve a una mayor comprensión integradora (ya que no se incluye por lo amplio del tema obviamente), sugerimos tener en cuenta como fuentes de referencia histórica en general a la Colección de Historia de Costa Rica preparada por el Centro de Investigaciones Históricas de la Universidad de Costa Rica, así como a la Colección Histórica Nuestra Patria preparada por la Escuela de Historia de la Universidad Nacional.

Finalmente, y no está por demás señalarlo, que la enfermería dentro de la mecánica funcional de un hospital cumple una labor de extraordinarios alcances humanitarios para beneficio directo del paciente, por lo que al reseñar llanamente buena parte de su evolución, estamos con ello también agradeciendo a ese importante gremio de servidoras (res) su entrega para con los más necesitados de la Patria: el enfermo.

Introducción

El desarrollo y evolución de la enfermería a nivel hospitalario precisamente parte de las mismas condiciones que se presenten al seno del mismo hospital y de sus características autóctonas.

El recorrido histórico de los hospitales data desde lejanos tiempos, por lo que se les puede considerar como instituciones antiguas que han experimentado grandes cambios con el devenir de los tiempos.

Indudablemente cada hospital ha tenido su propia historia, sin embargo lo que si han tenido en común es que responden a las más diversas respuestas sociales dadas por el ser humano en función de la atención de la enfermedad y la recuperación de la salud perdida de los individuos, por lo que no pueden ser considerados como entes al margen de las condiciones culturales, políticas, económicas y científicas imperantes en cada época.

Durante centurias los hospitales (que provienen del término griego xenodochion) respondieron a propósitos relacionados con el de dar albergue a heridos, extranjeros, ancianos, niños, desposeídos y menesterosos, así como el de servir para aislar y segregar algunos tipos de enfermos.

Antes del advenimiento del cristianismo existieron hospitales en diversos lugares del mundo, pero compitiéndole a Esculapio el institucionalizar y disgregar el arte curativo de la medicina pre-científica a través de la construcción de templos destinados a dichos fines.

A partir del cristianismo, y sobretudo con el asentamiento del Medioevo en Europa (cultura occidental), la actividad hospitalaria va a seguir los cánones monásticos formando parte de las iglesias y sus preceptos: atención centralizada en

la religión y la caridad, y ocupándose más en aliviar al peregrino que en curarlo.

Con el Renacimiento se van a producir una serie de cambios que van a afectar todos los órdenes sociales, económicos y políticos establecidos, así como el pensamiento, las corrientes filosóficas y religiosas y las ideas en general, por lo que se va a permitir el avance de la ciencia, los métodos de investigación y la formulación de leyes puramente científicas a partir de nuevos postulados. En este sentido, y en relación al hospital, también va a ir tomando fuerza el criterio de brindar más asistencia social que caritativa, por lo que el concepto de albergue se empezaría a quedar atrás.

Con los cambios producidos por el Renacimiento, a su vez se le estaba abriendo las puertas al nacimiento de la medicina moderna y a la ciencia, ya que se va a rechazar los problemas no sujetos a comprobación experimental, y emergiendo la metodología por encima de cualquier idealismo o materialismo, lo mismo que la descripción pura y objetiva de los hechos. Pero a pesar de estos avances, la ciencia médica sólo permitió observar síntomas, así como la descripción y clasificación de padecimientos, situación que vino a cambiar definitivamente con el nacimiento de la química, la patología, la anatomía, la fisiología, la microbiología y la farmacología, entre otras ramas del saber, a partir del siglo XIX.

A América Latina los hospitales (y sus conceptos) llegan en la medida con que fueron conquistados y posteriormente colonizados estos territorios por parte de los europeos. O se que, las características que van a presentar los hospitales del “nuevo mundo” las va a delimitar también los estilos y filosofías traídas del “viejo continente” en un principio; situación que iría a cambiar durante el siglo XX al convertirse los Estados Unidos en la principal potencia mundial, aspecto que influiría notablemente en la vida y desarrollo de los países

latinoamericanos en sus diferentes ámbitos, y en donde se incluye el aspecto médico, sanitario y hospitalario debidamente abarcado por sus primeras organizaciones específicas para atender estos asuntos: la Oficina Sanitaria Panamericana y la Comisión Rockefeller.

En resumen, los hospitales durante siglos tuvieron un diseño sencillo, con salas que albergaban gran cantidad de camas y enfermos, con deficientes condiciones ambientales y de higiene, con escasos materiales y equipos y con escasa especialización.

En el siglo XX, se va a reconocer abiertamente el derecho a la salud a partir de la intervención del Estado, y con la entrada en vigencia de diversas instituciones que van a velar por la sanidad, la salud y el bienestar en general. Aquí el hospital va a representar una respuesta que ofrecerá institucionalmente la sociedad organizada para el bien común.

El Benemérito Hospital San Juan de Dios ha pasado por una serie de procesos y etapas que han marcado su derrotero histórico en un viaje de 160 años. También pasó el Hospital (de acuerdo a las transformaciones económicas y tecnológicas) en ese fructífero camino de ser un lugar simple para la atención de enfermos (paredes de adobe y techos de teja y paja) hasta convertirse en un complejo ente científico totalmente tecnificado y especializado en todas sus áreas de trabajo, y en donde su visión estará centrada en representar una empresa de servicios de salud altamente competitiva en función de brindar atención integral humanizada, oportuna y de calidad.

Entonces, ¿cuáles han sido las etapas por las que ha pasado el Hospital y el Servicio de Enfermería que lo han convertido por sobrados méritos en Patrimonio Nacional?

TÍTULO 1

CONSIDERACIONES GENERALES

La práctica de la enfermería ha estado presente dentro del desarrollo de la humanidad desde antiquísimos tiempos. Específicamente a pesar de que la enfermería como concepto científico y profesional tiene su punto de partida en la segunda mitad del siglo XIX, la realidad es que como servicio práctico podría enmarcarse desde que *“alguna madre entre los habitantes de las cavernas refrescaba la frente del niño enfermo o se aprestaba a dejar un hueso bien cubierto o un puñado de trigo junto al hombre herido y abandonado en la precipitada fuga ante el enemigo”*.²

Está claro que la enfermería ha evolucionado dentro de un proceso amplísimo de años y generalmente vinculada al mismo estado de desarrollo de la medicina a través de siglos (mágica, religiosa, pre-técnica, técnica, científica), aunque a veces resagada si se le compara con esta última. En todo caso se podría afirmar que la sustentación de la enfermería proviene inicialmente de algunas fuentes de inspiración como las siguientes:

- La ayuda mutua entre los miembros de las tribus primitivas.
- La atención mágico- religiosa al enfermo.
- El advenimiento del Cristianismo
- Los ideales de las órdenes religiosas y militares que emergieron en las Cruzadas y el Medievo.

1- EL DESARROLLO MÉDICO

En la Epoca Antigua (4.000 años antes de Cristo hasta el año 476 después de Cristo o caída del Imperio Romano de Occidente)³ se van a desarrollar diversas culturas las cuales marcaron el surgimiento de la civilización (la escritura, la organización social, económica, institucional, administrativa, represiva, política, castrense). Entre éstas se pueden señalar a las siguientes: China, India, Babilonia, Persia, Asiria, Palestina, Egipto, Fenicia, Grecia y Roma; así también culturas americanas como la Tolteca, la Maya, la Azteca, la Incaica y la Chibcha.

Indudablemente un aspecto fundamental dentro del surgimiento de dicha civilización habría de ser también el desarrollo médico que paulatinamente se fue dando en diversas formas y condiciones; obviamente a partir de un proceso de varios milenios de duración. En ese amplio “transitar” algunos de los más fieles forjadores lo fueron en primera instancia los hechiceros, brujos y los sacerdotes-médicos; luego, conforme avanzaba la civilización en distintos lugares aparecen personajes médicos como: Huangdineijing, en China; Susruta, en India; Hamurabi, en Mesopotamia; y los papiros médicos de Egipto (Rameseum, Ebers, Smith, Hearst, ChesterBeatty, Carlsberg).

Durante muchos siglos, las causas de las enfermedades obedecieron a diferentes conceptos. Una distribución de los mismos podría plasmarse de la siguiente forma:

- Magia-hechicería: de tipo imitativa a través de un muñeco.
- Religión-tabú: en base a la naturaleza o prueba divina por motivos de vergüenza o de culpa.
- Introducción de un espíritu: por posesión de un demonio maligno.

-
- Pérdida del alma: denominada también susto o espanto por abandono del cuerpo o pérdida de la imagen.⁴

Uno de los períodos de mayor desarrollo médico de la época antigua se va a centralizar en dos culturas fundamentales de occidente: la griega y la romana. La medicina griega en un primer momento va a estar influenciada por aspectos sustanciales de orden mitológico partiendo de los “dioses” Apolo y Caronis, quienes instruyeron a Quirón, hijo de Plutón, y éste a su vez instruyó a Jasón, a Hércules, a Aquiles y a Esculapio (Asclepio). Es indudable que los poemas de Homero (La Ilíada y La Odisea) promocionaron notablemente esta “maravillosa” percepción, aunque en la realidad estuvieron vinculados a la medicina terrenal nombres como Empédocles y Alameón, así como los templos en donde se practicaba la medicina en honor a Esculapio. De esta etapa (denominada arcaica) parte el nacimiento de la historia clínica, algunos principios del ejercicio profesional y la idea de reunir a los pacientes en un solo local.

El período clásico de la medicina griega está enmarcada por el nacimiento de su más conspicuo representante: Hipócrates de Cos. Sin embargo, la entrada en vigencia de la “razón” estuvo cimentada por los aportes pioneros promulgados por extraordinarios pensadores, quienes en su conjunto trataron de interpretar el mundo conocido y sus diversos “fenómenos” en forma racional, basándose principalmente en la observación y en los hechos reales, y tratando sobretodo de alejarse de las supersticiones. A ese grupo pertenecen figuras como Thales de Mileto, Anaximandro, Pitágoras, Heráclito, Empédocles de Agrigento, Leucipo, Demócrito, Parménides, Protágoras, Sócrates, Platón, Aristóteles y Zenón.

Como consecuencia de las nuevas ideas y concepciones sobre la naturaleza, la medicina fue el primer “arte” que

se hizo independiente dentro de la emergente filosofía natural, y delineando Hipócrates el comienzo de la medicina racional en base a un método debido a estas razones:

- Separó la medicina de la religión y de la magia al rechazar las explicaciones sobre naturales.
- Sistematizó la enseñanza, el estudio del paciente (pulso, temperatura, respiración, excretas, esputos y secreciones), los humores y la búsqueda de la etiología natural.
- Forjador de la ética (Juramento Hipocrático) para la competencia profesional.

De la Escuela Hipocrática también parte la distinción entre las epidemias y las pandemias, y los tratamientos principalmente a base de los dones de la naturaleza. Dentro de esto último resaltan los diversos tratamientos utilizados (aire fresco, dieta apropiada, sangrías, masajes y purgantes), así como variedad de fármacos de origen vegetal, mineral y animal. Sobre esto mismo cabe mencionar los aforismos denunciados por dicha escuela, entre los cuales se encuentran los siguientes:

- En todas las estaciones se padecen todas las enfermedades, pero algunas son más frecuentes dependiendo de las mismas.
- Para las enfermedades más graves, son eficaces las curas más precisas.
- En cualquier enfermedad, es buen síntoma cuando la inteligencia permanece despierta y gusta del alimento, lo contrario es mala señal.
- Tanto el sueño como la falta del mismo, cuando pasan de la medida, constituyen enfermedad.
- La vida es breve, la ciencia es larga, la oportunidad es fugaz, la experiencia engañosa y el juicio difícil.

-
- Los que tienen tétanos se mueren en cuatro días, si sobreviven a esos días, entonces se curan.

Complementariamente con la destrucción de Corinto (año 146 A.C.) por el ejército romano, la influencia de Grecia se va a sentir dentro del Imperio de Roma en todos sus ámbitos. Obviamente la parte médica recibiría un enorme empuje, sobresaliendo Catón el Censor, Plinio el Viejo, Asclequepiades de Bitinia, Aurelio Cornelio, Heliodoro, Antilo, Pedacio y su máxima figura: Claudio Galeno, médico de gladiadores y emperadores.

Los aportes de Galeno se pueden sintetizar básicamente en lo siguiente:

- Describe por primera vez una anatomía sistemática como fundamento del saber médico.
- Demostró progresos importantes en Embriología y en Fisiología.
- Mejoró la teoría hipocrática de los cuatro humores: bilis amarilla, bilis negra, flema y sangre.
- Fue insistente en interesarse fundamentalmente por la causa de la enfermedad.
- En terapéutica le dio especial énfasis a: aire-ambiente, comida-bebida, trabajo-descanso, sueño-vigilancia y los movimientos de ánimo.
- En materia de fármacos recomendaba los de origen vegetal, animal y mineral, a partir de los siguientes supuestos: la índole del proceso de la enfermedad, la naturaleza del órgano afectado y la constitución del paciente.

Como corolario de este avance médico, es imprescindible señalar adelantos que protagoniza la cultura árabe a partir del nacimiento del profeta Mahoma en el año 570 después de Cristo, y que enmarcarían en buena parte también el tiempo medioevo europeo a través de sus califatos disgregados por

oriente y occidente. Precisamente una de las características de mayor relieve de esta cultura sería la acogida y asimilación de las fuentes antiguas (la influencia greco-latina) y la reelaboración y mejoramiento de las mismas, sobresaliendo figuras carismáticas como Razes, Avicena, Avenzoar, Abulcasis, Averroes y Maimónides.⁵

Indiscutiblemente uno de los aportes de transcendencia de la cultura médica árabe lo fue la sistematización del saber antiguo, y su abordaje de la enfermedad desde el punto de vista clínico y patológico, siguiendo los postulados de Galeno y la teoría humoral; además, su forma de enseñanza estuvo cimentada entre la teoría y la práctica. Sin embargo, se puede resumir que el gran aporte de la cultura árabe lo fue la conservación de las obras clásicas y su traducción en varias lenguas; situación que estimuló en buena medida el quehacer europeo en el Renacimiento y la posterior revolución científica encabezada por Galileo, Copérnico, Kepler, Descartes, Bacon, Newton, Vesalio, Da Vinci y Torricelli, entre otros.⁶

2- LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA Y SU EVOLUCIÓN

La práctica de la enfermería (en occidente y otras áreas de influencia) de manera organizada tiene su punto de partida en el advenimiento del Cristianismo. Efectivamente, el niño de Belén, Jesucristo El Redentor, cambiaría para siempre con su Credo buena parte de la faz del planeta tierra. Sus extraordinarias y revolucionarias enseñanzas se basaron en postulados como los siguientes:

- Cualquiera que cumpla la voluntad de mi Padre que está en el cielo, éste es mi hermano, hermana y madre (las distinciones de raza, creencias y posición social, creadas por los hombres, carecían de fundamentos).

-
- Amarás a tu prójimo como a ti mismo (los intereses egoístas habían de dejar de dominar al mundo).
 - Ama a tus enemigos, haz bien a los que te odian.
 - Bienaventurados los pacificadores, porque ellos serán llamados los hijos de Dios.
 - Si quieres ser perfecto, vende todo lo que posees y da a los pobres, y tendrás un tesoro en el cielo.
 - Todo aquello que quisieras que los hombres te hicieran a ti, hazlo tú a ellos.
 - Todo lo que hagas para el más insignificante de mis hermanos, lo haces para mí.
 - Porque estaba hambriento, y me distes de comer; estaba sediento, y me distes de beber; era un extranjero, y me acogisteis; estaba desnudo, y me vestisteis; estaba enfermo, y me atendisteis; estaba en la cárcel, y vinisteis a mí (estímulos hacia la caridad, la medicina, la enfermería y la labor entre los presos).⁷

Jesús y sus discípulos (principalmente San Pedro y San Pablo) hicieron excepcionales sanaciones entre los enfermos e incluyendo servicios de enfermería para los desvalidos; siendo esto último una de las principales virtudes de la Iglesia primitiva.

Dentro de la comunidad cristiana de los primeros tiempos en Jerusalén, los apóstoles eligieron en calidad de diáconos y diaconisas (ministros o servidoras) a diversos representantes para que se ocuparan de los enfermos y los pobres. O sea que, de la ayuda mutua al prójimo necesitado nace la caridad, pero por amor a Dios.⁸

Indudablemente los grupos de diáconos y de diaconisas fueron las primeras organizaciones formalmente vinculadas a la enfermería, ya que no sólo llevaban el mensaje de su iglesia casa por casa, sino que también daban alimentos, dinero,

consuelo y atenciones en casos de enfermedad. A este grupo perteneció Febe, una mujer influyente griega y portadora de la Epístola de San Pablo a los Romanos, y que por su labor en beneficio de los pacientes pobres se le dio el mote de la primera enfermera del mundo.

Coincidentemente con las diaconisas, se desarrollaron conjuntamente dos organizaciones formales de mujeres: las Viudas y las Vírgenes. Éstas se caracterizaron por brindar alojamiento, alimentos y estímulos varios para los cristianos y sobre todo para los pobres en general.

Los miembros del grupo de las Viudas no necesariamente debían de haber estado casadas, además, se requería que las mujeres viudas no lo fueran de más de un esposo y debían de hacer los votos de no volver a casarse. También entre los requisitos establecidos para formar parte de la misma figuraban la piedad, un carácter por encima de todo reproche, libertad de responsabilidades domésticas y tener entre 40 y 60 años de edad. A la par de las Viudas, a su vez, aparece la Orden de las Doncellas cuando los cristianos empezaron a interpretar la virginidad como una característica especial en la pureza de la vida. En síntesis, las tres Órdenes de mujeres tenían como común denominador su vínculo con la Iglesia, el abandono de "ciertas actividades mundanas" para seguir a Cristo y la disposición de sus pertenencias para con los desposeídos. Cabe resaltar que como consecuencia de la vida en comunidad y entrega de esos grupos de misericordiosas mujeres, se van a sentar las bases para el surgimiento de las "monjas" en la vida eclesial. Esa participación de la mujer, con mucha propiedad se describió así:

"Las mujeres participaron activamente y por todo el tiempo en el desarrollo de la Iglesia Cristiana Primitiva. Las cualidades de carácter que Jesús prego-

naba eran cualidades que los hombres asociaban con madres, las esposas y las hermanas, y las mujeres descubrieron en el cristianismo oportunidades para reforzarse a sí mismas en nuevas actividades. Podemos concebir fácilmente el entusiasmo con que hubieron de aplicarse, si se recuerda que hasta dicho momento las mujeres no habían conocido más que las labores doméstica”.⁹

Propiamente en Roma, los cristianos al principio fueron tolerados; sin embargo, al no admitir la divinidad del emperador muchos fueron perseguidos, torturados y ejecutados. Pero debido a su insistencia en pregonar su Iglesia y sus enseñanzas, poco a poco la mayoría de ciudadanos romanos fueron aceptando y asimilando tal mensaje. Inclusive, el mismo emperador Constantino se convertiría al cristianismo, y el mismo Estado romano la aceptaría como religión oficial.

Con respecto a servicios de enfermería, la devoción a la caridad hizo mella en tres mujeres “aristocráticas”: Marcela, Fabiola y Paula. Estas ciudadanas romanas se inclinaron abiertamente al cristianismo, y como producto de esa vocación por conocer las “Sagradas Escrituras”, se dedicaron con estoicismo a las labores de caridad y de enfermería.

Primeramente Marcela transformó su lujosa casa en un monasterio para mujeres, por lo que de hecho significó el primer monasterio cristiano de Roma y difusor de las nuevas concepciones. Fabiola, mujer de gran belleza, renunció a los “placeres terrenales” para entregarse con sobrado entusiasmo a las labores caritativas. En su propio palacio funda el primer hospital cristiano de Roma, y ella misma se distinguiría por el cuidado de los enfermos, los pobres y los menesterosos. Por último, Paula, mujer distinguida y adinerada, emprendería un viaje por diversos lugares relacionados con la Iglesia cristiana

de sus inicios. Propiamente en Belén estableció un monasterio, construyó hospitales para los enfermos y hospicios para los peregrinos.

Independientemente del camino trazado por el cristianismo, un nuevo orden de cosas va a iniciarse. Efectivamente, el declive del régimen esclavista, la desarticulación del Imperio Romano (en aspectos políticos, económicos y sociales) y las invasiones de las “tribus bárbaras”, entre otras causas, trajeron como consecuencia la destrucción del viejo sistema imperante, el cual sería sustituido por uno con base al feudalismo, la servidumbre, el regionalismo y dos grandes poderes: el Papa y el Emperador. Este nuevo orden se denominaría Edad Media, y se establecería entre los siglos V y XV después de Cristo, el cual se dividiría en dos períodos: alta edad media (siglo V al X) y baja edad media (hasta el siglo XV), y siendo una de las características más sobresalientes del largo período la consolidación de la cultura occidental sustentada bajo la obra de la Iglesia y en conjunción de elementos greco-romanos, germánicos y cristianos.¹⁰

En lo referente al desarrollo de la enfermería en la Edad Media, dos aspectos van a ser fundamentales para su desarrollo: el Monaquismo y Las Cruzadas. ¿Por qué?

Pues, el Monaquismo va a emerger como una alternativa importante en donde se van aglutinar diversos individuos en busca de refugio, paz y auxilio, aparte de promover su salvación personal a través de la práctica de “votos” como la oración, la abstinencia y la caridad (como los monasterios Benedictinos). A lo interno, los monasterios contaban con dormitorios, comedor, iglesia, zonas para cosecha, talleres y hospitales para proyectarse a zonas aledañas. En realidad muchos de estos monasterios se convirtieron en guardianes del conocimiento, ya que la lectura y resguardo de gran cantidad de manuscritos de la antigüedad, así como transcrip-

ciones de documentos, era trabajo común entre los monjes y monjas. Inclusive, la proliferación de los monasterios representó una fuente de inspiración para las mujeres en su afán de hacerse más útiles a la sociedad, y haciendo que muchas se convirtieran en abadesas o superiores de los monasterios y conventos.

En lo que respecta a la medicina y a la enfermería en la primera parte de la Edad Media (denominada alta), la atención de la salud y la situación sanitaria entre la población más bien retrocedió (en un ambiente en que la fe estaba por encima de la razón y las convicciones científicas). En tal caso, fueron en los monasterios (aquí se gestaron también las universidades) en que los monjes y monjas también llevaron el estandarte del conocimiento para la atención médica, terapéutica y los cuidados de enfermería, ya que los aportes de Hipócrates y Galeno eran resguardados con verdadero recelo, dentro de un entorno caracterizado por la escolástica y el feudalismo imperante.¹¹ En dichos monasterios, las monjas y monjes obviamente practicaron la enfermería, sentando las bases de tan necesaria e importante actividad para el devenir de los tiempos.

Por otra parte, desde tiempos antiguos (siglo I d. de C.) las peregrinaciones a Palestina para visitar los lugares santos se había convertido en cosa común para muchos creyentes, situación que se acentúa para la edad media. Sin embargo, pueblos invasores venidos del Turquestán, y que se habían convertido al islamismo, atacaron y tomaron muchas posesiones de los árabes mahometanos incluyendo los lugares santos. Aparte de paralizar el comercio, los turcos selyucidas impidieron que los peregrinos cristianos visitaran Palestina, y también representando una seria amenaza para Bizancio o Constantinopla (Imperio Romano de Oriente). Como respuesta a tales afrentas, el papa Urbano II proclamó en Europa un

llamado general de guerra contra dichos invasores a partir de la fe religiosa, y teniendo como símbolo legitimador a la cruz y el perdón de los pecados. Por esa razón a este movimiento armado se le denominó “Las Cruzadas”, ya que fueron varias las que se sucedieron entre el año 1095 y 1270.

Particularmente con la enfermería, estas “guerras santas” coadyuvaron para desarrollarla desde varios puntos de vista. En primer lugar, el ir y venir de grandes masas de población, hizo que se construyeran hospicios y hospitales por diferentes lugares para brindar atención médica a los guerreros y demás cuidados a los maltrechos viajeros. De esta forma aparecen los monjes-militares, que ostentaban una doble función: enfermeros y soldados, y quienes serían conocidos como los Caballeros Hospitalarios u Ordenes Militares de Enfermería.¹² A estos grupos pertenecieron los Caballeros Templarios, los Caballeros Teutónicos, la Orden de Caballeros Hospitalarios de San Juan de Jerusalén y la Orden de Caballeros de San Lázaro. También bajo el amparo de la Iglesia aparecen otras después de “Las Cruzadas”, y que involucraban a hombres y mujeres en labores médicas y de enfermería: los Antonianos, los Hospitalarios del Santo Espíritu, las Beguinas, los Olivetanos, las Oblatas y los Jesuatos, entre muchas. Inclusive, a la par de las mencionadas, a su vez, aparecen otros grupos con ideales cristianos denominados Ordenes Mendicantes encabezadas por Santo Domingo (Dominicos) y San Francisco de Asís (Franciscanos), y caracterizadas por su labor misionera a favor de los necesitados y los enfermos en un primer momento.

En síntesis, los monasterios y las diversas congregaciones que se fundaron en el medioevo, así como el desarrollo de los primeros hospitales formales (como por ejemplo: Santo Espíritu, Hotel Dieu, Heilige Geist y Bartholomew), trajeron como consecuencia un adelanto en materia sobre cuidados

de enfermería, los cuales comprendían básicamente albergue, horas de alimentación, hierbas medicinales, lavado de llagas, vendajes para heridas y rezos. A su vez, uno de los aspectos más representativos en la enfermería como lo es la utilización de uniformes, también toma cuerpo en la edad media, ya que era esencial que los hombres y mujeres que se dedicaban a esta labor tuvieran sus rasgos distintivos. Entre éstos, cabe mencionar los vestidos, gorros, velos y sombreros.¹³

3- LAS GRANDES REFORMAS DE LA ENFERMERÍA

A partir de la Edad Moderna (caída de Bizancio en 1453 o del “redescubrimiento” de América por los europeos en 1492) se van a ir produciendo toda una serie de inmensurables cambios de enorme trascendencia dentro de la cultura occidental. Su punto de arranque fue el desarrollo de las ciudades, del comercio y por la concentración de mayor poder de parte del “Estado Nacional”, que derrota finalmente la disgregación feudal.

Claro está, desde “Las Cruzadas” y sobre todo después de éstas, el comercio surge con fuerza principalmente en las ciudades italianas, que se van a ver fortalecidas por el intercambio y el desarrollo artesanal, aparte de que también se establecen otras ciudades por el resto de Europa.

Una de las características que distinguirá a esas ciudades y sus habitantes será la de tener mayor libertad de pensamiento, una visión más amplia de mundo, gobiernos más representativos, mayores vínculos entre los monarcas y las clases poderosas (advenimiento los burgueses) y un desarrollo acelerado del mercantilismo.¹⁴ Aunado a esto, algunos movimientos que delinearán la época y su evolución posterior serán:

El Renacimiento: en Italia y otros países se despierta un interés inusitado por la cultura clásica antigua y sus fuentes de inspiración, expresándose a través del arte, el pensamiento, la filosofía, el humanismo, los descubrimientos, el conocimiento y la ciencia.

La Ilustración: concepción cultural de liberación del espíritu humano caracterizado por la confianza en la razón, la crítica a las instituciones tradicionales y la difusión del saber (enciclopedismo).

La Reforma: movimiento de orden religioso cristiano, pero que emerge como protesta en contra de las prácticas corruptas avaladas por el Papado (en El Vaticano) como la venta de indulgencias, enriquecimiento, control de grandes territorios y la participación en los poderes terrenales; además, el protestantismo luterano no va a reconocer la autoridad del Papa ni de los sacerdotes, y únicamente acepta las Sagradas Escrituras.

La Contra-Reforma: frente a la disgregación que estaba padeciendo la Iglesia Católica, a partir del Concilio de Trento se fijan las normas por seguir: el celibato sacerdotal, el poder absolutorio de los sacerdotes y el carácter dogmático de lo que dicte el Papa, entre otras cosas. Además, Ignacio de Loyola funda la orden religiosa la Compañía de Jesús (los Jesuitas), y que se convertiría en el brazo político de mayor relevancia de la Iglesia católica por todo el mundo.

Las Grandes Revoluciones: entre los siglos XVIII y XIX se van a suceder una serie de revoluciones (cambios absolutos) de enorme impacto para el devenir de los tiempos: la Revolución Industrial, la Revolución de los Estados Unidos, la Revolución Francesa (que marcaría la pauta de ingreso al mundo contemporáneo) y las Revoluciones Latinoamericanas.

En cuanto a la enfermería, la Epoca Moderna y durante el siglo XIX se producen alzas y bajas en cuanto a la práctica y la instrucción de tan importante disciplina. Específicamente en cuanto a la medicina, esta rama a partir del Renacimiento inicia un viaje de enormes proporciones (Paracelso, Paré, Jenner, Harvey, Sydenham, Pinel, Servet, Vesalio y muchos más) para darle finalmente su carácter científico. Pero este mejoramiento no fue el mismo para la rama de la enfermería, ya que todavía en el renacentismo y siglos posteriores era considerada como un arte puramente, y desvinculada del dominio intelectual. Empero, con la supresión de la vida monástica y de muchas congregaciones debido a la reforma protestante y a los cambios económicos-sociales, entre otras cosas, trajo como consecuencia un estancamiento y retroceso para la práctica de la enfermería, sobretodo dentro de un mundo camino a la masificación de la industria y con pésimas medidas sanitarias y de higiene para la población laboral de las ciudades.

A pesar del panorama caótico que se presentaba para la práctica de la enfermería, hubo extraordinarias excepciones que no la dejarían sucumbir, más bien la moldearían hasta convertirla en una disciplina elemental, formal y profesional para las ciencias de la salud.

A la Iglesia católica con sus reformas sociales le compete en buena parte este mérito, ya que apoyó la fundación de nuevas órdenes y congregaciones con inclinaciones para asistir a los desvalidos y a los pobres enfermos. De esta forma aparece la Orden de Hermanos Hospitalarios de San Juan de Dios (fundada por Juan Ciudad y Duarte, en 1540), cuyo principal objetivo era brindar atención en cuidados de enfermería en hospitales y hospicios; inclusive, llegando a convertirse en el patrón de los enfermos en muchas partes del mundo y bautizándose con su nombre muchos hospitales.¹⁵

Siempre dentro del mismo ámbito, otra orden que aparece y que tendría una enorme influencia para la enfermería, sería la impulsada por San Vicente de Paul: denominada la Congregación de la Misión, y quien junto a la sin igual Luisa de Marillac fundan el grupo de las Hermanas de la Caridad, de gran relevancia en todo el orbe en favor de los hospitales y los enfermos. También es digno mencionar a otros grupos afines como los siguientes: los Padres de la Buena Muerte, las religiosas de San Carlos Borromeo y las monjas Angustianas.

Independientemente de lo impulsado por la Iglesia católica, a su vez, el aporte social del núcleo protestante (bautistas, cuáqueros, presbiterianos, metodistas, etc.) no se hizo esperar en orfanatos, lazaretos, cárceles, talleres, fábricas y barrios pobres. Uno de sus exponentes lo fue John Howard, quien plantearía reformas para las cárceles y lazaretos. Lo mismo sucedió con Stephen Grellet, Elizabeth Fry, Dorothea Dix y Charles Dickens.

Precisamente una de las reformas que cambió la conceptualización de la enfermería, lo fue la impulsada por los luteranos Theodor y Friederike Fliedner, en Alemania. ¡Sí! Ambos después de efectuar un amplio estudio por hospitales, albergues, cárceles y casas de caridad, plantearon que la mejor manera de dar asistencia a los pobres y brindar cuidados de enfermería sería a través de una antigua institución: las diaconisas. Efectivamente, los pastores Fliedner fundaron un limitado hospital, y luego ingresaron a él las primeras mujeres: Minna y Reichardt. Pronto ingresaron más mujeres con aspiraciones de ser diaconisas. Resultado: se constituye una especie de escuela de formación para la enfermería, especialmente dedicada al alivio de los pobres, de la labor en las cárceles y a la rehabilitación de los enfermos, y siendo el requisito para ingresar a dicha escuela el amor a Cristo; además, el método de enseñanza exigía lo siguiente: curso de tres años,

una edad mínima de ingreso de 18 años, cartas de cura y médico certificando moralidad y salud, enseñanza por medio de clases y conferencias, sistema de turnos rotación práctica entre los diferentes departamentos del hospital y la escuela, división de los estudiantes en grupos y obligatoriedad en el uso de uniforme: azul oscuro para los días de trabajo y negro para el descanso, aparte de delantal y gorro con tiras para fruncirlo alrededor de la cara.

Obviamente la labor de los Fliedner tuvo un gran éxito, ya que su obra y su método de enseñanza se esparció por muchas partes de Europa, emergiendo una serie de hermandades de corte protestante, así como diversas congregaciones. Al menos en Inglaterra, y bajo los auspicios de la Iglesia nacional (anglicana: independiente del Vaticano a partir de 1533), se establecen hermandades como las siguientes: la Orden de la Merced, la Hermandad de la Casa de San Juan, las Hermanas de San Juan (totalmente dedicadas a la enfermería), la Hermandad de Todos Los Santos y la Hermandad de Santa Margarita.¹⁶

Indudablemente uno de los puntos culminantes de la enseñanza y la práctica de la enfermería se va a dar bajo la influencia de una gran reformadora por excelencia: Florence Nigtingale. Esta dama inglesa de familia aristocrática tuvo inclinaciones hacia la enfermería desde muy joven. Una vez concluida su profusa formación, viajó con sus padres por diversos países de Europa. En ellos pudo conocer variedad de personalidades, así como temáticas diferentes: política, economía, arte y otras más. Sin embargo, lo que más le llamaría la atención sería la acción social que efectuaban algunas señoras en Francia y el desenvolvimiento limitado de instituciones de caridad como los hospitales, e incluyendo la obra piadosa que llevaban a cabo las Hermanas de la Caridad (de San Vicente de Paúl y Luisa de Marillac). También influiría

decididamente para forjar su vocación hacia la enfermería, el conocer personalmente la gestiones que venían realizando los Flíedner, en Alemania.

Principalmente Florence Nightingale se dedica a recopilar todo lo referente a métodos de enfermería y enseñanza, así como de administración de hospitales. Su primer cargo de enfermería lo encontró en su propia Inglaterra; una pequeña institución de servicio para mujeres, y en donde también dejaría plasmada su idea fundamental: la organización de una escuela formadora de enfermeras. Pero su vocación a gran escala se pondría a prueba en la guerra de Crimea (1854-1856), debido a las pésimas condiciones en cuanto a la asistencia hospitalaria que se les daba a los soldados ingleses. Al enterarse, Nightingale reclutó personal femenino interesado en brindar este tipo de servicio en los hospitales militares: 38 mujeres (entre religiosas católicas, protestantes y civiles) conformaron ese primer “batallón” de mansedumbre, “comandadas” hábilmente por Florence.

Las condiciones de esos hospitales (que más bien parecían barracas) eran desastrosas: sin ventilación, llenas de roedores e insectos, pocas camas, deficiente servicio de agua, mala alimentación, insalubres y sin enseres de primera necesidad. Ante tal panorama, Florence Nightingale introduce mejoras en la alimentación, cambios de ropa de cama, lavado de ropa y una mejor distribución de las salas para los pacientes, aparte de una serie de cuidados de índole de enfermería de trato directo con el enfermo. Inclusive, muchas otras mujeres (algunas sin conocimientos) se enfilaron en dicho “batallón”, estando la dama inglesa siempre presta a capacitarlas y formarlas adecuadamente en tan abnegadas tareas; situación que también hizo con sobrados méritos en el bando contrario (los rusos) la dama Pavlova.¹⁷ Para el final de la guerra, un campo fértil asomaba para la enfermería para el devenir,

sabiamente irrigado por los conocimientos, dotes, sacrificio, entrega y abnegación de la “señora” Nightingale. A su regreso, un país agradecido la esperaba para honrarla y vitorearla, pero lejos de vanagloriarse ella rehuyó tal bienvenida pasándose de incógnito.

Definitivamente la labor de “esta verdadera dama de hierro” en aras de mejorar el saneamiento, la higiene y la enfermería, hizo que las autoridades inglesas se interesaran por las medidas preventivas como forma de salvaguardar la salud prioritariamente dentro del ejército, así como influir para que se hicieran importantes reformas entre los hospitales civiles y militares. Empero, porque el objetivo primario en base a su experiencia estaba inconcluso. Y ¿Qué era? Pues, la reforma de la práctica de la enfermería a través de la creación de una escuela modelo.

Los objetivos de Florence pronto se le hicieron realidad, ya que gente agradecida y comprometida con su causa crearon un fondo en su honor para completar tan sentido requerimiento. Efectivamente, en el Hospital de Santo Tomás y con la ayuda de la matrona Elizabeth Wardroper (Florence tenía la salud resquebrajada por sus esfuerzos en Crimea) nace dicha escuela, que siguiendo los planes de la señora Nightingale, iba a tener requisitos como los siguientes: ingreso para jóvenes educadas que tuvieran entre 25 y 35 años, cursos de enseñanza teóricos y prácticos con conferencistas médicos, entrenamiento diario en el hospital, estudios por tres y cuatro años, dormitorios de residencia para las estudiantes dentro del hospital, vigilancia constante, visitas de diversas personalidades para charlas y posibilidades de ingreso para todas las mujeres. Resultados: más de quinientas enfermeras certificadas durante 25 años, demostración palpable de la utilidad e importancia de una enfermera bien preparada y secularización del servicio de enfermería (a pesar de su carácter

religioso, apartó la influencia de los grupos sectarios y religiosos). Finalmente, la “Madre de la Enfermería” dejó cumplida su misión para beneficio de la humanidad doliente y necesitada, sentando las bases de sustentación, especialización y profesionalización de la enfermería a nivel mundial para las generaciones venideras, además de perfilar las características esenciales que debe tener una enfermera para con el enfermo y el prójimo postrado: fe, caridad, apostolado, espiritualidad, obediencia, prudencia, responsabilidad, disciplina, temperamento, templanza, vocación y secreto profesional.¹⁸

Entonces ¿Cómo fue la práctica de la enfermería en el Hospital San Juan de Dios durante los siglos XIX y XX?

TÍTULO II

CREACIÓN DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

Para comprender el desenvolvimiento que va a tener el desarrollo de buena parte de la enfermería en Costa Rica, es muy importante detallar aunque sea someramente algunas facetas que han caracterizado la evolución inicial y subsecuente del Hospital San Juan de Dios durante siglo XIX, ya que es en su valioso entorno en donde se va a iniciar formalmente tan fundamental actividad práctica y teórica para beneficio del enfermo; pero sobre todo para los pacientes más necesitados, los cuales desde un principio colmaron las salas del Benemérito Hospital en busca de su ávido consuelo.

1- ANTECEDENTES Y EJECUCIÓN DE LA OBRA

Durante la época Colonial, la provincia de Costa Rica perteneciente a la Capitanía General de Guatemala se desenvolvió bajo una serie de limitaciones de diversa índole: unas impuestas por la Corona a través de la misma Capitanía, y otras de orden interno de tipo económico, social y geográfico.

Como resultado de esas condiciones, las características imperantes fueron de pobreza, de abandono y de una economía sumamente limitada y con escaso nivel técnico; sin embargo, aunque hubo algunas excepciones como los ciclos de producción del cacao y tabaco, y que propiciaron acumulación de capital alrededor de un grupo de españoles y “criollos”, la realidad fue que estas actividades no sacaron del marasmo a la economía colonial de la provincia de Costa Rica.¹⁹ También la población fue escasa y dedicada ineludiblemente a la tierra para poder existir, y trayendo como resul-

tado el advenimiento del labriego costarricense;²⁰ aunque en realidad la igualdad no fue una característica generalizada en la colonia.²¹

En lo que respecta a las condiciones de salud, éstas también fueron definitivamente deficitarias, máxime si se toma en cuenta la carencia de médicos que existía en la provincia. Obviamente la atención de los enfermos generalmente estuvo bajo los cuidados de gente sin conocimientos profesionales (charlatanes, empíricos, espiritistas y curanderos); salvo los casos comprobados y titulados de Esteban Courti (última década del siglo XVIII) y Manuel Del Sol (primera década del siglo XIX).

En lo referente a instituciones de salud, el primer intento formal para crear un hospital en territorio costarricense se va a dar gracias a una visita que hiciera el Obispo de Nicaragua y Costa Rica, Monseñor Esteban Lorenzo de Tristán. Este “Prelado” propuso en 1782 la fundación de una casa de salud en el Convento de la Soledad, haciéndose realidad debido a sus propias donaciones. El hospital, establecido en Cartago, fue administrado en primera instancia por clérigos de la Orden de San Juan de Dios venidos de Guatemala, siendo Fray Pablo Bancos su primer regente. Sin embargo, la realidad fue que el hospital prácticamente no funcionó debido a varios factores: por la férrea oposición revanchista de las autoridades y jerarquía cartaginesa en contra del establecimiento del mismo, ya que no aceptaron que Tristán terminara con el uso indebido que se hacía en la casa de la Cofradía de la Virgen de los Angeles; por la oposición que atestiguaron otras órdenes religiosas (como los franciscanos); y por la misma mala administración que hicieron los administradores del hospital.²²

Después de la Independencia, Costa Rica evidenció problemas en su territorio libre como falta de organización, inestabilidad y diversos problemas heredados de la colonia.

También se dieron divergencias para la formación de un Estado nacional sólido, debido a la disputa entre conservadores y liberales e imperialistas y republicanos; situación que se patentiza con la guerra de Ochomogo (1823) y la guerra de la Liga (1835), hechos propiciados por intereses económicos y políticos de los grupos en disputa, y que afectaban el proceso de búsqueda de alternativas de organización interna. El panorama reinante sobre la conformación del Estado se va a ir aclarando bajo la influencia bienhechora primeramente de don Juan Mora Fernández, la influencia codificadora del Lic. Braulio Carrillo (también la separación de Costa Rica de la República Federal Centroamericana en 1838), y la influencia constructora y práctica política plasmada por el Dr. José María Castro (consolidación de la República en 1848).

En el plano económico y después de los procesos heredados de la colonia, la estructura definitivamente tomaría un nuevo mundo con las exportaciones de café a Chile (década de 1830) y a Inglaterra (década de 1940). Con esto, el panorama económico costarricense cambiaría sustancialmente, y será a partir de dicha actividad donde descansará el peso del desarrollo económico y social del naciente Estado Nacional.

Efectivamente, con la introducción de las nuevas relaciones productivas, el país se transformaría totalmente, ya que bajo esos cimientos se yergue la diversidad nacional; y que el Dr. Jorge Mario Salazar la define así:

“Con el cultivo y exportación del café, la economía costarricense se incorporó al mercado capitalista internacional, como economía monoprodutora y monoexportadora, lo cual permitía la constitución de un fuerte sector de cafetaleros y comerciantes quienes controlaron los medios de producción, la riqueza y el aparato estatal, bajo los linamientos del liberalismo positivista”.²³

En lo concerniente al desarrollo hospitalario, en primera instancia y bajo el gobierno de Juan Mora Fernández, se emite un decreto para erigir un hospital en San José con el nombre de San Juan de Dios en 1826, sin que se hiciera realidad tal acción. También se hicieron variados intentos para fundar un leprosario pero tampoco se hizo realidad para estos primeros años de independencia.

Las buenas intenciones de fundar un hospital en la vida republicana se va a dar formalmente el 3 de julio de 1845, al emitirse el decreto de creación de un hospital general con el nombre de San Juan de Dios, y dentro de un entorno en que se requería de una casa de salud en donde poder atender a los pobladores. La propuesta provino de parte del Dr. Castro Madriz, quien como Presidente de la Cámara de Representantes la impulsó vehementemente. Prueba de ello lo fue su exposición de motivos para justificarlo, y que entre otras cosas manifestaba que:

“La obligación del gobierno de una sociedad de procurar la salud de todos los que no tienen medios de curarse por sí; la necesidad de poner un hospital para estudiar las enfermedades del país en un teatro que ofrezca muchos ejemplares a la vez; la de procurar para los jóvenes en lo sucesivo donde verificar los estudios de la medicina; la falta de un local donde practicar las operaciones que en las casas de los infelices no pueden ejecutarse o no surten efecto, donde hacer los reconocimientos de los cadáveres las veces que se presentan, donde ofrecer a todos los vecinos piadosos la reunión todos los que demandan su caridad; y en una palabra, la imperiosa necesidad de abrir a la ciencia médica, apenas naciente en nuestro suelo, un cam-

po de elevación y progreso y un refugio a la humanidad doliente, son razones que no se ocultan a la sabia penetración de los Representantes del Pueblo, para hallarse tan impulsados como yo, a la erección de un Hospital General del Estado”.²⁴

Complementariamente con el decreto de fundación del Hospital San de Dios, también se le estaba dando vida a otra importante institución: la Junta de Caridad de San José, y que se convertiría a través de más de 130 años como su fiel acompañante en su administración. La primera Junta de Caridad nombrada estuvo conformada por las siguientes personas: Dr. Nazario Toledo, Eusebio Rodríguez, Lic. Cruz Alvarado, Ramón Castro, Manuel Alvarado, Br. Luz Blanco, Br. José María Zeledón, Dr. Víctor Castella, Dr. José María Montealegre y Cipriano Fernández, además de los Presbíteros José Ulloa, Cecilio Umaña, José Madriz y Juan Carrillo.²⁵

El principal logro de esta primera Junta de Caridad, que contaba con amplia influencia de la parte eclesiástica, lo fue la compra de la propiedad inicial en donde se construiría el ansiado hospital. Dicho terreno se localizaba al oeste del centro de la Capital (frente al parque De La Merced) y pertenecía a Santiago Fernández. El mismo tuvo un costo de 1.500 pesos, aunque antes de hacerse realidad la transacción, se presentaría un problema: algunos argumentaban lo distante que quedaba del parque Central, además de que el sitio era bastante pantanoso.²⁶ Sin embargo, a pesar de la oposición, la Junta lo ubicó definitivamente ahí (entre el parque Braulio Carrillo y el Paseo Colón).

Después de efectuar la compra del inmueble (en 1846), esta primera Junta dejó de funcionar normalmente por limitaciones financieras, más no pudiendo levantar el edificio. Ante tal panorámica, el Presidente de la República, don Juan

Rafael Mora, retoma con fuerza el decreto inicial de construcción del Hospital San Juan de Dios. Para ello, emite el primero de julio de 1852, un decreto en donde establece nuevas disposiciones en su afán de conseguirlo, siendo lo más sobresaliente el nombramiento de una nueva Junta de Caridad a cargo del Obispo Anselmo Llorente y la Fuente con poderes extraordinarios, y teniendo Llorente como compañeros a los señores: José Joaquín Mora (hermano del Presidente), Dr. Bruno Carranza, Nicolás Ramírez, Vicente Herrera y Francisco Gallardo.

Para la construcción del edificio fue fundamental la participación de la Iglesia Católica y su organización, ya que a través de los púlpitos se le hacía un llamado a la población para que colaboraran con limosnas para lograr el objetivo. También participaron con regalías a favor de la construcción diversos estratos de la sociedad civil, aparte del producto de algunos impuestos delineados por el Estado para con ese fin.

Decididamente la venerable junta de Caridad inició la construcción del edificio en el año 1853, estando la obra concluida en 1855 a un costo de 30.000 pesos,²⁷ y significando *“una esperanza para la humanidad doliente, para el forastero desvalido, para el nacional indigente y para todo el que quiera buscar en él la curación de sus males”*.²⁸

La primera gran prueba que va a tener el Hospital San Juan de Dios con respecto a la prestación de sus servicios estaría vinculada con la Campaña Nacional de 1856-1857 (la guerra libertaria contra el esclavista norteamericano William Walker y sus huestes filibusteras), cuando los soldados costarricenses después de la Batalla de Rivas volvieron heridos a San José, además de la enorme problemática originada por el contagio masivo del cólera que cundió entre los miembros del ejército y la población civil costarricense y que mató

Aproximadamente a 10.000 personas. Indudablemente la participación del hospital a cargo del Dr. Carlos Hoffman fue importante en ambas calamidades para atenuar la crisis desatada, ya que se suministraba *“alimentos, curación y medicinas por cuenta del Supremo Gobierno”*.²⁹

Después de pasada dicha emergencia, el hospital vino a menos debido a su carestía de fondos para poder funcionar adecuadamente, a pesar de los esfuerzos de los miembros de la Junta en su afán de conseguirlos. En esto, tampoco el gobierno pudo hacer nada, ya que los gastos acaecidos producto de la guerra fueron cuantiosos (compra de armamentos, de material de guerra y de pertrechos bélicos en general) afectando ostensiblemente el presupuesto nacional.³⁰ Consecuencia: el hospital cierra sus puertas en 1861, no sin antes presentarse un choque frontal por aspectos políticos e ideológicos entre el Presidente Mora y el Obispo Llorente, trayendo como consecuencia la expulsión del Prelado de suelo costarricense.

Después de estar inactivo el hospital por más de dos años, el gobierno del Lic. Jesús Jiménez asume el reto de rehabilitarlo nuevamente a través de la emisión del decreto # XXIII, del mes de octubre de 1863.³¹ La estrategia para poder hacer realidad la reapertura consistió fundamentalmente en crear una Hermandad de Caridad que como Patronato pudiera aportar limosnas para poder sostener el hospital, aparte de los impuestos correspondientes. Dicha Hermandad estaría constituida por hombres y mujeres piadosas, con solvencia económica y capaces de interesarse por aliviar las dificultades de los pacientes y del hospital en su plano financiero y funcional, así como la de nombrar a los miembros que compondrían las Juntas de Caridad subsiguientes. Cabe resaltar que aquellas personas que donasen o legasen al hospital sumas no inferiores a 500 pesos, se les nombraban bienhecho-

res y se les daba un espacio gratuito en el cementerio para la construcción de su Mausoleo.

Definitivamente con mejores condiciones económicas y organizativas, el Hospital San Juan de Dios abrió sus puertas el ocho de marzo de 1864 para nunca más cerrarlas a la “humanidad doliente”, y sobresaliendo los nuevos miembros de la directiva de la Junta de Caridad compuesta por las siguientes personas: Manuel Mora, Manuel Gutiérrez, Alejo Jiménez, Francisco Gallardo y Florentino Herrera como titulares, y los señores Nicolás Gallegos, Joaquín Alvarado, Ramón Quirós, Telesforo Alfaro y Benjamín Herrera en calidad de suplentes. También un grupo de apoyo femenino para las labores hospitalarias fue conformado por las siguientes señoras: Ignacia Sáenz de Gallegos, Esmeralda Oreamuno de Jiménez, Elena Giralt de Ulloa, María Montealegre, Manuela Gallegos, Mariana Devars, Feliciano Quirós de Bonnefil y Juana Fernández.

Como un dato adicional de importancia, precisamente durante este primer año de labores, el Hospital San Juan de Dios atiende a 74 enfermos (38 hombres y 36 mujeres), de los cuales fallecen 20. Cada paciente tuvo un promedio de estancia de 62 días, siendo el costo diario por paciente de 17 centavos; además, el concepto de gasto por medicinas, alimentos y personal fue por un monto de 1.114 pesos y un real.³²

2- CONDICIONES ECONÓMICAS

Las condiciones económicas que caracterizaron la manutención del Hospital San Juan de Dios a través de la abnegada Junta de Caridad de San José durante el siglo XIX estuvieron enmarcadas dentro del plano de la caridad y con una visión religiosa de corte cristiano. Efectivamente, primero con el Estado oligárquico patrimonial, y luego con el modelo

oligárquico-liberal, la forma de atender el Estado costarricense asuntos sobre la salud descansaban bajo el contexto caritativo y con gran influencia de la Iglesia Católica. Dentro este marco, la participación del Estado únicamente se circunscribía a emitir decretos e impuestos para favorecer la atención y el cuidado de los enfermos y desvalidos, pero sin responsabilidad directa en la administración de instituciones. Esto último el Estado lo delegaba a corporaciones u organizaciones de bien cívico-social como la Junta de Caridad de San José, así como al noble altruismo de los que podían contribuir.

Al Hospital San Juan de Dios desde un principio el Estado le fijó rentas para su desenvolvimiento: mil pesos anuales del Tesoro Público (que casi nunca se entregaban), algunas rentas del Lazareto, una parte de la masa decimal, impuestos sobre testamentos y derechos de sepulturas.³³ Sin embargo, estos fondos siempre fueron insuficientes, ya que el hospital pudo levantarse gracias a la generosidad caritativa del pueblo en general. Posteriormente se decretaron otros impuestos para su manutención: impuestos sobre boticas, impuestos sobre mausoleos, impuestos sobre pasajes de ferrocarril, ventas de nichos (junto al decreto de creación del hospital, también se creaba el Cementerio de San Juan de Dios, y que posteriormente fue denominado Cementerio General), donaciones y limosnas en general.

La realidad fue que durante muchos años la falta de suficientes fondos contrariaban las buenas intenciones de la Junta por mejorar las instalaciones y el servicio del hospital. Inclusive, uno de los principales objetivos era trasladar el edificio a otro lugar, aspecto que no se pudo lograr por falta de los mismos.

Un ejemplo de la situación económica en que se desenvolvía el hospital queda reflejada en los siguientes números para el año de 1967:

INGRESOS

Por mortuales: 1.528,29 pesos

Por boticas: 323,00 pesos

Por mausoleos: 167,50 pesos

Por donaciones: 273,13 pesos

Por intereses: 160,00 pesos

EGRESOS

Por alimentos: 1.487,61 pesos

Por vestido y ropa de cama: 117,00 pesos

Por sueldos para médico y sirvientes: 962,20 pesos

Por reparaciones: 72,60 pesos

Por gastos de secretaría: 12,00 pesos³⁴

Las limitaciones económicas que caracterizaban a la Junta para atender sus responsabilidades hospitalarias dicho- samente tuvieron un gran alivio. ¿Por qué razón? Pues, una cuantiosa suma estimada en 152.565 pesos oro fue legada por el sacerdote Cecilio Umaña a favor del hospital. ¡Sí! Umaña (quien fue Presidente del primer Congreso Constitucional y forjador del cantón de Moravia) desde un inicio estuvo vin- culado al hospital desde la formación de la primera Junta de Caridad, y sus donaciones en enseres o metálico siempre es- tuvieron presentes a través de los años. Por tal razón la Junta lo había nombrado “Bienhechor del Hospital”, ya que su vida estuvo estrechamente ligada con el apoyo de los desvalidos, los abandonados y los enfermos, haciendo un uso caritativo de su amplio caudal financiero.

Indudablemente con el aporte dejado por el padre Umaña, en el Hospital San Juan de Dios se pudieron efectuar mejoras muy necesarias desde el punto de vista de la infraestructura, y a su vez, se fue consolidando la institución en su plano técnico con base a un mejor soporte económico.

Esto debido a que la que la suma legada por Umaña fue utilizada de la siguiente manera: 70.000 pesos depositados en el Tesoro Publico a un interés de 1% mensual, 58.565 pesos prestados a particulares al mismo interés y 25.000 pesos en acciones y créditos.³⁵

Pero no se crea que con la suma mencionada el hospital funcionaba holgadamente, ya que las necesidades para la atención de los enfermos eran muchas; además, se debe tener en cuenta que el Hospital San Juan de Dios fungía como un centro nacional de asistencia médica, y como tal, a él acudían enfermos de todas partes del país abarrotando sus instalaciones. Un ejemplo de ello lo dan los siguientes datos del año 1881:

Pacientes admitidos: 365

Nacionalidades: costarricenses 186* jamaquinos 21 *
chinos 25* nicaragüenses 20*

Ingresos: 16.233,03 pesos

Por capitales devueltos

Por derecho de mortuales

Por limosnas

Por venta de materiales

Por venta de mausoleos

Por arrendamiento de nichos

Egresos: 15.133,92 pesos

Por alimentación

Por medicinas

Por leña

Por útiles domésticos

Por mobiliario

Por sueldos

Por vestuario

Costo diario por paciente: 1, 15 pesos

Obviamente conforme fueron mejorando las condiciones del hospital, su mecánica funcional también fue en aumento, así como sus costos de manutención. Por eso ya para finales de siglo los ingresos provenían de conceptos como: pensión de estancias, impuestos de sucesiones, pago de intereses, impuestos sobre pasajes de ferrocarril, legados, donaciones, ventas de cementerio, pagos por préstamos, venta de materiales y abonos del gobierno. A su vez, los egresos se constituían principalmente por alimentos, medicinas, alumbrado, leña, vestuario, útiles de dormitorio, ornamentos para capilla, sueldos, instrumentos, reparaciones, gastos generales y eventuales.³⁶

Finalmente, cabe resaltar dentro del marco de la beneficencia, que el Hospital San Juan de Dios pudo modernizarse para los primeros años del siglo XX, gracias a una ley emitida por el Presidente de la República, Lic. Cleto González, en el año 1909. La misma mandaba a que los sobrantes producto de las ventas de la Lotería Nacional, pasaran a engrosar los fondos del Hospital San Juan de Dios para poder hacer frente a sus múltiples necesidades como el principal Hospital General de la Nación. Esto porque la creación de la Lotería Nacional en 1885 (con el impulso decidido del Dr. Carlos Durán), estipulaba que esas rentas eran específicas para la construcción y posterior manutención del Hospicio Nacional de Locos (Asilo Chapuí).³⁷ Por lo tanto, no es sino hasta 25 años después de la creación del juego, que el Hospital San Juan de Dios empieza a recibir dividendos como producto de ese concepto, y que con el paso de los años se convertiría en su principal fuente de sustento.

3- SERVICIO MÉDICO

El servicio médico del Hospital San Juan de Dios durante el siglo XIX pasó de una connotación simple a un servicio estable y complejo, obviamente dentro de un plano enmarcado por los adelantos y conocimientos médico-científicos y de tecnología en general, y en concordancia con las posibilidades que fueran presentando las condiciones económicas por seguir

Con respecto a la atención médica del hospital, ésta recayó en un primer momento en el Dr. Carlos Hoffman, primer director del hospital, de origen alemán y cirujano mayor del ejército costarricense. Su principal labor a cargo del hospital constituyó en el poder brindar los primeros servicios médicos tanto a los soldados costarricenses como a bastantes filibusteros que ingresaron heridos al hospital en calidad de desertores y prisioneros. Durante los años 1856-1857 atendió a más de 600 enfermos que presentaban enfermedades como disentería, heridas, hidropesía, úlceras, demencia, lepra, pulmonía, reumatismo, cáncer, tiricia y melancolía, entre otras. Inclusive, para los pacientes y la población atacada por la terrible enfermedad del cólera, el Dr. Hoffman recetaba como remedio terapéutico el abstenerse de todo alimento sólido y tomar té de manzanilla con una cucharada de cognac para sudar copiosamente. También recomendaba para cuando se presentaban las evacuaciones la utilización de polvos de Dower y cocciones de arroz, ipecacuana como vomitivo, fricciones alcalinas de láudano y alcalí; y una mezcla de alcanfor con espíritu de vino y agua caliente que el paciente debía tomar en cucharaditas y cada cinco minutos.³⁸

Para la década de 1860 el Hospital San Juan de Dios era atendido desinteresadamente por el Dr. Cruz Alvarado, médico costarricense graduado en Guatemala, y quien contaba

con la ayuda honorífica de los Drs. Buenaventura Espinach (de origen español) y Alejandro Frantzius (alemán), quienes visitaban diariamente el hospital. Una de las principales reformas que proponen que la división del área hospitalaria en tres secciones: una para mujeres, otra para hombres y una tercera para el personal.

Para la décadas de 1870 y 1880 el servicio médico, que todavía estaba poco regulado, indistintamente estuvo a cargo de médicos como: Cruz Alvarado, José de Irías, Valentín Ortiz, Bruno Carranza y Rafael Hine. En realidad estos médicos (quienes fungían como encargados directos del hospital) brindaron sus servicios prácticamente de una forma gratuita, asistiendo al hospital por lo menos durante una hora diaria y contando para muchas ocasiones con la desinteresada colaboración de médicos de la talla de Juan José Ulloa, Ramón Boza, Daniel Núñez, Pánfilo Valverde, Martín Bonnefil, Julián Blanco, Otoniel Pinto, Rogelio Cruz y Tomás Calnek, además de la figura más sobresaliente: el Dr. Carlos Durán.

La participación del Dr. Durán en el Hospital San Juan de Dios y la Junta de Caridad se puede determinar a todas luces como de extraordinaria. Efectivamente, Durán con excelentes calificaciones obtiene su profesión de médico y cirujano en Londres, Inglaterra, e incorporándose en 1875 al Protomedicato de la República (creado en 1857) y especialmente al Hospital.

Las reformas impulsadas por el Dr. Carlos Durán abarcarían diferentes ámbitos del servicio hospitalario y organizativo. Una de las principales lo fue el crear un verdadero departamento de cirugía para sala de operaciones y dotarlo del instrumental técnico necesario. Esto debido a que las operaciones que se efectuaban se hacían al descubierto, en pasillos o cualquier salón, sin anestesia (por que no se conocía: Durán la introdujo) y a vista de otros pacientes.³⁹ También

por la misma razón inició la especialización en los salones, ya que los pacientes con diferentes dolencias generalmente se encontraban revueltos unos con otros. A su vez, instauró el señalamiento detallado el movimiento de entrada de los pacientes, así como su debido diagnóstico.

Sin lugar dudas, uno de los extraordinarios aportes legados por el Dr. Durán, lo fue el estudio de la enfermedad conocida como “El cansancio”. Este mal producía enormes estragos (mayor mortalidad) entre la población costarricense, especialmente para las gentes trabajadoras en las tareas del campo, y asiduos asistentes a las salas del Hospital San Juan de Dios en busca de la recuperación de su salud perdida. Durán alarmado ante tal panorama, buscó la respuesta a través de autopsias y el microscopio (introdujo el primero a Costa Rica), encontrándose entre los pacientes fallecidos la causa de muerte: el nemátodo denominado *Ankilostomun duodenale* conocido como el temible anquilostoma, y siendo la cura para este mal el timol.

La anquilostomiasis la descubrió Durán en el año 1896, y la característica fundamental que presentaban los pacientes infectados por dicho mal era la de una anemia severa y perniciosa; mal básicamente contraído por las personas que efectuaban sus labores sin calzado y obviamente mano de obra vinculada a la actividad económica y comercial imperante para el Estado costarricense: el café (y que desalentó la diversificación agrícola). Quizá por esa razón el Lic. Rodrigo Cordero señaló lo siguiente:

“La anquilostomiasis estudiada por el Dr. Durán nos conecta de nuevo con el tema de las clases sociales y su desenvolvimiento histórico, cuya importancia es central en relación con la problemática social del San Juan de Dios y como que

en ese sentido es una especie de laboratorio en donde el fenómeno político dibuja su espectro. Esta enfermedad es una parasitosis de un ciclo complejo, pero para que se presente en sus formas masivas, se debe concurrir al trabajo con los pies descalzos en los medios rurales altamente contaminados por la ausencia de letrinas, la condición nutricional defectuosa y la falta de normas higiénicas elementales...

Podríamos pues, decir que la anquilostomiasis es una enfermedad de clase, o si se prefiere, determinada por categorías vitales de clase...

Las pésimas condiciones higiénicas y la total ausencia de garantías sociales agravadas por el aumento de la población de la clase trabajadora, media urbana y semi-urbana, significarán un problema muy agudo para el Hospital San Juan de Dios.⁴⁰

Pero las tareas del Dr. Carlos Durán en el Hospital San Juan de Dios no solo eran de corte puramente médico, porque también abarcó otras áreas de trabajo indispensables para la buena marcha del mismo. Uno de estos campos lo fue la parte de la contabilidad, ya que prácticamente la misma era un desorden, sobre todo con los fondos (dejados por el padre Umaña) que se prestaban a particulares sin ningún control.

Para evitar esas complicaciones, Durán con la ayuda de Jaime Ross establecieron e implantaron un sistema apropiado de contabilidad general en aras de solucionar el problema. El normativo fue muy amplio, y entre sus aspectos más relevantes se destacan los siguientes:

- Le corresponde a la Junta de Caridad dictar el presupuesto de ingresos y egresos.

-
- Las cantidades que deban entregarse en la Tesorería, se harán constar por medio de un recibo firmado entre el tesorero y el entregante.
 - Las limosnas que en dinero se recauden dentro del hospital, serán colocadas en una arca, cuya llave guardará el Presidente de la Junta.
 - Los recibos de entero deben de ser firmados en el tronco del libro por el interesado.
 - El sábado de cada semana, a las seis de la tarde, se llenará por cada de los ramos que estén a cargo de la Tesorería una orden de entero por valor de lo colectado.
 - Toda cantidad que ingrese al hospital y al lazareto serán depositados en la Tesoro Nacional.
 - Todo pago que haga el tesorero será en virtud de orden firmada por el presidente.
 - Los giros por gastos semanales expresarán solamente la cantidad, y la clasificación de las cuentas lo hará el tenedor de libros con vista de las planillas.
 - El tesorero llevará libros por partida doble y observará las disposiciones del código de comercio.
 - El tesorero abrirá las cuentas que sean necesarias (por legados, donaciones, vales a cobrar, alimentos, medicinas, mobiliario, reparaciones, vestuario, sueldos, etc.) y presentará mensualmente la existencia en caja. Además, se publicará en el Diario Oficial el estado de ingresos y egresos.

En síntesis, los aportes y las innovaciones impulsadas por el Dr. Durán fueron de diversa índole. No se limitó al simple ejercicio profesional, sino que vino a convertirse en un factor de orientación y modernización hospitalaria: adaptación al sistema hospitalario inglés, implantación del médico interno o residente, la separación de servicios, el inicio de la

microbiología, orientación científica en la clínica y la cirugía y la aplicación de la anestesia. A su vez, dentro de la investigación, cabe resaltar sus estudios sobre diferentes enfermedades (anquilostomiasis, malaria, tuberculosis, etc.); así mismo se le puede considerar como el precursor de la salud pública nacional por su labor en pro de la higienización y sanidad (letrización, medidas preventivas, agua potable, cañerías, etc.). Inclusive, gracias a sus esfuerzos se crea la Lotería Nacional, el Hospital Psiquiátrico y el Sanatorio Antituberculoso de Tierra Blanca, en Cartago.⁴¹

Para la última década del siglo XIX, el servicio médico del Hospital San Juan de Dios queda totalmente regulado y debidamente estructurado. ¿Razón? Pues, para esta década entra en vigencia un muy bien intencionado reglamento de servicio médico-técnico, en el que se detalla minuciosamente las actividades y los deberes de los médicos, la relación con los pacientes y la organización funcional intra-hospitalaria.

Para esos últimos quinquenios queda estipulado definitivamente, y para el devenir del hospital, la especialización de los servicios en dos secciones: medicina y cirugía. El de Medicina sería atendido por dos médicos con igualdad de funciones y autoridad, y sobresaliendo las siguientes funciones:

- Visitar diariamente entre las seis y las diez a.m. a los enfermos que le correspondan.
- Indicar al médico residente que habría de seguirse con cada enfermo.
- Estar en contacto permanente con los otros médicos.
- Solicitar el consejo de los médicos de consulta (status que le había otorgado la Junta a los médicos y cirujanos que habían laborado para el hospital) para los casos difíciles.

-
- Informarle al Superintendente (director del hospital) sobre las irregularidades y necesidades que se presentaren.
 - Presentar informes anuales sobre sus actividades y prácticas.

La Sección de Cirugía estaría compuesto por dos cirujanos jefes, dos cirujanos ayudantes y un anestesista. Entre sus funciones principales están:

- Visitar diariamente la sección.
- Facultad de extender en cualquier tiempo boletas de admisión.
- Todos los cirujanos tendrán derecho de cuidar enfermos de su propia clientela que se lleven al hospital.
- Hacer las indicaciones que se juzguen oportunas.
- Ayudarse para la práctica de las operaciones y asistir con puntualidad.

Para estos años también emerge una figura muy importante para el buen desempeño del hospital: el Superintendente. Este funcionario sería el de mayor rango, ya que es el responsable directo de la buena marcha y funcionalidad del hospital. Sus principales funciones van a ser:

- Hacer guardar la disciplina propia de un establecimiento de esta índole.
- Tendrá en el hospital una oficina denominada Superintendencia, a la cual asistirá diariamente entre las ocho y las diez de la mañana.
- Realizará todos los días una visita general para informarse del servicio habido y usará su autoridad para exigir responsabilidad.
- Atenderá las sugerencias que le haga el cuerpo médico del hospital.
- Rendirá informes generales sobre las labores realizadas durante el año.

Un elemento vital en la nueva estructura hospitalaria será la protagonizada por el médico cirujano residente. A él le recaerán las siguientes tareas:

- Pasará el día y la noche dentro del Hospital.
- Tendrá a sus órdenes los enfermeros, a quienes instruirá sobre cómo atender a los pacientes.
- Acudir con prontitud, aún en la noche, a la cama que necesite sus servicios.
- Atender a los médicos y cirujanos durante la visita que deban practicar y darles información sobre el estado de los pacientes.
- Velar por la comodidad y el bienestar de los pacientes.
- Enseñar, por medio de conferencias teóricas y ejercicios prácticos, a las Hermanas de la Caridad, aspectos de asistencia a pacientes, así como de asepsia y antisepsia.

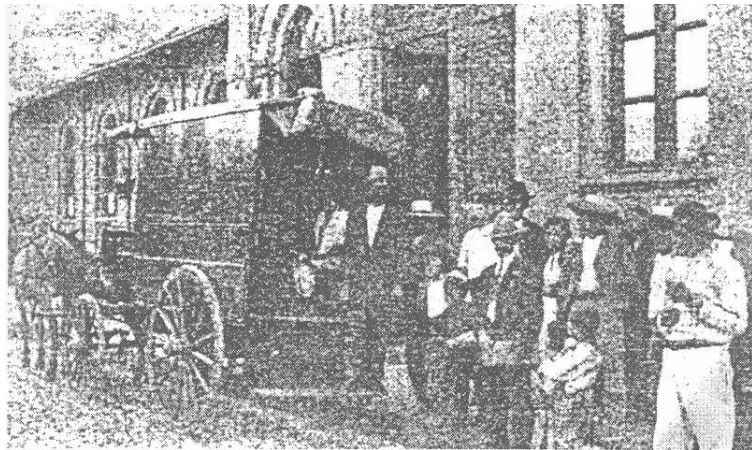
A lo anterior, también se le deben agregar otras disposiciones importantes para el quehacer hospitalario como:

- La Junta de Caridad nombrará el personal que requiere, fijándole la dotación pertinente.
- Los médicos y cirujanos que nombre la Junta deberán pertenecer a la Facultad de Medicina de la República.
- Los enfermos estarán sujetos en lo absoluto al régimen y prescripciones que dicte el cuerpo médico del Hospital.
- El enfermo que pueda pagar los servicios que el Hospital le preste, tiene derecho a escoger el médico tratante.

Indudablemente ya para finales de siglo, el Hospital San Juan de Dios en la parte técnica presentaba una estructura de trascendencia, la cual iba a sentar las bases del cambio:

de una casa de salud simple a una organización hospitalaria compleja.

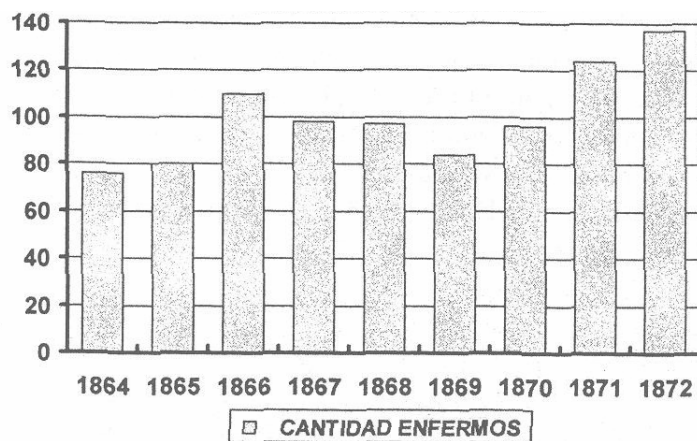
Dichos cambios fueron producto de un proceso iniciado por el mismo Dr. Hoffman en la coyuntura 1856-1857, y cabiendo el mérito de concluirla y a la vez sentar las bases del Hospital para el nuevo siglo, a los estimados médicos y cirujanos: Carlos Durán, José Varela, Gerardo Jiménez, Federico Zumbado, José María Soto, Elías Rojas, Tomás Calnek, Martín Bonnefil, Daniel Núñez y Rafael Calderón Muñoz, entre otros.⁴²



Entrada este del hospital (puerta de médicos)
a principios del siglo XX.

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

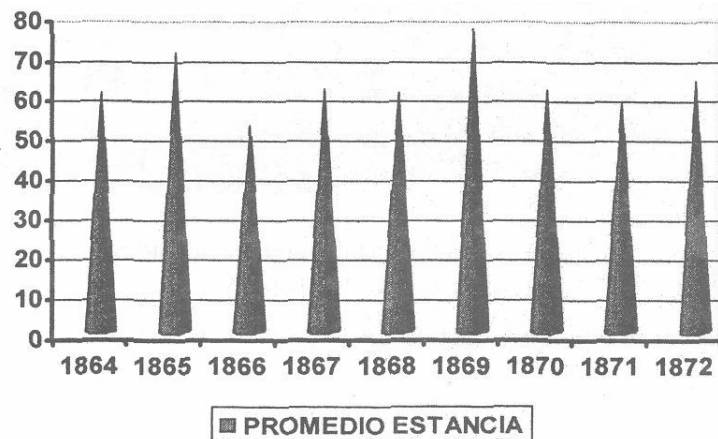
ANALISIS COMPARATIVO AÑOS 1864-1872
ENFERMOS ASISTIDOS POR AÑO



FUENTE: INFORME JUNTA DE CARIDAD H.S.J.D. 1926

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

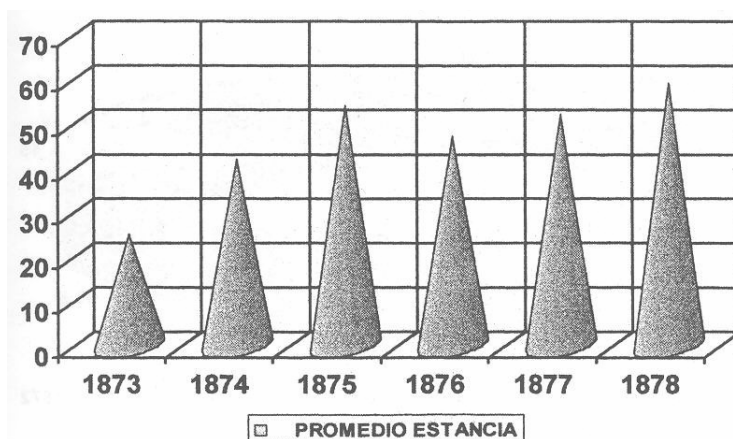
ANALISIS COMPARATIVO AÑOS 1864-1872
PROMEDIO ESTANCIA POR ENFERMO



FUENTE: INFORME JUNTA DE CARIDAD H.S.J.D. 1926

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

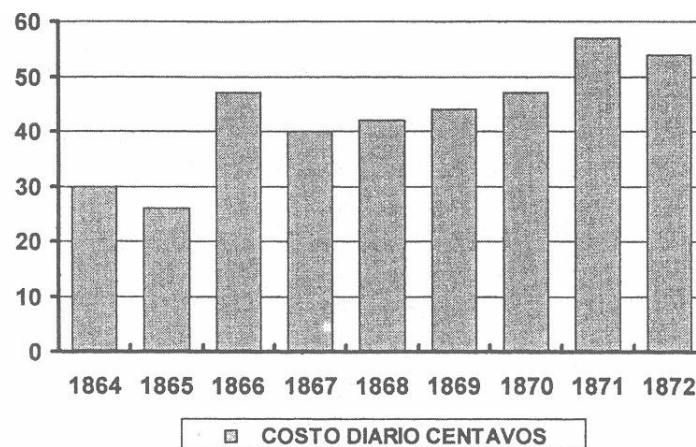
ANALISIS COMPARATIVO AÑOS 1873-1878
PROMEDIO ESTANCIA POR ENFERMO



FUENTE: INFORME JUNTA DE CARIDAD H.S.J.D. 1926

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

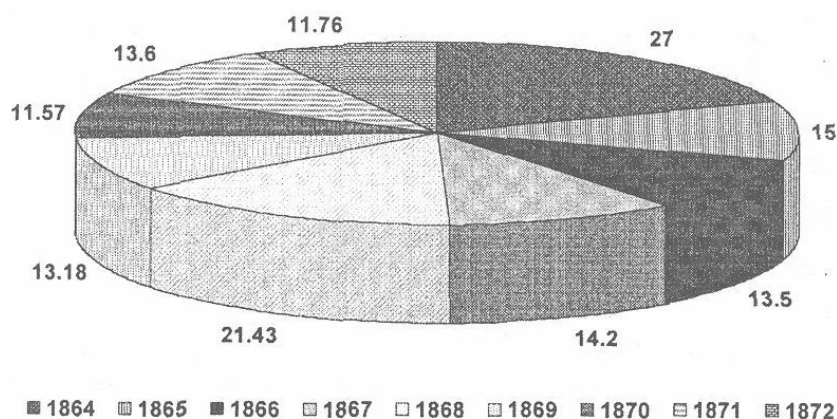
ANALISIS COMPARATIVO AÑOS 1864-1872
COSTO POR ENFERMO EN CENTAVOS DE PESO ORO



FUENTE: INFORME JUNTA DE CARIDAD H.S.J.D. 1926

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

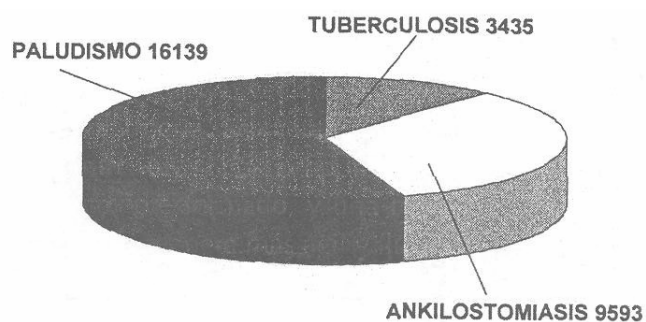
*MORTALIDAD AÑOS 1864-1872
PORCENTAJE SEGÚN AÑO*



FUENTE: INFORME JUNTA DE CARIDAD H.S.J.D. 1926

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

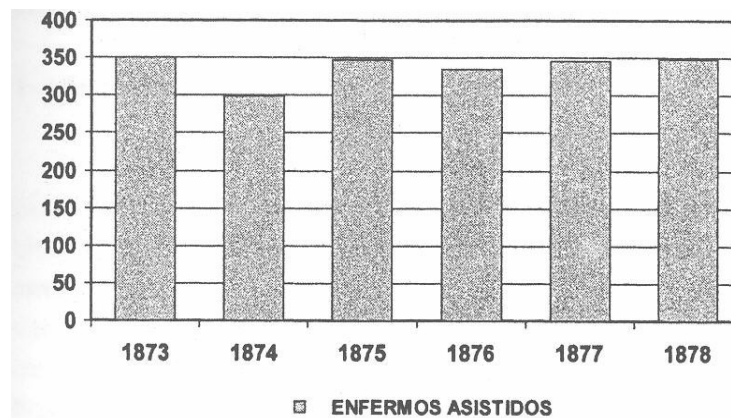
*ANALISIS COMPARATIVO AÑOS 1920-1929
ENFERMEDADES QUE PRODUJERON MAYOR CANTIDAD DE ATENCIONES*



FUENTE: INFORME JUNTA DE CARIDAD H.S.J.D. 1889

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

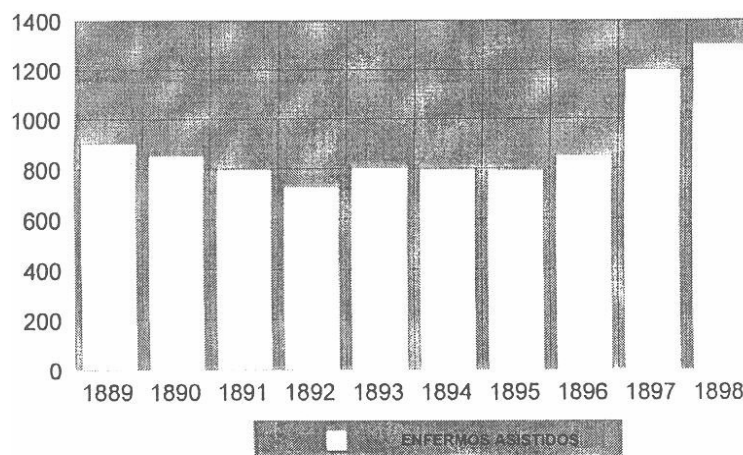
*ANALISIS COMPARATIVO AÑOS 1873-1878
ENFERMOS ASISTIDOS POR AÑO*



FUENTE: INFORME JUNTA DE CARIDAD H.S.J.D. 1926

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

*ANALISIS COMPARATIVO AÑOS 1889-1898
ENFERMOS ASISTIDOS POR AÑO*



FUENTE: INFORME JUNTA DE CARIDAD H.S.J.D. 1899

TÍTULO III

EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS Y LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA EN EL SIGLO XIX

1- LAS PRIMERAS FORMAS

La importante práctica de la enfermería siempre estuvo presente en el Hospital San Juan de Dios desde el primer instante en que inició sus actividades para beneficio de los más necesitados. O sea que, las funciones propias de enfermería van a estar debidamente determinadas desde las primeras e incipientes regulaciones que van a regir la mecánica intrahospitalaria; obviamente elemental práctica que iría poco a poco mejorando de acuerdo a la misma evolución del Hospital y de conformidad con el advenimiento de los nuevos conocimientos y técnicas.

En realidad para los primeros años de servicio del Hospital, muchas de las labores delineadas estaban directa o indirectamente involucradas con enfermería; situación que vino a ampliarse con la llegada de las Hermanas de la Caridad en 1872, y quienes abarcarían una amplia gama de rubros relativos a la administración general del Hospital.

Las primeras enfermeras y enfermeros del Hospital San Juan de Dios se denominaron Madres y Cabos.⁴³ Los requisitos para que los Cabos y las Madres se desempeñaran dentro del ámbito de la enfermería eran los siguientes: ser jóvenes, generosos, honrados, caritativos, cuidadosos y saber leer y escribir. Además, tenían a su cargo el gobernar a los pacientes en la sala y velar por sus dietas, administrar los medicamentos con mucha propiedad para no cambiar las prescripciones, cuidar de que los alimentos se distribuyan correctamente y

acompañar al médico en sus visitas y escribiendo las observaciones que éste señale.

Verdaderamente la actividad de estos funcionarios dentro del marco de la enfermería eran muy polifacéticas, porque también tenían atribuciones como éstas: asistir a la botica a la hora del despacho para estar al tanto de las recetas y las medicinas en relación con el tablero (forma de expediente general de control), mandar a preparar la cama y la ropa del enfermo que entrase a cualquier hora del día (tenía que informarle al médico del Hospital y al capellán), cuidar los enseres personales de los enfermos y se tenían que levantar por las noches cuando algún enfermo demandaba algún auxilio.

Aunado a las funciones anteriores típicas de enfermería, a la vez y dentro de las primeras formas de organización interna, otros funcionarios efectuaban labores que si se quiere caían dentro de ese campo. Tal es el caso del Contralor (jefe administrativo), que representaba al funcionario de mayor rango de la planilla del Hospital. Empero, pues este funcionario llevaba un libro con las entradas y salidas de los enfermos (hombres, mujeres, niños, militares, presos, etc.) en el que debía señalar la edad, estado civil, lugar de nacimiento y oficio u profesión. También tenía que detallar los gastos diarios por concepto de medicinas y raciones alimenticias en relación con los enfermos atendidos.

El Contralor definitivamente era un funcionario de mucha relevancia, ya que aparte de supervisar el trabajo que hacían funcionarios como los Cabos y las Madres, tenía que estar pendiente también de que no faltaran los artículos de primera necesidad para el mejor cuidado de los enfermos: alimentos, ropa, utensilios, cobijas y medicinas. En lo pertinente a esto último, el Contralor debía velar por la buena administración de la botica y que esté bien surtida con preparaciones frescas y oportunas, así como acompañar al médico en sus

visitas a las salas de enfermos para estar al tanto de las diversas necesidades y requerimientos indispensables. En ese sentido tenía que procurar que la alimentación se diese a las horas previstas y que los alimentos se preparasen con la mayor limpieza y de acuerdo a las indicaciones establecidas por los facultativos.

Con referencia a los enfermos, el Contralor debía interesarse por que los socorros les llegara lo más pronto posible, como los servicios espirituales a cargo del Capellán del Hospital. En el caso de los fallecidos, tenía que tener presente que los cadáveres se enterraran entre las 24 horas siguientes y con los arreglos de rigor.

Sin lugar a dudas, estos primeros funcionarios en su mayor parte hacían funciones diversas de apoyo para el paciente, y que retomarían con singular destreza las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paúl posteriormente.

Uno de dichos empleados lo fue el Almacenista, quien tenía bajo su mandato la despensa (compra y distribución de los alimentos) y la ropería (compra y distribución de colchones, almohadas y ropa de cama).

Al Almacenista le tocaba tener bien surtida ambas dependencias, teniendo que llevar controles para efecto de cuantificar la existencia de sábanas, frazadas, pijamas, almohadas y cobijas. Lo mismo tenía que efectuar con los alimentos que ingresaban, porque la buena dieta era fundamental para la recuperación de la salud perdida de los pacientes.

Pero independientemente de los funcionarios que practicaban las labores del ramo de la enfermería, también dentro de las disposiciones generales del Hospital se evidenciaban elementos y determinaciones afines como las siguientes:

. Para la subsistencia del Hospital y para que no haga falta lo que diariamente se consume, se contará con una proveeduría apropiada para guardar carne, pan, arroz, frijoles, manteca,

maíz, azúcar, dulce, chocolate, almidón, jabón, candelas, leña, vino, aceite, vinagre, manta e hilo, entre otras cosas.

- Las dietas serán a base de caldo de pollo para pacientes graves; y para los pacientes que tenían que estar varios días internados: pan, chocolate, arroz, tortillas, verduras, frijoles, etc.). También una taza de atol para todos los enfermos.
- La cama de todo enfermo para que pueda tomar sus alimentos debe de estar provista de una jícara, un vaso y un guacal.
- Los que por su gravedad no puedan alimentarse por sus propios medios, serán socorridos adecuadamente.
- Los Cabos mudarán a todos los pacientes que por sus dolencias no lo puedan hacer.
- Los enfermos con locura, delirios o decrepitud serán colocados en camas con cepos, y serán tratados con habilidad y piedad.
- En cada sala de enfermos se establecerá una vela entre las diez de la noche y las cinco de la mañana a cargo de los Cabos y las Madres.
- En cada enfermería habrá una campana para que el médico anuncie su presencia.⁴⁴

Esta organización descrita relativa al campo de la enfermería fue la que imperó durante las dos primeras décadas de inestable actividad hospitalaria. Sin embargo, un acontecimiento de suma relevancia para el desarrollo posterior (por más de una centuria) de la enfermería y del mismo Hospital San Juan de Dios iría a suceder: la llegada de las Hermanas de la Caridad. Pero ¿Quiénes eran y cuál fue su actividad por el mundo?

2- LUISA DE MARILLAC

La obra misionera caritativa desplegada por el sacerdote católico francés Vicente de Paúl fue sencillamente extraordinaria. Su labor en pro de los desvalidos, los enfermos, los menesterosos, los deshonrados y en fin, para los más necesitados en general, lo llevaron a consagrarse y santificarse por dicho fin.

Para poder llevar a cabo su productiva obra, Vicente funda la “Congregación de la Misión y la Cofradía de la Caridad” en el año 1617. El objetivo principal de la misma era el procurar que los pobres enfermos estuvieran socorridos corporal y espiritualmente, ofrecerles alimentos y medicinas y preparación para la muerte a través de los sacramentos.

La acción bienhechora de Vicente primeramente se situó en Francia; luego, sus prácticas se difundieron por muchos lugares y países a través de sus religiosos y seguidores. Aquí es donde emerge Luisa de Marillac, quien complementaría por siempre la obra piadosa de Paúl.⁴⁵

Sus primeros pasos: Luisa de Marillac nace en París, Francia, el 12 de agosto de 1591. Su familia era de abolengo, con relaciones e influencia política y de condiciones culturales, económicas y sociales de amplio prestigio. Su formación inicial estuvo vinculada al estudio de la literatura, las artes, la filosofía y al creación pictórica. A su vez, se interesó por el estudio del latín para efecto de conocer y asociase más íntimamente con la Iglesia católica y los Evangelios. Por un lado, desde un principio Luisa quiso involucrarse en los asuntos relativos a la caridad cristiana, ya que conocía la obra que venía haciendo Vicente de Paúl, así como el legado de San Francisco de Asís y la labor de las Carmelitas; inclusive, desde muy joven intentó poner a prueba sus dones misericordiosos al recluirse en una congregación capuchina, pero

por problemas de salud (que le acompañaron toda su vida) fue rechazada a pesar de su fiel vocación mostrada. Por otro lado, su familia y un círculo de amigos allegados a la misma, querían que Luisa si inclinara hacia el matrimonio, y aunque esta situación no significaba un asunto prioritario para ella, sin embargo, a la edad de 20 años la joven Marillac contrajo matrimonio con el noble Antonio Le Gras.

A pesar de los muchos placeres que le ofrecía la vida y los lujos que la rodeaba, Luisa siguió cultivando la elevación de su espíritu a través de obras de caridad y de piedad, pero sin descuidar sus deberes como esposa. Fueron muchas las tentaciones a que fue sometida, pero abrazada a sus verdades fundamentales: la existencia de Dios y la inmortalidad del alma, pudo seguir por el camino que tanto quería por amor a Dios, y que también pudo transmitir a su esposo.

Madame Le Gras (de Marillac) no conocía más caminos que los que conducen a Cristo: visitaba a los pobres, iba a buscar y atender a enfermos y desvalidos, arreglaba la cama de los enfermos, curaba sus llagas, consolaba sus tristezas y amortajaba a los fallecidos.

Como madre, Luisa cuidó a su hijo con el cariño más cristiano que pudo e inspirándole el amor por el deber y la rectitud. A su amado esposo le entregó todas sus virtudes de atención y consuelo tanto de día como de noche, sobre todo durante varios años en que padeció de varias enfermedades que lo llevaron a su muerte.

Su consagración: Viuda a los 34 años de edad, Luisa se dedicó con más ardor a la oración, a la recepción de los sacramentos y a seguir fomentando sus prácticas a favor de la penitencia y la caridad. Pero tal era su abnegación, que un alto prelado (Camús) le busca un consejero y director que pudiera dirigirla y guiarla en su fértil camino de entrega al prójimo necesitado. Y ese consejero requerido lo sería ni más ni menos que Vicente de Paúl.

Efectivamente, estando Vicente a cargo del Colegio “Bons Enfants”, se le presentó la viuda Luisa de Marillac con grandes deseos de secundar la obra que había iniciado el sacerdote en las “Cofradías de la Caridad”. Obviamente desde un principio Luisa le causa un singular impacto a Vicente debido a sus dotes misericordiosos, además de que era la persona ideal para consolidar en la práctica los objetivos misioneros de su organización. Sin embargo, antes de tomar alguna decisión, Vicente de Paúl le recomienda a Luisa efectuar una especie de noviciado por espacio de cuatro años para que ella encontrara una mayor claridad en función del camino que quería recorrer: oración, retiro, moderación, meditación, lectura, sencillez, tranquilidad, prudencia y humildad.

Cumpliendo y probándose sobradamente, el padre Vicente le confía a Luisa de Marillac las visitas y la supervisión de las cofradías en diversos lugares. De esta forma inicia su andar con decenas de dificultades y fatigas, pero gozosa por favorecer a los desposeídos como servicio a Cristo. En las cofradías se reunía con sus miembros y señalaba las necesidades y descuidos, también reclutaba nuevos militantes y trataba de allanar todo tipo de obstáculos; y a su vez, visitaba a los enfermos para brindarles los cuidados necesarios con benevolencia, gracia, entrega y fe.

La piadosa abnegación que mostraba Luisa de Marillac para con sus semejantes se basaba en el mismo mensaje de Cristo: perdónanos nuestras ofensas (deudas) así como debemos perdonar a los que nos ofenden (deudores). Sus tareas las fundamentó y justificó partiendo de cómo debe vivir un cristiano. ¿Cómo? Pues, como vivió Cristo en la tierra, O sea, levantando su cruz, que era sinónimo a la práctica de las diversas virtudes por amor al prójimo: como el servir a los semejantes sin distingos.

Bajo esos preceptos Luisa va a ir estableciendo nuevas cofradías tanto en las ciudades como en los campos, significando el complemento ideal para Vicente en aras de ejercitar con esmero la reina de las virtudes: la caridad. De esta forma Marillac se fue rodeando de mujeres seguidoras de su obra, deseosas de colaborar por tan noble causa: el socorrer a los enfermos.

Luisa de Marillac físicamente era frágil, además durante su vida la acompañaron diversas dolencias; sin embargo, su pureza de alma, su fe en el espíritu y su devoción para con los más necesitados, pudieron más que su misma salud resquebrajada. Su credo práctico lo fundamentó en la fuente única de todo bien: Dios, así como en los siguientes postulados: la consolación, saber escuchar, la abnegación, padecer sirviendo y el tener un espíritu humilde que debe imperar tanto en los honores como en los menosprecios.⁴⁶

Su comunidad: A pesar de que eran muchas las Cofradías de la Caridad que estaban funcionando en Francia para la primera mitad del siglo XVII, para Luisa de Marillac el asunto en cuestión estaba incompleto. Esto debido a que las mismas, que eran atendidas por clérigos y voluntariosas señoras, no contaban con siervas libres de preocupaciones terrenas, así como tampoco se dedicaban a tiempo completo en favor de los enfermos.

En realidad lo que pretendía Luisa era que en las cofradías y en los hospitales se dieran servicios de enfermería por parte de mujeres con mayor disposición y especialización, pero libres de deberes familiares y sociales. O sea que lo que quería era una congregación que por vocación de caridad se inclinara decididamente a la atención de los enfermos y sin reparos.

En base a lo anterior, por tanto, Luisa le solicita permiso a Vicente para reclutar a jóvenes deseosas de entregarse a

Dios a través del servicio misericordioso; situación que es aprobada por el sacerdote con entusiasmo, ya que las mismas iban a fungir en calidad de auxiliares.

Primeramente Marillac recluta a una aldeana de extraordinarios dotes, la cual aprende a leer e instruye también a otras tres siervas. De esta forma estaba naciendo la Congregación de las Hijas de la Caridad bajo la tutela y supervisión de Luisa, y contándose con la guía y bendición de Vicente de Paúl.

Estas primeras jóvenes recorrieron aldeas y pueblos enseñando prácticas sobre la caridad y la misericordia, y sobre todo, enseñándolas principalmente a niñas y niños. Estas primeras siervas de Dios, al igual que la misma Luisa, pasaron grandes dificultades en sus recorridos: mala alimentación, falta de techo y penosas condiciones en general; pero aún así, salieron victoriosas por su entrega y dedicación especialmente con los enfermos.

Indudablemente Luisa las había instruido de la mejor manera, aunque faltaba algo más para completar la acción. Y ¿qué faltaba todavía? Pues, lo que faltaba era el establecer un noviciado para poder formarlas en la vida de comunidad para la misión. Precisamente con ese fin y con autorización de Vicente establece en su propia casa la “Comunidad de las Hijas de la Caridad”, con el elocuente objetivo de que se multiplicaran las vocaciones con las calidades deseables.

Indudablemente la apertura de dicho noviciado fue un éxito, sobresaliendo algunas regulaciones como las siguientes: alto grado de desprendimiento, pronta obediencia y cordial caridad, no hay tiempo ni lugar reservado para la voluntad propia, votos de pobreza (paciencia, castidad y servicio a los pobres), tener por monasterio las salas de los enfermos, levantarse a las cuatro de la mañana y orar (meditar y oír misa).

Su obra: A través de los tiempos uno de los estratos más desamparado y necesitado entre la colectividad ha sido el de los niños abandonados (expósitos), siendo para el Cristianismo desde que emergió un campo prioritario que atender.

En París y otras ciudades francesas esta situación era alarmante, y los recursos eran escasos para corresponder convenientemente. Ante tal panorama, Luisa con el apoyo de Vicente, y a la vez contándose con la ayuda las señoras de la caridad, en conjunto se involucraron abiertamente en aliviar en parte tan triste situación. Una de las acciones lo fue alquilar algunas casas que sirvieran de albergue para dichos niños, y así poder brindarles mayores cuidados; cuidados que van a ser proporcionados por las “Hijas de la Caridad” debidamente supervisadas por Luisa de Marillac.

En ese campo particular, indudablemente la obra llevada a cabo por la congregación encabezada por Luisa fue de gran impacto social, ya que posteriormente el rey Luis XIV mandó a edificar un hospital específicamente para los niños abandonados. Aquí las siervas de los pobres plasmaron su entereza con extraordinario ahínco, y multiplicándose el personal y las obras no solo a favor de los niños abandonados, sino también para instruir a lo jóvenes, cuidar galeras y asistir a las prisiones.

En lo que respecta a hospitales, las Hijas de la Caridad primeramente dieron su aporte en el Hotel Dieu. Sin embargo, el primer hospital adoptado por Luisa y sus “hijas” fuera de París lo fue el de San Juan, en Angérs; luego su acción bienhechora fue solicitada en Nantes, Lorena, y Champagne, finalmente fueron requeridas en diversos lugares fuera de Francia.

Las labores emprendidas por Luisa y la Congregación de las Hijas de la Caridad fueron totalmente polifacéticas, ya que también se van a interesar por los ancianos pobres. Efec-

tivamente, mediante una bondadosa y amplia donación de un ciudadano parisense, Vicente y Luisa fundan un hospicio para apoyar a los desvalidos ancianos al que denominaron “Santo Nombre de Jesús”. En él van a tener cabida los ancianos de buena reputación, así como artesanos privados de obtener su sustento por falta de fuerza. El hospicio administrado por las “Hijas de la Caridad” va a brindar servicios como los siguientes: alojamiento, alimentación, vestido, administración de los santos sacramentos, ocupación y promover el amor a Dios.

El hospicio fundado por Vicente y Luisa tuvo repercusiones tan positivas que, una vez visitado el hospicio por las señoras de la caridad y quedando plenamente satisfechas por la labor que el mismo desempeñaba, resolvieron imitarla pero a favor de los mendigos. Esto por cuanto París y las cabeceras de las principales ciudades de Francia estaban repletas de vagabundos y gente ociosa; unos verdaderamente enfermos, y otros engañando con falsas enfermedades para inspirar compasión, por lo que se convertían en un azote para la moral y la sociedad misma.

Unas damas de “sociedad” en base a regalías tomaron la iniciativa de construir un edificio para albergar a los mendigos desvalidos. Para ello lograron el apoyo y la asesoría de Vicente y Luisa, y oficialmente el rey Luis XIV emite el decreto en que se fundaba un hospital general especial para la mendicidad en el año 1656. Con esto, la labor de Luisa de Marillac y la Comunidad de las Hijas de la Caridad abarcaba campos tan necesitados de la solidaridad como: los niños huérfanos y abandonados, los enfermos pobres, los ancianos desvalidos y los mendigos, aparte de los enfermos mentales.⁴⁷

Su enseñanza y mensaje: Para Luisa de Marillac los cuidados que podía ofrecer a sus “hijas” eran fundamentales, ya que ellas representaban el sostén de la estructura de la organización misericordiosa.

Indudablemente calamidades de toda índole siempre acompañaron a las Hermanas de la Caridad en su acción bienhechora. Sin embargo, para estas “siervas de Dios” mantuvo consuelo, consejos y enseñanzas. Muchas de las aspirantes, aparte de su buena voluntad, no reunían las condiciones educacionales para entregarse al prójimo necesitado. Pero fue a estas novicias a las que más les enseñó a base de paz, paciencia, ánimo y cordialidad.

El mensaje que daba Marillac a sus discípulas se sustentaba en el tolerarse mutuamente y disimular los defectos con caridad, así como los reproches, las advertencias y las palabras penosas, ya que su prédica se basaba en sufrir sin decir nada de lo que falta. El principal “Don” que resaltaba era el de la pobreza, ya que argumentaba que las siervas de los pobres no debían ser tratadas mejor que sus amos, inclusive, aunque no tuvieran alimento.

Cada día y cada semana Luisa se dirigía a sus “hijas” con instrucciones sobre sus obligaciones con sus semejantes, apoyándose en el fervor que representaba la Natividad, la Epifanía, la Resurrección y la Ascensión. Su ideario se basaba en dejar todo para poder seguir al SEÑOR, y reemplazando el descuido en el servicio por el incienso de una oración, los placeres por la mortificación y el afecto por las cosas terrenas por la ofrenda de los bienes.

Los incentivos y la motivación que Luisa recalca a sus discípulas se fundamentaban en los misterios de la fe, los sacramentos, la devoción y las demás virtudes cristianas. A su vez, las instaba a no desanimarse con las dificultades, ya que Dios tendría en cuenta todos los esfuerzos puestos en el trabajo al servicio de los pobres y las diversas enfermedades que éstos presentasen, y sobre todo a sabiendas que en muchas ocasiones no van a tener la consideración ni el respeto de muchos de sus semejantes.

Es indiscutible que Luisa de Marillac con perseverancia llegó a los grados más elevados del sacrificio y de la inmolación completa por servir al prójimo, ya que lo que pretendió en vida era seguir la Cruz de Cristo sin pretender ningún otro gozo, salvo el contar con beneplácito de la sumisión. Su entrega y su praxis fueron de alcances inusitados, calando hondamente entre sus primeras discípulas, a saber.

La Hermana Ana de Gennes, de alta alcurnia y posición social, más únicamente apreció el mote “sierva de los pobres”; Juana de Dallemagne, su único gozo terrenal era el de cuidar con exceso a los pobres más “repugnantes”; Sor Bárbara Angiboust, su alegría se sustentaba en el cuidar por las noches (pasaba en vela) a los niños más necesitados; Sor Marta de Auteuil, quería tanto a los pobres enfermos, que a sus propias llagas les denominaba “perfume de rosas”; Susana Parent, siempre dispuesta todas las noches en brindar alivio a cualquier enfermo, y con gusto recibía los sufrimientos y humillaciones; Sor Juliana Loret, su lema fue el de “si no se da amor entonces mejor la muerte”; Margarita Chetif, su principal virtud era la de pasar fatigas y privaciones, supliría a Luisa como supervisora de la “Comunidad”; Sor Bárbara Bailly, cuando estaba más alegre y decía que todo marchaba bien, era porque estaba sucediendo lo contrario; Maturina Guerín, de una hermosura sin igual, muy joven hizo su voto de castidad, más su piedad y mansedumbre no tuvieron límite, además después de la muerte de Vicente y Luisa también proseguiría con la consolidación de la obra.

A pesar de contar con su salud deteriorada, el régimen austero y el trabajo excesivo producto de tantos años de entrega, Luisa continuó con su vida activa y laboriosa para beneficio de los enfermos y para la misma formación de nuevas hermanas en la Casa-Madre. Sin embargo, el 4 de marzo de 1660 Luisa cayó enferma por gangrena, pero a pesar su grave

enfermedad rechazaba todo tipo de manifestaciones por sus sufrimientos. Finalmente, en su lecho de muerte señaló su última exhortación:

“Amadas hermanas mías, continúo pidiendo a Dios su bendición para vosotras y le ruego que les conceda la gracia de perseverar en vuestra vocación. Tened cuidado del servicio para con los pobres, y sobre todo vivir juntas con mucha unión y cordialidad; rogad fervorosamente a la Virgen Santísima sea vuestra única madre”⁴⁸

Para los siguientes siglos la Congregación de las Hermanas de la Caridad se extiende ampliamente, llevando su devoción por la causa de los más necesitados. De tal forma la “semilla cultivada” por la madre de los pobres y modelo de las virtudes misericordiosas “germinó”, y centenares de sus discípulas hicieron revivir su “Espíritu” por el mundo, incluyendo a Costa Rica, después de más de doscientos años de fundada y dentro del nuevo orden mundial.

3- EL HOSPITAL, LAS HERMANAS DE LA CARIDAD Y LA ENFERMERÍA

Para finales de la década de 1860 y los primeros años de la siguiente el Hospital San Juan de Dios empieza a tener amplia demanda en sus servicios, por lo que algunos miembros de la Junta de Caridad de San José y el mismo clero se plantean la necesidad de que el Hospital contara con personal de mayor preparación para atender a los enfermos. ¿Por qué?

Empero, fueron varias las razones que se confabularon para que las autoridades de la organización rectora del Hospital pensaran en dicha alternativa.

La primera razón se fundamentaba en que el personal que ingresaba a laborar, aparte de su entrega, no tenía ninguna capacitación en materia hospitalaria; situación que era obvia debido a la falta de una escuela en Costa Rica que capacitara a la gente interesada en la materia de enfermería.

La segunda estribaba en que los mismos componentes de la Junta, por sus actividades personales, no contaban con el tiempo suficiente para la supervisión de los pacientes, aparte también de que no era el personal idóneo para desarrollar tales actividades. Inclusive, lo mismo podía objetarse de la Hermandad de Caridad, y máxime que el Hospital para estos años ya había casi duplicado el número de pacientes asistidos (en 1864 = 74 enfermos y en 1872 = 136).⁴⁹

Ante el panorama y la problemática que se estaba presentando, empieza a adquirir cuerpo la idea de contratar religiosas con vocación en el cuidado de enfermos y desvalidos desde el año 1866.⁵⁰ En 1868 se formaliza el interés por parte de la Junta de Caridad de traer religiosas de la “Orden de las Hijas de la Caridad” pertenecientes a la “Congregación de la Misión”, y cuya sede para América Central se situaba en Guatemala.⁵¹ Para lograr el objetivo deseado (que el Hospital estuviera bajo la administración de las Hermanas), la Junta se propone mediante contribuciones públicas sufragar los gastos de pasajes para que las primeras Hermanas hicieran su arribo, así como buscar el apoyo necesario del Gobierno para la empresa.⁵²

El Gobierno no se opuso a la idea, aunque tampoco la apoyó desde el punto de vista económico, teniendo más bien la Junta de Caridad que doblegar sus esfuerzos para lograr recaudar lo pertinente. Precisamente fue mediante colecta pública que ingresaron los primeros fondos, y distribuidos así: de la Merced = 204.87 pesos, de la Catedral= 512.98 pesos, del Hospital = 148.67 pesos, pueblo de San Juan = 49.13

pesos, pueblo de Alajuelita = 5.00 pesos y barrio de la Uruca =12.31 pesos.

Las gestiones que estaba efectuando la Honorable Junta y después de muchas diligencias y vicisitudes, al fin tuvieron su efecto positivo. Esto debido a que el director de dicha congregación, Presbítero Félix Mariscal, se hizo presente en el Hospital San Juan de Dios en 1870, y así valorar sobre el “teatro de los acontecimientos” la petitoria; que es aceptada por Mariscal no sin antes hacer algunas recomendaciones sobre la estancia en el Hospital de las “Hijas de San Vicente de Paúl y Luisa de Marillac”.

Después de resolverse algunos inconvenientes (como la adecuación del local donde iban a pernoctar dentro del nosocomio), el tesorero de la Corporación josefina, señor Ramón Quirós, viaja a Guatemala en el año 1871 para finiquitar la venida de las mujeres misericordiosas. Decididamente y con instrucciones precisas, Quirós suscribe el contrato respectivo el 4 de agosto con el representante de la organización eclesiástica, el mismo Presbítero Félix Mariscal, y en donde quedan establecidas las siguientes cláusulas:

- 1- Las Hermanas de la Caridad, en número de cuatro, gozarán en San José de Costa Rica de plena y entera libertad para observar las reglas de su orden y obedecer a sus legítimos Superiores a fin de vivir con ellos en perpetua armonía, relativamente a todo lo que concierne al Instituto.
- 2- Las Hermanas serán mantenidas en el Establecimiento, el cual también costeará el lavado de ropa y la preparación de una habitación con los muebles necesarios. Cada una de ellas recibirá cien pesos al año para vestuario y otros gastos.
- 3- La Hermana visitadora recibirá, antes de que salgan para Costa Rica, doscientos pesos por cada Hermana

-
- para la habilitación de ropa que llevan, y además, sábanas, fundas, almohadas, manteles, servilletas, toallas, delantales blancos, reloj despertador, libros y algunos otros objetos piadosos.
- 4- El viaje de las Hermanas de Guatemala a Costa Rica será costeadado por los fondos del hospital.
 - 5- Las Hermanas tomarán a su cargo el servicio interior del hospital bajo estas condiciones: A) Se encargarán de su dirección, sobre todo en lo tocante al orden y a la moralidad. Por consiguiente tendrán en su poder todas las llaves del Establecimiento. B) Recibirán a los empleados, de acuerdo en cuanto sea posible, con la Junta de Caridad. C) Cada mes darán cuenta a ésta del dinero que hayan manejado.
 - 6- Si una Hermana se enferma a expensas del Establecimiento, será asistida por sus compañeras y el hospital costeará sus gastos.
 - 7- En caso de fallecer alguna Hermana, será enterrada a expensas del Establecimiento, el cual hará celebrar por el descanso de su alma una misa cantada y tres rezadas.
 - 8- A la entrada de las Hermanas en Establecimiento, se formará un inventario de todo lo que exista, para poder renovar año con año lo que se juzgue necesario.
 - 9- La Junta de Caridad de San José, por una parte, y los señores Superiores de Guatemala, por la otra, tendrán respectivamente el derecho de provocar el cambio de Hermanas.
 - 10- En caso de que las dos partes contrayentes quieran rescindir este contrato, deberán recíprocamente darse aviso y fijar de común acuerdo la época de salida de las Hermanas, nunca antes de cuatro meses de hacer la notificación. Los gastos del viaje de regreso de las Her-

manas serán pagados por aquella de las partes que haya querido rescindir la contrata.⁵³

A pesar de suscribirse el respectivo contrato en 1871, la realidad fue que las Hermanas de la Caridad llegaron a Costa Rica hasta el mes de diciembre de 1872, y sus servicios en el Hospital se iniciaron en el mes de enero del año siguiente.⁵⁴ Esto por cuanto se presentaron algunas incongruencias sobre todo de tipo económico para poder cumplir con lo estipulado, situación que finalmente fue subsanada gracias a una regalía que hiciera don Saturnino Tinoco por un valor de 740.02 pesos para finiquitar el asunto del viaje.

Las primeras Hermanas de la Caridad que ingresaron a laborar al Hospital San Juan de Dios fueron las siguientes: Sor Encarnación Aranda y Sor Petra Lomell, ambas mexicanas; Sor María Patrocinia Ortega, guatemalteca, y Sor Melanie Mathieu, francesa.⁵⁵

Definitivamente con la llegada al Hospital San Juan de Dios de las primeras cuatro Hermanas de la Caridad, se estaba concluyendo toda una serie de diligencias que se habían venido efectuando para dicho fin, y con ello, a la vez, se estaba iniciando un vínculo muy estrecho entre ellas, la Junta de Caridad y el Hospital, y que duraría por más de una centuria (hasta el año 1976). Inclusive, con tanto esmero fueron esperadas que el mismo Presidente de la Junta, Lic. Concepción Pinto, el domingo 12 de enero de 1873 expresó lo siguiente como hecho más notable:

“Hablo de las Hermanas de la Caridad, de estas piadosas mujeres, emanación de la Bondad Divina, con que honra el Cristianismo desde que San Vicente de Paúl fundó tan santa institución, consuelo y alivio de la humanidad.

Las Hermanas de la Caridad han llegado por fin

a nuestro Hospital para darle el carácter que le corresponde: para poder decir sin rubor que tenemos un Hospital en la capital de la República para que cese la preocupación que siempre ha existido contra ese Asilo por la imperfecta asistencia que en él se ha dado a los enfermos y para que en fin, los bienhechores del Establecimiento y las Corporaciones de Beneficencia puedan estar seguras y satisfechas de que cualquier esfuerzo que se haga en beneficio de los desgraciados que acuden al Asilo, será tan fecundo en buenos resultados como se desee, descansando en la convicción de que el Instituto llena todas las funciones que le corresponden".⁵⁶

Concretamente las Hermanas de la Caridad a partir de enero de 1873 van a tener a cargo el régimen interior del Hospital, o sea que, aparte de las funciones propias de enfermería, también irían a fungir con plenos poderes como las administradoras del Hospital (contratación del personal y despido del mismo), y únicamente superadas jerárquicamente por el Presidente de la Junta y el Médico del Hospital (posteriormente denominado Superintendente y luego Director del Hospital a partir de 1943).⁵⁷

Las tareas que van a asumir las Hermanas de la Caridad, las cuales desempeñarían por diversas décadas, principalmente iban encaminadas a la atención de los enfermos en conjunto con diversas labores de carácter intrahospitalario.

Dentro del ámbito específico de la enfermería, las Hermanas de la Caridad (quienes contaban con una Hermana Superiora), además de mantener el contacto directo con los enfermos y los empleados vinculados a las labores de enfermería, tenían entre sus atribuciones las siguientes: mantener

habilitadas camas suficientes y con los útiles necesarios, hacer que todos los días se barran y sacudan las salas y que por las noches se mantengan alumbradas, estar pendiente de que la ropa de cama y la de los enfermos se muden cada ocho días, o con la frecuencia que las enfermedades lo demanden, recoger y guardar la ropa con que llegan los enfermos, tomar razón de la dieta de cada enfermo, hacer la distribución de medicinas y alimentos en las horas reglamentarias y prescritas por el Médico, velar por las noches de acuerdo a como lo disponga la Hermana Superiora, dar aviso a los porteros sobre los enfermos que se dan de alta para que les permitan la salida, acompañar al Médico en sus visitas y estar pendiente de los aspectos mortuarios de los pacientes que fallezcan; también estarán a cargo de la botica y el despacho de medicinas, mantenerla bien surtida (con compras en el mercado local o externo), estar al tanto de los recetarios que presente el Médico y efectuar las preparaciones medicamentosas necesarias.

Las labores de las Hermanas de la Caridad evidentemente eran polifacéticas, ya que abarcaron otros campos afines como el de la ropería, la despensa, la cocina, la contraloría y el de administración de personal. Así, de esta forma, la hermana encargada de la ropería tenía que supervisar y asesorar a las costureras y lavanderas, además de entregar y contar la ropa y vendajes, verificar la ropa que se lavaba y estar pendiente de renovarla. En la despensa, la hermana encargada tenía que llevar un libro en donde se apuntaban todos artículos que se requerían y se gastaban en el Hospital, lo mismo que estar pendiente de su surtido. La hermana encargada de la cocina, aparte de vigilar a los cocineros, tenía que estar al tanto de la buena preparación de los alimentos, las raciones y distribuirlos a las horas reglamentadas en base a las boletas recibidas: desayuno a las 6 y 30 a.m., almuerzo

a las 9 y 30 a.m., comida a las 3 p.m. y cena a las 9 p.m. invariablemente. Finalmente, la pirámide funcional la complementaba la Hermana Superiora, quien era la responsable directa de la toda la organización y el servicio del Hospital debido a su alto rango y a sus amplias atribuciones otorgadas por la Junta de Caridad. Inclusive, tanto era su poder que, aparte de visitar diariamente a todos los enfermos, tenía el control del gasto diario del Hospital, así como el de llevar celosamente los libros correspondientes a gasto por planillas.

En síntesis, la llegada de las Hermanas de la Caridad al Hospital trajo consigo un cambio en la organización muy positivo para beneficio de los enfermos desde todo punto de vista, principalmente en lo referente a las labores de enfermería. Esto se refleja en las diversas muestras de agradecimiento mostrada hacia ellas por los miembros de la Junta de Caridad durante las últimas décadas del siglo XIX, período en que se empiezan a producir cambios sustanciales para el funcionamiento del Hospital debido al desarrollo científico y tecnológico que despunta con fuerza, y en momentos en que el Hospital San Juan de Dios empieza a atender más de mil enfermos por año. Precisamente es aquí en donde las labores de enfermería adquieren amplia notoriedad, ya que las Hermanas de la Caridad (denominadas heroicas mujeres)⁵⁸ muestran su amplia utilidad como apoyo médico, y perfilando la necesidad de que el país cuente con enfermeras preparadas convenientemente.

4- LOS PRIMEROS INTENTOS DE ENSEÑANZA DE LA ENFERMERÍA

Desde la última década del siglo XIX, algunos médicos del Hospital San Juan de Dios empiezan a pregonar por el establecimiento de la enseñanza de la enfermería en Costa Rica. Pero ¿Por qué razón?

Indiscutiblemente fueron varias las razones que se conjuraron para que se pensara en dicha alternativa. La primera se sustentaba en el hecho de que para finales de la década de 1890 el Hospital San Juan de Dios ya no era una “casa” para la atención de enfermos. Sí la realidad era que para estos años el Hospital ingresa a un período de transformación y modernización tanto en su labor científica (métodos de diagnóstico, tratamiento y alta cirugía) como en su organización médica. Dicho panorama queda demostrado al entrar en vigencia un reglamento específico en el cual se reestructura debidamente todo lo referente al servicio médico: personal, categorías, funciones, horarios, actividades, especialización, controles y divisiones jerárquicas.⁵⁹ Obviamente era previsible que dentro de una amalgama más compleja y de acuerdo a las experiencias de los países más adelantados, que los médicos (en su mayoría graduados en Europa principalmente) pensarán en una buena formación para un necesario e importante aliado: la enfermera, máxime si se tomaba en cuenta como antecedente los buenos resultados que venían dando las Hermanas de la Caridad, pero que ya era insuficiente. Los siguientes criterios darán buena luz al respecto.

Específicamente en 1894, uno de los baluartes del Hospital San Juan de Dios y la Junta de Caridad, el Dr. Daniel Nuñez, manifestaba su satisfacción por el buen servicio que prestaban las Hermanas de la Caridad debido a su educación y a su espíritu cristiano.⁶⁰ Sin embargo, ya en el año 1896 expresaba sobre el servicio de enfermería que *“era deficiente y se hace necesario pensar en establecer una escuela de enfermería regentada por profesores competentes de acuerdo a los adelantos modernos para que los hospitales puedan ser servidos por personas idóneas”*.⁶¹

Pero claro está, Nuñez con ese llamado no era que estaba disconforme con las Hermanas, más bien lo que preten-

día en base al grado de especialización que experimentaba el centro médico más importante de la República de Costa Rica, el San Juan de Dios, era que se diese una mejoría para la práctica de la enfermería desde un punto vista más de formación curricular.

La actitud asumida por el Dr. Nuñez, a su vez fue respaldada por otros colegas de renombre. Tal fueron los casos de los doctores Gerardo Jiménez y Federico Zumbado, ambos cirujanos estelares del Hospital San Juan de Dios, quienes en 1896 también solicitaban el establecimiento de una institución formadora de enfermeras en aras de contribuir al progreso y el mejoramiento de la sociedad.⁶² Pero eso no era todo, ya que pregonaban que al fundarse una institución con esas características ayudaría a *“niñas huérfanas a conseguir una profesión hermosa y lucrativa, exenta de los peligros que ofrece el servicio casero, única profesión a donde les es dado aspirar”*⁶³

En base a la afirmación anterior, por tanto, a su vez los mencionados médicos estaban delineando y caracterizando una situación social que enfrentaban las mujeres de Costa Rica, y representando la formación en enfermería una opción viable para ellas.

La realidad era que la mujer de cuna pobre, prácticamente no tenía posibilidades de trabajo en estos años, inclusive, el Dr. Max Bansen, Director de Hospital de Insanos (Chapuí), señalaba que:

“Las mujeres aquí trabajan demasiado y son muy mal pagadas; y más en las ciudades como sirvientas, pues eso es causa fundamental para que tantas se introduzcan a la vida libre y a la venta de su vergüenza”⁶⁴

Indudablemente dentro del gremio médico se sabía de los alcances del problema social por el que atravesaba una parte importante de mujeres de extracción humilde y su relación con la prostitución. Inclusive, tan alarmante era la situación que dos médicos del Hospital, los doctores Carlos Durán y José María Soto, recomendaban al gobierno la creación de un Hospital de Silografía para mujeres. Esto último no se dio, pero lo que sí sucedió fue que en el Hospital San Juan de Dios se abriera una sala específica para el tratamiento de las enfermedades venéreas. Precisamente el encargado de dicha sala, el Dr. Soto, señalaba sobre las relaciones existentes y de propagación de la sífilis entre la gente de pueblo, las prostitutas, los soldados, las nodrizas, las sirvientas y los niños.⁶⁵

Definitivamente uno de los llamados más fehacientes en pos de establecer la enseñanza de la enfermería en Costa Rica lo hace el Dr. César Borja, también en el año 1896. Borja sustenta su petición desde dos aristas sobradamente justificadas, pero perfiladas más a aspectos prenatales y de mortalidad materno-infantil.

La primera la encaminaba a establecer una Escuela de Obstetricia (parteras), ya que con ella se le abriría a muchas mujeres pobres las puertas de un porvenir seguro y honrado, en vez de luchar entre dos caminos: la prostitución y la miseria, más con un establecimiento de este tipo adquirirían un trabajo muy necesario, aparte de la instrucción, disciplina y moralidad que recibirían, y convirtiéndose en mujeres instruidas, caritativas y de mucho bien para la sociedad.⁶⁶

El segundo planteamiento lo enfocaba a favor de crearse una Maternidad u Hospital para Parturientas, ya que no existía en el país tan necesaria obra de bien social. En este sentido, el Dr. Borja clarificaba uno de los problemas más graves que afectaban a Costa Rica: la mortalidad infantil, debido a la carencia de auxilios médicos y de cuidados higié-

nicos que requerían las madres y sus niños, sobre todo para las más necesitadas; las cuales eran víctimas de manipulaciones y malos manejos por gentes sin conocimiento. Resultado: proliferación de enfermedades como el tétano y otras que mataban a muchos niños aún antes de los primeros 15 días de vida, así como a las mismas parturientas.⁶⁷

La Escuela de Parteras que pretendía impulsar el Dr. César Borja exigiría estudios por tres años, y los cursos se impartirían en el Hospital San Juan de Dios y en oficinas particulares, con el siguiente temario:

- Nociones generales de Anatomía y Fisiología humana.
- Anatomía y Fisiología de la pelvis y de los órganos de la mujer.
- Asistencia a clínica de partos
- Nociones generales de Higiene.
- Higiene del embarazo, el parto, el puerperio y del niño recién nacido.
- Embarazo normal y patológico.
- Nociones generales de Terapéutica
- Partos viciosos, abortos y distocia en general.
- Nociones generales de enfermedades puerperales y de los recién nacidos.
- Eclampsia de las embarazadas
- Moral médica en Obstetricia.

Finalmente, y con respecto a la Maternidad, Borja era del criterio que una clínica para partos no requería de grandes gastos, ya que únicamente se necesitaba adecuar en una sala en algún departamento de mujeres del Hospital Civil (San Juan de Dios) lo siguiente: veinte lechos grandes con una cuna al lado, dos mujeres idóneas para el servicio, una partera interna para la asistencia y un médico del Hospital; además, el sostenimiento de la misma se la podían repartir

entre la Junta de Caridad, la Facultad de Medicina y el Gobierno de la República.⁶⁸

La “lucha” por la fundación de la Escuela de Obstetricia decididamente es asumida por los médicos Genaro Rucavado y Ross Pochet, conjuntamente respaldados por el Dr. Carlos Durán y la Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia.⁶⁹ Tanto Rucavado como Pochet se encargaron de presentar el Reglamento que le daría forma normativa a dicha escuela, y remitiéndolo la Facultad al Poder Ejecutivo para su aprobación,⁷⁰ situación que tendría que esperar.

Independientemente de lo anterior, no se debería descartar también la idea de que la fundación de una Escuela de Enfermería en Costa Rica podría estar vinculada con intereses ideológicos

Pues, tal cuestión es posible, ya que para las últimas décadas del siglo XIX la estructura del Estado costarricense estuvo enmarcado fuertemente por las corrientes liberales (doctrina político-económica promovida en Europa por John Locke, Adam Smith y David Ricardo) dentro de la esfera del poder. Obviamente los círculos de mayor influencia política (como la generación denominada del Olimpo) e intelectual comulgaban con dichos postulados liberales, los cuales denotaron de manera general las siguientes características:

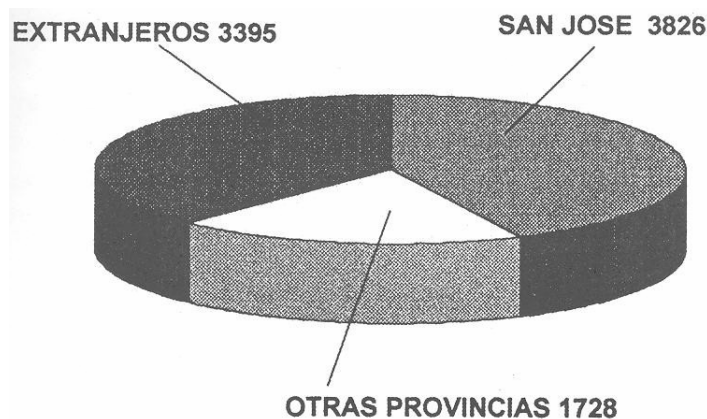
- 1- En el campo jurídico-político afirmaban la tradición civilista y en la que se exaltaba los derechos individuales y el régimen republicano.
- 2- Como grupo de alto nivel, se preocuparon principalmente por fomentar la educación debido a la filosofía positivista.
- 3- Dentro del campo económico, participaban del libre cambismo y la no intervención estatal.
- 4- La actitud anticlerical estaba de manifiesto con la instauración del matrimonio civil, la secularización de los cementerios y el control de las órdenes religiosas.⁷¹

En base a lo antes apuntado, por tanto, podría plantear-se a manera de hipótesis que, aparte de la real necesidad de establecerse en Costa Rica una Escuela de Enfermería, la misma también estaría encaminada en limitar la influencia de las Hermanas de la Caridad en la atención hospitalaria. Pero los hechos que se sucedieron en la mayor parte del nuevo siglo por venir, más bien ratificaron su poder e influencia dentro de la enseñanza y la práctica de la enfermería en el Hospital San Juan de Dios.

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

ANALISIS COMPARATIVO AÑOS 1889-1898

ENFERMOS ASISTIDOS SEGÚN PROCEDENCIA



FUENTE: INFORME JUNTA DE CARIDAD H.S.J.D. 1899

TITULO IV

EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS EN EL SIGLO XX: ORGANIZACIÓN, PRÁCTICA Y CONSOLIDACIÓN DE LA ENSEÑANZA DE LA ENFERMERÍA DENTRO DE LA SANIDAD Y LA BENEFICIENCIA

1- LAS CARACTERÍSTICAS DE LA SANIDAD

El desarrollo médico- asistencial , así como el desarrollo y la práctica de la enfermería en Costa Rica durante las tres primeras décadas del nuevo siglo, van a estar vinculadas a los moldes caracterizados más por la Sanidad que la Beneficencia, aunque estando siempre muy vigente esta última sobre todo en el plano propiamente hospitalario.

Efectivamente, la caridad como forma de atender la salud pública por parte del Estado oligárquico liberal durante buena parte del siglo XIX, va a ir cambiando para finales del mismo y, sobre todo, para en las tres primeras décadas del siglo XX, cuando se inicia la creación de algunos entes especializados y que irían a dar cuerpo a la medicina estatal costarricense.

Dentro de la medicina estrictamente de caridad (y que al Dr. Edgar Mohs la denomina medicina asistencial básica)⁷², los enfermos internados eran generalmente conceptualizados dentro del ámbito de la pobreza, desvalidos, menesterosos o desamparados; sin embargo, ya para finales del siglo XIX al enfermo también se le empieza a relacionar dentro del concepto de la sanidad y a su relación como fuerza de trabajo dentro de la producción cafetalera nacional. Tanto es así que en la primera década del siglo nuevo el Dr. Mauro Fernández aseveraba que:

“Ya que la agricultura toma tanto incremento, bueno es que se sepa que un inmenso número de los brazos de la República son brazos sin fuerza, agotados por una enfermedad que es la peor demora para la prosperidad de nuestro país y para la conservación de nuestra raza. Yo considero el cansancio como el peor enemigo de la agricultura y creo que es de inminente necesidad poner todas nuestras fuerzas para ayudar a agotar ese mal”.⁷³

Definitivamente lo expresado por el Dr. Fernández deja debidamente clarificado el concepto de enfermedad y la estrecha relación de esos “brazos” con los procesos productivos y económicos del país, aspecto éste que ya lo conocían desde quinquenios atrás figuras predominantes como el Dr. Carlos Durán y el mismo Secretario de la Cartera de Policía, Dr. Juan José Ulloa, aparte de importantes políticos y representantes del sistema liberal imperante (como los casos del Lic. Cleto González y el Lic. Ricardo Jiménez).

La realidad entonces que se va a presentar al finalizar el viejo siglo y en los albores del nuevo en cuanto a la forma de atención de la salud por parte del Estado, ahora va a ser encaminada a acciones de sanidad como forma de resolver los problemas principalmente, aunque la atención propiamente hospitalaria curativa como la que brinda el Hospital San Juan de Dios seguiría por los senderos de la Caridad y la Beneficencia Pública

Empero, la medicina de la sanidad va a significar para el Estado costarricense la primera forma ordenada de cara a preservar la salud de sus habitantes con el involucramiento directo de entes de carácter gubernamental nacional. Precisamente debido a este enfoque es que se crean en la última década del siglo XIX el departamento de Profilaxis Venérea

(a cargo del Dr. José María Soto) y el Instituto Nacional de Higiene (a cargo del Dr. Emilio Echeverría), ambos entes de carácter nacional y con alguna asignación presupuestaria; así mismo la Ley de Médicos de Pueblo (establecida en 1847) será reformada en 1894 con el objeto de perfilarla más hacia el campo de la Higiene y la Salubridad Pública.⁷⁴

Durante los primeros años del nuevo siglo el interés por la sanidad sigue aumentando por parte del Estado, ya que en el año 1910 por primera vez se autoriza gastar hasta un máximo de 25.000 colones para combatir la Anquilostomiasis, situación que iba a culminar con el establecimiento del Instituto Rockefeller en 1915 (adscrito a la Secretaría de Policía) y el Departamento Escolar.

En síntesis, durante el transitar del viejo al nuevo siglo, el tipo de medicina que se iba a ir conformando en Costa Rica fue más de corte sanitario y en función principalmente a intereses económicos vinculados a la exportación de productos y materias primas, además de forjarse y moldearse los primeros pasos de la medicina preventiva nacional y la enfermería de la salud pública. Esto último fue muy importante, ya que las funcionarias del Departamento Sanitario Escolar denominadas Asistentes Sanitarias Escolares, van a fungir en calidad de enfermeras con funciones como las siguientes: visitar las escuelas a su cargo y anotar a todos los alumnos que se encuentren enfermos, visitar las casas de los alumnos que estuviesen ausentes para cerciorarse si padecen de alguna enfermedad, inspeccionar los hogares de los estudiantes en virtud de revisar las condiciones sanitarias y servir de consejeras cuando los alumnos muestren alguna dolencia.⁷⁵

2- EL ESTABLECIMIENTO DE LA ENSEÑANZA DE LA OBSTETRICIA Y LA FUNDACIÓN DE LA MATERNIDAD DEL HOSPITAL

En el paso al nuevo siglo definitivamente se acrecientan los deseos por establecerse en Costa Rica una escuela para la enseñanza formal de la enfermería, pero especialmente dentro de la rama de la obstetricia (parteras) debido a las razones mencionadas previamente (como la mortalidad materno-infantil).

En realidad había pleno consenso para lograr tal propósito entre las diferentes partes interesadas: la Facultad de Medicina, la Junta de Caridad y los médicos del Hospital San Juan de Dios, ya que en el fondo era en buena parte los mismos componentes. Sin embargo, para finales del mismo año de 1898 el funcionamiento de la Escuela de Parteras todavía era un asunto incierto.

La explicación de tal atraso la da la misma Facultad de Medicina al señalar que era el propio Gobierno de la República el que no prestaba su atención para esa noble causa, agregando además que:

“La Junta estaba resuelta a llevar a cabo su obra con recursos propios, si el gobierno hubiera prestado un apoyo decidido, persiguiendo a los empíricos, dando órdenes expresas para que los Jefes Políticos y agentes de Policía activaran su vigilancia, lo mismo que facilitando los medios para hacer efectivas las multas impuestas a los vendedores de drogas en pueblos, especialmente en los pueblos retirados”.⁷⁶

Pero a pesar de esas interrogantes y privando más en la importancia de su función, la Facultad toma la decisión de

autorizar la creación de la Escuela de Obstetricia en enero de 1899,⁷⁷ y teniendo su punto de partida el Hospital San Juan de Dios.

Empero, porque la situación todavía no estaba resuelta. Esto por cuanto en la sesión de la Facultad de Medicina (también de Cirugía y Farmacia) del trece de febrero del mismo año, el Dr. Daniel Nuñez, a nombre de la Junta de Caridad de San José, ofreció un local dentro de las instalaciones del Hospital para que se instalara ahí la Escuela de Parteras, pero que sería la Facultad la que tenía que cubrir los gastos, por que la Corporación no contaba con recursos pecuniarios.⁷⁸

Como repuesta a esa limitación, el Dr. César Borja entonces propone que se solicite a personas acomodadas recursos para poder sufragar los gastos de la Escuela; aspecto este que tuvo acogida entre los diversos miembros de la Facultad, y significando a la vez una de las características más sobresalientes de la asistencia hospitalaria en este período: la caridad pública.⁷⁹

Después de varias reuniones y diversos planteamientos entre ambas instituciones, se llega al siguiente acuerdo: la Junta de Caridad se comprometía a entregar tres salones (con ropa y camas) debidamente reparados para el buen servicio de la Escuela de Parteras, y la Facultad de Medicina debía brindar el sostenimiento (medicinas, alimentación y apósitos) para las parturientas por un valor de dos pesos diarios.⁸⁰

En ese primer año (1899) de funcionamiento de la Escuela de Parteras únicamente una alumna solicitó su ingreso. Sin embargo, hubo un hecho de gran trascendencia que vino a impulsar y consolidar la enseñanza de la obstetricia y la atención materno-infantil en Costa Rica: la fundación de la Maternidad del Hospital San Juan de Dios.

Efectivamente, el 8 de noviembre de 1900 se inaugura esa obra de sentida necesidad social para el país en el princi-

pal hospital de la República. Las razones que se esgrimieron para ejecutar tan elemental requerimiento estaban de sobra justificadas, siendo las mismas muy afines a las de la enseñanza de la obstetricia, a saber.

Costa Rica para finales del siglo XIX y primeras décadas del XX contaba con una población sumamente rural y pobre, por lo que la atención para esas mayorías carentes de servicios básicos era de total necesidad. Dentro de este espectro social, las mujeres en forma prioritaria merecían contar con un lugar adecuado para una atención fundamental: el poder dar a luz de una manera higiénica y bajo cuidados científicos. Obviamente el Estado (de estructuración liberal) participaba muy poco en la realización de este tipo de actividades, quedando las mismas bajo la tutela y el impulso de la beneficencia pública, la caridad cristiana y las organizaciones de corte civil.

Para poder ejecutar tan digna infraestructura en las instalaciones del Hospital San Juan de Dios, fue de extraordinaria valía las ayudas y aportes brindados por tres miembros en representación de la colonia extranjera: Jaime Bennett, Elois Turnon y el Dr. Adolfo Carit, quienes en conjunto con la Junta de Caridad y la misma Facultad, hicieron los esfuerzos necesarios para hacer realidad un objetivo tan deseado. Inclusive, tan impactante y meritoria era la obra que, la misma Facultad de Medicina en su momento apuntaba que el calvario de la mujer pobre, de la abandonada y de la desamparada había concluido, y que el abandono de las familias hacia las desgraciadas que han tenido la hermosa debilidad de ser madres no existirá más, ya que serán protegidas y el parto no las sorprenderá en el camino de la desesperación.⁸¹ También la misma Facultad señalaba de manera más que positiva que:

“Ya no morirá el niño privado de los auxilios de la ciencia. Ya no se verá el triste espectáculo del alumbramiento en el escenario del cuartucho privado de luz, desprovisto de los elementos más necesarios a la higiene de ese grandioso momento en la vida de la mujer, ya no se verá más la faz fisonomía de la comadrona empírica, casa clandestinamente con la ciencia, pero enamorada de las tradiciones nefastas, enemiga del agua, del aseo y de todo lo que como en vida que es, busca a la vida”.⁸²

Definitivamente con la puesta en función de la maternidad del Hospital San Juan de Dios por fin va a tomar cuerpo la enseñanza de la obstetricia en Costa Rica, porque la base del trabajo docente y clínico-teórico se va a centralizar en esas instalaciones por contarse con los elementos idóneos para un proceso de enseñanza.

Lo anterior por cuanto a dicha maternidad se le dotará del instrumental básico para la atención de las parturientas, herramientas todas muy útiles también para la enseñanza, y entre los cuales se destacan los siguientes de uso común:

**Armarios
Mesas
Sillas
Camas y cunas
Lavabos y depósitos para agua
Vasos
Termómetros
Tira leches
Gotarios
Jeringas de fuente y de perra**

Cánulas
Tijeras
Tubos de vidrio
Urinómetros
Esterilador de Arnold
Forceps comunes y ovulares
Estufas
Bidet, palanganas y baldes
Tinajas y fuentes enlozadas
Canastas, bacenillas y azafates
Jaboneras, cepilleras y vasos de cristal
Cubiertos, escobas, cepillos y palos de piso
Sábanas
Cobijas
Fundas
Almohadas
Colchones
Toallas
Delantales, manguillos y fajas abdominales
Mantillas, camisas y fajeros
Tela ahulada, forros, pañales y cortinas⁸³

La realidad fue que conforme avanzaba la maternidad del Hospital Juan de Dios, así también empieza a avanzar la Escuela de Obstetricia. O sea que se va a dar un paralelismo entre ambas instituciones con beneficios mutuos.

En el caso de la Escuela de Parteras, los profesores que impartían lecciones eran los doctores Francisco José Rucavado y Marcos Zúñiga, además fungía como director el Dr. Elías Rojas.

Durante el año 1900 se inscribieron en primer curso formal 6 alumnas, siendo becadas en su mayoría por diversas municipalidades. Para un segundo curso se matricularon 4

alumnas. Las lecciones empezaban en marzo y terminaban en diciembre.

Obviamente la Escuela era regida por un reglamento con diferentes puntos normativos. Entre ellos se destaca el hecho de que por más de veinte ausencias se perdía el curso, así como también se efectuaban exámenes ordinarios, extraordinarios y pruebas de grado a cargo de los siguientes médicos:

José María Soto, Rafael Calderón Muñoz, Roberto Fonseca y Fernando Iglesias.

Después de tres años de estudios, la Facultad era la encargada de avalar y entregar los títulos respectivos. El diploma que se obtenía daba el rango de Enfermera Obstétrica. Las primeras tres obstétricas graduadas por la Escuela de Parteras fueron: Francisca Durán, Elena Echeverría y Adelaida Paniagua, en 1902.⁸⁴

De la anterior forma se iniciaría un desfile de mujeres deseosas de aprender la nueva profesión instaurada, además de que año con año se vería aumentada la matrícula. Un ejemplo de esto lo da el bienio 1908-1909, años en que hicieron sus exámenes de grado las postulantes siguientes: Atiliana Espinach, Enriqueta Porras, Ester Letitour, Mariana Corfield, Fortunata Orozco, Josefa Ramírez, Josefa Rodríguez, Berta Muñoz, Zelía Solano, Rosa Calderón, Julia Ulloa, Rosa Brenes y Leovigilda Mora. A su vez estaban autorizadas a ejercer en Costa Rica las siguientes personas: Ernestina Chaves, Emilia Calvo, María Rivas, Josefina Cordero, Lola Saborío, Magdalena Jiménez, Celina Villalta,⁸⁵Lastenia Cruz, Francisca Durán, Elena Echeverría, Julia Orozco, Adelaida Paniagua, Amelia Podovani, Cristina Salazar, Adelaida Solórzano, María Solano, María Mora, Elisa Madrigal, Elvira Madrigal, Estela Molina, Julia Lizano, América Villalobos y Clara Araya.

La Maternidad del Hospital San Juan de Dios de hecho se convierte en el nervio que irá a guiar los estudios en ma-

teria de obstetricia, ya que su labor pionera se reflejará en la buena acogida que le van a dar las mujeres parturientas a través de un servicio acorde a los requerimientos modernos. En esto cabe resaltar la labor tesonera del Dr. Marcos Zúñiga, quien aparte de ser profesor de la Escuela de Parteras, también fungía como jefe de dicha Maternidad. Un análisis sobre las actividades efectuadas por la misma en sus primeros años dará más comprensión sobre su trascendencia.

Al iniciar su labor benéfica en el año 1900, la Maternidad atendió a 41 parturientas entre primíparas y multíparas, y con edades entre 17 y 40 años de edad. La nacionalidad predominante de ellas obviamente fue la costarricense, pero atendiendo mujeres de otras nacionalidades: nicaraguense, italiana y colombiana, además la naturaleza de los casos se distribuían en metritis, tisis galopante en el puerperio, partos con posición O A I, O A D, con posición O P I, disentería en el puerperio, abortos, embarazos espurios y fiebre puerperal; nacieron 26 niños en buen estado y no hubo ninguna defunción. Las complicaciones más notorias que se presentaron fueron: hemorragias, placenta, tuberculosis, recrudencias palúdicas, distocias verdaderas, dolicocefalia, pelvis gigante, edemas, engarzamientos placentales, rupturas pirineo, albuminuria, diabetes, operaciones con forceps, curetajes uterinos, suturas pirineo, extracciones artificiales de placenta y cateterismos.⁸⁶

Al promediar la década (1904) fueron atendidas 56 mujeres y 46 nacimientos (nacidos muertos 4 y fallecidos en la maternidad 3), siendo las operaciones practicadas las siguientes: aplicación forceps, versiones podálicas, perinerrafías, curetajes intrauterinos, extracciones de placenta, embriomelotomías extracción de cabeza por maniobra de Mad y flebotomías.

Las complicaciones que se dieron por parte de las madres fueron, entre otras, las siguientes: fiebre puerperal, pneumonía lobular, bronquitis capilar, diabetes, hemorragias postpartum y puerperales, lues, placenta previa, galactorrea, endometritis, estercoremia, mioma, mastitis y ruptura de cuello uterino; además de algunas complicaciones que presentaron los recién nacidos como onfalorragias, oftalmias, ictericias, escleremas, enfermedad de Winckel y entertrigos.⁸⁷

Para finales de década, la Maternidad del Hospital San Juan de Dios va a recibir 279 mujeres, siendo en su mayoría provenientes de San José y principales cabeceras de provincias. Las edades de las parturientas oscilaron entre 15 y 45 años, obteniéndose 156 embarazos singulares y 3 gemelares.

Algunos de los diagnósticos que se presentaron fueron: síntomas de aborto embrionables evitables, síntomas de aborto ovulario evitable, síntomas de aborto fetales evitables, abortos inevitables ovulares, abortos inevitables embrionables, abortos inevitables fetales, embarazos a término y embarazos en diferentes períodos de parto.

Sobre esta labor llevada a cabo en la Maternidad, le cabe un mérito especial al Dr. Marcos Zúñiga, su Director, ya que él se erigió como el gran impulsador de esas actividades médicas, así como de la enseñanza de la obstetricia. Inclusive, sobre la misma Maternidad expresaba en 1910 lo siguiente:

“Como no existe en toda la República más que esta casa de maternidad, creo para mí un deber moral apuntar aquí aunque sea sucintamente, todas las enseñanzas que se deriven de la Tococlínica en esta institución y que están llamados a constituir el arte obstétrico nacional. Está en vísperas de

realizarse un gran progreso en el arte obstétrico que beneficiará todos los ramos de la medicina, especialmente de la cirugía; me refiero al anuncio que últimamente se ha hecho, de ser posible el diagnóstico seguro del embarazo en los tres primeros meses de su existencia por medio de una sero-reacción, basado en el hecho de que en el primer tercio del embarazo existe en la mujer grávida un verdadero vello-toxemia. Las experiencias hasta el presente han dado excelentes resultados. Su utilidad superará en mucho al sero-reacción de Wassermann".⁸⁸

Al igual que el comentario anterior, el Dr. Zúñiga durante más de diez años que estuvo a cargo de la Maternidad pudo profundizar claramente dentro de su especialidad; situación ésta de mucho provecho para las alumnas de la Escuela de Parteras que seguían los pasos de su "Maestro". Precisamente debido a esa constante clínica que practicaba Zúñiga, así también eran comunes las observaciones que efectuaba. Una muestra de eso son las siguientes acotaciones detalladas por él:

- El tratamiento moderno de los partos con presentaciones pélvicas, ha disminuido la mortalidad infantil, al utilizarse dilatadores Champetier de Ribes, siendo un efectivo progreso para la especialidad médica de la obstetricia.
- Es de imperiosa necesidad hacer un diagnóstico diferencial entre la uterina primaria y la inercia secundaria llamada Scanzoni.
- La presencia de Peptometría y Acetomería es un gran auxiliar sintomático en el diagnóstico de feto-muerte en el útero.

-
- Después de numerosas observaciones puede sentarse como regia pélvica en Costa Rica que en todos los casos en que la única distocia presente en el parto sea la pequeña y del diámetro de Baudelocque interno del estrecho superior, el parto podría verificarse por el canal genital natral o artificialmente siempre que dicho diámetro no descienda de 7 centímetros. El cráneo del niño costarricense es muy reductible por sus ancha suturas.
 - La tendencia actual de levantar los puerperios en los casos normales antes de nueve días no tiene apoyo alguno dentro de la teoría fisiológica del puerperismo y en la práctica ha sido inconveniente en su aplicación.
 - En la maternidad los legrados producen los efectos deseados en lo referente a los practicados por retención de fragmentos del producto de concepción.⁸⁹

En base a lo ampliamente descrito, por tanto, no cabe la menor duda que el impulso de la enseñanza de la obstetricia en Costa Rica estuvo íntimamente vinculada al despegue y desarrollo de la Maternidad del Hospital San Juan de Dios, ya que ésta habría de convertirse en el “núcleo” fundamental en donde se centraría tan necesaria actividad.

3-La problemática de salud nacional

La situación de salud en el grueso de la población nacional realmente era alarmante para las primeras décadas del nuevo siglo: la tuberculosis, la anquilostomiasis, la malaria, la disentería y otras enfermedades infecto-contagiosas producían efectos nefastos en la ciudadanía, siendo a la vez las principales causas de mortalidad, como así lo refleja la estadística del Hospital San Juan de Dios para todos esos años.⁹⁰

Como resultado de esta crisis, el Estado costarricense se empieza a involucrar en medidas de salud pública en cuanto a la prevención, sobresaliendo aspectos como la constitución del Departamento de Anquilostomiasis (impulsado por el Instituto Rockefeller en 1914) y el Departamento de Sanidad Escolar, así como acciones de corte anti-tuberculoso y antivenéreo.

Dentro de esta nueva perspectiva, indudablemente hubo medidas sumamente necesarias para combatir el mayor flagelo nacional: la mortalidad infantil. Dichas acciones estuvieron principalmente sustentadas en el Departamento Sanitario Escolar, y a partir de esta unidad se fueron conformando los demás entes de corte asistencial materno-infantil (en la década de 1920): colonias veraniegas, clínicas dentales y oftalmológicas y las clínicas maternas e infantiles.⁹¹ Obviamente al impulsarse estas actividades fundamentales, también en buena proporción se estaba impulsando la enseñanza de la enfermería, ya que es en esta estructuración en donde aparecen las asistentes sanitarias y diversas enfermeras graduadas para la atención de las necesidades del país. Pero ¿cuán severo era el problema de mortalidad materno-infantil en Costa Rica? A continuación se da la respuesta, tomando como punto de referencia un excelente estudio que hiciera el médico del Hospital San Juan de Dios y testigo de primera mano, Dr. Carlos Pupo, en 1913.⁹²

En Costa Rica de mil nacimientos vivos, un poco más de 200 morían en el primer año de existencia. La razones de tal situación eran debido a la pobreza y a la ignorancia. Esto porque la mujer en general no tenía los conocimientos necesarios para atender bien a sus hijos, siendo víctima de los malos consejos y de costumbres dañinas, además de que la educación (por lo menos saber leer) entre el sexo femenino era muy baja.

La pobreza era cosa común para la mayoría de la población (¿y las ganancias que dejaba la gran economía nacional del café?), por tanto, las consecuencias no podían ser mejores: habitaciones insalubres, alimentación deficiente, problemas sociales varios (alcoholismo, prostitución, enfermedades venéreas y mentales, etc.) y pésimas condiciones para un mejor desarrollo de la vida misma. Entonces, la herencia desde que el niño estaba en el mismo vientre de su madre era fácilmente previsible, detallándolo Pupo de la siguiente forma:

“Facilitando a las madres necesitadas los medios para dar alimentación racional a sus chiquitos, se preparan las futuras generaciones, tanto más sanas y vigorosas, cuanto más acertados hayan sido los cuidados que se les prodigara en la infancia.

*Las enfermedades de la niñez tienen, en efecto, influencia durante el resto de la vida. El niño que se ha creado en suelo sucio, descuidado, padeciendo siempre de lombrices y diarreas, no llegará a ser un hombre bien desarrollado, ni físicamente, ni intelectualmente. A sus hijos transmitirá también las taras de su organismo débil, y la raza marchará a su ruina”.*⁹³

Como forma de atacar el problema, el mismo Dr. Pupo recomendaba diversas acciones por ejecutarse ante la desigualdad económica. Para la mejor atención de los niños era necesario el establecimiento de asilos para la infancia, de cocinas escolares, de distribución de leche pura y de buenos biberones y de consultas médicas gratis para los niños menores de dos años.

En lo correspondiente a las madres, sus cuidados y las de los niños se debían iniciar desde su misma gestación. La

madre misma debía de limitar sus labores domésticas excesivas, sobre todo la mujer que estaba acostumbrada por necesidad a drásticas faenas en los campos, ya que como resultado se exponía con facilidad a tener abortos o nacimientos prematuros.

En los partos, se debía tener mucha higiene y asepsia, ya que la matriz y otras partes eran puertas abiertas a la infección. En este sentido, las manos sucias u objetos no esterilizados podía dar paso a bacterias, trayendo como consecuencia la temible fiebre puerperal; aspecto éste muy común entre las parteras empíricas y comadronas sin conocimiento.

Para un buen alumbramiento fuera de la Maternidad o de no contarse con servicio médico, se recomendaba lo siguiente:

- Un cuarto claro y bien ventilado.
- Se debían acentuar los cuidados de limpieza: baños con agua y jabón y aseo íntimo.
- Si el parto es atendido por una aficionada, no debe permitirse ninguna maniobra interna, inyección o tocado.
- Se debe tener disponible agua hervida fría y caliente, ya que mezclando ambas se obtiene agua tibia muy recomendable para bañar al recién nacido.
- Son útiles complementos como un irrigador de vidrio con sus cánulas, gasa, algodón y alcohol puro. Además la materia sebácea que cubre al recién nacido puede eliminarse con vaselina.

Para evitar en buena medida la galopante mortalidad infantil, los cuidados varios que debía dársele al recién nacido y en sus primeros meses de vida eran fundamentales. Sin embargo, la realidad económica en que se desenvolvían la mayoría de las familias, así como por la baja instrucción, contradecía la realidad de cara a los cuidados pre-natales

y post-natales; y máxime que el clasismo social y político imperante “determinaba las condiciones marginales para los sectores mayoritarios del país”.⁹⁴

No cabe la menor duda que los problemas de salud como la mortalidad infantil estaban condicionados en mucho a factores económicos y sociales que influían notoriamente en algunos estratos y su entorno de vida. Aún así, no deja de ser muy importante las recomendaciones que emite el Dr. Pupo sobre los cuidados que se debían de tener con los niños para su mejor vida.

En cuanto al vestido, recomendaba que las prendas fueran amplias para una mejor circulación, además de que los aposentos tuvieran suficiente ventilación.

Los baños diarios debían de ser fundamentales, ya que con ellos se evita el sudor y el polvo, enemigos de la respiración cutánea; además, para esos baños era necesario utilizar algodón enjabonado para poder asear debidamente todo el cuerpo.

Sobre la manera de dormir de los niños, éstos debían de hacerlo en cama aparte para evitar sofocamientos con la madre, y de costado izquierdo o derecho para evitar malformaciones en la cabeza, y a la vez favoreciera la salida de líquidos; además, el uso de hamacas móviles no era recomendable, ya que el niño se acostumbraría a dormir sólo cuando es balanceado.

La buena alimentación era un asunto fundamental para los primeros meses de vida y su posterior desarrollo. En ese sentido se aconsejaba utilizar tres tipos de alimentación: natural (la leche materna es el alimento ideal y más conveniente), mixta y artificial.

En lo referente a la alimentación natural, la leche materna es la base del bienestar del niño y fuente principal para evitar la mortalidad. Por tanto, la madre durante el primer

mes de vida deberá dar de mamar cada dos horas: 8 veces en el día y 2 en la noche; para el segundo y el tercer mes siete veces al día y una en la noche; y a partir del cuarto mes seis veces en el día y nada en la noche. El tiempo requerido para que el niño se alimente puede durar entre diez y quince minutos.

La alimentación mixta es recomendable cuando la madre no dispone de suficiente leche, o porque no le alcanza en caso de gemelos. En este caso se hace necesario la ayuda del “biberón” con leche de vaca o condensada. De este modo se alternará la leche materna con las otras, pero teniendo mayor preponderancia la leche de la madre.

Cuando definitivamente la madre no pueda amamantar, la solución es la leche de vaca. Sin embargo, se debe tener cuidado con la leche que producen las vacas: que no estén enfermas, que la lechería sea aseada, que el ordeñador se limpie las manos, que los implementos estén limpios y que la leche se hierva antes de dársela al niño. Si no se cumplen estos requisitos, es mejor utilizar leche condensada en “biberones”, los cuales (botellas, tapones de caucho y chupones) deben lavarse todos los días por dentro y por fuera, con agua caliente y jabón.

Finalmente, el Dr. Carlos Pupo recomendaba que el destete se efectuara en forma gradual, que los niños debían sacarse a “pasear” todos los días y que era el reloj y no el llanto el que debería marcar las horas de dar los alimentos.⁹⁵

Con lo expuesto, no cabe la menor duda en donde se originaba el problema de la mortalidad infantil y el de otras enfermedades predominantes en Costa Rica. Sin embargo, todavía se estaba largo de resolver tal problemática. ¿Por qué? Pues, se requería que se crearan los entes gubernamentales capaces de encarar los problemas en forma “amplía, organizada y sistemática”.⁹⁶ Esto en parte se vino a solucionar con

la fundación de la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social en 1927, pero sobre todo, con el advenimiento del Estado Social y Benefactor en Costa Rica a partir de las décadas de 1940 y 1950. O sea, con la participación directa de un nuevo modelo de Estado, se pudieron mejorar las diversas condiciones de vida de los habitantes del país: educación, salud, seguridad social, vivienda, legislación social y laboral, servicios básicos y diversos rubros más.

4- LA ESCUELA DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL

Independientemente del interés de la enseñanza de la obstetricia, también para los primeros años del nuevo siglo se empieza a mostrar inclinación por la necesidad de fundarse en Costa Rica una Escuela de Enfermería.

La vanguardia para lograr ese fin es asumido por los miembros de la Facultad de Medicina (en su mayoría funcionarios del Hospital San Juan de Dios), ante la imperiosa necesidad de difundir conocimientos atinentes al ramo afín médico y por carecerse de una Escuela de Medicina en el país.⁹⁷

En el mes de abril de 1904 formalmente la Facultad toma una trascendental decisión: decreta la creación de un centro docente con el objetivo de proveer de enfermeras tituladas a los diferentes hospitales de la República, además de comisionar a los doctores Roberto Fonseca y Marcos Zúñiga, la elaboración de los reglamentos respectivos y los programas correspondientes, así como se instaba al Supremo Gobierno a colaborar con una suma de 100 pesos para su mantenimiento.

A pesar de que el Gobierno estaba anuente, la realidad es que existían algunos escollos que alivianar. Uno de ellos era en cuanto a que la Facultad de Medicina no tenía la

planta física en donde instalar la Escuela, además de que la norma internacional exigía prácticamente que un centro de estudios de esa naturaleza debía estar vinculado a un hospital (como la Escuela de Parteras) para una mejor enseñanza teórico-práctica.

Para salvar ese contratiempo, la Facultad le solicita el apoyo a la Junta de Caridad de San José en el sentido de hacerse cargo de la Escuela de Enfermería; situación que acepta la Junta con base a que con sus instalaciones quedaría salvado ese obstáculo. Pero aún así, y todavía para finales del mismo año, un informe de la Junta de Caridad detallaba que la Escuela de Enfermería, que tenía dos alumnas matriculadas, no funcionaba debido a que la supervisora contratada se había trasladado a Puntarenas.

Como era de esperarse, la justificación dada por la junta no satisfizo a la Facultad, y más bien ésta pregonaba que perfectamente las Hermanas de la Caridad podían hacerse cargo de la supervisión de la Escuela con la colaboración del cuerpo médico del Hospital.

En el fondo, aparte de las trabas por aspectos burocráticos y de organización, la realidad es que existía clara conciencia entre las partes interesadas sobre las bondades que traería para Costa Rica la fundación de una Escuela de Enfermería en el Hospital San Juan de Dios; situación que vino a dilucidarse tres años después, y específicamente cuando se toma la decisión de abrir la matrícula para esa escuela en las instalaciones del principal hospital nacional y bajo la tutela y supervisión de las Hermanas de la Caridad.⁹⁸

En su plano general y funcional, la Escuela de Enfermería anexa al Hospital San Juan de Dios estaría regida por una Junta Directiva conformada por el mismo Presidente de la Junta de Caridad, el Superintendente (Director) del Hospital, un delegado de la Facultad de Medicina y un miembro

del cuerpo médico del mismo Hospital San Juan de Dios. A su vez, la Hermana Superiora de la Congregación sería la funcionaria de mayor rango dentro de la estructura administrativa, ya que iba a tener bajo su mando la vigilancia general de los alumnos en sus diversos aspectos; además, las Hermanas Jefes de cada sala serían las encargadas de velar por el control y el aprendizaje de cada estudiante, así como por su disciplina.

Con respecto a las aspirantes a ingresar a la Escuela de Enfermería, éstas necesitaban ser mayores de 18 años y menores de 30, haber cursado la enseñanza primaria, gozar de buena salud y tener buena conducta.⁹⁹

La enseñanza y los cursos teórico-prácticos van a estar a cargo de los médicos del Hospital, sobresaliendo principalmente el Dr. Carlos Durán para la parte de Anatomía y Fisiología, el Dr. Carlos Pupo para aspectos de Higiene y Farmacognosis y el Dr. Luis Paulino Jiménez para vendajes e instrumental.

En referencia al contenido del programa para la parte de Anatomía y Fisiología, se daba prioridad a las divisiones generales del cuerpo humano, sus sistemas, funciones, órganos y sus elementos fundamentales. Para Cirugía, se hacía énfasis en aspectos de asepsia, antisepsia, microorganismos, esterilización de instrumentos y objetos, preparación de la sala de operaciones, preparación del paciente, hemorragias, fracturas, instrumentación necesaria para las operaciones y esterilizaciones en general. Para Farmacognosis, se daba prioridad a asuntos como los medicamentos, los alimentos, los venenos, materia médica, medicamentos magistrales y oficinales, fórmulas médicas, útiles e instrumentos necesarios para la administración de medicamentos, formas farmacéuticas, medicación por agentes físicos, condiciones que modifican la acción de los medicamentos, primeros cuidados en

caso de accidentes y nociones de toxicología. Para el contenido del programa de Higiene, se recalcaba en la protección contra las variaciones de temperatura, en los elementos de la casa, en las enfermedades contagiosas y sus vías de transmisión, los microbios, la higiene individual, la profilaxis de las enfermedades transmisibles, los alimentos, en puericultura y en principios de deontología.¹⁰⁰

Con los programas debidamente delineados, instalaciones adecuadas y un profesorado competente, la Escuela de Enfermería inicia funciones durante el bienio 1907- 1908 con un total de 24 alumnas. Para obtener el respectivo título profesional se requería aprobar los cursos establecidos en los dos años que duraba la carrera, además de que durante el segundo año de práctica la Junta de Caridad reconocía al estudiante un sueldo de 15 colones mensuales como auxilio e incluyendo la alimentación.

La forma de evaluación de los diversos cursos constaba de exámenes teóricos y prácticos y pruebas orales y escritas. Los exámenes tenían que versar sobre las siguientes asignaturas: Anatomía, Fisiología, Antisepsia, Higiene, Farmacognosis, Cocina y Economía Doméstica, además le competía a un tribunal examinador (compuesto por delegados de la junta, de la Facultad y por el profesorado) valorar al estudiantado en diversas instancias.¹⁰¹

De manera asociada a lo antes mencionado y para efecto de una mayor comprensión, no deja de ser interesante resaltar algunas normas que debían cumplir los estudiantes y practicantes, a saber:

- La horas de servicio serán entre las 7 a. m. a las 6 p.m.
- Vestirán un uniforme limpio, aparte de contar con cuaderno de apuntes, tijeras y reloj.
- Bañarán una vez por semana a todo enfermo, siem-

-
- pre que el médico no ordene lo contrario.
- Proveerán al enfermo de un vaso, cepillo de dientes, paño, pañuelo, papel sanitario, escupidera y orinal. También deberán cortar cabello y uñas cuando sea necesario.
 - Tomarán dos veces por día la temperatura y pulso de los enfermos, marcarán las indicaciones y cuidarán de la correcta distribución de las recetas.
 - Cuidarán el aseo personal de los pacientes.
 - Pondrán diariamente las soluciones antisépticas en las escupideras y en los vasos de noche.
 - Mandarán al Laboratorio, provistos de sus correspondientes etiquetas, las eses y orinas de todo paciente que ingrese, y otros productos patológicos cuando lo crea conveniente el médico.
 - Cuidarán de que en los cuartos de aislamiento aprendan a entrar o salir tanto los pacientes como el resto de personal, para que no se introduzcan moscas o zancudos.
 - Tratarán a los enfermos con deferencia pero al mismo tiempo con firmeza, y con actitud digna y correcta.
 - Cuando un enfermo muestre síntomas graves, lo pondrán en conocimiento de el Médico interno.
 - Cuando un enfermo esté muy grave, lo harán saber al portero para que lo comunique a sus familiares.
 - Practicarán lavados, enemas y demás cuidados que el médico ordene.
 - Respetarán las creencias de los enfermos, pues dentro del hospital se debe gozar de absoluta libertad de conciencia.
 - Ningún enfermero se ausentará sin el permiso de la Hermana Superiora.

-
- Alistarán con la debida anticipación todo lo necesario para la práctica de las operaciones, poniendo especial cuidado en que no falte en la mesa de anestesia los siguientes objetos: éter, cloroformo, máscaras, jeringa, una caja de ampollas de digitalina, estricnina y esparteina, pinza tira lengua, abre boca esterilizado, pinzas, vaselina y paños.¹⁰²

Como se podrá notar, la formación que se le pretendía dar a los estudiantes era muy bien estructurada y sólida desde el punto de vista técnico y científico, aunque también era fundamental la disciplina y la vocación que mostrarán los aspirantes a profesionales en enfermería. En ese sentido, valga acotar que de las 24 alumnas matriculadas inicialmente, solamente se egresaron las siguientes estudiantes: Ursula Calvo, Otilia Gutiérrez, Edelmira Corrales, Adelia Monge, Manuela Soto y Amelia Cordero.

En los años siguientes, la Escuela de Enfermería del Hospital San Juan de Dios entra en un período prácticamente de inactividad. Esto debido a la falta de matrícula, ya que algunos prejuicios de la época se confabularon para desmotivar a las posibles interesadas, lo mismo sucede con la Escuela de Obstetricia, aunque en menor grado. A la par de lo mencionado, también las limitaciones económicas afectaron el buen desenvolvimiento de éstas.

Después de dicho impase, a partir del año 1917 se renueva el interés por reactivar y proseguir con la Escuela de Enfermería en el Hospital San Juan de Dios, y contándose con el apoyo de la Facultad de Medicina y Cirugía a través del Dr. Carlos Durán, así como de los profesores doctores Francisco Cordero y Benjamín Hernández.¹⁰³ Para lograr el cometido deseado, a las interesadas no se les exigía requisito de admisión, además de que los estudios tendrían una duración de dos años distribuidos de la siguiente manera:

Primer año = descripción del cuerpo humano y principales funciones, higiene, alimentación, microbios, enfermedades y diversos accidentes.

Segundo año = medicamentos, operaciones quirúrgicas, antisepsia, hemorragias, lavados especiales, higiene infantil, desarrollo del niño, lactancia artificial y cuidados generales.

Es definitivo que todos los intentos por incentivar la enseñanza formal de la enfermería desde sus inicios estuvo vinculada al principal hospital con que contaba la República de Costa Rica: el San Juan de Dios. Sin embargo, a pesar de dichos intentos todavía para finales de la década de 1910 no estaban del todo consolidadas las escuelas que con bastantes limitaciones funcionaban en ese Hospital: la de Obstetricia y la de Enfermería; situación que iría a cambiar en el año 1920. ¿Por qué?

Pues, la realidad era que se requería de un cambio sustancial, ya que el funcionamiento análogo de ambas escuelas no era rentable ni funcional, aparte de las carencias económicas que las rodeaban. Ante tal entorno, las autoridades de la Facultad de Medicina y Cirugía en conjunto con los miembros de la Junta de Caridad de San José van a tomar una razonable decisión: refundir en una sola las dos escuelas existentes. De esta forma, el 14 de diciembre de 1920, el Presidente de la República, don Julio Acosta, decreta el establecimiento de la “Escuela de Enfermería y Obstetricia del Colegio de Médicos anexa al Hospital San Juan de Dios”.

La reunificada escuela tendría algunos cambios importantes con respecto a las anteriores. En primer lugar, la misma sería regida por un Consejo Rector (dependiente de la Facultad) compuesto por un Director y los mismos profesores de la Escuela; y en segundo lugar, le competía a dichos funcionarios organizar todo lo referente a su buen funcionamiento, su sostenimiento, el cuidado de su inventario, su presupuesto, velar por la disciplina y los programas en general.¹⁰⁴

Para las aspirantes a ingresar se les pedía los siguientes requisitos: tener más de 18 años, saber leer y escribir y presentar el certificado de conclusión de estudios primarios, no padecer de enfermedades contagiosas, un certificado de moralidad y tener buena educación doméstica.

Los deberes que tenían que practicar las estudiantes eran: conducirse bien, mantener la disciplina y cumplir con el servicio ordinario y extraordinario de clases teóricas y prácticas a través de dos años académicos (las lecciones iniciaban el quince de marzo y concluían el quince de noviembre).

Para graduarse era obligatorio terminar las materias del área de enfermería, y si la estudiante quería graduarse también en obstetricia, debía presentar el título que se le acreditaba como enfermera. Esto era muy importante, ya que se estaba estableciendo un principio de especialización.

Por la trascendencia e impacto que va a tener el derrotero de esta Escuela (teoría y práctica en el Hospital San Juan de Dios), a continuación se describe parte de su plan de estudios para una mayor comprensión:

Sección de Enfermería

- Anatomía descriptiva y fisiología humana.
- Higiene general y las enfermedades.
- Vocabulario de las enfermedades más comunes.
- Accidentes.
- Higiene del enfermo
- Medicamentos, microbios y antisepsia.
- Curas, operaciones diversas e inyecciones.
- Lavados, anestesia y baños.

Sección de Obstetricia

- Nociones generales de anatomía.
- Anatomía y fisiología ginecológicas.
- Nociones de embriología.

-
- **Fisiología, higiene y patología del embarazo.**
 - **Conducta de la partera durante el embarazo.**
 - **Asepsia y antisepsia.**
 - **Fisiología del parto y del puerperio.**
 - **Fisiología e higiene del niño.**
 - **Puericultura**
 - **Moral profesional.**¹⁰⁵

Con la estructura mencionada, así como con los contenidos establecidos, la Escuela de Enfermería y Obstetricia se va a enfilar hacia los siguientes años dotando al Hospital San Juan de Dios y los demás hospitales provinciales y cantonales de su principal “producto”, un “producto” a todas luces esencial: las enfermeras graduadas. Al menos para la coyuntura entre 1920-1940, algunas de las enfermeras pioneras graduadas que laborarían en el Servicio de Enfermería del Hospital San Juan de Dios a cargo de las Hermanas de la Caridad serían:

Lilly Hernández	Talía Rodríguez
Rita Agüero	Leticia Rodríguez
Clemencia rojas	Carmen García
Luisa Quesada	Pastora Cruz
Etelvina Arias	María Pazos
Julia Vargas	Juana Angulo
María Castro	Lía Villalobos
Juana Brown	Estelia Marín
Nelly Blanco	Marta Steinvorth
Margarita Umaña	Zelmira Brenes
Melitina Acuña	Mélida Morales
Elena Ulloa	Oliva Contreras
Albina Castro	Cristina Altamirano
Haydeé Bonilla	Aurora León
Syra Fernández	Eustolia Coto

Aurora Murillo
Julia Arce
Esperanza
Elena Quesada

Dora Quirós
Catalina Kellermann
Campos Beatriz Hines
Angela Fournier¹⁰⁶

5- EL SERVICIO DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL Y LA ESTRUCTURACIÓN MÉDICA

Durante las primeras décadas del siglo XX, la estructura y la organización funcional del Hospital San Juan de Dios va a cambiar en forma absoluta y tajante. Esto debido a una serie de cambios promovidos por la Junta de Caridad, el cuerpo médico, a los nuevos conceptos de sanidad, higiene y prevención y al avance científico; situación que también va a involucrar al Servicio de Enfermería liderado por las Hermanas de la Caridad de San Vicente de Paul y Luisa de Marillac.

En cuanto a la Honorable Junta, ésta desde finales del siglo XIX venía abogando para que al Hospital se le dotara de mayores recursos económicos con el objeto de mejorar la asistencia, así como el de introducir mejoras sustanciales y nuevos servicios de apoyo de urgente necesidad, ya que el devenir de los tiempos lo reclamaban.

A la Junta de Caridad le preocupaba sobremanera el hecho de que para algunas cosas el Hospital tenía carácter nacional (obligación de atender a toda la población del país); y para otras, su carácter era específicamente josefino (como su sostenimiento económico y rentas), aunque su “modus operandi” desde un principio fue la de una política de “puertas abiertas”.¹⁰⁷

Definitivamente se requería dar un gran paso para que el principal hospital de Costa Rica no se quedara resagado desde el punto de vista técnico-científico. Pero ¿entonces cuál sería ese paso?

Las ganancias de la Lotería Nacional desde su creación (formalmente a partir de 1885) fueron para uso exclusivo del Hospital de Insanos (Chapuí). De hecho, tanto el levantado del edificio como su posterior servicio asistencial y de mantenimiento, fueron sufragados principalmente por dichas ganancias; situación que debía mantenerse posteriormente y de forma rígida de acuerdo a la Ley emitida.

Los miembros de la Junta de Caridad (quienes también administraban la Lotería y el mencionado hospital) estaban conscientes de la importancia y necesidad de este hospital especializado, pero también tenían muy claro las necesidades no satisfechas que tenía el hospital más grande: el San Juan de Dios, ya que los legados e impuestos establecidos para su buen sostenimiento por regla general no alcanzaban, máxime si se tenían planes de expansión y mejoramiento asistencial.

Dichosamente la situación vino a corregirse en el año 1909, cuando el Presidente de la República, Lic. Cleto González, y ante insistente solicitud de los miembros de la Junta, toma la justa decisión de reformar la Ley inicial cuando decreta que las ganancias que dejaba la Lotería Nacional, una vez satisfechas las necesidades del Asilo de Insanos, pasaran a formar parte también del Hospital San Juan de Dios por su carácter nacional.¹⁰⁸

Así, con el nuevo respaldo económico, se empiezan a gestar una serie de cambios trascendentales (prácticamente revolucionarios dentro del medio) para el diagnóstico, tratamiento y el servicio médico en general. Tres de esos revolucionarios cambios lo serían el advenimiento de tres novedosos servicios: los rayos x, el laboratorio clínico y el de anatomía patológica.

Los Rayos X habían sido descubiertos por W. Konrad Roentgen en 1895, en Europa. En Costa Rica, un inmigrante italiano, el Prof. Felix Brunnetti, se va a interesar por ese nuevo descubrimiento y su aplicación a la práctica médica.

En ese sentido, el Presidente González lo envía a Italia en 1907 en función de que aprendiera lo necesario de la naciente rama científica. Resultado: como producto de dichos esfuerzos, la Junta de Caridad con el apoyo de la Facultad de Medicina introduce en el Hospital San Juan de Dios el primer gabinete eléctrico-terápico en el año 1912 y a cargo del Prof. Brunnetti, siendo el antecedente del Departamento de Rayos X que se fundaría formalmente en 1923.

La intromisión de la anatomía patológica dentro del mundo médico-científico, indudablemente vino a cambiar la práctica médica desde entonces conocida. Algunos precursores a través del tiempo lo fueron, entre otros, Mondino de Luzzi, Andrés Vesalio, Leonardo da Vinci y Juan Morghani. Sin embargo, fue Xavier Bichat el que se convertiría en el fundador de la anatomía patológica al señalar que las causas de las enfermedades estaban relacionadas con la alteración de los tejidos; situación que concluye el renombrado médico alemán, Dr. Rudol Virchow, quien tomando como punto de partida la teoría celular, logra integrar metodológicamente la medicina clínica, la fisiología y la anatomía patológica (en la segunda mitad del siglo XIX), además de concluir que la enfermedad era producida por alteraciones en la célula. Él y el Dr. Carl Rokitsanski hacen que la autopsia se convierta en un punto fundamental para la medicina, al correlacionar las manifestaciones clínicas de las enfermedades con los hallazgos patológicos de los órganos.¹⁰⁹

En el Hospital San Juan de Dios para finales del siglo XIX se construye una rudimentaria morgue, y en la cual practicaban autopsias ocasionalmente los cirujanos Carlos Durán, Federico Zumbado, Tomás Calnek, José María Soto y Gerardo Jiménez.; situación que se logra conformar finalmente en el año 1913, al sustituirse la antigua morgue por una totalmente moderna, la cual va a estar bajo la tutela del Dr. David Quirós, especializado en patología en Turín, Italia.

Un tercer avance de no menos importancia para la mejor práctica médica en el Hospital San Juan de Dios va a ser la estructuración formal del Laboratorio Clínico. Específicamente la rama de la microbiología y la bacteriología aparece en Europa en el siglo XIX, y teniendo entre sus forjadores a pioneros de la talla de Louis Pasteur y Roberto Koch, quienes con la ayuda de la invención del microscopio efectuada por Antony Luewenhoeck, convertirían esta disciplina en una nueva ciencia al servicio de la humanidad, y en donde se incluiría los análisis clínico-químicos de los diversos fluidos y sustancias del cuerpo humano.

Específicamente en el Hospital San Juan de Dios de manera informal el Dr. Carlos Durán practicaba algunos exámenes como los de eses, así como también lo hacía el Dr. Emilio Echeverría en el Instituto Nacional de Higiene (localizado en el Hospital) y el estudiante de farmacia Eugenio Garrón. Sin embargo, fue en el año 1911 en que se iniciaría el trabajo formal de laboratorio a cargo del Lic. Carlos Víquez; situación que finalmente moldearía el “genio nacional” Dr. Clorito Picado a partir del año 1914, gracias al aporte que le brinda la Junta de Caridad.

Pero claro está, ya que con el advenimiento de nuevas áreas de apoyo, diagnóstico y tratamiento en el Hospital San Juan de Dios, no cabe la menor duda que las exigencias para el Servicio de Enfermería iban a ser mayores. Esto debido a que el Departamento de Enfermería no sólo se circunscribía a tareas propias de trato directo para el enfermo, también le competían diversas otras acciones, a saber.

Para las primeras décadas del nuevo siglo, la Dirección del Servicio de Enfermería lo ejercía Sor Luisa (de origen belga), quien era la Madre Superiora de la Congregación.¹¹⁰

Sor Josefa (de origen salvadoreño) era la que dirigía la ropería, unidad encargada de custodiar y distribuir, entre

otras cosas, sábanas, almohadas, prendas para dormir, paños y delantales, aparte de remendarse toda la ropa dañada. (especie de gabachas) para médicos.

Sor Marta (costarricense) era la encargada de la lavandería, área especializada en el lavado a vapor de las prendas, así como secarla y plancharla. También contaba dicha unidad con una autoclave capacitada para desinfectar y fumigar cualquier ropaje y colchones.

La cocina estaba bajo la batuta de Sor Eugenia, unidad que contaba con despensas, cajas, refrigeradoras, máquinas para moler maíz, para pelar papas, para partir el pan, para moler carne y para moler cacao y café, platones y carros con depósito de agua caliente para la entrega de las porciones, entre otros implementos.

Sor Teresa era la supervisora de la farmacia, departamento encargado de preparar y despachar más de 200 recetas diarias, además de todo tipo de ampollas para inyecciones. Esta unidad contaba con una estantería apropiada para guardar los medicamentos, lo mismo que con mesas cubiertas de porcelana para la elaboración de recetas.

Independientemente de lo anterior, cabe resaltar que el buen servicio de enfermería propiamente dado en los diversos salones de internamiento de enfermos era un asunto fundamental dentro de la mecánica-intrahospitalaria. Pues, en ese sentido, las Hermanas de la Caridad van a ofrecer meritorios aportes al cuerpo médico del Hospital encabezado por el superintendente Dr. José María Soto, y estando el servicio médico dividido en dos secciones prioritarias: Cirugía y Medicina, estando éstas a su vez divididas por diversas salas de internamiento para pacientes.

El personal médico de la Sección de Cirugía lo componían los siguientes profesionales: Carlos Durán, Federico Zumbado, Luis Paulino Jiménez, Benjamín Hernández, Car-

los Pupo, José María Soto, José María Barrionuevo, Ricardo Jiménez, Jorge Lara y Vicente Castro.

La Sección de Medicina la componían los siguientes médicos: Antonio Giustiniani, Elías Rojas, José Angel Coto, Rafael Calderón, Mariano Rodríguez, Teodoro Picado y David Quirós; además, completaban el gremio médico el Dr. Antonio Facio y el Dr. Julio Aguilar, ambos en calidad de médicos internos, y los médicos especialistas en ojos: Francisco Cordero y Juan Arrea.

Dentro de la anterior estructura médica, sobresalían también las Hermanas de la Caridad. Un breve repaso de algunas áreas señala que Sor Vicenta cuidaba y atendía un salón con capacidad para diez camas y en donde se les daba atención médica a ancianos incurables. También ella supervisaba y atendía las necesidades de un salón dispuesto para enfermedades generales con capacidad para 17 enfermos, lo mismo hacía con un salón muy grande destinado para atender 40 enfermos de medicina de hombres (denominado Galleros).¹¹¹

Sor Inés supervisaba y atendía tres salones: uno para enfermedades generales, uno para enfermos de disentería y otro para enfermedades de menores, los cuales tenían cabida para 75 adultos y 25 niños.

Sor Rafaela era la encargada de cuatro salones del área de cirugía, todos con capacidad de albergar hasta 10 enfermos y a veces hasta más; y Sor Rosa también supervisaba una sala muy grande de cirugía para mujeres con más de 50 camas (denominada Josefa de Peralta).

Sor María Luisa tenía bajo su mandato 5 salones, cuatro destinados a mujeres y uno a niños. El total de camas de estos salones sumaban 80.

Un salón específico para tuberculosos de 40 camas (denominado Calnek) era atendido por Sor Marcelina; también

a ella le competía supervisar el salón Echeverría que podía abrigar hasta 50 enfermos, y cuatro salas para Cirugía pertenecientes al salón general “Dr. Carlos Durán”

Dentro de toda esta amalgama de tareas relativas al ámbito de la enfermería protagonizadas por las Hermanas de la Caridad, y aparte de las enfermeras que se habían graduado, también las discípulas de Luisa de Marillac prepararon, a base de su propia práctica, personal de apoyo para coadyuvar con esas arduas y misericordiosas labores. Así, de este modo, cada salón tenía su equipo de ayudantes de enfermería, dicho sea de paso, ayudantes que con el transcurrir de los años se denominarían auxiliares de enfermería. En este sentido, esos primeros ayudantes que humilde y formalmente compartieron tan necesaria actividad de servicio a la “humanidad doliente” del Hospital San Juan de Dios fueron: Lisímaco Zamora, Tomás Sánchez, Adán Artavia, Justo Monge, Simón Chávez, Julio Fieyan, Joaquín Díaz, Angel Mora, Antonio Méndez, Joaquín Coto, Filadelfio Montero, José Cascante, María Porras, Rosa Salazar, Dolores Saborío, Esperanza Solano, Angela Aranda, María Fernández, Luisa Sánchez, Olindo Santin, Eva Rodríguez, Josefina Solano, Carmen Mora, Adelia Trejos, Lidia Obando, Atilia Chávez, Carmen Varela, Ana Palma, Ramona Mora, Amalia Arias, Trinidad Sánchez, Engracia Méndez, María González, María Fernández, Santiago Fernández, Víctor Campos, Matilde Zúñiga, Carmen Díaz, Luisa Quesada y Emerlinda Cascante; además, a este abnegado grupo de servidores pertenecía también José Sandí, extraordinario ayudante de la sala de operaciones por sus conocimientos, y principal aliado de los cirujanos.¹¹²

Finalmente, la buena dieta y nutrición que se le diera a los enfermos era algo sustancial para la recuperación de su salud. Para lograr eso, las Hermanas de la Comunidad Religiosa, Sor Vicenta y Sor Inés, se esmeraban para que puntualmente se sirvieran los alimentos y distribuidos en las siguien-

6 y 30 de la mañana/desayuno- café y pan.

12 y 30 de la tarde/merienda- café, chocolate, agua dulce

o atol con pan.

3 de la tarde/comida- se escoge entre lo mismo del almuerzo.

7 de la noche/cena- igual que la merienda.¹¹³

La Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia

DE LA

República de Costa Rica,

Por cuanto la Señora.....ha llenado
las prescripciones del Reglamento orgánico de la Escuela de Obstetricia, le confiere el título de

Obstétrica

San José.....de 190...

.....

Presidente

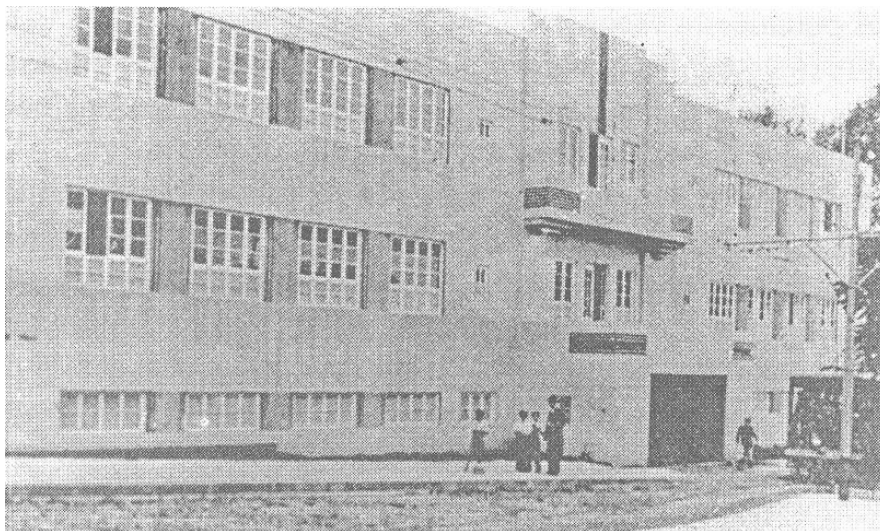
Secretario

.....

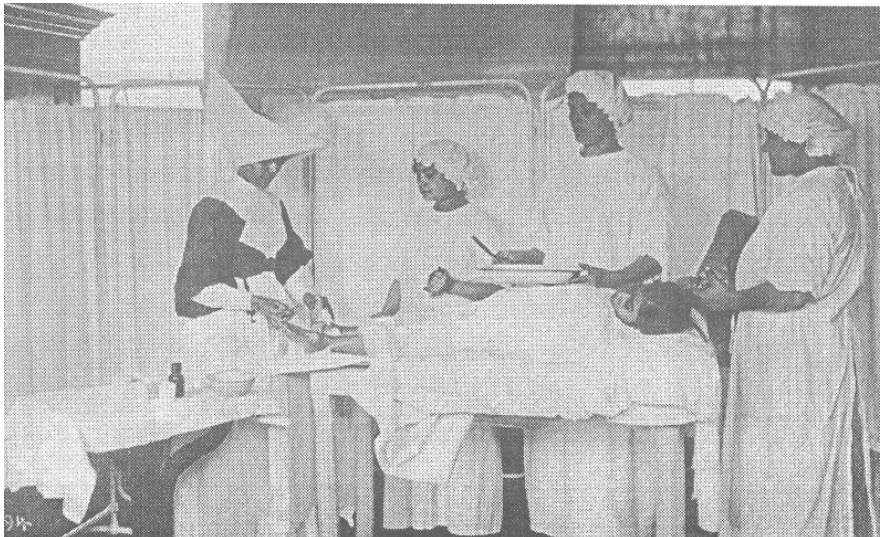
Firma del interesado

Reg. de Incorp. N° de folio (.....)

Así eran los títulos que entregaba la primera escuela de obstetricia



Entrada norte del hospital, frente a Paseo Colón (1935)



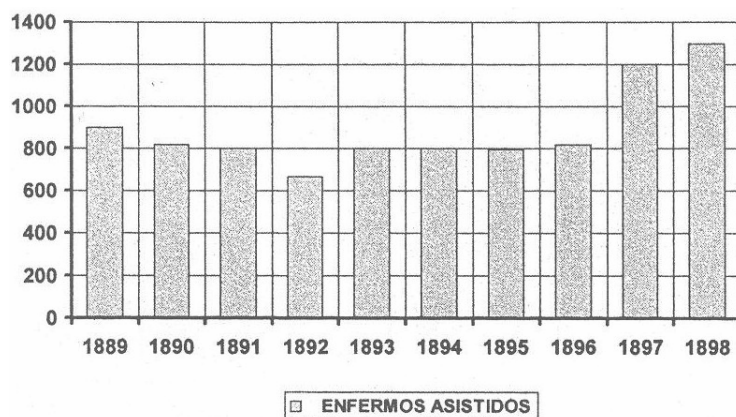
Las Hermanas de la Caridad siempre
Estuvieron presente en labores de enseñanza



Sor Angela Lazo, Directora del Servicio de Enfermería del Hospital San Juan de Dios y Directora de la Escuela de Enfermería (1948)

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

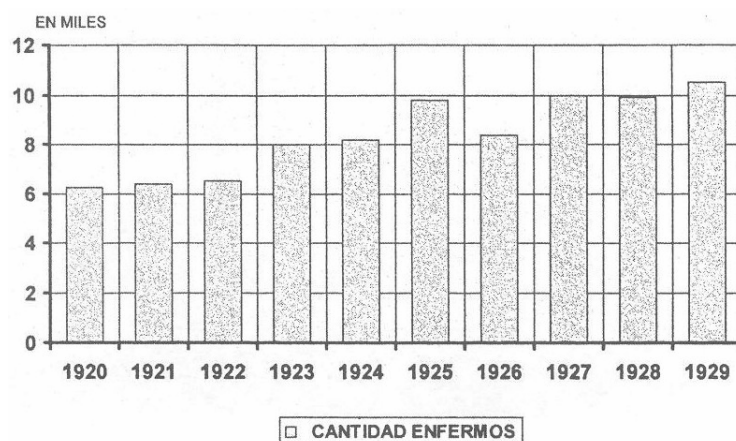
ANALISIS COMPARATIVO AÑOS 1889-1898
ENFERMOS ASISTIDOS POR AÑO



FUENTE: INFORME JUNTA DE CARIDAD H.S.J.D 1899

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

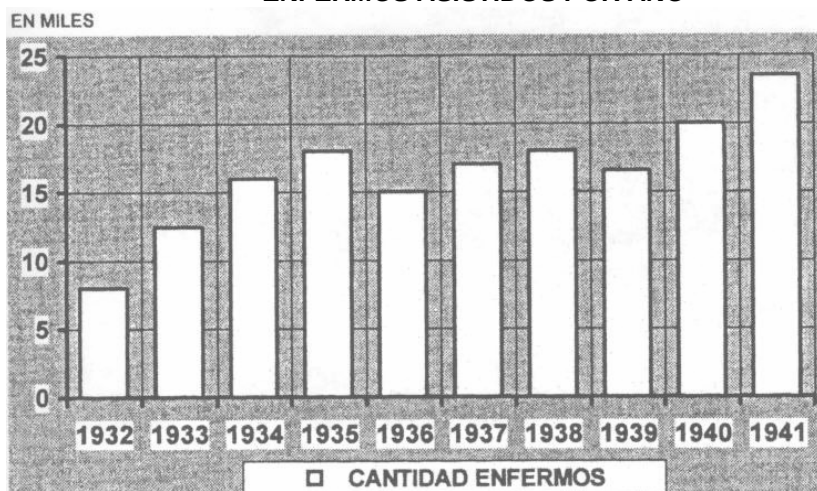
ANALISIS COMPARATIVO AÑOS 1920-1929
ENFERMOS ASISTIDOS POR AÑO



FUENTE: INFORME JUNTA DE CARIDAD H.S.J.D 1930

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

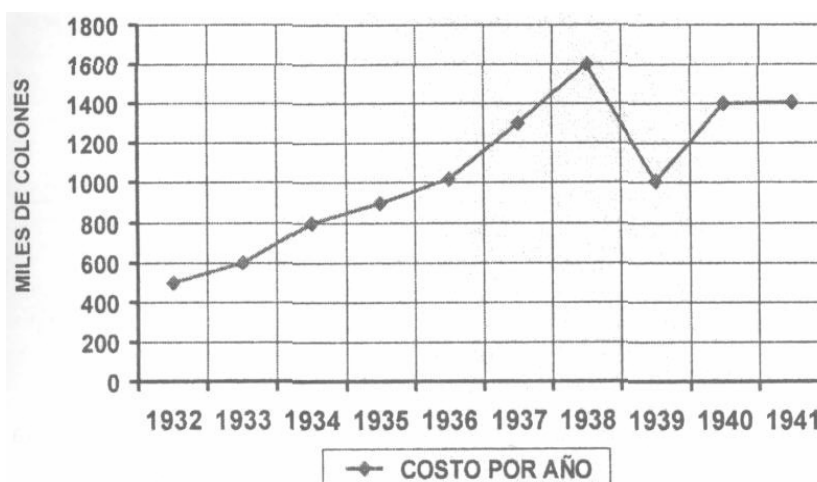
ANALISIS COMPARATIVO AÑOS 1932-1941
ENFERMOS ASISTIDOS POR AÑO



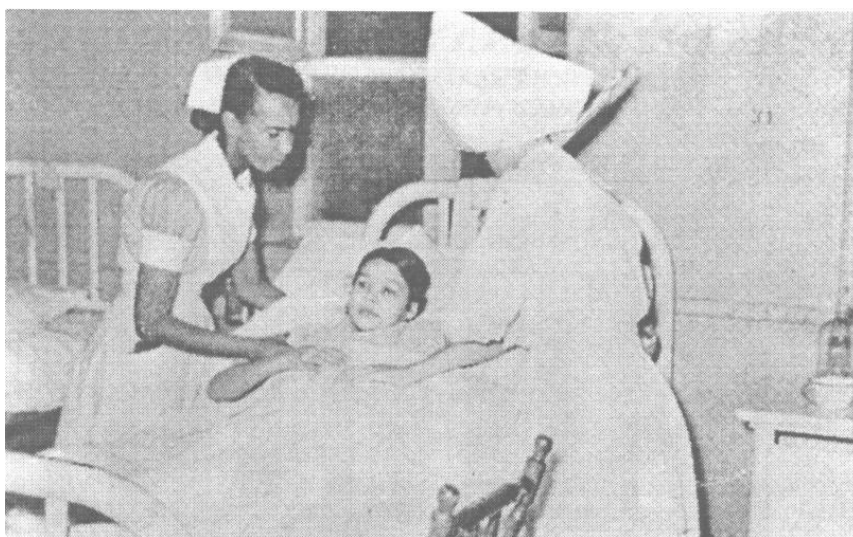
FUENTE: INFORME JUNTA DE CARIDAD H.S.J.D 1924

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

ANALISIS COMPARATIVO AÑOS 1932-1941
COSTO POR AÑO EN COLONES



FUENTE: INFORME JUNTA DE CARIDAD H.S.J.D 1926



Durante muchos años las hermanas de la Caridad estuvieron a cargo de los salones de internados



En estas instalaciones se albergaba a las estudiantes de la Escuela de Enfermería. Se denominaba “la casita”, 1949



El Superintendente del Hospital, Dr. Luciano Beeche,
con parte del cuerpo de enfermeras en 1938.

TÍTULO V

LA ENFERMERÍA EN EL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DURANTE LA PROTECCION SOCIAL: COYUNTURA 1940- 1960

A. LA DÉCADA DE 1940

1- DE LA BENEFICENCIA A LA PROTECCIÓN SOCIAL

Como se ha mencionado anteriormente, los principios filosóficos, y económicos que caracterizaron primeramente la forma de atender la salud pública por parte del Estado costarricense fue delegado a la caridad y bajo la influencia de la fe cristiana; una forma básicamente de beneficencia e impulsada principalmente por organizaciones al seno de la sociedad civil. Luego, se inicia un período en donde el Estado Nacional se empieza a involucrar indirectamente (en Beneficencia y sobre todo en Sanidad Estatal) a través de creación de unidades específicas como el Instituto Nacional de Higiene, el Departamento de Anquilostomiasis y el Departamento Sanitario Escolar, entre otros, y que culmina con la creación (en 1922) de la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública (órgano adscrito a la Secretaría de Policía) y la emisión de la Ley sobre Protección de la Salud Pública (1923).

El cambio fundamental para la atención de la salud por parte del Estado Nacional se va a empezar a moldear a partir del año 1927, cuando la Subsecretaría de Higiene se transforma en la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social, y las Juntas de Caridad cambian su nombre por el de Juntas de Protección Social posteriormente.¹¹⁴ Y ¿por qué se produjeron dichos cambios?

Pues, la realidad fue que esos cambios que se van a dar a partir de 1927 no solo iban a evidenciar una simple transformación de nomenclatura, más aún, esos cambios lo que significaban en el fondo era el involucramiento directo por parte del Estado Nacional en todo lo referente a la salud pública e instituciones denominadas de beneficencia, O sea que, el Estado va a ir asumiendo el control político y económico de un amplio ámbito que estaba inconexo y disgregado, pero ahora bajo un nuevo principio ideológico y doctrinal: la Protección Social.

La verdad fue que la Subsecretaría de Higiene no tenía la suficiente fuerza política para gravitar profundamente en las decisiones gubernamentales dentro del entorno de la salud y la asistencia pública. Esto debido a que la misma dependía jerárquicamente de la Secretaría de Policía (estaba en un segundo plano), además de que para asuntos de beneficencia existía otro ente específico encargado.

La situación empezó a aclararse en marzo de 1927, cuando le endosan a la Subsecretaría lo referente a la atención de algunos hospitales, hospicios e instituciones protectoras de la infancia; aspecto este que culmina con la creación de la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social en el mismo año, y en la cual también se van a ir a aglutinando estatalmente todo lo concerniente a la salud pública, los organismos especializados en salubridad y el engranaje de apoyo médico-social.

Indudablemente el punto culminante de este proceso de transformación e intervención directa del Estado se va a dar en 1936, cuando el Gobierno de la República encabezado por don León Cortés, y especialmente el Secretario de la Cartera de Salubridad Pública, Dr. Antonio Peña, se proponen definitivamente cambiar lo que todavía hacía referencia a la Caridad y la Beneficencia como lo era principalmente

lo que representaba la tradicional Junta de Caridad de San José, y sobre todo, centralizar en un solo ente la supervisión y el control de las instituciones de salud y la asistencia pública.¹¹⁵

Efectivamente, sobre la Junta pesaban desde el segundo decenio del siglo algunos recelos debido a la libertad e independencia que tenía con respecto al manejo de sus rentas, así como a la influencia que ejercía sobre asuntos médicos.

En ese sentido y como antecedentes de intervención, en 1918 se presenta un proyecto en razón de que las rentas y cuentas de todas las Juntas de Caridad existentes en el país sean administradas por la Tesorería Nacional; situación que no fue aprobada por el Congreso.

Nuevamente el asunto vuelve al tapete en 1926, cuando se presenta una propuesta en el sentido de que todas las instituciones de beneficencia nacionales que reciban aportes del Estado deberían sujetarse al Código Fiscal de la República; aspecto que tampoco se aprobó.¹¹⁶

Posteriormente, en 1933, se presenta otro proyecto tendiente a que todas las Juntas de Caridad deberían tener control por parte del Estado, ya que manejaban sumas importantes, especialmente la de San José; tampoco prosperó.

El asunto en cuestión definitivamente fue retomado con fuerza por el Secretario de la Cartera de Salubridad, Dr. Peña Chavarría, quien abiertamente propugnaba por la intervención absoluta del Estado para todos los asuntos sanitarios y asistenciales del país.

La idea principal de Peña era romper con la supuesta organización cerrada y elitista que caracterizaba a la Junta, partiendo de una apertura para la elección de sus miembros. También se interesa por la creación de un Consejo Técnico para que se hiciera cargo del Hospital San Juan de Dios, así como el de señalar las ayudas económicas que debían de

disponer las juntas de Caridad distribuidas por el territorio nacional.

Para el Dr. Peña tampoco era conveniente que Costa Rica todavía contara con una serie de instituciones como hospitales, reformatorios y asilos, sin coordinación ni supervisión, por lo que la centralización de los servicios en un ente de la Secretaría era la solución adecuada para obtener mejores resultados y un mejor aprovechamiento de los diferentes recursos.

Para lograr tal efecto, propone la creación de un Consejo Nacional de Salubridad, Beneficencia y Protección Social adscrito a la Secretaría de Salubridad. Su fin sería el de controlar, supervisar e inspeccionar las diversas instituciones que reciban auxilio económico por parte del Estado, y así centralizar cuentas, información general y estadística de los establecimientos públicos y privados.

La polémica que se dio alrededor de tal proyecto fue compleja y acalorada, ya que varios grupos con intereses creados podían verse afectados; sin embargo, finalmente, se aprueba un proyecto (11 noviembre 1936) en que se mantenían las Hermandades y Juntas previamente establecidas, pero ahora debidamente coordinadas por un Consejo de Salubridad y Protección Social, y en la que se incluía una Auditoría para Hospitales. También por medio de éste quedaba estipulado que las organizaciones que tenían a su cargo hospitales pasarían a denominarse Juntas de Protección Social.

En conclusión: el involucramiento directo por parte del Estado en materia de salubridad y atención médico-asistencial queda debidamente sellado en el año 1936, ya que será a partir de esta fecha en que el poder político representado en la Secretaría de Salubridad será la que asumirá el control de esa materia en Costa Rica. A su vez, en el plano ideológico quedaba atrás la Caridad (en función de los menesterosos), ya

que la nueva corriente de Protección Social va a ir en función más del desempleado, incapacitado o carente de previsión y ayuda social;¹¹⁷ situación en que también va a coadyuvar frontalmente la Seguridad Social para la prestación de servicios en salud y económico-sociales (y que más adelante se detallará).

Dentro del plano propiamente de la enfermería, la influencia de la Protección Social se va a notar en varios aspectos que van a repercutir en la práctica y enseñanza de esta disciplina en Costa Rica y especialmente en el Hospital San Juan de Dios. Uno de esos aspectos lo va a ser el apoyo y la asesoría que va a dar el Servicio Cooperativo Interamericano y la Oficina Sanitaria Panamericana (posteriormente denominada Organización Panamericana de la Salud), organizaciones impulsadas por los Estados Unidos, y cuyo principal objetivo era el implementar (por razones económicas) medidas de corte médico-sanitario en los países de América Latina, así como apoyar la preparación y capacitación de recursos humanos.

Para las décadas de 1940 y 1950 las autoridades costarricenses piden colaboración a la mencionadas oficinas, así como a otras instancias de apoyo internacional de corte médico y propiamente también de enfermería. De esta forma, se iniciaría un amplio recorrido por parte de una serie de enfermeras consultoras que vienen al país en razón de asesorar y, sobre todo, en aras de mejorar la práctica y la enseñanza de la enfermería nacional; situación obviamente que va a favorecer directamente el mejoramiento del servicio de enfermería del principal hospital nacional. En este sentido dejan su huella las enfermeras profesionales visitantes: D. Anderson, M. Albertí, M. Rogan, C. Cummings, P. Cassey, Miss Pitts y Miss Johnson, entre otras).¹¹⁸

No cabe la menor duda que el aporte de dichas asesoras fue muy importante para el desarrollo de la enfermería, aún así, le compete en gran medida dicha transformación a Sor Angela Lazo, Hermana de la Caridad con amplio conocimiento en materia de enfermería y graduada en Administración de Hospitales,¹¹⁹ quien a partir del año 1945 se convierte en la Directora del Servicio de Enfermería del Hospital San Juan de Dios y de la Escuela de Enfermería y Obstetricia anexa al mismo Hospital (sustituyó al Dr. Julio Cesar Ovarés, quien venía fungiendo como director desde 1935), e impulsando a otras enfermeras laicas hacia un mejor dominio en materia de enfermería hospitalaria y salud pública, y quienes también marcarían un fructífero camino hacia la especialización dentro del ámbito hospitalario, así como docentes de la misma Escuela: Estelia Marín, Eugenia Bonilla, Elena Quesada, Doris Solórzano, Haydeé Gómez, Marta Orozco, Dora Valverde, Felicia Heslo, Irma Sandoval, Olga Conejo, Graciela Carrillo, Consuelo Campbell, Emma Cortés, Angela Rosés, Josefa Brenes, Elena Ulloa, Felicia Blanco y Alicia Montealegre, por mencionar a algunas.

2- LA ORGANIZACIÓN DEL DEPARTAMENTO Y EL SERVICIO DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL

En los años cuarenta se van a introducir en el Departamento de Enfermería del Hospital San Juan de Dios cambios substanciales en un afán por mejorarlo. El motivo de dicho cambio, aparte de lo justificado anteriormente, también en el fondo lo que se estaba promoviendo en alguna medida era la génesis del camino a la especialización en materia de enfermería, y de la misma manera como la especialización en el servicio médico era ya una realidad en las salas del tradicional Hospital desde años atrás; así lo comprendió Sor Angela

Lazo y el mismo Director del centro hospitalario, el otrora Secretario de Estado Dr. Antonio Peña (nombrado director en 1943 por la misma Junta de Protección Social).

Efectivamente, la estructura del servicio médico del Hospital a partir de esta década va a incluir diversas especialidades, situación que se acrecentaría con el paso de los años y bajo los requerimientos de la medicina social y la misma Seguridad Social. Algunos ejemplos darán más luz al respecto.

La Sección de Medicina va a incluir lo siguiente: tres servicios de medicina general, un servicio de medicina tropical y dermatología, un servicio de fisiología, un servicio de aislamiento infecto-contagioso y una amplia área de pediatría.

La Sección de Cirugía se compondrá ahora de lo siguiente: cuatro servicios de cirugía general (denominados Carlos Durán, Federico Zumbado, Gerardo Jiménez y José María Barrionuevo), un servicio de ortopedia (denominado Ricardo Moreno), un servicio de obstetricia (Luciano Beeche), un servicio de urología (Amancio Saénz), otro de oftalmología (Juan Arrea) y tres para los ámbitos de anestesia, odontología y laringología.

La Consulta Externa estaba formada por las siguientes especialidades: medicina general, dermatología, bronco-pulmonar, cardiología, oftalmología, otorrinolaringología, obstetricia, pediatría, ginecología, urología, ortopedia, odontología, proctología y gastroenterología.¹²⁰

Con el panorama sintetizado expuesto, sobra decir que el Servicio de Enfermería también tenía que adaptarse y evolucionar en razón de brindar una atención a un hospital que podía albergar a más de 1300 pacientes.¹²¹

El Departamento de Enfermería del Hospital San Juan de Dios, por tanto, Sor Angela Lazo lo va a encaminar en el sen-

tido de mejorar el trabajo técnico en función del paciente, así como también el de “aumentar por todos los medios posibles el número y calidad de las estudiantes de enfermería y preparar ayudantes de ambos sexos”.¹²² También introduce las reuniones periódicas en donde se tratan aspectos relacionados con el funcionamiento del servicio y la estandarización de algunas técnicas; situación esta última de mucha relevancia porque concordaba con el proyecto del Dr. Peña en el sentido de estandarizar al Hospital de acuerdo a nomenclaturas y conceptos utilizados en los hospitales norteamericanos (de mucha influencia en él). Esto por cuanto el Hospital cumplía con los requisitos necesarios como el de contar con un cuerpo médico organizado, confección de documentos médicos completos, servicios necesarios de diagnóstico y tratamiento, planta física adecuada, reglamentos y estadística, personal técnico preparado y sesiones científicas constantes.¹²³

La organización que implantó Sor Angela estuvo sustentada en algunas fortalezas y cambios que introdujo para lograr una mejor labor. Una de esas fortalezas lo fue la entrada en vigencia de un Servicio Central (hecho realidad en 1947), cuyo fin primordial era el de distribuir y suministrar equipo y materiales estériles las 24 horas, además de servir de laboratorio para que las estudiantes adquirieran suficientes conocimientos sobre preparación y conservación de implementos de uso médico y de enfermería. Las ventajas con la introducción de este sistema eran muy claras: proporción del material al momento y debidamente formado, y una mejor economía al poder proveer de una manera más ágil y fluida.

Otro de los elementos de apoyo que va a entrar en vigencia es la creación de una oficina de múltiple acción para el área de enfermería y administrativa en general. Así, de esta forma, la Congregación de las Hermanas de la Caridad, todavía, luego de más de 70 años desde su llegada, mantenían

bajo su poder el control de una parte bastante amplia de la organización del Hospital San Juan de Dios, aunque también se empieza a perfilar un aumento gradual de enfermeras graduadas. Véase el ¿por qué?

Pues, dicha oficina (que va a formar parte del departamento de enfermería) va a tener la potestad de seleccionar personal tanto para enfermería como para otras áreas, tomando como punto de partida la honradez y la buena conducta como requisitos obligatorios de ingreso; situación que se complementará con la formación y seguimiento de un expediente minucioso para las valoraciones y trámites respectivos. También la misma oficina será la encargada de mantener la disciplina del personal a través de llamadas de atención verbales o escritas, situación en que a su vez participaba la Dirección General del Hospital cuando las faltas era merecedoras de mayores castigos (suspensiones o despidos).

Uno de los aspectos que va a tener bajo su cargo la mencionada oficina será el de confeccionar listas de personal mensualmente con el objeto de plasmar en ellas los días de descanso semanal que por ley se hacen acreedores, así como el de llevar un rol exacto sobre materia de vacaciones y el estar pendiente de que las diversas unidades de trabajo cuenten con el personal suficiente para sus necesidades.¹²⁴

No cabe la menor duda que las funciones que recaían en esta oficina eran de diversa índole. Inclusive, tanto era así que, la planilla mensual de empleados se hacía en base a los datos que la misma emitía, lo mismo pasaba con la distribución y uso de tarjetas de contraseña que servían para que los funcionarios tuvieran derecho de ingresar al comedor para la toma de sus alimentos. Empero, ya que también la misma solicitud de artículos varios de los almacenes de la Junta debía ejecutarse a través de esta oficina.

En conclusión: la Oficina de Servicio de Enfermería, adscrita a la Dirección de Enfermería, representaba las potestades e influencia que las Hermanas de la Caridad aún mantenían dentro de la mecánica general funcional intra-hospitalaria. Pero no solo eso, ya que otras unidades de trabajo dentro de la organización del Hospital también dependían directamente de las hijas de San Vicente de Paul y Luisa de Marillac, aunque ahora debidamente apoyadas por más personal graduado (80 enfermeras) como los casos de las enfermeras jefes de turno laicas: Angela Díaz, Marina Serrano y Esther Valerio.¹²⁵

A la par de lo anterior, completaba el esquema de unidades que dependían de la Congregación los siguientes: servicio doméstico, limpieza general, cocina, lavandería, ropería y salonerías en general; servicios los cuales Sor Angela Lazo, las Hermanas de la Caridad y las enfermeras graduadas tenían bajo su supervisión.

3- EL HOSPITAL Y LA FORMACIÓN DE ENFERMERAS

La formación profesional de la enfermería en Costa Rica durante la coyuntura 1940-1950 siguió siendo potestad de la Escuela de Enfermería y Obstetricia del Colegio de Médicos y Cirujanos anexa al Hospital San Juan de Dios, aunque se habían producido desde antes algunos cambios de relevancia sobre todo en cuanto a la infraestructura.

La Facultad de Medicina y Cirugía a través de la intervención de la Junta, la Secretaría de Salubridad y el Hospital San Juan de Dios pudo conseguir una propiedad (costado sur-este del hospital) para construir su sede principal, ya que la anterior había sido destruida por un voraz incendio. Así, de esta forma, la Facultad pudo construir su propia planta física e instalándose en ella a partir del año 1936.¹²⁶

El anterior hecho no sólo fue muy importante para el gremio médico nacional, más aún, fue un aspecto de mucha trascendencia para la formación de enfermeras graduadas. Esto debido a que en dicha planta física también se instala la Escuela de Enfermería y Obstetricia, lugar precisamente donde funcionaría la misma hasta los años setenta después de que el Consejo Universitario de la Universidad de Costa Rica la aceptase primeramente en calidad de Escuela afiliada, en 1966, y a partir de 1972, en Escuela anexa a la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica, gracias al empeño de figuras como la enfermera profesional costarricense Irma Sandoval, así como a las inquietudes por la formación y el mejoramiento académico planteadas en diversos momentos por enfermeras consultoras como: Martha Pitel, Nelly Rodó, Agnes Chagas, Aída Declet, Fernanda Alvez, Lorraine Schnebly, Elvin Santos, Magdalena Ruiz, Ernestina Nazario y Francisca Glinke.¹²⁷

Con la nueva infraestructura, la Escuela de Enfermería y Obstetricia va a contar con instalaciones propias adecuadas para una mejor enseñanza en la parte teórica: aulas, laboratorio, instrumental y libros, aunque la matrícula seguía siendo baja en relación con las necesidades del país (en 1945 habían 250 enfermeras graduadas activas para más de 3.000 camas de uso hospitalario, situación que iría a cambiar poco a poco para los últimos quinquenios del siglo XX con el advenimiento de diversas escuelas profesionales de enseñanza, aparte de la Universidad de Costa Rica, y al aumento de matrícula al calor de mejores estímulos, a la especialización y a mayores reconocimientos, así como a la misma desestimación de prejuicios).

Definitivamente la década de 1940 va a traer cambios muy importantes para la transformación y el mejoramiento de la Escuela de Enfermería y Obstetricia anexa al Hospital San

Juan de Dios. Esto debido al apoyo que va a recibir del mismo Dr. Peña, del Colegio de Médicos y Cirujanos, del cuerpo médico del Hospital San Juan de Dios y principalmente a la Directora del Departamento de Enfermería del mismo centro hospitalario, Sor Angela Lazo.

El primer cambio de relevancia que se va a introducir es la formación de una Junta que velará por los diversos intereses de la Escuela. La misma se denominaría "Patronato de la Escuela de Enfermería y Obstetricia", la cual estaría conformada por diez miembros: cuatro delegados directamente interpuestos por el Colegio de Médicos y Cirujanos y seis delegados escogidos por el mismo el mismo Colegio pero provenientes de otras instituciones.

El Patronato inicia actividades en el mes de abril del año 1946 con las siguientes funciones: a) preparar los programas y planes de estudio; b) proponer ternas para el escogimiento del profesorado; c) reunirse una vez al mes para efecto de estudiar los diversos problemas que aquejan a la Escuela, así como a la búsqueda de las soluciones para su mejoramiento; d) presentar al Colegio de Médicos los presupuestos e informes anuales.

Uno de los aspectos más sobresalientes dentro del renovado impulso de la Escuela sería en lo concerniente al plan de estudios. En este sentido y antes de 1945, los requisitos de ingreso fueron variando, aunque siempre teniendo presente la necesidad que se matricularan el mayor número de aspirantes. A principios de la década se exigía el segundo año de enseñanza secundaria, situación que se mantendría pero ahora agregando un mayor número de materias curriculares y dándole prioridad a las que son bachilleres, además de hacerse notable énfasis en cuestiones de índole personal de las aspirantes como la historia familiar, recomendaciones de tres personas honorables, exámenes físicos, bacteriológicos y radiológicos.

El plan de estudios prioritariamente iba encaminado a que el estudiante tuviera una supervisión adecuada dentro del proceso de enseñanza. En este sentido, las evaluaciones del trabajo en la clase a través de notas será muy importante, pero más aún será la observación del trabajo práctico porque se tomarían diversos elementos para calificar y que engrosarán un expediente individual: la puntualidad, tanto en la llegada a los salones del Hospital como en el cumplimiento de las órdenes; la responsabilidad, en el acatamiento de los tratamientos, en el empleo de las técnicas y en el planeamiento del trabajo; la correcta observación, con pacientes, con jefes y con el entorno en general; la cooperación y la cultura con las compañeras, la tolerancia, buenas maneras, control de la voz y de las emociones y del cuidado y economía del material.¹²⁸

No cabe la menor duda que la transformación de la Escuela de Enfermería y Obstetricia a partir del año 1945 fue de especial proyección para el mejoramiento de tan necesaria profesión y su mismo devenir. Sin embargo, ese cambio y mejoramiento de la Escuela no hubiera sido posible sin la participación directa y decidida del Hospital San Juan de Dios. ¿Por qué?

Pues, era el mismo Hospital el que le daba cabida y el impulso necesario para que se pudieran implementar tan necesarias mejoras, mejoras obviamente que iban a favorecer a sus pacientes, a los de otros hospitales y a la misma profesión. Algunos ejemplos fehacientes ilustrarán más la cuestión.

Uno de los soportes esenciales de toda escuela profesional es, sin lugar a dudas, la conformación de un cuerpo de profesores de alta calificación. Precisamente el cuerpo de “maestros” y “maestras” que estaban involucrados con la Escuela de Enfermería y Obstetricia en las diferentes materias que se impartían era de alto rango, inclusive, la mayoría eran

funcionarios de amplia trayectoria dentro de la organización del Hospital San Juan de Dios: Dr. Francisco Cordero, Dra. Adriana Ojeda, Dr. Fernando Saborío, Dr. Rafael Angel Cartín, Dra. Marieta Rímola, Dr. Arturo Romero, Dr. Jorge De Meserville, Dr. Máximo Terán, Dr. Guido Miranda, Dra. María Gabriela Stein, Dr. Enrique Urbina, Dr. Rodolfo Céspedes, Dr. Constantino Urcuyo, Dr. Carlos Aguilar, Dr. Rodrigo Loría, Dr. Fernando Quirós, Dr. Alvaro Fonseca, Dr. Elías Bonilla, Dr. Rodolfo Chacón, Dr. Carlos Luis Estrada, Dr. Jorge Arguedas, Dr. Carlos Umaña, Dr. Alvaro Carballo, Dr. Carlos Manuel Gutiérrez, Dra. María Julia Umaña, Dr. Alfonso Acosta, Dr. Carlos Saénz, Dr. José Luis Orlich, Dr. Carlos Mena y el Dr. Carlos Manuel Rodó, aparte de los Reverendos Benjamín Núñez y Francisco Herrera.¹²⁹

Otro de los aspectos sustanciales de esa “fusión entrañable” entre la Escuela y el Hospital lo será algo que es elemental: la formación práctica de las estudiantes. En este sentido y antes de la reforma de 1945, la formación en el mismo “teatro de los acontecimientos” era difícil de regularse ante el limitado número de enfermeras profesionales y la misma desorganización en esta materia. Luego, y como parte de la reforma impulsada, la enseñanza práctica sería potestad únicamente de los salones del Hospital San Juan de Dios. Para lograr ello, algunas de las enfermeras jefes graduadas eran las encargadas de dirigir a las estudiantes, e inclusive, paralelamente funcionaba una comisión (integrada por dos enfermeras y una Hermana de la Caridad) cuyo principal objetivo era el supervisar “celosamente” el trabajo hospitalario de las estudiantes.

Indiscutiblemente uno de los aspectos novedosos más trascendentales impulsado por el nuevo plan lo sería el concepto de rotación por servicios. Al principio el involucramiento con la novedad (la cual fue el inicio de la especializa-

ción de la enfermería) fue difícil debido a las características rutinarias y ortodoxas con que se venían ejecutando las prácticas, y máxime que las estudiantes estaban reticentes debido a que se rompería con el esquema tradicional adaptado en un solo salón o servicio específico. Al cabo de varios meses de insistencia por parte de Sor Angela Lazo y demás colegas y autoridades, el sistema de rotación por servicios fue una realidad (aunque incipiente) dentro de la organización de la Escuela y del mismo Departamento de Enfermería del Hospital. Dicho sistema se iniciaría en los servicios mejor equipados: cirugía general, ortopedia, urología, medicina general, dermatología, obstetricia, sala de partos, sala de operaciones, metabolismo basal, banco de sangre y consultas externas, además de que para los siguientes años el sistema se instauró de manera general dentro de la mecánica intra-hospitalaria. Así, de esta forma (a través del sistema de rotación establecido por la Escuela de Enfermería en el Hospital San Juan de Dios), las aspirantes a enfermeras graduadas van a egresarse mejor preparadas debido a que su formación y asimilación de conocimientos sería más amplia e integral en todo sentido, además de que se estaba dando origen al principio de especialización. En este rumbo, cabe señalar que una de las primeras especialidades en implementarse lo sería la misma obstetricia, ya que la Escuela emitía el título de graduada en Enfermería; sin embargo, aquellas estudiantes que permanecían más tiempo de práctica en el área de partos, la misma Escuela le reconocía la especialidad.

En síntesis, por teoría y práctica la Escuela de Enfermería a partir del año 1945 va a ingresar a un período de expansión y de notoria mejoría reglamentaria, normativa y académica. Precisamente reflejo de este robustecimiento son la variedad de temas que son tratados y analizados por las estudiantes a manera de trabajos finales para lograr su anhelo:

la graduación. Un ejemplo de esos efectos son las tesis que van a presentar las estudiantes en 1950, a saber:

- Claudia Martínez / Aspectos nutritivos y dietéticos del embarazo.
- Isabel Mora / Higiene del embarazo.
- Carmen Beckles / Relación de la desnutrición y la mortalidad infantil.
- Nora Marín / Clínica de la contracción.
- Elena Willis / Consejos y técnicas que debe poseer una buena enfermera.
- Clara Chinchilla / Higiene prenatal.
- Amelia Losilla / La vacunación.
- Helly Guillén / Servicios sanitario-asistenciales de Guanacaste.
- Adelia Castro / Funciones del hospital moderno.
- Cecilia Arias / La enfermera psiquiatra.
- Emma Cortés / El paludismo.
- Sor Francisca Soria / La enfermera profesional y sus funciones.
- Viola Pickeresgill / La enfermera en el campo de pediatría.
- Genoveva Rodríguez / Secuelas del parto.
- Lilleath Markland / Infección puerperal.
- Aracelly Sandoval / Alimentación y cuidados del niño prematuro.
- Delia Díaz/ Papel de la enfermera en la lucha contra la sífilis.
- Margarita Sandoval / Anamnesis en el embarazo.
- Mary Morales / Conducta de una obstétrica ante un parto normal.
- Cecilia Porras / Los problemas de la infancia como preocupación constante y responsabilidad inminente de Estado.

-
- Elisa Castro / La tuberculosis como problema social.
 - Flory Knudsen /Toxemias del embarazo.
 - Bertilia Solano / El aborto criminal.
 - Ester Villegas / Cuidados del prematuro.
 - Daphney Carmichel / La enfermera en la sala de operaciones.
 - Perla Brown / Transfusión sanguínea y banco de sangre.
 - Dinorah Calderón / Puericultura y mortalidad infantil.
 - Socorro Solano / Consejos dietéticos.
 - Ignacia Rivas / La enfermera moderna y sus cualidades.
 - Alba Zapata / Preclampsia y eclampsia.¹³⁰

Dentro de la bien lograda reorganización de la Escuela de Enfermería, uno de los aportes más importantes dado por el Hospital San Juan de Dios lo fue en lo referente a la construcción de una infraestructura en donde las estudiantes (las que contaban con pocos recursos o las que provinieran de lugares distantes o becadas por instituciones como la Caja Costarricense de Seguro Social, las diversas Juntas de Protección Social del país y el Ministerio de Salubridad Pública) pudieran residir durante la estancia que duraran los estudios. Esto debido a que anteriormente las estudiantes estaban disgregadas por diversas salas del Hospital, sin los controles y condiciones adecuadas que se requerían.

Ante tal situación, la Junta de Protección Social en conjunto con la Dirección del Hospital se interesan por resolver el problema. Resultado: se construyen unas instalaciones (enfrente al departamento de anatomía patológica, en donde hoy se encuentra parte del Ministerio de Salud) las cuales albergarían a las estudiantes, además de contar con comedor, biblio-

teca y sala de estudio y un espacio para juegos (ping pong y baloncesto) ¹³¹

Sobre la Escuela de Enfermería y Obstetricia, una enfermera graduada y testigo presencial de sus bondades detallaba que en esa escuela los estudios que se hacen se ajustan a los últimos adelantos de la educación de la enfermería.

Cada estudiante tiene un mes de vacaciones al término de cada curso lectivo, así como también a una semana en el mes de julio y los días feriados oficiales.

El curso dura tres años y está dividido en cuatro períodos que comprenden enseñanza teórica y práctica que capacita a la estudiante para ejercer su profesión en cualquier rama de la enfermería.

La dirección de los estudios está a cargo de una facultad competente que incluye profesionales en ciencias médicas, biológicas y sociales y un cuerpo idóneo de enfermeras instructoras. La estudiante durante todo el curso recibe una constante orientación profesional y personal para estar en condiciones de desarrollar sus capacidades y de utilizar en su provecho las numerosas y bien dirigidas oportunidades, que en este sentido le brindan la escuela y con las instituciones con las cuales está conectada.

La escuela está organizada de tal modo, que posee las características de un hogar, para las alumnas donde la orientación moral es una preocupación constante, así como la defensa de la salud.

Al concluir los estudios la estudiante se hace acreedora al Diploma de Enfermera que la capacita para ejercer su profesión, tanto en instituciones hospitalarias, como en organismos de Salud Pública y otros campos de actividades profesionales.

Con esta preparación la graduada posee suficiente amplitud y profundidad para desempeño eficiente de su misión,

tanto con los enfermos, como en los servicios de Salud Pública, realizando a su vez una labor como educadora para ayudar a la población a mantener y mejorar la salud y prevenir las enfermedades".¹³²

Pero no solo la formación de enfermeras graduadas fue algo importante en impulsar abiertamente el Hospital San Juan de Dios, ya que hubo un complemento ideal que también va a "germinar" formalmente en este centro hospitalario: los auxiliares de enfermería debidamente preparados.

Efectivamente, a pesar de que el interés por efectuar estudios profesionales en enfermería iba en mejoría (aunque muy lentamente), existía siempre carestía de este fundamental recurso humano en el sistema hospitalario costarricense, siendo el Hospital San Juan de Dios por su tamaño el más afectado.

En las labores de enfermería para beneficio del enfermo las tareas eran compartidas entre las Hermanas de la Caridad (inclusive algunas se habían graduado en la misma Escuela de Enfermería), las enfermeras profesionales y ayudantes de enfermería (de ambos sexos), quienes también ante la falta de personal asumían funciones bajo una mínima preparación.

Definitivamente el rol que estaban ejecutando los ayudantes era de mucha ayuda para los intereses del Hospital, por lo que se va a tomar una acertada decisión: procurar darles una mejor y mayor preparación básica. En este sentido, por tanto, se va a iniciar debidamente un estructurado plan de formación de auxiliares de enfermería, el cual obviamente iba a ir dirigido especialmente a los funcionarios que ya laboraban en el Hospital San Juan de Dios, así como también a los de otras instituciones. En otras palabras, se estaba abriendo una nueva carrera desde el punto de vista técnico bajo la tutela del Hospital y de la misma Escuela de Enfermería.

El plan en si para la formación de los Auxiliares de Enfermería, aparte de los requisitos de admisión (buen estado físico, vocación, educación primaria, recomendaciones y otros), estaría conformado por un período preliminar compuesto por 40 horas de clases teórico-prácticas y otro de asentamiento compuesto por 50 horas de teoría y 120 de práctica bajo la supervisión de una enfermera graduada, además de sobresalir en él aspectos medulares como los siguientes: introducción a la enfermería, cuidados generales del paciente, baño general, arreglo de camas, recolección de muestras de laboratorio, manera de servir comidas y clases de dietas, movilización de pacientes y preparación antes de la cirugía, forma de anotación de signos vitales, técnica utilizada para la aplicación de inyecciones, limpieza de diverso material, aplicación de enemas, sueros y duchas vaginales, administración de medicamentos y secreto profesional.

En realidad no fue tarea fácil para Sor Angela Lazo y autoridades del Hospital el poder implementar dicho plan (que también formaba parte de los patrones impulsados y recomendados por la Oficina Sanitaria Panamericana). Esto debido a que en cierta medida el mismo podía prestarse para confusiones y malas interpretaciones. Por ejemplo, el pretender por parte de los auxiliares que pudieran ejercer como profesionales, y por el otro, que las enfermeras graduadas sintieran amenazado su campo de acción, eran asuntos preocupantes. Claro está, toda propuesta de cambio lleva consigo un “síndrome de rechazo y riesgo”, sin embargo la propuesta impulsada por Sor Lazo fue el camino correctamente señalado en su momento por seguir.

B. LOS AÑOS DE 1950

1- UN VISTAZO INTRODUCTORIO SOBRE EL HOSPITAL Y LA PARTE MÉDICA

El desarrollo del servicio médico en un hospital es al final de cuentas lo que va a marcar los requerimientos, las transformaciones y las mejoras que se tengan que dar en los demás servicios logísticos y de apoyo en general, aunque sin olvidarse obviamente de que tales acciones están vinculadas a aspectos económicos, sociales y hasta políticos.

El Hospital San Juan de Dios para los años cincuenta, y por supuesto en adelante, va a ingresar de lleno a un período de expansión debido al advenimiento de muchas especialidades médicas, quirúrgicas y de laboratorios que van a emerger como producto de las políticas de Protección Social, de la medicina social y de la misma Seguridad Social (promovidas por el Estado Social y Reformista a partir de 1940 y benefactor después de 1948), así como también debido a su preponderante rol dentro del ámbito investigativo y docente; aspectos que en su totalidad a su vez van a influir para que el Servicio de Enfermería y sus componentes no se queden atrás, y más bien se perfilen a la altura de dichos cambios en la medida de las posibilidades. Y ¿cuáles fueron esos cambios?

Pues, primeramente el Hospital San Juan de Dios en los años cincuenta va a tener muy bien definidos sus objetivos y actividades: cuidados y atención del paciente, la investigación científica, la formación y educación y la promoción de la salud, todos aspectos fundamentales dentro de la estrategia organizacional.¹³³

Uno de los cambios más notorios lo fue respecto a la composición del cuerpo médico, ya que precisamente a partir de la segunda mitad del siglo XX empiezan a asumir

posiciones de vanguardia una generación de extraordinarios médicos y cirujanos que van a sentar las bases definitivas de la especialización y las pautas a seguir dentro del derrotero científico y asistencial del Hospital San Juan de Dios, y de influencia mayúscula para Costa Rica.

Específicamente en los años cincuenta, dentro de los salones y servicios del Hospital San Juan de Dios se va a dar un “choque” médico generacional de amplias proporciones. Por un lado, se encontraban en posiciones de jefatura médicos de notable tradición hospitalaria encabezados por el mismo Director del centro, el Dr. Antonio Peña. También, y secundando a Peña, figuraban “galenos” de fuste y debidamente consolidados como Angel Chacón, Alexis Agüero, Julio César Ovares, José Cabezas, Vicente Castro, Germán Naranjo, Arturo Blanco, Fernando Pinto, Jorge Vega, Oscar Martínez, Mateo Fournier, Gonzalo Vargas, Gonzalo Cubero, Edgar Cordero, Ricardo Marchena, Alejandro Montero, Mariano Salazar, Enrique Berrocal, Enrique Aguilar, Carlos Mena, Alfonso Acosta, José Manuel Quirce, Jorge de Mezerville, Jorge Lara, José Angel Coto, Eugenio García, Carlos Manuel Gutiérrez, Ramiro Brenes y Pedro Hurtado, entre muchos.¹³⁴ Por el otro lado, un grupo novedoso de pujantes médicos desde finales de la década pasada empezaba a despuntar con sobrado esmero. Este grupo estaba liderado por los doctores Manuel Aguilar, Andrés Vesalio Guzmán, Rodrigo Cordero, Humberto Araya, Abelardo Brenes, Mario Gamboa, José Luis Orlich, Miguel Dejuk, Rodolfo Céspedes, Víctor Hernández, Roberto Ortiz, Carlos Manuel Trejos, Carlos Arrea, Longino Soto, Enrique Urbina, Mario Miranda, Fernando Trejos, Alvaro Aguilar y Guido Miranda, por mencionar a algunos cuantos; además, posteriormente van a ir ingresando médicos como Claudio Orlich, Manrique Soto, Alvaro Ortiz, Enrique Sotela, Joaquín Berrocal, Jorge Elizondo, Vladimir Gordienko, Gonzalo Var-

gas, Alvaro Camacho, Willian Rodríguez, Víctor Rodríguez, Fernando Quirós, Oscar Ortiz, Alvaro Suárez, Jorge Lev, Alfredo Blanco, Carlos Luis Estrada, Fernando De La Fuente, Willy Feinzaig, Manuel Zeledón, Fernando Montalto, Carlos Blanco, Jorge Salas, Arnaldo Astillón, Randal Ferris, Herbeth Hutt, María Gabriela Stein, Fernando Vinocour, Hernán Collado, Max Terán, Carmelo Calvosa, Eduardo Castro, Jaime Gutiérrez, Elfren Solano, Alvaro Suárez, Edgar Cabezas, Otto Valverde, Luis Brenes, Rafael Simeone, Edgar Hutt, Fernando Valverde y muchos más.¹³⁵

La anterior lista no es simplemente enumerativa. Lo que verdaderamente representa es el punto de encuentro de un período por la cual va transitar la medicina y la cirugía del Hospital San Juan de Dios, y en donde se va a ingresar bajo una mayor rigurosidad a la práctica de muchas especialidades y subespecialidades tanto médicas como quirúrgicas. Algunos ejemplos ilustrarán mejor la cuestión.

La medicina interna es una rama que se encarga del estudio de la fisiología y patología de los órganos internos, así como su diagnóstico y tratamiento. En este caso particular, antes de los años cincuenta en el Hospital San Juan de Dios prácticamente sobresalían en la Sección de Medicina como especialidades los servicios de fisiología, cardiología y dermatología. Pero ¿qué hace cambiar tal situación?

La situación vino a cambiar definitivamente con la llegada del Dr. Rodrigo Cordero a la jefatura de dicha Sección de Medicina. Cordero, al ser uno de los impulsores (en conjunto con el Dr. Rodolfo Céspedes) de las sesiones clínicas y anatomo-clínicas, a su vez, estaba dándole apertura a una serie de especialidades que eran de suma importancia que se incorporaran formalmente dentro de la organización de servicios del Hospital. Así, de esta forma, van a ir emergiendo especialidades como neumología, neurología, endo-

crinología, hematología, nefrología, gastroenterología y reumatología, así como el abogar por el establecimiento de las Unidades de Cuidados Respiratorios y Coronaria.¹³⁶

En referencia a la cirugía, también se van a producir innovaciones importantes como el caso de la cirugía cardíaca. En la primera mitad del siglo XX hubo algunos pioneros que iniciaron este difícil camino. Uno de ellos lo sería el Dr. Julio Aguilar, quien en el año 1917 logra suturar el corazón de un paciente que había recibido una puñalada. Sin embargo, el punto culminante lo sería las transformaciones que introduciría el Dr. Ricardo Moreno en cuanto a las técnicas en ortopedia, aunque fue con una operación de corazón practicada al paciente Gonzalo Madriz (en 1934), víctima de un balazo, con la que dejaría marcado el derrotero por seguir;¹³⁷ además de preparar un equipo de cirujanos de alto vuelo conformado por los médicos Carlos Manuel Echandi, Carlos Luis Valverde, José Manuel Quirce y Jorge Vega. Indiscutiblemente la labor del Dr. Moreno dentro del ámbito de la cirugía del Hospital San Juan de Dios fue a todas luces extraordinaria. Por tal razón, un investigador la define concluyentemente de la siguiente manera:

“El Dr. Moreno Cañas fue un adelantado de la cirugía y un especialista en la cirugía ortopédica, sobresaliendo por sus craneotomías, los injertos de hueso, cartílagos y toda una serie de operaciones que lo convirtieron de hecho en un verdadero pionero de la cirugía compleja en Costa Rica “. ¹³⁸

A finales de los años cuarenta y en adelante, un nuevo grupo se interesará abiertamente por la cirugía cardíaca tanto en adultos como en niños. Este grupo sería comandado primeramente por el Dr. Jorge Vega, y más luego por el Dr.

Andrés Vesalio Guzmán, quien tendría como soporte el laboratorio experimental y una máquina de circulación extracorporea, además de ir conformándose a través de los años un selecto grupo de cirujanos destacados en ese ámbito primeramente como Carlos Manuel Trejos, Esteban López, Enrique Sotela, Roberto Ortiz, Carlos Arrea, Francisco Drexler y Guillermo Aragón,¹³⁹ y posteriormente integrándose otros como Fernando Zamora, Víctor Jiménez, Carlos Fernández y Edgar Cabezas.

El grupo mencionado tuvo el mérito de efectuar especiales operaciones pioneras como comisorutomías, ligadura de persistencia de conductos arteriovenosos, tetralogía, estenosis, coartación de aorta, operación a cielo abierto para corregir comunicación interauricular y muchas más; situación que va a culminar brillantemente con el primer trasplante de corazón que se va a hacer realidad en el Hospital México (en 1991) por un grupo interdisciplinario liderado por el Dr. Longino Soto Pacheco. Inclusive, el mismo Dr. Guzmán ya en el año 1968 afirmaba que *“el equipo de cirugía cardíaca estaba en capacidad de realizar trasplantes de corazón en humanos, además de que se habían hecho muchos cambios de válvulas y operaciones semejantes”*.¹⁴⁰

En síntesis: indudablemente muchos cambios e innovaciones (únicamente se ilustra con los anteriores ejemplos como un punto de apoyo e interpretación) se van a perfilar desde los años cincuenta en el Hospital en las diversas áreas de la medicina y la cirugía, así como en la estructuración de nuevos laboratorios específicos y salas y servicios especializados, y en donde también va a coadyuvar la Universidad de Costa Rica, al convertir el Hospital San Juan de Dios en su principal aliado para la naciente Escuela de Medicina. Pero ¿y cómo cambia el Departamento de Enfermería a la luz de esos hechos?

2- COMPLEJIDAD Y PROYECCIÓN DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA

La organización del Departamento de Enfermería del Hospital San Juan de Dios, aunque más lentamente (por el mismo problema que se arrastra: déficit de enfermeras graduadas), también para la coyuntura de los quinquenios siguientes va a ir modificándose de acuerdo a las mismas transformaciones y exigencias como producto de toda una serie de innovaciones que emergieron dentro del servicio médico, los servicios de apoyo y las partes técnicas y administrativas.¹⁴¹

La jerarquía principal del servicio para estos años seguía en manos de la Comunidad de las Hijas de la Caridad, quienes gozaban del total respaldo de la Dirección del Hospital (por el Dr. Peña hasta 1961 y después por el Dr. José Manuel Quirce hasta 1976). Durante estos años la Comunidad fue dirigida primeramente por Sor Angela Lazo, quien luego daría paso a Sor Genoveva Contreras, y después se sucederían diversas Hermanas en la Dirección de la Comunidad y del mismo Servicio de Enfermería del Hospital como por ejemplo: Sor Emilia Merino, Sor Guadalupe Peña, Sor Marta Flores, Sor Carlota Ortiz y Sor María Zablatz, además de contarse con el apoyo de otras Hermanas de la Comunidad que se habían graduado como enfermeras profesionales en la misma Escuela de Enfermería como: Sor Teresa Soria, Sor María Montes, Sor Rosario González, Sor Margarita González, Sor Inés Salazar, Sor Magdalena Rivas, Sor Emilia Ortiz y Sor Rosa Montes, y quienes algunas a su vez compartían sus actividades como docentes.

A la par de la jerarquía religiosa dentro del Servicio de Enfermería del Hospital (y como instructoras), también habían llegado a compartir liderazgo jefaturas como Dora Valverde, Josefa Brenes, Estelia Marín, Nora Marín, Angela Rosés

y Vilma Cole, por mencionar a algunas. O sea que, el Servicio de Enfermería del Hospital San Juan de Dios de los años cincuenta en adelante se va convertir en el centro de avanzada de la enfermería nacional hospitalaria tanto en práctica como en docencia debido a la confluencia de dos tipos de enfermeras graduadas con ideales y objetivos comunes en beneficio del paciente, aunque con vocación personal diferente: las enfermeras graduadas religiosas y las profesionales laicas.¹⁴²

Dentro de esa amalgama, el Servicio (que en el fondo ya eran servicios) de Enfermería del Hospital va a tener un volumen de trabajo sumamente complejo y amplio tanto en labores propias de enfermería como en la administración de otros departamentos, y fungiendo la Directora del Servicio prácticamente como un administrador general. La actividad dependía de una unidad denominada Oficina para el Servicio de Enfermería (a cargo de la Directora de la comunidad), la cual tenía bajo su responsabilidad toda la estructura estratégica y de servicio intra-hospitalario. A esta unidad dependían, aparte de diversas unidades administrativas y personal específico distribuido en varias clínicas, la subdirectora, tres jefes de turno, dieciocho supervisoras disgregadas por las diferentes áreas del Hospital, 73 enfermeras graduadas, 51 auxiliares graduadas, 320 auxiliares no graduados y 269 empleados generales;¹⁴³ además, la atención de los cuidados de enfermería cubrían las 24 horas del día distribuidos en tres turnos: 6 - 2 p. m., 2 - 10 p. m. y 10 - 6 a. m., aunque con poca rotación debido a la resistencia y a las limitaciones de personal preparado para el turno de tarde y noche.

En cuanto al trabajo, éste lo iniciaban la Directora y Subdirectora del Departamento de Enfermería al revisar los registros en las diferentes áreas clínicas en conjunto con el Director del Hospital, aparte de programar, revisar, verificar y firmar cualquier cantidad de requisiciones. Esto era muy

importante porque se trataba de corregir cualquier problema que se presentaba y darle la posible solución con la fluidez que lo permitían las circunstancias, además de que con esta comunicación diaria el mismo Director estaba al tanto de todo lo que pasaba en el Hospital.

Las supervisoras (también habían religiosas y laicas) eran distribuidas en base más a aspectos de planta física que propiamente funcionales, por lo que una misma supervisora podía cubrir servicios afines que se encuentran cercanos unos de otros. A su vez, éstas eran las encargadas de dirigir y asesorar a las enfermeras graduadas y no graduadas (por inopia), quienes tenían bajo su cuidado los diferentes salones y de atender a los médicos en sus visitas diarias, así como también efectuar trabajos de corte administrativo.

Finalmente, las auxiliares de enfermería y muchos ayudantes ejecutaban su trabajo principalmente relacionado con el trato directo e indirecto al paciente, y también en funciones misceláneas como clasificar ropa de cama, traer medicinas e implementos, mensajería y otras más.

En realidad el Servicio de Enfermería a partir de la década de 1950, en concordancia en buena medida con el servicio propiamente médico, va a iniciar un camino muy complejo en pos de la especialización, ya que para los diversos servicios tanto de encamados como de tratamiento, diagnóstico y apoyo se requerirá de funcionarios con debida preparación. En este sentido, con los siguientes ejemplos se ilustrará aún más sobre la multiplicidad de los servicios de enfermería y su ordenación general.¹⁴⁴

El Departamento de Cirugía Menor tenía como función la admisión de pacientes para emergencias, aparte obviamente de las tareas propias de su ámbito. En esta unidad se hacían pequeñas suturas y curaciones de heridas mayores. El personal estaba compuesto por una enfermera graduada,

quien era la jefe, además de contar con 9 auxiliares, un ayudante y una secretaria.

La Consulta Externa era el primer contacto resolutorio del enfermo con el Hospital. Tenía como objetivo fundamental el atender a todo paciente que requiriera de atención médica en alguna especialidad, o valorar los síntomas para un posible internamiento. Esta unidad era dirigida por una enfermera jefe graduada, quien debía estar en constante contacto con el Jefe de Médicos Internos y el mismo Director del Hospital, además de coordinar las actividades clínicas, médicas, de admisión y de enfermería lógicamente, y teniendo 20 funcionarios entre auxiliares y ayudantes para llevar a cabo las tareas.

El Servicio de Maternidad era para las pacientes que ingresaban por parto y para asuntos ginecológicos en menor grado. El mismo estaba compuesto por una supervisora, una enfermera jefe graduada, 14 enfermeras graduadas (cuatro obstétricas), 30 auxiliares y 14 empleadas domésticas, las cuales tenían que brindar servicios para 64 camas del área de partos, recién nacidos y tres salones generales.

La Sección de Pediatría constaba de 400 camas. Las mismas se distribuían en varias salas que se denominaban con nombres propios de ilustres benefactores como: Calderón Muñoz, Anselmo Llorente, Daisy Fallas y Celina Herrera (madre del Dr. Carlos Sáenz Herrera).¹⁴⁵ El personal de enfermería que atendía a los niños estaba conformado por dos supervisoras, 16 enfermeras graduadas, 39 auxiliares y 69 ayudantes; además, la Unidad Infecto-contagiosa, que tenía 30 camas, se encontraba en la misma Sección de Pediatría, y era atendida por una enfermera salubrista.

La pensión del Hospital era para uso de aquellos pacientes que pudieran costearse económicamente la atención médica. El total de camas que componían esta área sumaban

38, y estaban distribuidas en el pensionado Echandi (especial, alta y baja), la González Víquez y ha Cecilio Umaña.¹⁴⁶ El personal que brindaba los cuidados de enfermería lo efectuaban una supervisora, diez enfermeras graduadas, 8 auxiliares y 17 ayudantes domésticos.

Una de las principales áreas del Hospital lo era indudablemente la Sala de Operaciones. En ella se practicaban cirugías de las 7 de la mañana a la 1 de la tarde (de lunes a viernes), además las operaciones de emergencia se podían efectuar en cualquier hora incluyendo sábados y domingos. El número de cirugías que se realizaban diariamente oscilaba entre 12 y 25, y brindaban los cuidados de enfermería una enfermera jefe graduada, 7 enfermeras graduadas, 11 auxiliares, 16 ayudantes, 2 secretarias. También dentro del personal se contaba con una supervisora administrativa (Hermana de la Caridad), encargada del abastecimiento que se requiriera.

El Servicio Central para estos años significaba ya el tipo de servicio específico de enfermería. Su función principal era la de lavado, esterilización y distribución de diverso material durante las 24 horas como el siguiente: jeringas, agujas, guantes, ropa, enemas, catéteres, termómetros, percutores, estetoscopios, bolsas, frascos y otros implementos. Su personal lo constituía una enfermera graduada en calidad de Jefe Superior y 39 auxiliares.

Dos áreas básicas para la recuperación de la salud e internamiento de los enfermos eran las destinadas a los ámbitos de medicina y cirugía, las cuales se dividían en varios salones con sus nombres propios. La Sección de Medicina estaba compuesta por 357 camas y doce salones para mujeres y hombres, a saber: Lara, Echandi, Peralta, Tellini, Brunetti, Keith, Volio, Picado, Cortés, Soto, Echeverría y San Roque. La Sección de Cirugía la conformaban 408 camas disgregadas en varios salones para hombres y mujeres como los siguientes:

Durán, Zumbado, Jiménez, Barrionuevo, Peralta, Gallegos, Sáenz, Beeche Arrea y Moreno.¹⁴⁷ El personal de enfermería que cubría ambas secciones lo conformaban diez supervisoras, 21 enfermeras graduadas, 95 auxiliares y 88 ayudantes domésticos.

Con la reseña y detalle de apenas una parte de la organización del Servicio de Enfermería del Hospital San Juan de Dios, fácilmente entonces se pueden deducir varios aspectos relevantes. En primer lugar, el hecho de que la multiplicidad de los cuidados de enfermería representaba un depeque bastante acentuado en tan importante materia hospitalaria. Esto debido a que al ampliarse los servicios médicos, también se tenía que ir incrementando los de enfermería como forma de implementar la asistencia técnico-profesional a los pacientes, además de que al destinarse personal capacitado en las emergentes áreas, a su vez se estaba empezando a perfilar el principio de especialización (por práctica) debido a la peculiaridad que los mismos servicios representaban.

En segundo lugar, en este período se va a dar una penetración bastante estrecha entre las Hermanas de la Caridad y las enfermeras graduadas. Esto en virtud de que fue la misma comunidad religiosa la que había asumido desde algunos años atrás la vanguardia de la enseñanza de la enfermería. En este sentido, por tanto, esa buena “siembra” empezaría a dar sus mejores “frutos” obviamente para los años venideros. Así, de este modo, sería el mismo Hospital San Juan de Dios (que funcionaba como hospital-escuela) principalmente el mayor beneficiado, ya que las estudiantes que ingresaban a la Escuela de Enfermería, una vez graduadas, tenían fácil acceso al propio Departamento de Enfermería.

Con base a lo anterior, se puede desprender que en el Departamento de Enfermería del Hospital San Juan de Dios se iniciaría una simbiosis entre los dos grupos de enfermeras

que coexisten para la atención del paciente: las religiosas y las laicas, y teniendo como frente común también a la misma Escuela de Enfermería, la cual se va a erigir como un punto de encuentro entre las mismas instructoras y alumnas de ambos lados. A su vez, esto mismo se va reflejar al seno de la organización interior del servicio propiamente, ya que dentro de la jerarquía, la cual seguía siendo encabezada por las Hermanas de la Caridad (directora y subdirectora), ahora las enfermeras graduadas laicas van a ir asumiendo posiciones de vanguardia a nivel de supervisoras, jefes de turno, jefes de salas y hasta de capacitación.¹⁴⁸

En síntesis, el papel jugado por el Hospital San Juan de Dios (a pesar de sus limitaciones de planta física, económicas y de personal) para el mejoramiento general de la enfermería fue vital en amplio sentido. Esto en base a que de las prácticas en su Departamento de Enfermería, también va a servir para que otras importantes instituciones se vayan a “nutrir” de tan importante recurso humano como la Caja Costarricense de Seguro Social, la Maternidad Carit, el Ministerio de Salubridad Pública, el Asilo Chapuí y demás instituciones de salud en general. Ante tal panorama, y quizá con justa deferencia, en un momento dado Sor Angela Lazo señaló lo siguiente a las graduadas:

“Sed entusiastas y seréis dichosas y haréis felices a vuestros pacientes; que vuestras palabras sean como rayos de luz que se filtran a través de las llagas sin lastimarlas. Un alma entusiasta y optimista refleja algo de Dios y su sola presencia da serenidad y regocija a los que la rodean. Dentro de pocos momentos recibiréis sobre vuestro pecho la insignia que os identifica con vuestra amada Escuela, en ella, como coronamiento a

un conjunto de símbolos de ciencia, abnegación y caridad leeréis en letras de oro, dos nombres que debéis grabar profundamente en vuestro corazón: Colegio de Médicos y Cirujanos y el Hospital San Juan de Dios.

El Hospital San Juan de Dios ha sido vuestra cuna en ese Sagrado recinto del dolor, se templaron vuestras almas, en él conocisteis el dolor humano y en él también aprendisteis a aliviarlo y al llevar grabado este nombre querido en vuestro emblema, no solamente se quiere que se le ame sino también que se le honre y se le dignifique".¹⁴⁹

3- FORMAS DE ENSEÑANZA Y CAPACITACIÓN

Durante este período el Servicio de Enfermería del Hospital San Juan de Dios va a empezar a implantar con constancia algunas formas de enseñanza y capacitación en aras de que sus funcionarios estén al tanto de los conocimientos y tengan a su vez el "refrescamiento" pertinente. De este modo aparecen valiosos puntos de apoyo para la mejor práctica de la enfermería en función de beneficiar al paciente como reuniones regulares con el personal, preparación adecuada de auxiliares y programas concretos de educación, aparte obviamente de la labor que venía desarrollando la Escuela de Enfermería con el complemento del mismo Hospital San Juan de Dios, y que en su totalidad van a modificar sustancialmente la estructura funcional del Servicio de Enfermería.

Primeramente, un asunto relevante lo sería el impulso que recibiría la formación de los auxiliares de enfermería. Esta actividad, que se había iniciado en la década pasada, no estaba debidamente fortalecida dentro del Servicio de Enfermería del Hospital. Sin embargo, el asunto es retomado por

la Dirección de Asistencia Médico-Social, órgano adscrito al Ministerio de Salubridad, quien decide impulsarlos en San José y demás provincias a partir de 1953.¹⁵⁰

Para el caso de San José, es el Hospital San Juan de Dios el que se convierte de hecho en el centro donde se va a centralizar esta necesaria actividad de formación y capacitación. Esto debido a que es la autoridad superior del Servicio de Enfermería la que tiene mayor cuota de responsabilidad en su coordinación, aparte de que es el mismo Hospital el encargado de brindar las facilidades de planta física y apoyo logístico en general.¹⁵¹

El personal encargado de ofrecer el curso para los auxiliares de enfermería estaba compuesto por una enfermera graduada como dependiente del Ministerio, así como personal profesional de los salones e instructoras del panel del Departamento de Enfermería del Hospital San Juan de Dios.

El curso estaba programado para desarrollarse en un período de nueve meses, y distribuido entre lecciones de clase y experiencias prácticas obtenidas en los diferentes servicios clínicos del Hospital.

Empero, porque si fue muy importante la formación de auxiliares, más aún sería la implementación de un sistema de educación continua para la capacitación constante de los recursos humanos, lo cual era de suma necesidad. Así, de este modo, e impulsado por las autoridades de la Junta, del Hospital y la Congregación Religiosa, se logra introducir dentro de la organización del Servicio de Enfermería en el año 1957 tan importante ente especializado para el mejoramiento de la práctica de la enfermería.¹⁵²

La función principal que va a tener esta nueva unidad a cargo de una supervisora instructora, la cual se denominará "Educación en Servicio", será la de desarrollar programas constantes educativos dirigido tanto al personal profesional

como auxiliar, así como a ayudantes que estuvieran involucrados en cuidados de enfermería. Un ejemplo fehaciente de la actividad llevada a cabo en 1958 mostrará su importancia y proyección, la que definitivamente marcaría la pauta para el devenir en este campo.

Específicamente en dicho año, y en función de las enfermeras graduadas, se efectuaron dos reuniones educativas por mes en temas prioritarios como las relaciones humanas, la higiene mental, los cuidados coordinados del paciente, formas cariñosas de atención, admisión y traslados del paciente, cuidados en salones, prevención y tratamiento de úlceras, cuidados en pacientes diabéticos y ética en la enfermería.

Para los auxiliares, aparte de los programas de orientación para los de recién ingreso, mensualmente se les hizo énfasis en temas relacionados con los procedimientos, el buen uso del uniforme, labores técnicas en sala de operaciones y los cuidados elementales que se le deben brindar al paciente.

En función del personal profesional también se confeccionaron cursos con bastantes horas de duración en temas alusivos a aspectos administrativos y de supervisión de la enfermería, de administración de salones, sobre rotación y sobre las relaciones que se deben dar entre el personal laico y religioso.

Pero independientemente de la renovada estructuración que se estaba dando en el propio Servicio de Enfermería, a su vez seguía siendo especial la relación existente entre la Escuela de Enfermería y el mismo Hospital San Juan de Dios para la formación profesional de enfermeras. Esto debido a que todavía para este tiempo el vínculo entre ambas instituciones seguía siendo entrañable por varios motivos. En primer lugar, el Hospital continuaba siendo el principal centro clínico-práctico; situación elemental para que las estudiantes acumularan la experiencia necesaria del aprendizaje. Luego, tan-

to la Directora del Servicio de Enfermería como buena parte del personal profesional e instructor, que eran funcionarios de planta del San Juan, también formaban parte del cuerpo docente de la Escuela, así como fungían como los elementos idóneos para la formulación de planes y programas.

Por otro lado, el Hospital daba la residencia gratuita (denominada “La Casita”) ¹⁵³ a muchas de las estudiantes, así como les ofrecía apoyo en cuanto a lavandería y alimentación a los siguientes precios: 150 colones mensuales para las estudiantes residentes, 90 para las semi-residentes, 90 para instructoras y secretarías. ¹⁵⁴

Complementariamente a lo mencionado, uno de los soportes de mayor impacto que tendría la organización de la enfermería del Hospital en este período sería el de la formación de un Comité Ejecutivo, la cual estaría conformada por la misma Directora y cuatro supervisoras. El objetivo del mismo estaría circunscrito a discutir los problemas y las regulaciones del propio servicio, colaborar para una toma de decisiones más acertada, determinar los procesos que deben de regir y estar al tanto de que se brinden los mejores cuidados para el enfermo. ¹⁵⁵

Definitivamente en estos años sesenta van a quedar plasmados asuntos de amplia proyección como los siguientes:

- La educación en servicio dirigido hacia el mejoramiento de los cuidados para el paciente.
- La inclusión de un sistema de Kardex para un mejor control del enfermo.
- El otorgamiento de días libres durante cualquier día de la semana.
- Reasignación de funciones de personal graduado.
- Programas de orientación para pacientes sobre diversas rutinas.
- Valoración de procedimientos.

Concluyente y objetivamente un criterio sobre el estado de la enfermería en el Hospital San Juan de Dios lo va a emitir la experimentada enfermera consultora internacional Muriel Poulin, ya que a pesar del déficit existente con respecto a enfermeras profesionales y de los problemas de planta física, en su momento acotó lo siguiente:

“El Servicio de Enfermería ha desarrollado una firme base para continuar con una administración cabal de la enfermería. Muchos miembros del personal han recibido cursos de supervisión y manejo de salón. Muchas personas del mismo grupo han estado participando en el Comité Ejecutivo o en reuniones con las supervisoras. Algunas han mostrado iniciativa e interés en el mejoramiento de sus unidades y servicios. Unas cuantas han demostrado una habilidad y comprensión de administración equivalente a la de personal, dentro del país, más formalmente preparado. No cabe duda que el Servicio de Enfermería puede mantener su actual nivel de funcionamiento y debe poder hacerlo en forma independiente”.¹⁵⁶

4-LA INICIACIÓN FORMAL DEL SISTEMA DE ROTACIÓN

Una de las mayores preocupaciones que tenían las autoridades superiores del Hospital era la de implementar un plan de rotación de turnos entre el personal de enfermería, ya que todavía el mismo no se había adecuado con la rigurosidad del caso.

En realidad desde la década pasada se habían venido haciendo intentos para lograr tal fin, sin embargo no había sido posible establecerlo como una normativa totalmente

obligatoria debido a la falta de suficiente personal, a la oposición ejercida por parte de sindicatos y al mismo rechazo de parte del mismo gremio; inclusive, para muchas profesionales era un campo totalmente nuevo.¹⁵⁷

Ante tal circunstancia, la alta jerarquía del Hospital coincidió en que el camino correcto para poder implantar un sistema de rotación era a través del convencimiento y análisis sobre la importancia que significaba una supervisión completa e integral para los pacientes durante un período de 24 horas. Como resultado de ese convencimiento, el Servicio de Enfermería del Hospital San Juan de Dios logra introducir el mencionado sistema en el año 1959. Pero ¿qué fue lo que se hizo para lograr dar tan fundamental paso?

Primeramente, se trazó un plan estratégico cuyo fin esencial era el colocar satisfactoriamente funcionarios en los tres diferente turnos. Para esto, se requería colocar de manera más eficaz trabajadores (enfermeras, auxiliares, ayudantes) de acuerdo a las exigencias sobre cuidados de enfermos, y partiendo de las aptitudes y actitudes que mostraran ellos mismos sobre las necesidades y responsabilidades que existían en los salones.

En segundo orden, se plantearon objetivos claros, a saber: proveer eficientes servicios durante las 24 horas, considerar las necesidades y peticiones del personal con el fin de promover la cooperación, interesar al personal más experimentado, cubrir de la mejor forma los turnos de la tarde y la noche y cubrir cuando se den días libres. También para poder hacer realidad lo deseado fue necesario estimular la capacitación adicional, considerarse y evaluarse los problemas personales, flexibilidad a la hora de dar días libres, evitar la discordia y el descontento a través de la persuasión y el buen sentido común.

La vanguardia del plan de convencimiento para el personal de enfermería estuvo bajo la batuta del principal personal religioso y laico del Servicio de Enfermería, las cuales abordaron y valoraron la importancia y beneficios del sistema por medio de grupos específicos.

El primer grupo estuvo conformado por Sor Emilia Merino (directora), Sor Gloria, Estelia Marín, Angela Rosés, Dora Valverde, Margarita Vindas, Josefa Lara y Mirta Saénz. Este grupo, al cual le competió determinar las normas que podrían regir la rotación en base al paciente, el Hospital y el empleado, llegó al convencimiento de que para cuidar totalmente al paciente se debía disponer de lo siguiente:

- Que todo el personal debe rotar, pero tomando en cuenta los problemas personales debidamente comprobados. Si no fuera posible la rotación total, que por lo menos se incluyan en dos turnos.
- Que la rotación se haga dentro del mismo servicio hasta donde sea posible y de acuerdo a las necesidades del mismo.
- Que la duración de la rotación no sea mayor de un mes para la tarde y la noche.
- Que la rotación se haga por escrito con dos semanas de anticipación.
- Que las vacaciones y días libres se planeen de acuerdo a las necesidades del paciente y las conveniencias del personal hasta donde sea posible.
- Que los horarios sean flexibles con base a las necesidades del servicio.

Un segundo grupo se abocaría a determinar los lineamientos que se deberían usar en el planeamiento de la rotación por turnos. El mismo estuvo conformado por las enfermeras siguientes. Josefa (Chepita) Brenes, María Eugenia Rodó, Irma Bonilla, Margarita Slater, Sor Catalina, Sor Tere-

sa, Sor Guadalupe y Sor Lucía. Este conglomerado llega a la conclusión que la rotación debía hacerse de esta manera: considerar algunos problemas personales, dar una buena información sobre la rotación al personal, colocar los cuadros en diferentes lugares para avisos, que se pongan copias en la Oficina de Enfermería, que la evaluación que se haga a las personas que contribuyan en la rotación sea especial, que se sancione al personal que se encuentre durmiendo y que la oficina administrativa informe puntualmente sobre las suspensiones e incapacidades.

Un tercer núcleo se dedicaría a determinar los problemas específicos y las relaciones que presentase el personal involucrado en la rotación. El mismo estuvo compuesto por Alicia de Montealegre, Flora Arce, Carmen Ramírez, Elizabeth Valverde, Sor María Rosa, Sor Antonia, Sor María y Sor Victorina.

Como resultado del amplio análisis efectuado, para finales de década el sistema de rotación en el Servicio de Enfermería del Hospital San Juan de Dios sería una realidad en algunas áreas, Esto debido a que era el método más razonable y justo para la asignación de personal, y así mismo todos tendrían la oportunidad de obtener el sobresueldo de la tarde y la noche. A su vez, con el sistema se podía dar una mayor observación y capacitación para el personal en entrenamientos básicos, conferencias, demostraciones individuales e incluirlos en los programas que venía desarrollando Educación en Servicio.

Para la puesta en práctica del ambicioso plan de rotación, la mayor responsabilidad la iban a tener las supervisoras, ya que estas funcionarias eran las responsables de los cuidados que se les brindaba a los enfermos. Por tal razón tenían que estar al tanto del planeamiento, la coordinación, el control, la guía y la evaluación.

En síntesis, para poder llevar a cabo un plan de rotación en una determinada área, las supervisoras y enfermeras jefes debían tomar en cuenta factores sustanciales como los siguientes:

- Distribución equitativa para cada día de la semana.
- Deben estar abarcados los tres turnos.
- Se puede cubrir primero las tardes y las noches para contar con el suficiente personal en el planeamiento.
- Planificación de los días libres del personal.
- La persona que trabajaba un día de 10 a 6 tenía que tener libre al día siguiente.
- Se debe reemplazar en días libres en los turnos de tarde y noche.¹⁵⁸



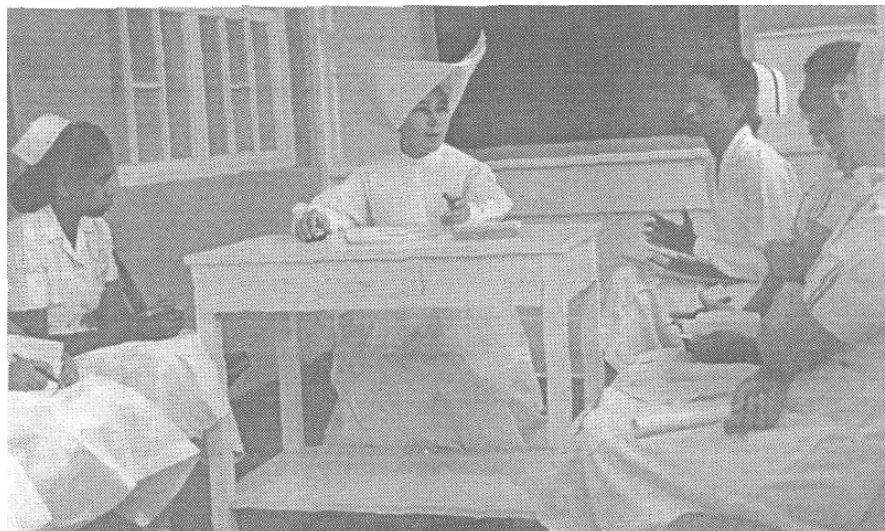
Puerta de médicos en 1950



La comunidad religiosa de las hermanas de la Caridad con su Directora, Sor Angela Lazo (1952)



Estudiantes de la escuela de Enfermería posando a un costado del Edificio de Pediatría, y que luego sería convertida en la Sección de Medicina



La comunicación constante entre las Hermanas
y el personal fue notorio a traves de décadas



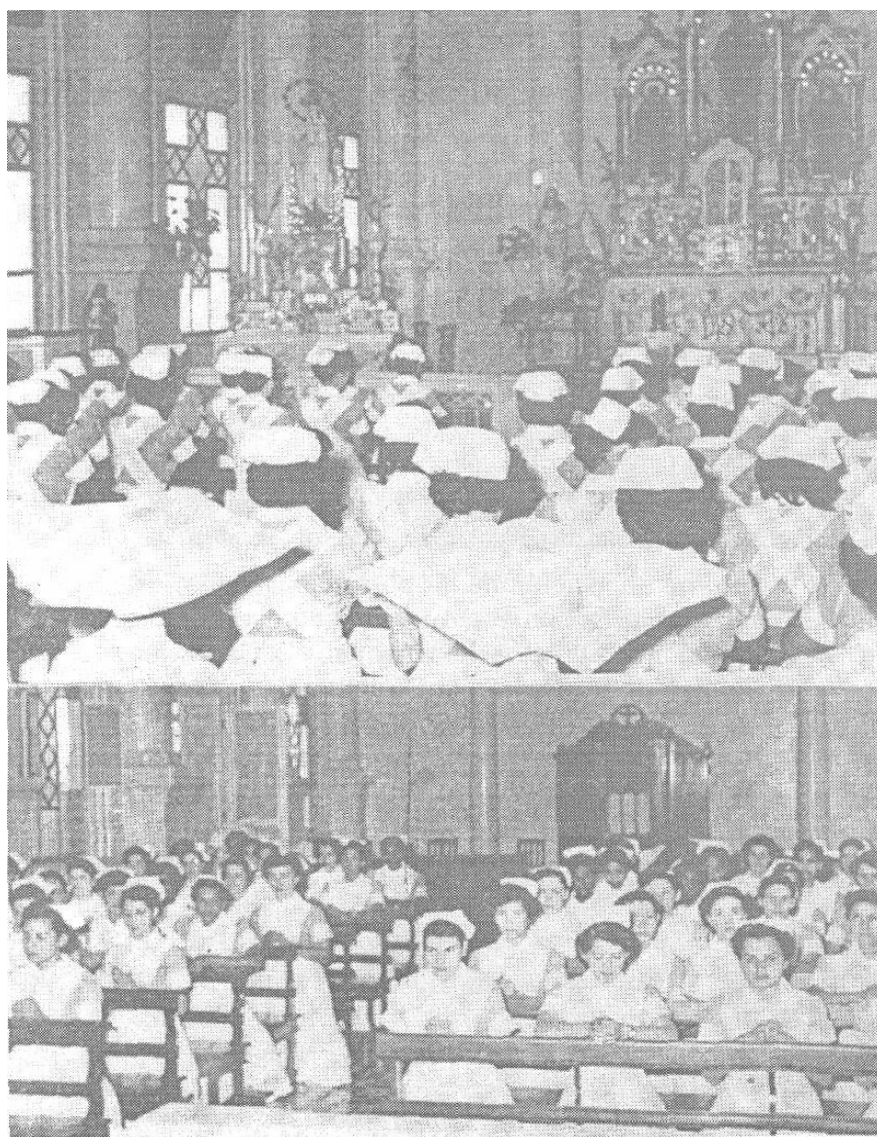
Este era el edificio en donde se localizaba
la Escuela de Enfermería en 1950



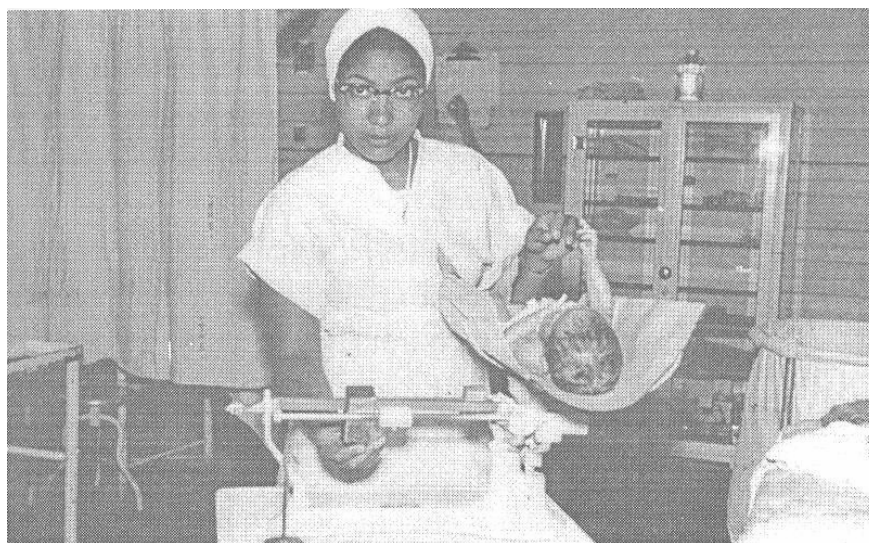
Acto de imposición de las gorras a las enfermeras
Graduadas de la Escuela. Aparecen en el orden usual:
Dr. Antonio Peña, Director del Hospital; Dr. Carlos Saenz, del
Colegio de Médicos; y la Directora de la Escuela,
Sor Genoveva Contreras (1954)



La solemnidad es la nota imperante en los actos
de graduación de la Escuela de Enfermería



La fe y la espiritualidad la demuestran las enfermeras
en la capilla del hospital



El apoyo del personal de enfermería ha sido un elemento vital
en la maternidad del hospital

C. EL PERIODO DE 1960

1- DERROTERO CONCEPTUAL Y FUNCIONAL DEL SERVICIO DE ENFERMERÍA

El Servicio de Enfermería del Hospital San Juan de Dios para los años sesenta y principios de los setenta va a consolidar diferentes aspectos de su estructura, y dentro de la parte final de una etapa amplia: la Protección Social y sus rasgos distintivos ideológicos y conceptuales, ya que a partir del año 1977 el Hospital ingresará al sistema de Seguridad Social impulsado por la Caja Costarricense de Seguro Social.

Para esta coyuntura el Departamento de Enfermería siguió a cargo de la Comunidad de las Hijas de la Caridad (en reducido número hasta 1976), aunque las profesionales laicas decididamente habían aumentado su influencia con la consecución de la mayoría de puestos con funciones de supervisión y jefatura. En este sentido, un dato es del todo esclarecedor: de 21 supervisoras con que contaba el Departamento de Enfermería en el año 1968, únicamente dos era religiosas; y de más de 50 jefes de sala, únicamente 3 formaban parte de la Comunidad Religiosa. En términos globales, el personal de enfermería estaba compuesto por 111 enfermeras graduadas, 412 auxiliares, más de 50 ayudantes y asistentes de enfermería y 7 religiosas (incluidas la directora y subdirectora),¹⁵⁹ y quienes en su conjunto debían atender directa o indirectamente a más de 1000 camas con que contaba el Hospital, los más de 30.000 ingresos anuales, las casi 400.000 estancias y un promedio general de 200.000 consultas externas y un 90 % de ocupación.¹⁶⁰

Para poder dar una respuesta a tan gran demanda, el Departamento de Enfermería daría énfasis a diversas acciones para cumplir adecuadamente en la medida de sus posibili-

dades. Uno de estos aspectos en aclararse es lo referente a los propósitos y filosofía del propio Departamento, ya que en cierta manera estaban definidos más con características de índole religiosa que si se quiere prácticas.

Dicho asunto era obvio debido a la ingerencia (positiva por supuesto) que habían ejercido las Hermanas de la Caridad dentro del conglomerado hospitalario durante casi un siglo; sin embargo, la influencia del personal secular era una condición que ya no se podía retrasar más en momentos de cambio.

Así, con esa perspectiva, una renovada filosofía va a identificar al Departamento de Enfermería, la cual tendrá como propósito ahora el de proveer los cuidados óptimos para los pacientes, y partiendo de la provisión y el mantenimiento de facilidades y personal necesario para llevar la referida atención. Más aún, ahora los cuidados de enfermería van ser concebidos como una suma total de las actividades que desempeña el personal en aras de llenar las necesidades del paciente de forma integral: suplir sus necesidades mentales, físicas, espirituales y socio-económicas. Inclusive, el asunto iba más allá, ya que también era conceptualmente delineada de la siguiente manera:

“La administración del Servicio de Enfermería es la gerencia o el manejo organizado de actividades que proveen las facilidades necesarias para dar cuidados de calidad al paciente.

La administración del Servicio de Enfermería está estructurada en tal forma que el proceso por medio la enfermería logra su propósito se presenta como un esfuerzo de cooperación, democrático, continuo intra e interdepartamentales, y siendo su finalidad la de suplir las necesidades físicas, psicológicas y espirituales”.¹⁶¹

Claro que bajo este emergente marco conceptual en la que se va a sustentar la misión de la enfermería en el Hospital San Juan de Dios para la última parte de la Protección Social, a su vez también debió ser acompañado de modificaciones para poder cumplir con ese ordenamiento al seno de la misma estructuración del servicio en si.

Con el anterior sentido, la ruta que se sigue para estar conforme a lo trazado va a estar cimentado en la responsabilidad profesional de la enfermera, en primer lugar, y en actividades como éstas: desarrollo de normas firmes y prácticas que fomenten el crecimiento y el desarrollo del individuo en función del trabajo, darle suma relevancia a los programas de la unidad de Educación en Servicio basado en los cuidados necesarios que deben recibir los pacientes y la necesidad que tienen los empleados de aprender en dar esos cuidados, la interpretación de las normas que rigen el Hospital, el mantenimiento de buenas relaciones inter-personales e inter-grupales y el constante estudio de los métodos utilizados para a fin de obtener la máxima eficiencia del personal y el uso de los equipos.¹⁶²

En esta nueva proyección de la actividad de enfermería van a quedar evidenciadas definitivamente y como nunca antes, las pormenorizadas funciones y normas que deberán de regir para el buen cumplimiento de deberes por parte de las principales responsables de brindar los cuidados de enfermería, a saber: directora, supervisoras de turno, supervisoras, jefes de sala y auxiliares. Tres ejemplos clarifican eso.

Concretamente a la Supervisora de Turno le competarán circunstancias de diversa índole, aunque su perfil principal va a estar encaminado a funciones técnico-administrativas como las siguientes: informar al personal médico de turno y dar aviso sobre las emergencias, cerciorarse de que el personal este completo en los servicios y salones, supervisa que las

funciones de enfermería se lleven a cabo con normalidad, mantenerse enterada de las defunciones habidas, extensión de permisos, estar en contacto continuo con la Dirección de Enfermería y efectuar reportes minuciosos señalando, entre otras cosas, movimientos de personal, movimiento de pacientes e ingresos.

La Supervisora, por el contrario, va a dirigir sus actividades en función más desde el punto de cuidados hacia el paciente y educativo. Entre las actividades más sobresalientes que van a tener estas funcionarias están: dar cuidados de enfermería que los pacientes que lo necesiten, mantener plena supervisión sobre los cuidados que se le brindan a los pacientes en las distintas unidades de enfermería, planificar las actividades en conjunto con el personal profesional, ayuda a las enfermeras a interpretar ciertos principios administrativos, participa en los programas de capacitación, provee y distribuye equipo, ayuda en la orientación del personal y utiliza oportunamente cualquier oportunidad de enriquecer la experiencia clínica.

Indiscutiblemente la Enfermera Jefe de Sala se va a dedicar exclusivamente a atender directamente al enfermo y al cuidado del salón asignado. En este sentido, su dedicación principal va a estar enfocada a tomar las medidas que sean para brindar los cuidados de enfermería apropiados, facilitar todo tipo de ayuda y cooperación requerida por los médicos, mantener el material necesario para cumplir con los tratamientos ordenados y las prescripciones, coordina y supervisa los deberes correspondientes al personal asignado, evalúa los servicios que prestan por las estudiantes de enfermería, las auxiliares y el resto de personal, efectúa reuniones y entrevistas con diverso personal, ayuda a la enseñanza de los pacientes, participa en los programas de capacitación, trabaja a base de planes, procura el ambiente adecuado para el

paciente, supervisa la conservación del equipo y suministros y guía constantemente al personal de sala.

En este renovado modelo de plasmar la enfermería en el Hospital San Juan de Dios, la capacitación a través de la unidad de Educación en Servicio va a representar la clave de la buena organización práctica. Por tal razón, el trabajo que desplegará la profesional encargada será de mucha trascendencia, además de que entre su sumario de trabajo se destacan los siguientes factores funcionales: organiza y dirige el programa permanente de orientación y capacitación para todo el personal de enfermería, dirige los programas de entrenamiento en el trabajo, consulta al personal destacado las determinaciones sobre las necesidades de enseñanza, mantiene un lazo de unión con el diverso personal hospitalario para planear programas, mantiene los records e informes actualizados sobre los participantes en los programas, promueve el interés en las enfermeras graduadas para su superación personal, mantiene las evaluaciones regulares de los diversos programas de la unidad competente y sirve de enlace para armonizarlas relaciones de trabajo con todos los departamentos.¹⁶³

En conclusión, la nueva ordenación del Departamento de Enfermería del Hospital San Juan de Dios para el período de los años sesenta y primeros años de los setenta se convertirá en una estructura muy compleja, con defectos y virtudes muy propias de su mismo proceso evolutivo, pero sobre todo siempre buscando ofrecer lo mejor para su razón de ser: el paciente; además, su proyección va a estar sustentada en los siguientes e importantes elementos prioritarios.

La supervisión: que era un aspecto ideado para el cuidado de los pacientes a partir de la organización, el estímulo, el fomento de la actividad y el bienestar del personal, y representando a la vez una herramienta muy útil para im-

plementar, interpretar y asegurar ciertos principios administrativos aplicados a la enfermería. También la supervisión era un instrumento clave para enseñar, orientar, educar, mantener los programas, los contactos con el personal, determinar progresos y necesidades y en fin, para interceder en función de mejorar los cuidados bajo un perfil armónico e integrador de los conocimientos de enfermería, administrativos y educacionales.

La evaluación: la aplicación constante de este concepto era un asunto básico en razón de determinar si los logros de la actividad estaban contribuyendo a alcanzar los propósitos delineados. Obviamente la misma debía efectuarse periódicamente para todo el personal, y así obtener valiosa información en cuanto al progreso individual, capacidad técnica, eficiencia y calidad de la atención para el paciente, además de que de la misma evaluación se obtenían parámetros sobre aptitudes y actitudes de las diferentes relaciones interpersonales.

Para lograr una correcta evaluación se requería la participación de la supervisora, la enfermera jefe de sala o la dependencia jerárquica correspondiente, quienes eran las encargadas de llevar los registros mensuales y las observaciones pertinentes.

Los cuidados de enfermería: para ofrecer de la mejor manera los diversos cuidados era necesario forzosamente que la actividad de la enfermería se basara previamente en un plan de acción. El mismo era el bastión en donde se establecían los objetivos primarios en el sentido de lograr mejorar la salud del paciente considerándolo como una unidad biológica, síquica y cultural, y cuyo alcance era el de desarrollar la independencia del paciente, proporcionar la curación dentro de los límites normales, ofrecer la oportunidad de reducir los sufrimientos del paciente y brindar el consuelo adecuado en

situaciones extremas; a su vez, el plan contemplaba proporcionar al individuo enfermo los medios para satisfacer sus necesidades y asegurarle los cuidados continuos integrales.

Para poder cumplir a cabalidad con dicho plan , el sistema de Kardex se convertiría en una herramienta esencial, ya que era un documento informativo de trabajo en el que se reunía el planeamiento diario y periódico de la atención que se le brinda y se le sigue al paciente, aparte de facilitar el trabajo de la enfermera en el sentido de asegurar los mejores cuidados, el cumplimiento de las órdenes médicas, la identificación de los medicamentos, la evitación posible de errores y mejorando el entendimiento del personal en general.

La capacitación continua: este ha sido si se quiere uno de los aspectos más relevantes en que se debía sustentar la actividad de los cuidados de enfermería, ya que permitía mantener el diverso personal con un nivel educativo acorde a las circunstancias. En este sentido, la unidad de Educación en Servicio se presentaba como el ente ideal para ofrecer programas estables, continuados y adaptados a cada nivel, en aras de motivar el progreso, el mejoramiento y la adquisición de nuevas modalidades y conceptos con base a los avances de la materia de la enfermería. Su labor le permitía involucrarse en el desarrollo de programas de orientación para personal nuevo, programas de repaso de técnicas básicas, revisión y actualización de procedimientos, divulgación de temas asociados a la salud, programas educativos para pacientes y programas de proyección a la comunidad.¹⁶⁴



El maniquí ha sido un elemento importante para la capacitación en enfermería a través del tiempo



Las mesas de trabajo era cosa común entre las hermanas y el personal laico (1957)



Maria Cecilia Arias el día de su graduación en 1950
(en los años setenta va a asumir la
Dirección del Departamento de Enfermería del Hospital)

2- ALGUNAS PARTICULARIDADES Y OTROS COMPONENTES

No deja de ser interesante algunas otras condiciones que se aglutinaban alrededor del Departamento de Enfermería y su estructura en esta fase. Uno de estos componentes es lo referente a la vestimenta que utilizaba el personal asignado y que la Comunidad Religiosa lo supervisaba celosamente. En el caso de las enfermeras, el uniforme lo componía una gorra color blanco con terciopelo negro, un vestido blanco de manga corta o larga, medias blancas y zapatos blancos de media bota. A la enfermera únicamente se le permitía llevar como alhajas el anillo de matrimonio o graduación, reloj e insignia o prendedor, maquillaje moderado, cabello preferiblemente corto o recogido

A la auxiliar de enfermería le correspondía utilizar un uniforme compuesto por una gorra color blanco con una franja azul en la parte de atrás, un vestido blanco de una pieza, medias color beige, zapatos blancos, reloj, anillo de matrimonio, prendedor de identificación, maquillaje moderado y sweter azul o blanca.¹⁶⁵

Los requisitos que se exigían para poder laborar en el Departamento de Enfermería del Hospital San Juan de Dios estaban fundamentados de la siguiente manera: para optar a una plaza de enfermera profesional era necesario ser graduada en una escuela reconocida, además de estar incorporada al Colegio de Enfermeras de Costa Rica (creado por la Ley 2343 del 29 de mayo de 1959, y estando conformada la primera Junta Directiva por Estelia Marín, Vilma Curling, Margarita Umaña, Lilly Pérez, Aracelly Sandoval, Doris Solórzano y Josefa Lara).¹⁶⁶ Para aspirar a un puesto de auxiliar de enfermería era necesario presentar el diploma del curso competente; además, el aspirante a auxiliar debía haber aprobado el segundo año de enseñanza media.

Las rutinas que se efectuaban en los salones era otro de los aspectos muy singulares dentro del Servicio de Enfermería. Al menos para darle trámite a una orden médica emitida, la enfermera tenía que anotar las indicaciones para la guía del cuidado del paciente en el Kardex referente, hace el tiquet y lo coloca en el tarjetero, así como también notifica la orden por realizar a la auxiliar o lo ejecuta ella misma. Si la orden médica se refiere a la cancelación de una orden anterior, la enfermera tacha las instrucciones en la guía del cuidado sobre el paciente, elimina el tiquet y quita la señal plástica, firma la hoja de prescripciones al tramitar la orden médica y anota en la hoja de "observación de enfermería" fecha y orden en que cesó la orden.

Un elemento sustancial para las tareas de enfermería lo representa el Kardex, ya que facilita en gran medida el trabajo de enfermería para el cuidado del paciente en la supervisión, así como también asegurará el cumplimiento de las órdenes médicas, a evitar errores y a mejorar el entendimiento en general.

Para el manejo del Kardex, las órdenes médicas tenían que escribirse con tinta azul en la tarjeta de guía del cuidado del enfermo la cual constaba de dos partes: en la parte de arriba se anotarían los diversos cuidados, exámenes y ordenes especiales. En la parte inferior se anotaba las medicinas y los tratamientos de rutina. Los medicamentos y tratamientos que no se cumplían se encerraban en un círculo con lápiz negro y se señalaba el por qué no se efectuó.

En cada Kardex debía haber una tarjeta que sirviera de guía para facilitar su manejo conteniendo la clave de señales plásticas, las abreviaturas que podían usarse y el cómo debe escribirse, y en cada turno se designaba una persona para que se responsabilizara de la manipulación del mismo. También en cada salón debía existir papelería propia como solicitud

de rayos equis, hojas de notas de enfermería, hojas de pedido de laboratorio, solicitud de servicio social, fórmulas para pedido de medicamentos, de metabolismo basal, de consulta, electrocardiogramas, de banco de sangre, traslado del paciente, de temperatura, de estado del paciente y órdenes de médico en general.¹⁶⁷

Pero definitivamente no cabe la menor duda que entre toda esta ordenación de cuidados de enfermería, el asunto de la capacitación era el pilar fundamental en donde se cimentaba la buena disposición para el paciente. Para finales del período la capacitación y el entrenamiento constante para los auxiliares de paciente fue una tónica a ultranza, siendo la base para el devenir. Su plan de estudio impulsado por las supervisoras y las enfermeras jefes del Hospital era ambicioso y completo, por lo que acotar parte de su contenido no se puede soslayar, ya que sería la base de los cursos para las décadas siguientes por sus alcances.

Entrenamiento para los Auxiliares de Enfermería del Hospital

Orientación general: tarjeta de marcar y del comedor, uniforme, orientación sobre el Hospital, recorrido por los principales departamentos, relaciones inter-departamentales y horas de alimentación.

Relaciones inter-departamentales: relaciones humanas, adaptaciones y ética hospitalaria.

Historia del Hospital: primeros hospitales, objetivos, personal del hospital y dependencia.

División del Hospital y su personal: secciones, departamentos y salones, personal y objetivos.

Normas generales: clases de normas, formulación de normas, uso de ascensor y teléfono, divulgación, dietas y quién debe de llevar las órdenes de dietas.

Procedimientos: deshacer y hacer una cama.

Teoría de la temperatura: objetivos, tiempo y operaciones.

La cartulina: objetivos y contenido.

Teoría del pulso y la respiración: objetivos, datos importantes y anotaciones.

Recolección de muestras: ordenes, expectoración, orina fraccionada, contraseñas, antibióticos, purgantes y transfusiones.

Preparación de equipo y procedimientos terapéuticos: saber preparar equipo para diferentes tratamientos, cuidados del equipo, preparación de pacientes y dar tratamientos, posiciones de los pacientes, cuidado de los objetos del paciente, cuidado de los útiles y exámenes, cuidados de la ropa, cuidados de los dientes, la boca, pies y manos, aseo y peinado del paciente, cuidados de vestir y desvestir, mantener el bienestar físico del paciente, administración de medicamentos, cuidados pre y post-operatorios, traslado de pacientes, rendir servicios especiales y cuidados post-mortum.

Objetivos del entrenamiento

- Preparar al personal para que de cuidados de la mayor y mejor calidad a los pacientes.
- Dar oportunidad al personal auxiliar para mejorar sus habilidades y aptitudes.
- Capacitar, orientar y educar al auxiliar en el sentido de la responsabilidad que se debe de tener con los pacientes y la Institución.
- Preparar al personal con un mayor grado de comprensión para atender las necesidades de los pacientes y las relaciones humanas en general.¹⁶⁸

3- PANORÁMICA DE LA ESCUELA DE ENFERMERÍA

La Escuela de Enfermería (que matricula hombres por primera vez en 1963) a partir de los años sesenta va a ir sufriendo modificaciones de diversa índole en cuanto a su organización general, la cual tendrá como corolario su incorporación final a la Universidad de Costa Rica en el primer quinquenio de la década siguiente. Un estudio efectuado en el primer semestre de 1972 refleja abiertamente sus principales características.¹⁶⁹

Concretamente sobre la conceptualización, para la Escuela la enfermería será concebida como un proceso interpersonal correspondiente a una actividad humana en la cual impera un servicio en función del individuo, y siendo su objetivo central el cuidado integral del ser humano desde el punto de vista espiritual, mental, social y físico, además de reconocerse y respetarse la privacidad y sus derechos inalienables.

La anterior definición es sumamente reveladora, ya que en buena parte coincide con la filosofía que el mismo Departamento de Enfermería del Hospital San Juan de Dios ostentaba.¹⁷⁰ Pero eso no era todo dentro de este marco conceptual, porque también la Escuela de Enfermería va a justificar su accionar desde otras aristas. Por ejemplo, al individuo se le va a considerar como miembro de una familia, de una comunidad, por lo que la enfermería también le compete colaborar y participar con otras disciplinas en función del mejoramiento de la sociedad y la vida sana.

Para el buen ejercicio de la profesión, primeramente las aspirantes a enfermeras debían de ser personas sensibles y conscientes de las necesidades humanas, tener amor genuino por la gente y aceptar sus limitaciones y potencialidades. En segundo lugar, a la Escuela le interesaba formar profesio-

nales mediante el estudio, la experiencia y la investigación, así como prepararlos en el sentido de que asuman liderazgo, buen razonamiento y crecimiento como ciudadanos, como personas y como profesionales. A su vez, le interesaba sobre manera que sus profesionales tuvieran presente las necesidades del individuo, de la familia, definiendo y solucionando problemas y propósitos y evaluando resultados, por lo que en la enseñanza se privilegiaba los principios científicos y el énfasis en la aspecto social.

En concordancia con lo antes señalado, por tanto, la Escuela consideraba que la enfermería no podía ser un cuerpo doctrinal cerrado y estático, sino más bien susceptible al constante mejoramiento y progreso dentro de la misma teoría y la investigación, ya que las exigencias en el cambiar de los tiempos requerían la máxima capacitación humana de los profesionales: valores éticos, espirituales, estéticos, vocación y cultura.

En sí, lo que la Escuela de Enfermería inculcaba dentro de sus buenos propósitos formativos era lo siguiente:

- Preparación humanística y científica para el mejor conocimiento del hombre.
- Apreciación de la estructura de la personalidad como profesional.
- Desarrollo de la habilidad para funcionar profesionalmente como miembro del equipo de salud en la prevención de la enfermedad, fomento y reparación de la salud.
- Desarrollo de la habilidad en el uso de principios básicos en el planeamiento, administración y dirección de los cuidados integrales y continuos del paciente.
- Infundir en el estudiante la habilidad óptima para descubrir, utilizar y evaluar el correcto uso de los

recursos personales, institucionales y de la comunidad al planear el cuidado continuo del paciente.

- Qué el estudiante adquiriera conocimientos básicos sobre la conducta humana y el manejo de las relaciones humanas.¹⁷¹

La realidad era que la Escuela de Enfermería (afiliada a la Universidad de Costa Rica desde 1966) para inicio de los años setenta tenía una organización acorde a las circunstancias de una enseñanza moderna, e impulsada con ahínco por su principal abanderada, Irma Sandoval, su Directora. Sin embargo, la pretensión de la Escuela y de las autoridades competentes iba más allá: incorporarse definitivamente como Escuela académicamente perteneciente a la Universidad de Costa Rica. ¿Y en qué se basaba tal pretensión? Pues, se basaba en su buena organización, las calidades de su cuerpo docente, los requisitos exigidos a las estudiantes, las condiciones curriculares y evaluativas, diversos recursos y claridad en los planes de estudio. El detalle de algunas de estas variables ofrecerá mayores evidencias.

La organización se sustentaba en una pirámide jerárquica que encabezaba todavía el Patronato de la Escuela.¹⁷² Este órgano se encargaba de entablar las relaciones con las instituciones que velaban directa o indirectamente en pro de la Escuela: el Ministerio de Salubridad, la Junta de Protección Social de San José, Universidad de Costa Rica, Ministerio de Educación Pública, Colegio de Médicos y Cirujanos, Caja Costarricense de Seguro Social, el Instituto Nacional de Seguros y la Dirección del Departamento de Enfermería del Hospital San Juan de Dios.

La misión fundamental que tenía este Patronato, entre muchas otras, era la de obtener los fondos suficientes que sirvieran para el sostenimiento de la Escuela (que provenían

básicamente de derechos de matrícula, subvenciones del Gobierno de la República y apoyo de la Junta y la Dirección de Asistencia Médico-Social), aprobar y administrar el presupuesto y avalar los programas de estudio.

Seguidamente se encontraba la Dirección de la Escuela, a la cual le competía todo lo referente a la docencia, mantenimiento de normas y reglas, guía de personal y profesorado, administración de los distintos programas, nombramientos, análisis y evaluaciones, calificaciones e investigación y promoción. Además completaba este cuadro ejecutivo y diligencial las coordinadoras de los diferentes niveles y programas específicos, el cuerpo docente especializado en las diversas materias que se imparten, los comités especiales, la tesorería, la biblioteca, la contabilidad, el transporte y los servicios misceláneos, en fin, una amplia estructura de apoyo administrativo y docente.

Dentro de esta ordenación, uno de los asuntos de mayor relieve y proyección es lo concerniente al plan de estudios. Este complejo plan constaba de seis semestres (que incluía contenidos teóricos, práctica clínica y laboratorio) distribuidos a razón de dos semestres por año, o sea que la carrera tenía una duración de tres años y constaba de los siguientes cursos:

- Educación para la salud
- Estadística e Historia de la enfermería
- Introducción a la enfermería
- Enfermería psiquiátrica
- Enfermería materno-infantil
- Enfermería médico-quirúrgica
- Administración y Salud Pública
- Fundamentos de sociología
- Psicología general

Psicología del desarrollo
Ética profesional
Anatomía
Fisiología
Bioquímica
Nutrición
Parasitología
Dietética
Farmacología

Los anteriores cursos señalados, aparte de constar con contenidos apropiadamente diseñados por profesionales, obedecían a objetivos debidamente delineados dentro y para una realidad nacional, y utilizando métodos de enseñanza a base de conferencias, charlas, discusión en grupos, seminarios, experiencias clínicas, proyección de películas, estudio de casos, visitas de campo, referencias bibliográficas y disertaciones en general.

Al menos, por mencionar un caso, el objetivo general del curso Enfermería de Salud Pública era el de aumentar la comprensión del alcance de las funciones de la enfermera y sus responsabilidades individuales en la promoción de la salud del individuo, la familia y la comunidad, además de estar preparada para identificar problemas, planear y ejecutar actividades de enfermería con aplicación de principios técnicos y científicos.

El mencionado curso estaba diseñado para preparar a los estudiantes en la supervisión y los principios fundamentales de la salud pública, diagnóstico, problemas de salud de las personas y comunitarios, organización y funcionamiento de los diferentes programas.

Para el caso de la Administración de una Unidad de Enfermería, se hacía énfasis en objetivos tales como los prin-

cipios de supervisión y el desarrollo de habilidades de dirección, coordinación, comprensión y apreciación de las diferentes responsabilidades en función del servicio de cuidados de enfermería para el paciente.

Paralelamente a los cursos, servía de soporte un Comité Central de Currículo, el cual planificaba las diferentes materias, las implementaba, las evaluaba con constancia, las controlaba y principalmente analizaba los progreso de los estudiantes. Entonces ¿qué le daba la Universidad de Costa Rica a la Escuela de Enfermería en su carácter de afiliada?

En primer lugar, la Escuela tenía su centro de actividades en el mismo edificio construido en 1935 para albergar la Facultad de Medicina de la República (costado sur-este del Hospital San Juan de Dios: calle 14), la cual cambió de nombre por el de Colegio de Médicos y Cirujanos a partir del 26 de agosto de 1940.¹⁷³ Esta planta física al trasladarse el Colegio de Médicos al costado sur de La Sabana fue adquirido en su totalidad por la Dirección de Asistencia Médico Social a principios de los años sesenta, que a su vez se lo entrega a manera de concesión al Patronato de la Escuela de Enfermería para que funcionara ahí exclusivamente dicha entidad. Para inicios de los años setenta la Escuela de Enfermería disponía en esa infraestructura de salas para clases, anfiteatro, oficinas administrativas y salón para la biblioteca.

Específicamente la colaboración que le daba la Universidad a la Escuela de Enfermería se circunscribía a brindar asesoría académica y facilitar profesores en caso de necesidad especialmente el profesorado médico que pertenecía a la Facultad y a la Escuela de Medicina que había iniciado labores en 1961 con un grupo de 11 alumnos,¹⁷⁴ aunque no participaba en la toma de decisiones ni en cuestiones de tipo económico. O sea que la participación de la Universidad de Costa Rica era limitada a favor de la Escuela, a pesar que

desde el año 1971 el Consejo Universitario había aprobado un Bachillerato en Enfermería destinado para las enfermeras graduadas de la Escuela.¹⁷⁵

Decididamente el panorama que presentaba la Escuela de Enfermería era desde todo ángulo muy satisfactorio: planta física, cuerpo de profesores, planes de estudios, apoyo técnico y administrativo, prácticas clínicas (ahora se hacían en diversos hospitales) y asesoría internacional. Entonces, ¿qué le faltaba? Pues, lo que le faltaba a la Escuela era vincularse definitivamente como una escuela más a la Universidad de Costa Rica (ejemplo: las estudiantes de enfermería no obtenían acreditación en algunos cursos por su carácter únicamente de afiliada) ya que diversas recomendaciones así lo estipulaban, además de que el Patronato y las autoridades también lo pretendían debido a la buena organización existente.

Con el anterior sentido, las autoridades de la Escuela se pronuncian a favor de que se haga una amplia revisión con el objetivo de determinar si la añeja institución podía ingresar a la Universidad de Costa Rica como una escuela anexa, o en su defecto, como componente de la misma Facultad de Medicina.

Finalmente, las voces que pregonaron el cambio fueron “oídas”, ya que durante el mes de noviembre de 1972 el Consejo Universitario de la Universidad de Costa Rica acepta en su totalidad a la Escuela de Enfermería como un miembro directo más, y anexada a la Facultad de Medicina bajo las regulaciones pertinentes.

La formalidad del traspaso se efectuó mediante un convenio suscrito en 1975 entre el Dr. Claudio Gutiérrez, rector de la Universidad, y el Dr. Miguel Asís, Presidente del Patronato de la Escuela. En el mismo se dejaba claro de una vez por todas que la Universidad de Costa Rica aceptaba a la Escuela, además de que ésta le endosaba el equipo, el mobi-

liario, las rentas y subvenciones que la auspiciaban.¹⁷⁶

En realidad con la aceptación y status que le estaba dando la Universidad a la Escuela, lo que verdaderamente se estaba “premiando” era la labor que se venía efectuando desde finales del siglo XIX e inicios del XX por los diferentes entes encargados de la formación de obstétricas y enfermeras, así como la de sus pioneros y colaboradores de diferentes épocas.

Y es que, aunque con una perspectiva diferente por el tiempo que las separaba, paralelamente ambas instituciones lo que les interesaba era servir a los mejores intereses de la Patria. Así, la Universidad de Costa Rica, que fue creada el 26 de agosto de 1940 en aras de emprender la restauración intelectual del país,¹⁷⁷ y que va a tener como propósitos el cultivar y difundir las ciencias, las letras y las artes a través de una educación humanística y la libertad de cátedra, indudablemente tendrá algo muy común con la Escuela de Enfermería: estudiar y buscar soluciones de la comunidad con el proporcionamiento de una cultura superior.¹⁷⁸

Dentro de la anterior amalgama, el Hospital San Juan de Dios serviría como un punto de enlace para ambas instituciones. Esto por cuanto fue el Hospital y su Departamento de Enfermería en donde se sustenta la plataforma de enseñanza formal de la enfermería en Costa Rica por más de setenta años, por un lado, y por el otro, la enseñanza universitaria también tendría en el Hospital San Juan de Dios su punto de partida. Sobre esto último, cabe resaltar que la precoz enseñanza de la medicina y la farmacia promocionada por la extinta Universidad de Santo Tomás (creada en 1843) en el siglo XIX¹⁷⁹ tuvo como eje principal de su prácticas los salones del Hospital San Juan de Dios. Posteriormente, con el advenimiento de la Universidad de Costa Rica, diversas ramas de las Ciencias Médicas también tendrán acogida en esta casa

hospitalaria: la farmacia, la medicina y la microbiología. O sea que, el Hospital San Juan de Dios ha funcionado como Hospital Escuela de cara al mejoramiento científico nacional, cultural y social del conglomerado costarricense.

La Escuela de Enfermería no fue la excepción, porque fueron en sus mismos salones en donde se forja y se consolida la enfermería como profesión y como actividad imprescindible para la atención de los pacientes.

4- EL FINAL DE LA CONGREGACIÓN RELIGIOSA

En los años setenta se va a producir un hecho de enorme trascendencia que romperá abruptamente la rutina de la mecánica funcional del Hospital San Juan de Dios y especialmente dentro del mismo Departamento de Enfermería: la relación más que centenaria que se había mantenido entre la Comunidad Religiosa de San Vicente de Paúl y Luisa de Marillac (personificada con gloria sublime por las Hijas de la Caridad) y el Hospital San Juan de Dios llegaría a su conclusión. ¿Por qué?

Fueron varias las razones que se juntaron y que coincidentemente hicieron lo posible para que ese lazo entrañable se rompiera definitivamente: razones de índole administrativo, de orden ideológico y filosófico, de influencia y poder y en fin, debido a cambios conceptuales en general del sistema de salud nacional se confabularon en su contra; sin embargo, la enorme tarea misericordiosa en favor de los enfermos del Hospital San Juan de Dios estaba cumplida tras cien años de entrega, sacrificios y mancomunados esfuerzos silenciosos y sin ostentación, pero con un inconmensurable amor para el prójimo más necesitado: el enfermo desvalido.

Una de esas razones que caló negativamente dentro de la Comunidad de Hermanas de la Caridad fue la pérdida de

su protagonismo a nivel general dentro de la organización interna del Hospital San Juan de Dios. Efectivamente, las Hermanas desde su llegada en 1873, aparte de las labores de enfermería, se habían hecho cargo prácticamente de toda la dinámica funcional de Hospital y que se denominaba el régimen interior (como se a descrito en anteriores títulos). Esto quería decir que las religiosas desde un principio la Junta les había dado plenos poderes y facultades para regir el Hospital de acuerdo a sus bondades y criterios tanto para las labores de enfermería como para las demás áreas de apoyo de índole técnico-administrativo; situación que se mantendría de la misma manera por muchos años pero que en definitiva se iba a ir rompiendo.

El primer rompimiento que va a sacudir el esquema tradicional se va a dar en el Servicio de Botica (posteriormente denominado Departamento de Farmacia). Esta importante y necesaria actividad la había asumido con dedicación y esmero la Comunidad Religiosa desde el siglo XIX, sin embargo la Junta de Protección Social de San José a instancias del Ministerio de Salubridad se había interesado en nombrar un profesional para que se hiciera cargo de tal actividad en el Hospital San Juan de Dios en el año 1938.¹⁸⁰ La Junta, una vez estudiado el asunto en cuestión, decide que ya era tiempo de colocar al frente de actividad farmacéutica a un profesional incorporado al Colegio de Farmacéuticos de Costa Rica debido a la trascendencia funcional y legal que para esos años venía tomando la compra y el expendio de medicinas.

El candidato escogido por los miembros de la Junta para ocupar el puesto de regente de la farmacia del Hospital San Juan de Dios fue el Lic. Fernando Chávez (primer jefe profesional), aunque curiosamente el Superintendente (director) del Hospital, Dr. Luciano Beeche, no estaba del todo de acuerdo con dicho nombramiento puesto que afirmaba que:

“Siendo la botica el más importante departamento del Hospital por la delicadeza que entraña, no veo la necesidad de que el farmacéutico tenga ingerencia directa en su manejo, pero estimo más conveniente que sea un elemento consultor a quien la Hermana deba recurrir cuando las circunstancias lo exijan”.¹⁸¹

El razonamiento expresado por Beeche no cabe duda que fue a todas luces contradictorio, ya que se suponía que él como máxima autoridad del Hospital preferiría un profesional capacitado para tan delicado puesto de formulación científica, despacho y control de medicinas; sin embargo, la afirmación señalada reflejaba la confianza que tenía en las Hermanas de la Caridad, y que con justicia en base a su tesonera y abnegada labor se habían ganado.

A pesar de dicha contradicción, finalmente el criterio de la Junta imperó al nombrarse el Lic. Chávez en la jefatura de la botica, posición que también asumirían para los años siguientes las profesionales en farmacia Hilda Carranza, Agripina Chen, Bertalía Sánchez, Marta Ovares y Elsa Pérez, aunque bajo un extraño híbrido funcional-administrativo: la parte técnica y profesional iba a estar a cargo del farmacéutico, y la parte administrativa a cargo de una Hermana de la Caridad.

Evidentemente tal “híbrido organizativo” no le gustaría a las regentes profesionales debido a la dualidad de mando que se presentaba, aparte de los choques que se sucedían entre ambas jefaturas a la hora de la toma de decisiones y por la formulación de políticas convenientes.¹⁸² Un ejemplo de esto se da en 1945 y años venideros, cuando la regente de la farmacia no era la responsable del cuidado de la existencia de las drogas estupefacientes del Hospital, más bien la misma

era potestad de la Hermana de la Caridad Sor Teresa Paredes que fungía como jefe administrativa.¹⁸³

En resumen, las potestades que tenía la Congregación Religiosa sobre las actividades farmacéuticas fueron directas desde su llegada. Luego, a partir del año 1938, su participación se va a reducir en buena medida a una participación compartida; situación que va a concluir para finales de los años sesenta cuando la Jefe de la Farmacia, la Dra. Cecilia Montero, por si sola va a encaminar el destino de la misma. O sea que, antes del ingreso del Hospital San Juan de Dios al sistema de Seguridad Social (en 1977), la influencia de las Hermanas sobre la farmacia ya era nula.

Empero, porque la anterior situación también se daría en otros ámbitos de apoyo como el de los diferentes departamentos de resolución administrativa. La Comunidad Religiosa tenía a su cargo desde el siglo XIX diversos servicios indispensables: la cocina, contratación de personal, ropería, aseo, lavandería, mantenimiento, proveeduría, admisión de enfermos y otros más, independientemente de sus funciones propias de enfermería. Con el paso a la nueva centuria, las Hermanas de la Caridad seguían a la vanguardia de las diferentes unidades administrativas. Esto todavía estipulaba el mismo reglamento interno emitido en el año 1941, el cual manifestaba que las Hermanas de la Caridad *“se encargarán de la dirección del servicio interior, el nombramiento y remoción de empleados y el buen orden, la moralidad y disciplina”*.¹⁸⁴

En realidad lo estipulado en este reglamento sobre las funciones de las Hermanas no eran diferentes a las acotadas en los distantes anteriores normativos, ya que reflejaba el poder (en el buen sentido) y la influencia que mantenían sobre toda la actividad intra-hospitalaria.

Sin embargo, en la década de 1950 debido a la especialización que se estaba dando a en muchas unidades médicas

y técnicas, así como a la enorme demanda de servicios de enfermería que se requerían, hicieron pensar que eran muchas las responsabilidades que se les delegaba a las Hermanas de la Caridad,¹⁸⁵ aunque ellas las asumían sin queja ni protesta, a pesar de que no tenían nada que ver con tareas propias de enfermería que era el principal cometido.

A inicios del año 1958 dependían del Servicio de Enfermería del Hospital las oficinas destinadas a la lavandería, costura, aseo general, abastecimiento, mantenimiento, suministro de materiales, personal, servicio telefónico, dietética y cocina y guardarropía;¹⁸⁶ demasiadas funciones juntas y que se debían cumplir de la mejor forma posible.

Ante ese exceso de responsabilidades, la Junta decide crear la Oficina de Administración del Hospital San Juan de Dios, la cual tendría entre sus funciones precisamente la de asumir muchas de las actividades que indirectamente recaían en las Hermanas de la Caridad, así como también el nombrar y reorganizar todo lo competente a su radio de acción. De esta forma, la Comunidad Religiosa únicamente se dedicaría a dirigir las labores de enfermería, que de por sí eran demasiadas por el enorme número de pacientes que recurrían al Hospital.

La organización de la administración le correspondió efectuarla a don Alfonso Figuer, primer administrador oficial del Hospital San Juan de Dios (nombrado en el segundo semestre de 1958) y venido de la Caja Costarricense de Seguro Social. Con Figuer, se empezaría un desarrollo armónico de la diversas actividades de orden administrativo, que incluiría el nombramiento de personal idóneo para las áreas de trabajo, creación de nuevas oficinas, implementación de manuales administrativos y de contabilidad, atención de los problemas laborales y de mantenimiento, la participación y supervisión en las compras, la división del trabajo, en fin, todo lo corres-

pondiente a una administración moderna, y cuyos mejores resultados se iban a ir sucediendo.

Pero claro está, ya que al igual que sucedió con el Servicio de Farmacia, ahora también con la nueva medida puesta en práctica, indirectamente a las Hermanas de la Caridad se les estaba sesgando (sin querer) aún más su preponderancia dentro de la organización interna del Hospital San Juan de Dios.

Aunado a lo antes mencionado, a su vez, dos aspectos relevantes asociados con la participación directa que tenían las Hermanas de la Caridad van a quedar al descubierto. Las dos eran en relación con la enseñanza de la enfermería. En primer lugar, a la Comunidad con la llegada de Sor Angela Lazo se le había otorgado el derecho de dirigir la Escuela de Enfermería debido a su íntima relación histórica que tenía con el Servicio de Enfermería del Hospital. Inclusive, se podía afirmar que tanto la Escuela como el mismo Servicio eran como sinónimos, puesto que por un período de 15 años la Directora de la Comunidad no solo se mantenía al frente del servicio en el Hospital San Juan de Dios, sino también lo era de la misma Escuela.

Tal situación vino a cambiar en el año 1959, cuando por primera vez el Patronato de la Escuela de Enfermería nombra como Directora a Angela Roses, enfermera profesional laica del Hospital San Juan de Dios, y en calidad de Subdirectora a la enfermera profesional Irma Sandoval. Ambas con amplia preparación, ya que fueron de las primeras enfermeras graduadas costarricenses que se especializaron en el exterior. Entonces, cabe aquí una pregunta ¿se estaría dando una disputa entre las enfermeras religiosas de la Congregación de las Hermanas de la Caridad y las enfermeras no religiosas por el control de la misma? A nivel superficial pareciera que no la había, puesto que las estudiantes una vez graduadas “se

deshacían en elogios y agradecimientos para con las Hermanas”. Pero al seno de las relaciones jerárquicas y del poder pareciera a manera de presunción que no era lo mismo. Esto por cuanto en un documento se mencionaba que el nombramiento representaba un triunfo para las enfermeras laicas del país,¹⁸⁷ y en otro, se señalaba sobre las relaciones que debían de darse entre el personal de enfermería religioso y laico como tema de conferencia a desarrollar en el Hospital San Juan de Dios.¹⁸⁸

Pero también desde una perspectiva reglamentaria, las condiciones que otrora las había favorecido cambiarían ahora diametralmente en un período de 20 años. La razón de esto estribaba en que todavía el reglamento del Hospital San Juan de Dios emitido en 1951 le daba plenos poderes a las Hermanas de la Caridad;¹⁸⁹ sin embargo, el reglamento emitido por la Dirección de Asistencia para regir el Hospital a partir de 1971, principalmente le delegaba a la Comunidad su participación en asuntos de corte religioso, más no se les involucraba ya en actividades dentro del ámbito de la enfermería.¹⁹⁰

Finalmente, un último vínculo que tenía la Comunidad Religiosa con la Escuela de Enfermería se vendría abajo en 1972. ¿Por qué? Pues, a pesar de que la Escuela se había afiliado a la Universidad de Costa Rica en 1966, la representación del Departamento de Enfermería del Hospital San Juan de Dios estaba vigente dentro de la estructura del Patronato por Ley. Pero al anexarse definitivamente la Escuela a la Universidad, el Patronato y sus representados ya no iban a tener razón de existir, con lo que el último eslabón directo entre la Dirección del Departamento de Enfermería (a cargo de una Hermana de la Caridad) y la Escuela se rompería por siempre, y quedando como única relación el otorgamiento de campos clínicos tanto a la tradicional Escuela como a las nuevas Escuelas de Enfermería de carácter privado (como a la de la

U.A.C.A. que inicia en 1982) que emergieron al igual que en los demás hospitales del sistema.

Como se ha detallado, fueron varias las razones que poco a poco se fueron juntando y que globalmente le fueron quitando la tajante influencia y poder de decisión a la Comunidad Religiosa, aunque todavía faltaba el golpe final para que la Congregación abandonara en su totalidad el Hospital San Juan de Dios.

Dicho “empujón” provino del mismo Gobierno de la República, cuando dentro de la coyuntura política de la década del setenta se hizo efectiva la norma que mandaba a la Caja Costarricense de Seguro Social a universalizar los seguros a su cargo; regulación emitida bajo reforma constitucional de mayo de 1961.¹⁹¹

Con la directriz previamente dada, la Caja y el Ministerio de Salubridad mediante una serie de reformas van a enfocar sus objetivos para lograr ese fin, situación que culminará con el traspaso de todo el sistema hospitalario nacional a la Caja (como se describirá más adelante).

Obviamente dentro del plan de traspasos de hospitales, el Hospital San Juan de Dios era uno de ellos. En 1974 se iniciaron las primeras diligencias para lograrlo, sin embargo no fue hasta el mes de setiembre de 1977 que pudo hacerse realidad, luego de intensas disputas.

La negociaciones que se hicieron para lograr un acuerdo definitorio entre la Caja, la Junta y los dirigentes del Hospital dejaba por fuera a la Congregación Religiosa; situación si se quiere comprensible, ya que ideológica y filosóficamente los principios en que se basaba la Seguridad Social, así como su mecanismo financiero (aporte tripartita), eran opuestos a cualquier resabio doctrinal de caridad, situación y condición que caracterizaba a las Hermanas de la Caridad dentro de añejas formas de prestación de servicios de salud que justi-

ficaron su presencia desde el siglo XIX, pero que ya no eran viables en momentos de notables cambios.

En síntesis, la conclusión de labores de las Hermanas como Comunidad Religiosa en el Hospital San Juan de Dios fue debido a un fenómeno multicausal: pérdida de control y limitación de su influencia, advenimiento de diversas carreras profesionales e instituciones especializadas y a la instauración de nuevos modelos en la prestación de servicios de salud.

Pero la verdad es que desde tiempos atrás las Hermanas de la Caridad ya se habían ganado con creces un sitio de honor dentro del corazón de los miles y miles de costarricenses y extranjeros agradecidos que recibieron sus “Dones” en las diversas salas del Hospital San Juan de Dios. Su encomiable labor de entrega para con el prójimo más necesitado no tiene parangón en Costa Rica. Las discípulas de Luisa de Marillac cumplieron a cabalidad su misericordioso cometido. La misión estaba concluida con estoicismo sin igual.

Precisamente temiendo ese desenlace que no tenía vuelta atrás, la Junta de Protección Social de San José agradeció a la Congregación Religiosa su extraordinaria participación por su más de cien años de servicios brindados al Hospital mediante un significativo reconocimiento llevado cabo en el Cementerio General y en el mismo Hospital. A nombre de la Junta y del pueblo de Costa Rica, don Alfredo Echandi, Presidente de la Corporación, resume mejor que nadie el desenvolvimiento de ellas y el cambiar de los tiempos al señalar que *“la Hermana de la Caridad ha ejercido en esta casa su piadoso apostolado, educando con ejemplo a innumerables generaciones de enfermeras en la tarea de cooperar con el cuerpo médico del hospital en la atención de los pacientes.*

Hubo épocas en que el arte no encontró más puro y auténtico para representar la piedad humana brindando su amor y ayuda al necesitado, que la dulce silueta que la Hermana

de San Vicente de Paul, bajo su gran toca blanca, amparando al menesteroso y al enfermo. Los tiempos han hecho evolucionar muchas cosas. En los hospitales el panorama interior y exterior ha experimentado enormes cambios. El diseño de los edificios, de las salas de operaciones, los servicios técnicos, los equipos e instrumentales, han llegado casi a un estado de perfección. Todo se ha transformado.

Del viejo Hospital San de Dios del Dr. Durán ya no queda casi nada. Pero algo si se mantendrá inalterable: la devoción de las Hermanas, el espíritu de amor y caridad hacia el semejante que las impulsa a sacrificar todas las comodidades y halagos de la vida corriente para venir a recluirse a estas cuatro paredes de esta institución a cooperar en la tarea de devolver la salud al enfermo y de aliviar los sufrimientos morales y físicos”.¹⁹²

Muchas Hermanas de la Caridad llegaron y también otras fueron trasladadas obedeciendo a su Rectoría. Pero se quedaron por siempre en el Cementerio General de San José, las siguientes Hermanas pertenecientes a muchas nacionalidades y fallecidas entre el año 1889 y 1970 sirviendo al Hospital:

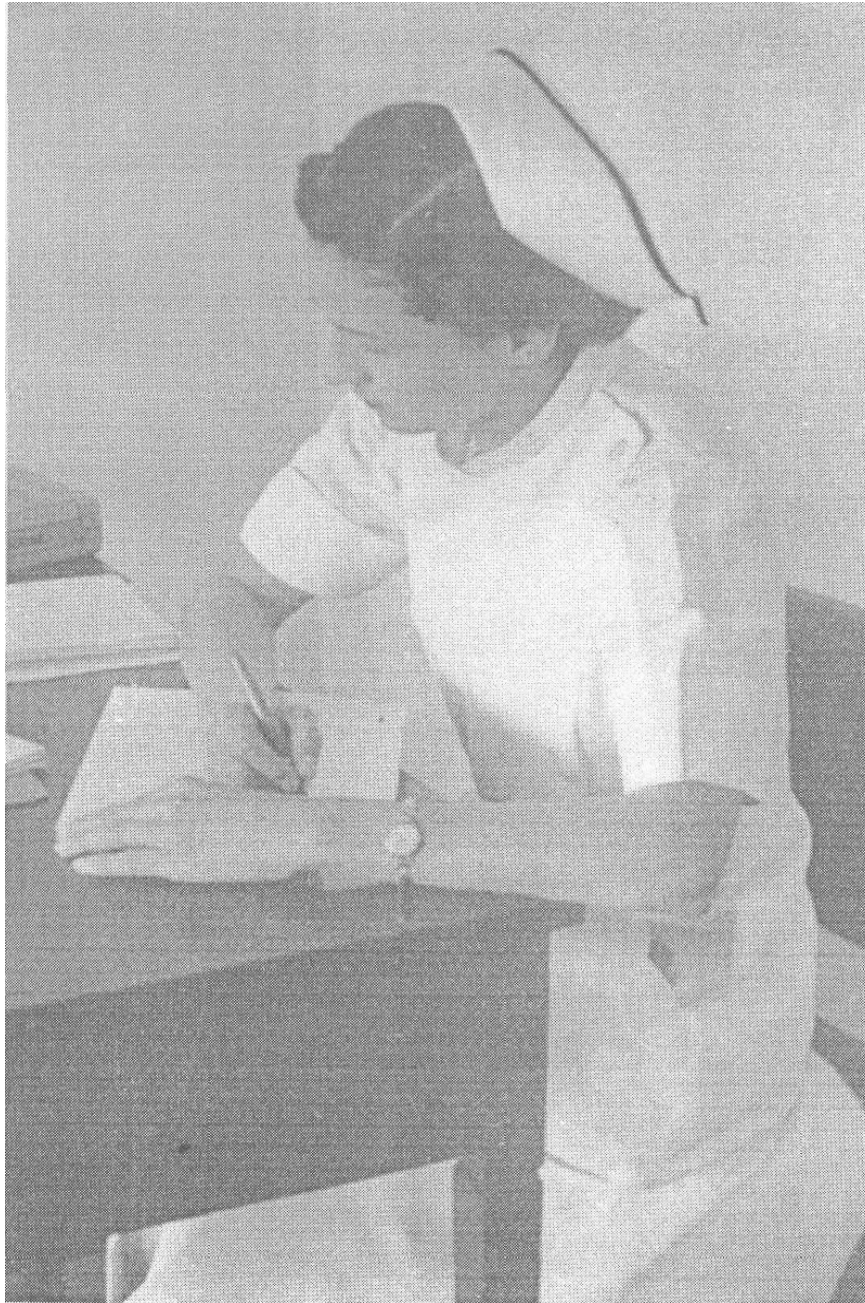
Mariana Palacios	Cecilia Araya
Dominga Gamblin	Estela Herrera
Benita Flores	Isabel Pagés
Raimunda Bonilla	Bernarda Hernández
Josefa Dolores	Josefa Martínez
Zenida Ernestina	María Vides
Josefa Rodríguez	Candelaria García
María Tholier	Magdalena Toruño
Ana Palacios	Concepción Mora
Aline Gambler	Julia Ruiz
María Bonilla	Virginia Rojas
Josefa Torre	Antonia Wernier

Encarnación Aranda
María Maurin
Francisca Royon
María Adant
Cristina Carmona¹⁹³

Hortense Pagnac
Clementina Ramos
María Gutiérrez
Cecilia Broon



Irma Sandoval: una de las grandes impulsadoras
De la enfermería profesional en Costa Rica



Dora Valverde: figura predominante de la enfermería
En el Hospital San Juan de Dios (1956)



Angela Roses: de destacada participación
en la enseñanza y capacitación de la enfermería (1955)



Estelia Marín: instructora en sala de operaciones (1955)



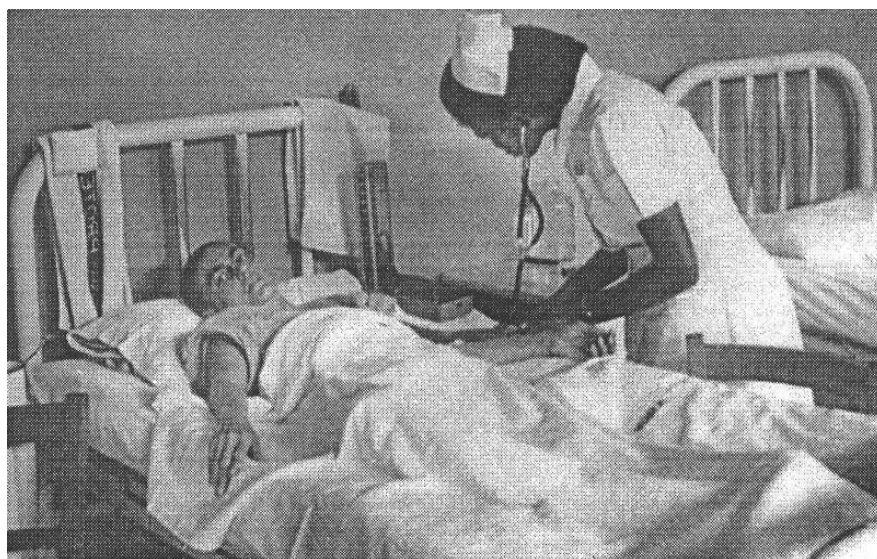
Josefa (Chepita) Brenes: una figura de amplios aportes a la Enfermería del Hospital San Juan de Dios en obstetricia (1956)



Eugenia Rodo: una de las grandes impulsadoras
del Servicio Central de Esterilización



Felicia Heslop: Instructora de la década de 1950



Una de las cualidades de la enfermería del hospital:
La buena atención al paciente



Otra de las figuras de la enfermería: instructora Elena Ulloa



Nora Marín: una de las figuras estelares de la enfermería
Del hospital San Juan de Dios (1954)



Vilma Curling: figura descollante
De la enfermería del Hospital

TÍTULO VI

LA ENFERMERÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DURANTE LA SEGURIDAD SOCIAL

1-MARCO INTRODUCTORIO Y CONCEPTUAL

El Hospital San Juan de Dios y por ende el Departamento de Enfermería a partir del mes de setiembre del año 1977 va a ingresar a un nuevo modelo de prestación de servicios debidamente enmarcado por el Estado costarricense: la Seguridad Social.

En realidad la incorporación del Hospital a sistemas y modelos filosófica e ideológicamente diferentes es lo que ha trazado su fecundo camino desde su creación. Desde un primer momento se erigió como el principal recurso médico-asistencial dentro de la etapa de la Caridad. Posteriormente se convierte en el principal abanderado de la Beneficencia y la Sanidad, además de representar dignamente a la etapa de la Protección Social y de Asistencia Pública; largo proceso de transformaciones con características propias (como se detallado en su momento) dentro del amplio marco de formación y evolución de la salud pública nacional y por un período mayúsculo de años: 132.

Es evidente, por tanto, que las situaciones se modifican, se transforman o se adecuan de acuerdo a las necesidades de los tiempos. Precisamente debido a esas necesidades el emblemático Hospital San Juan de Dios para las últimas décadas del siglo XX va a engrosar el sistema de Seguridad Social nacional al incorporarse de lleno a la Caja Costarricense de Seguro Social, el ente Rector de los Seguros Sociales. Y ¿cómo emergió y se extendió esta novedosa corriente en el mundo y Costa Rica?

Desde finales de la Edad Media (año 1400 en adelante) la sociedad europea y la cultura occidental va a ir sufriendo enormes cambios debido desarrollo comercial (que daría origen al capitalismo) y al mismo desarrollo de las diversas corrientes en todos los ámbitos: por ejemplo, el Renacimiento, la Reforma, el Mercantilismo, el Liberalismo, la Ilustración y el Enciclopedismo, en fin, corrientes y revolucionarios cambios que afectaría a todos los órdenes económicos, políticos, geográficos, filosóficos, científicos, sociales y culturales establecidos; cambios que reflejarían frontalmente el paso a un mundo nuevo en construcción.

Uno de esos trascendentales cambios lo sería las transformaciones venidas de la denominada Revolución Industrial (que parte de Inglaterra), período que se iniciaría aproximadamente en 1760 y que se extendería hasta los primeros quinquenios del siglo XX.¹⁹⁴

Inicialmente dicha Revolución estaría enfocada a expandir el comercio y la producción capitalista tomando como punto de partida la mecanización de la industria, de la agricultura, la aplicación de la fuerza motriz, el desarrollo del sistema fabril, la aceleración de las comunicaciones y los transportes, la sustitución de la madera por el hierro y la utilización de reservas de carbón como fuente de energía, además de incluirse la invención del ferrocarril, la electricidad, el telégrafo, el motor y la pila de volta; así como el impulso que recibirían asociadas a esta revolución las diferentes formas del saber: la medicina, la biología, la química, la farmacia, la física y las matemáticas, entre otras.

No cabe la menor duda que la Revolución Industrial trajo consecuencias y repercusiones de incalculables proporciones para el desarrollo humano en general, aunque también traería consecuencias bastante graves para una buena parte de las poblaciones dentro del campo de la salud, la

incapacidad y su bienestar. Esto debido al excesivo aumento demográfico, al hacinamiento de las ciudades por gentes venidas de zonas rurales en busca de trabajo, a la falta de medidas higiénicas, a la explotación indiscriminada de la mano de obra y a la falta de regulaciones en general que favoreciera principalmente a los trabajadores y sus familias, y sobre todo en tiempos en que el Estado imbuido dentro del liberalismo económico reinante no se involucraba abiertamente en la resolución de esos problemas de corte social, y viniendo las soluciones temporales al seno de los mismos trabajadores bajo organizaciones gremiales, cooperativistas, mutualistas y de hermandades.¹⁹⁵

Ante la poca participación del Estado en la cuestión social, el mensaje socialista y marxista (la proletarización principalmente en Alemania) en gran medida calaba dentro de las organizaciones de los trabajadores, aunque también era muy significativa la lucha y el respaldo que daba la Iglesia Católica en pos de justicia social para los trabajadores a través de la Encíclica *Rerum Novarum*, y en enfrentamiento directo tanto hacia el liberalismo como al socialismo.¹⁹⁶

La principal iniciativa para arreglar la caótica situación la definiría inicialmente en Alemania el Canciller Otto Bismarck, quien en franca oposición al socialismo galopante estructuró el primer modelo de seguro social obligatorio, no sin antes exponerse a una serie de críticas por parte de las partes involucradas. En 1881 se presenta el proyecto, el cual no tuvo la suficiente acogida por el parlamento alemán. Luego, en 1883, el parlamento lo acepta y lo ratifica, representando a su vez la participación directa del Estado en la protección de los más necesitados, situación que se acabaría de moldear en los siguientes años.

El primer proyecto aprobado iba encaminado a atender los distintos riesgos sociales como el de la enfermedad, pen-

siones y maternidad y riesgos profesionales, además de cubrir a la fuerza laboral empleada en relación a la dependencia esencialmente urbana y bajo un sistema de cotizaciones salariales de carácter tripartito: financiado por cuotas pagadas por el asegurado, el empleador y el Estado.¹⁹⁷

En Europa el concepto de seguro social obligatorio fue teniendo diversas modificaciones y aplicaciones de acuerdo a las necesidades de cada país. Al menos en Inglaterra durante los años cuarenta del nuevo siglo, el programa separado de seguros sociales es modificado radicalmente por William Beveridge, quien los encamina y moldea hacia un concepto más amplio: la Seguridad Social.

La nueva conceptualización que impulsa Beveridge va a estar cimentada en la unificación de los diferentes programas en un solo ente gestor. Así, de esta forma, los programas propios impulsados por la asistencia pública (impulsada únicamente por el Estado) se unirán a las programas de seguros (de carácter tripartito) dando origen a la Seguridad Social, y que incluirá ahora los seguros, la atención de la salud, los programas de empleo y las asignaciones familiares, además de plasmarse la uniformidad en la adquisición de derechos, la eliminación de las desigualdades entre los asegurados y la cobertura total de la población (independientemente si está empleada o no), situación que daría origen a los principios de igualdad, solidaridad, universalidad e integridad.¹⁹⁸

A nivel latinoamericano, el primer país en introducir los seguros sociales va a ser Chile en 1924, y a la cual se le van a unir un grupo de países pioneros: Argentina, Uruguay, Brasil y Cuba. Posteriormente, a partir de la década de 1940, los seguros se establecerán en países como Colombia, Costa Rica, México, Paraguay, Perú y Venezuela; para que de último se establezcan en el resto de países de Centroamérica y el Caribe.

En resumen, el advenimiento de los Seguros Sociales va a traer diversos beneficios para el desarrollo de las Naciones con respecto al ahorro, la inversión, la distribución y el empleo, a pesar de los problemas de cobertura, financiamiento y costos. Aún así, indudablemente se ha convertido en una herramienta extraordinaria en aras del bienestar y el mejoramiento de la calidad de vida de los individuos.

Finalmente, para efectos aclaratorios y conceptuales, se debe tener en cuenta las diferencias existentes entre la asistencia pública de carácter benéfico y social (en la cual el Hospital San Juan de Dios ha tenido activa participación) y los seguros sociales (a la cual ingresará a prestar sus servicios médico-asistenciales). Esto por cuanto ideológica y filosóficamente son sistemas que en el fondo han sido opuestos, aunque teniendo en común un fin integrador y de mejoramiento para la población en general: mientras la asistencia ha tenido un carácter político, los seguros han figurado como elementos asociados a la producción.

Dentro del anterior marco, a su vez, otras diferencias muy válidas señaladas por algunos tratadistas¹⁹⁹ corresponden al ámbito financiero y organizativo: -) El Seguro Social es un servicio público descentralizado, autónomo, tripartito y principalmente dirigido a la población asalariada y sus dependientes y que tiende a establecer una distribución más equitativa de la riqueza nacional. -) La Asistencia se sostiene con fondos de la Hacienda Pública, se circunscribe a una población desvalida y carente de protección y que sólo puede parcialmente cubrir.

Empero, ya que al ingresar el más tradicional y representativo Hospital de la Beneficencia, la Caridad y la Asistencia Pública de Costa Rica a un nuevo modelo, forzosamente se debe hacer un desglose sobre las razones y los diversos acontecimientos que rodearon tan significativo cambio

2- ANTECEDENTES Y CREACION DE LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

El Seguro Social obligatorio se va a establecer definitivamente en Costa Rica mediante la Ley #17 del 1 de noviembre de 1941, y la cual plasmaba el nacimiento de la Caja Costarricense de Seguro Social, Institución promovida con esmero en el Gobierno del Dr. Rafael Angel Calderón Guardia dentro del marco de la reforma y la legislación social (ex médico del Hospital San Juan de Dios). Pero ¿cuáles fueron los antecedentes?

La legislación social plasmada en Costa Rica entre 1940 y 1943 proviene de una serie de factores históricos tanto de orden externo como interno y que se juntaron en su momento representando los principales antecedentes. A nivel externo, la primera guerra mundial, la gran depresión y la segunda guerra mundial van a poner al descubierto una enorme crisis económica que iría a afectar a los países de la comunidad mundial, y en la cual estaba incluida Costa Rica. Obviamente las consecuencias serían funestas, ya que al afectarse las condiciones económicas en general, traería a su vez negativas repercusiones para diversos grupos sociales, y principalmente a los trabajadores desprotegidos.

En lo referente al orden interno, las leyes que se van a ejecutar en la coyuntura de 1940, también serán el resultado de diversas luchas sociales que se venían dando en el país desde finales del siglo XIX, así como al aporte de ideas y proyectos políticos de ciudadanos y dirigentes costarricenses.

En lo que respecta a antecedentes sobre los seguros sociales, uno de los primeros intentos lo va a dar el diputado Enrique Pinto cuando presenta al Congreso un Proyecto de Ley sobre Accidentes de Trabajo en 1907; propuesta que se va a repetir en 1909, ambas desechadas.

Nuevamente en el año 1913, el diputado Alberto Vargas presentará una iniciativa sobre el mismo tema, y la cual buscaba socorrer a los trabajadores de posibles enfermedades contraídas en el desempeño de sus funciones, pero que no iría a fructificar; como tampoco tendría asidero otro proyecto presentado en 1914 por el diputado Luis Anderson.

Posteriormente, en 1915, los diputados Luis Anderson, Alberto Vargas y Enrique Echandi van a presentar en conjunto un proyecto en el sentido de poder brindar protección en casos de accidentes de trabajo, aunque tampoco fue aprobada. Sin embargo, todas estas iniciativas fueron el sustento para avalar la Ley de Accidentes de Trabajo, emitida en 1922, y la que se establecía la posibilidad de pagar medio salario y suministrar medicinas a los trabajadores que se incapacitaran temporalmente.²⁰⁰

En cuanto al Banco de Seguros, su primer antecedente data del año 1896 cuando el diputado Felipe Gallegos va presentar un proyecto de seguros contra incendios. También otros legisladores presentan proyectos afines a este campo como el caso de Rogelio Fernández y el de Aníbal Santos, en 1911. Luego, Luis Anderson, Juan Alfaro y Manuel Grillo van a presentar un nuevo proyecto en ese sentido, en 1915, y el cual será incorporado por el Presidente don Alfredo González a la Ley de Seguro Mercantil; aspectos todos que van a incidir en el advenimiento de la Ley sobre Monopolio de Seguros y el Banco de Seguros (Instituto Nacional de Seguros), en 1924.

En concordancia con la problemática de la época, también otros respetados ciudadanos van a abogar por diversas mejoras sociales. Tal es el caso del sacerdote y general Jorge Volio, quien desde su trinchera política (el partido Reformista) va a tratar de impulsar mejoras para los sectores populares en cuanto vivienda, estabilidad laboral, mejoras en salud, la

idea de crear una universidad y el reordenamiento agrario, entre varias propuestas de interés social (en 1924 se uniría al candidato Ricardo Jiménez); lo mismo sucedió con el Lic. Carlos María Jiménez, quien influenciado por la doctrina social-cristiana, propuso la creación de la Secretaría de Trabajo y Bienestar Social en 1928.

Un intento formal por crear un sistema de seguridad social lo va a dar el Lic. Cleto González, quien encarga a don Max Koberg el efectuar un plan que incluyera la previsión de prestaciones por accidentes, enfermedad, invalidez y muerte. Este “Plan Koberg” fracasaría, ya que el Estado (de concepción liberal) no estaba preparado para intervenir decididamente en asuntos de índole social.

Aunado a los anteriores planteamientos, a su vez, otras inquietudes se van a ir esbozando en aras de mejorar la situación social. Uno de dichos planes van a surgir de la mano del “Bloque de Obreros y Campesinos” (origen del partido comunista formado en 1931), quienes encabezados por el Lic. Manuel Mora, van a proponer el establecimiento de los seguros sociales a cargo del Estado, salarios mínimos, reglamentación de las jornadas de trabajo y la creación de instituciones de salud, entre muchos aspectos de interés; situación que también va a impulsar el pensamiento americanista y patriótico del profesor Vicente Sáenz.

Finalmente, durante el credo político y social impulsado por el Dr. Calderón Guardia, se va a hacer realidad tan anhelado cambio: el impulso de una legislación carente en Costa Rica, y con ello va a emerger primeramente el Estado Reformista costarricense (y luego benefactor a partir de la Constitución Política de 1949).

El Dr. Calderón indudablemente estaba preparado cuando llega al poder para plasmar tan significativa transformación (creación de la Universidad de Costa Rica, la Caja

Costarricense de Seguro Social, las Garantías Sociales y el Código de Trabajo, entre otras cosas) debido a que su formación estaba influenciada por los principios doctrinales social cristianos impulsados por las encíclicas papales: *Rerum Novarum*, de León XIII, y *Quadragesimo Anno*, de Pío XI, así como el Código de Malinas, del Cardenal Desiderio Mercier

No cabe la menor duda que la implantación de la Reforma Social en Costa Rica se debería principalmente, aparte de los gestores de los antecedentes, al liderazgo y a la fuerza política e ideológica que promulgaba el Presidente Calderón, así como a la participación decidida del líder comunista criollo, don Manuel Mora, y al apoyo irrestricto brindado por el principal dirigente de la Iglesia Católica nacional, Monseñor Víctor Manuel Sanabria.

Para fundar la Institución aseguradora, el gobierno va a enviar al Lic. Guillermo Padilla a Chile en razón de estudiar a fondo la experiencia que tenía esa nación en el campo de los seguros. De vuelta en Costa Rica, Padilla con la colaboración de Ernesto Martín, Walter Dittel y Oscar Barahona se encargarán de redactar el proyecto inicial, y que después de varias modificaciones sería aprobado en el año 1941, además de que el 22 de octubre de 1943 quedaría aprobada una serie de reformas que le darían más autonomía a la joven Institución.²⁰¹

El Régimen de Enfermedad y Maternidad se va a iniciar el primero de setiembre de 1942, en forma gradual y limitado inicialmente al grupo asalariado de las principales cabeceras de provincia, y ya para 1956 el sistema va a cubrir a la esposa, hijos u otros dependientes. El de Invalidez, vejez y Muerte va a despegar el 1 de enero de 1947 con el propósito de dar protección a la población asalariada. Obviamente con el transcurrir de los años ambos seguros han sufrido importantes cambios en aras de mejorarlos y extenderlos para una mayoría de beneficiarios.

Desde inicios de la década de 1940, por tanto, la Caja Costarricense de Seguro Social se va a encargar de prestar invaluable y prioritarios servicios a la población nacional en el campo de las prestaciones médicas como en las económicas, por lo que se ha convertido con el transcurrir de los años en una Institución de suma importancia y valía para la vida democrática nacional, aparte de representar un sostén para la paz social que ha caracterizado a Costa Rica.

Finalmente, con respecto a la fundación de la Caja y su desempeño, es muy interesante lo expuesto por el Lic. José Manuel Cerdas.²⁰² Para este historiador la Legislación Social emitida en los años cuarenta fue crucial, ya que la tímida política sanitaria anterior se va a poner al día y será relanzada dentro de una óptica intervencionista, y que va a contrastar con la concepción liberal tradicional caritativa. Esto debido a que para esos años ya había conciencia entre la clase política progresista, la prensa obrera, los médicos con mayor sensibilidad social y el propio Dr. Calderón, que la desnutrición y la indigencia, producto de graves injusticias sociales, eran el caldo de cultivo de la alta mortalidad general y de la morbilidad.

A su vez, el mismo Cerdas indica que con el transcurrir del tiempo el área en cuestión se fortaleció, gracias a que algunos sectores opuestos al calderonismo, luego del conflicto militar de 1948, supieron defender y mantener la institucionalidad creada; además de que los móviles que ha impulsaron fueron compartidos por elementos individuales, grupales y sociales que presentaron buenas intenciones, sugerencias y excitativas que propiciaron en conjunto tan importantes cambios.

3- La enfermería de la Caja Costarricense de Seguro Social

La enfermería dentro de los servicios propios de la Caja Costarricense de Seguro Social se iniciaría con la apertura primeramente de la consulta externa (1943) y después con la parte hospitalización (1945), ambas en el hospital llamado Policlínico, el cual cambiaría de nombre por el de Hospital Central, y que a partir del año 1970 se denominaría Hospital “Rafael Angel Calderón Guardia”.²⁰³

La primera enfermera que se involucraría profesionalmente con la Caja sería Amparo Arias, en la consulta externa, y luego, la enfermera Teresa Segreda fungiría como Directora del Departamento de Enfermería del mismo centro.²⁰⁴ Posteriormente, con el pasar de los años, se fueron integrando más y más enfermeras en concordancia con las políticas de extensión y cobertura de la Seguridad Social, significando a la vez una importante fuente de trabajo para las egresadas de la Escuela de Enfermería, y siendo la Caja una de las instituciones impulsoras de la promoción de más matrícula a través de becas, intercambios y planes de ayuda.

La enfermera de la Seguridad Social va a tener entre sus funciones las siguientes: función propia de supervisión de salón, administración de dietas, llenar órdenes de exámenes, aplicar tratamientos y cuidados, mantener reservas de sangre, custodia y entrega de medicamentos, entrega de cadáveres y muchas otras funciones más. Pero también en la década de 1940 y en adelante va a estar involucrada en la planificación de infraestructuras en los centros de atención, en la definición de necesidades de recursos de enfermería y en su participación en asuntos administrativos.

Debido a la importancia e influencia de la enfermería desde los primeros años, las autoridades superiores de la Caja Costarricense de Seguro Social decidieron en 1954 establecer

la Asesoría de Enfermería para toda la Institución, y nombrándose en esa posición primeramente a la enfermera Elisa María Barquero. Luego, en 1972, la Asesoría (la cual fue convertida en Sección de Enfermería) sería liderada por la Lic. Elizabeth González, la cual dejaría su puesto a la Lic. Lidiette Barrantes en la década de 1990.

Las mencionadas enfermeras fueron en gran medida las pioneras en organizar y moldear los servicios de enfermería de la Caja, y sobre todo, el perfilarlo hacia la educación, la atención, la administración y la investigación.

Para el caso de la educación, la enfermera de la Seguridad Social va a estar en posibilidad de enseñar al individuo que ha perdido la salud las medidas que debe tomar para recuperarla, cómo puede participar en su tratamiento y las prácticas que debe tomar para mejorar su condición, así como también participar activamente en el proceso de rehabilitación. Si es un servicio ambulatorio, la enfermera va a estar en capacidad de proporcionar enseñanzas en función de la promoción y la conservación de la salud, y continuando la enseñanza inclusive hasta cuando el paciente egrese del centro médico; y el mismo e importante rol va a tener con la comunidad, ya que enseñará a la población todo lo referente a la salud y a la búsqueda de soluciones para los distintos problemas.

Para la Enfermería de la Seguridad Social, el ámbito de Educación en Servicio es fundamental de cara al mejoramiento profesional y técnico del personal, aspecto en que también sobresalen los cursos dirigidos a los auxiliares de enfermería.

Uno de los enfoques en que se va a encaminar especialmente la enfermería de la Seguridad Social es en lo que respecta a la atención directa del individuo sano como el enfermo, así como a la familia y la comunidad. Precisamente es aquí en donde se encontrarán colocadas la mayoría de

las enfermeras de la Institución aseguradora, y en la cual es imprescindible el juicio crítico de ellas para analizar cada situación, para definir los objetivos, para ejecutar el plan de atención de cuidados de enfermería y evaluar y valorar los cambios sufridos en la condición del paciente.

Para los servicios de internado, aparte de las actividades que debe desarrollar la enfermera en atención del paciente, su participación en las labores administrativas se volvería algo rutinario y conformaría una amalgama entre las unidades en general. A su vez, la enfermera en los servicios ambulatorios proporciona atención directa mediante las consultas de niño sano, cuidados prenatales y planificación familiar, y llevando un control exacto de los usuarios, de las referencias de la diversas clínicas y hospitales y de los servicios en general.

Para la atención de las consultas externas, las enfermeras de la Seguridad Social van a participar en el conocimiento de la condición clínica del paciente, la definición de las necesidades de él y su familia, la atención de sus problemas, referir a otros profesionales (como trabajo social), enseñar a la aplicación de los tratamientos, orientación sobre dietas, higiene personal, aplicación de medidas terapéuticas y pruebas de diagnóstico.

A la par de las características anteriores, dos aspectos van a tomar preponderancia dentro de la enfermería de la seguridad Social. Por un lado, la administración de las unidades asistenciales con base a la utilización de principios científicos administrativos, y por el otro, el involucramiento directo en programas de investigación a tanto a nivel multidisciplinario como específico de su campo de acción.²⁰⁵

Dentro del campo puramente hospitalario, para finales de los años sesenta y principios de los setenta, las funciones de enfermería en los principales hospitales de la Caja (por ejemplo el Hospital México) variaban desde las más sencillas

a las más complicadas, pero todas exigiendo conocimientos, aptitudes y capacidad de resolución. Así, de esta forma, las sencillas se basaban en conocimientos elementales que podían ser desarrollados por medio de programas de Educación en Servicio; las funciones intermedias exigían habilidad y cierta capacidad para la toma correcta de decisiones y bajo principios científicos (como las ejecutadas por los auxiliares de enfermería); y las funciones complejas requerían un alto grado de pericia y capacidad para la toma de decisiones, así como también capacidad de interpretación, conocimiento y aptitud. A este último grupo pertenecían las enfermeras graduadas, personal profesional con base a estudios de carácter científico.

También la enfermería de los hospitales de la Seguridad Social era concebida a partir de cuatro características únicas: continuidad, intensidad de las emociones, diversidad de necesidades y contingencias.²⁰⁶

La continuidad era un asunto elemental, ya que los cuidados de enfermería se tenían que dar durante las 24 horas del día y la noche, y por tanto, la constante supervisión, la comunicación y la atención era el *modus operandi*.

No menos trascendentales eran las demás características. En este sentido, la intensidad de las emociones debido al asiduo y vigilante trato al paciente por parte de la enfermera hace que esta actividad profesional tenga rasgos especiales: pues siempre está en juego la vida o la muerte. Finalmente, la diversidad de necesidades que cada paciente necesita, y la adaptación a las más diversas contingencias, definitivamente encuadran la labor de enfermería como algo totalmente diferente y excepcional.

Desde el punto de vista doctrinal y conceptual, La actividad de la enfermería dentro de la Seguridad Social también debía basarse y reflejar en parte los mismos principios sus

tanciales que la caracterizaban: solidaridad, obligatoriedad, universalidad, igualdad y unidad. Desde esa panorámica, por tanto, la filosofía de la enfermería en las organizaciones de la Caja será la de:

“Dar una sólida organización que permita a sus miembros desenvolverse de acuerdo a sus funciones como un grupo de actividades restauradoras y rehabilitadoras para proporcionar al paciente el mejor cuidado integral, ayudándolo a conservar o recobrar su salud, dando facilidades a estudiantes, así como al personal para aumentar sus habilidades en el trabajo, como el crecimiento individual, para lo cual se deben mantener buenas relaciones humanas y públicas con el patrono, la familia y la comunidad”.²⁰⁷

A su vez, y concordantemente con la filosofía expuesta, el propósito de la enfermería de la Seguridad Social va a estar intencionada en proporcionar al paciente su bienestar y el mejor de los cuidados, además de incluir entre sus objetivos los siguientes: analizar las necesidades de los pacientes de acuerdo a su enfermedad y los factores que influyen para determinar la clase de atención que se le proporcionará, dar atención de la más alta calidad, proveer programas de Educación en Servicio y cursos de actualización en educación continua, coordinar sistemas de enseñanza con todos los centros autorizados, evaluar en forma continua la utilización del personal para la mejor atención del paciente, mantener sistemas de comunicación claros y definidos dentro de las unidades de trabajo y cumplir con normas y rutinas establecidas.

En lo relativo a la composición del personal de enfermería, éste estaba encabezado por una Directora del Servicio

de Enfermería, la cual es la encargada de planear, organizar, dirigir y controlar todos los aspectos técnicos y administrativos de los cuidados que se brindan. El resto del personal con funciones detalladas y específicas se integraba así: subdirectora, jefes de turno, educadora en servicio, supervisoras, enfermera jefe de sala de operaciones y servicio central, enfermeras instrumentistas, enfermeras obstétricas, enfermeras generales, enfermeras circulantes, auxiliares de enfermería (los cursos formadores en la Caja se iniciaron en 1963), secretarías de piso y misceláneos.

Sin duda, uno de los aspectos más relevantes dentro de la organización de la enfermería de la Caja ha sido la proliferación, especificación y detalle de normas, procedimientos, reglamentaciones e instructivos que se encargan de regular toda la actividad funcional en relación con el personal, el paciente y la Institución en general. En este sentido no deja de ser ilustrativo el presentar algunas disposiciones que evidencian tal rigidez.

El personal que labora en cualquier unidad de enfermería debía presentarse cinco minutos antes de la hora de entrada para recibir el servicio del turno anterior, además de presentarse perfectamente uniformada, zapatos limpios, cabello recogido y peinado, maquillaje discreto, sin alhajas y uñas limpias, así como incluir en la bolsa del uniforme un estuche que contenga tijera, bolígrafo, lápiz negro, borrador, torniquete con lima y una libreta.

Para la lectura, entrega del Kardex y cualquier otra información de importancia, le correspondía ejecutarlo a la enfermera de sala de mayor jerarquía, y la cual también tenía que especificar con detalle las condiciones que presentasen los pacientes, sobre todo, los pacientes más graves.

Así como las anteriores disposiciones descritas, lo mismo era para la entrega y cuidado que se le debía de dar al mate-

rial y equipos de trabajo, a la buena utilización del uniforme, al acatamiento de las instrucciones, a las formas de alimentación y sus horarios, a la buena utilización de los vestidores y el respeto para los compañeros y demás funcionarios del hospital; el cual era definido como parte integrante de una organización médica-social con misión de proporcionar a la población una asistencia médica sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar y patronal, siendo también un centro de formación profesional y de investigación biosocial.

4- TRASPASO DEL HOSPITAL A LA CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL

ALGUNOS ANTECEDENTES: EL Hospital San Juan de Dios pasaría a formar parte de la Caja Costarricense en la década de 1970, sin embargo hubo algunos predecesores hechos (que se deben explicar para una mejor comprensión) que enmarcaron el camino antes de que se diera tan trascendental circunstancia.

La Caja y el Hospital van a tener una primera relación formal en el año 1942, cuando la recién creada Institución aseguradora (la cual todavía no tenía centros asistenciales propios, a excepción del Hospital William Allen: primer hospital traspasado a la Caja en 1944) negocia con la junta de Protección Social y los médicos del Hospital la compra de servicios médicos para que los primeros asegurados recibieran la debida atención en el Hospital San Juan de Dios.

Pero a pesar de las buenas intenciones de la Caja, en realidad hubo oposición de varios médicos del Hospital (aglutinados en la Unión Médica Nacional) en apoyar algunas iniciativas, sobre todo oposición a las intenciones preliminares que mostraba la Caja en función de extender la

cobertura (que en un inicio tenía un tope de 300 colones) y que potencialmente podría chocar con otros intereses de la práctica profesional. Inclusive, el mismo Dr. Peña Chavarría señalaba que:

“El Seguro Social como servicio colectivo restringe la iniciativa privada del médico. Si bien es bueno para los estratos sociales de reducidas posibilidades, es peligroso, desde el punto de vista del médico, para las gentes de ingreso más altos que pueden costearse servicios médicos privados”.²⁰⁸

Ahora bien, tampoco fueron todos los médicos del Hospital los que estuvieron en contra de la Caja. Más aún, fue el médico Dr. Esteban López (de amplia trayectoria en el San Juan), quien fue destinado por la misma Caja (con el aval de la Junta) para que atendiera sus primeros pacientes internados en el salón Echeverría (que constaba con 40 camas para los asegurados).

Empero, ya que otros médicos del principal centro hospitalario del país también irían a laborar para la Caja Costarricense de Seguro Social, así como impulsarían su Hospital Central. En este sentido sobresalieron médicos como Julio César Ovares, Enrique Berrocal, Francisco Cordero, Carlos Sáenz Mata, Mario Luján, Roberto Quesada, Odilón Brenes, José María Ortiz, Carlos de Céspedes, Enrique Morúa, Carlos Mena, Hernán Bolaños, Fernando Coto, Enrique Aguilar, Arnoldo Fernández, Longino Soto, Guido Miranda y Enrique Urbina, entre muchos otros.

La realidad es que desde un principio (y durante varios lustros después) los intereses y filosofía de la Caja chocaría con algunos sectores de distinguidos médicos del tradicional Hospital (inclusive hasta con otros gremios del país), y para

quienes la medicina asistencial debía de ser únicamente de caridad o privada, por lo que la polémica va a estar presente hasta el final, aparte de las cuestiones políticas, de poder e influencia que caracterizaron esta interacción.

Pero al margen de lo anterior, la realidad es que varias situaciones se iban a dar para que finalmente hubiera un terreno fértil para aplicar la política del traspaso de la infraestructura hospitalaria y la unificación de los servicios de salud.

La real verdad era que ya desde la década de 1950 se cuestionaba el hecho de que las instituciones encargadas de velar por la salud de la población había sido bastante disparate e individualista, pues cada ente venía realizando importantes aportes pero en forma separada y sin una política integradora inter-institucional, por lo que la duplicidad de funciones y la consecuente mala utilización de los limitados recursos no era conveniente.

Una primera respuesta para solucionar parte del problema lo fue la creación de dos unidades adscritas al Ministerio de Salubridad en 1950: la Dirección General de Asistencia Médico-Social y el Consejo Técnico de Asistencia, esta última con funciones de planificación, fiscalización, coordinación y orientación de la red hospitalaria nacional.²⁰⁹

A pesar de las buenas intenciones de ese paso formal por integrar las diversas instituciones nacionales sanitarias, en el fondo no tuvo mucha acogida principalmente por la Junta de Protección Social de San José, ya que esta Institución se oponía a que el ente recién creado se involucrara prácticamente en la administración de sus hospitales (San Juan y Psiquiátrico).

Otro de los motivos que iba crear serias divergencias, agudas discrepancias y ataques personales entre ambas partes (las cuales fueron difundidas con lujo de detalles por la

prensa nacional)²¹⁰ fue una medida tomada por el Ministerio de Salubridad (en el gobierno de don Otilio Ulate) la cual obligaba a la Junta a distribuir parte de sus rentas que dejaba la Lotería Nacional entre las demás Juntas de Protección Social del país. Obviamente la medida era en principio buena, ya que lo que se pretendía era mejorar la atención que brindaban las diferentes unidades disgregadas, pero a cambio de que las mismas brindaran servicios médicos a una mayor cantidad de pacientes. Pero en el fondo la medida no resultaría positiva para los intereses de la Junta, ya que la mayoría de hospitales locales y regionales siguieron remitiendo sus pacientes (inclusive en casos de fácil resolución) al Hospital San Juan de Dios; situación que traería como lógica consecuencia un desbarajuste económico,²¹¹ pero que no influiría en el devenir del Consejo de Asistencia.

Definitivamente para finales de la década de 1950 un voluminoso informe puso en el “tapete lo que era un secreto a voces”: la necesidad de integrar los servicios de atención médica. Sí, la empresa consultora hospitalaria de Gordon Friessen daría buena luz al respecto, ya que después de un análisis profundo y complejo en la que identificaba diversas fallas del sistema, y a su vez recomendaba la necesidad de unificar los servicios médicos nacionales.²¹²

Pero aparte de dicho estudio, otros planteamientos (como los de los doctores Juan Guillermo Ortiz y Fernando Trejos) ilustran más sobre esa necesidad. Para el Dr. Ortiz Guier las Juntas de Protección Social en general habían cumplido una excelente labor histórica en el campo de la salud, pero sus contenidos económicos no eran suficientes en el sentido de poder mantener los hospitales, ya que estos trabajaban con déficit, por lo que lo cual se tenían que abocar a pagar salarios menores, además de que no podían hacerle frente a un plan de integración.

Sobre la Caja Costarricense de Seguro Social, Ortiz evidenciaba que vino a llenar una gran necesidad nacional por el servicio a los trabajadores, pero que sin embargo dejaba por fuera a algunos grupos de trabajadores independientes y pequeños propietarios, por lo que la ampliación de los seguros debía de ser una realidad pues tenía los recursos para hacerlo, aparte de que podría contar con la experiencia y cooperación de otras instituciones afines.

En lo que respecta al Ministerio de Salubridad, el galeno señalaba que había servido a la medicina preventiva en forma general, pero era insuficiente por no tener los recursos suficientes, además de que no se había incorporado a ningún plan económico social completo que abarcara vías de comunicación, agua potable, educación y sanidad ambiental.

En resumen, el citado médico (forjador del Hospital Sin Paredes) indicaba que todo en conjunto había llenado una necesidad nacional y, aún habiendo trabajado sin la coordinación debida, ha brindado bienestar a las comunidades, pero que Costa Rica con la raquítica economía no podía resistir multiplicidad de servicios en las mismas actividades, por lo que era “lógico, indispensable y urgente la integración de servicios que contemplara la prevención, la curación y la rehabilitación con el objeto de brindar una mejor salud física y mental a la sociedad”.²¹³

Sobre el planteamiento del Dr. Ortiz, no cabe la menor duda que el citado médico estaba en lo correcto en muchas cosas. Por ejemplo, una de ellas, la condición económica que presentaban las Juntas. En este sentido, al menos en la Junta de San José durante el período de años comprendido entre los años cincuenta y sesenta se iría a presentar una crisis financiera bastante aguda, ya que sus condiciones económicas no eran favorables para atender eficientemente las necesidades de sus hospitales, a pesar de los ingentes esfuerzos que hacía

para poder balancear su situación. De esto van a dar cuenta el auditor de la Junta, el Lic. Jorge Salas; el Presidente de la Junta, don Alfredo Echandi; el administrador del Hospital San Juan de Dios, don Alfonso Figuer, y el mismo Director de centro, Dr. José Manuel Quirce.

El Lic. Salas en un amplio informe manifestaba que para lograr un cierto balance en las finanzas, se había logrado prácticamente congelando los salarios, prescindiendo de importantes mejoras en los servicios y la no renovación de equipos y nuevas construcciones, por lo que el incremento de las rentas era insignificante en comparación con las necesidades.²¹⁴

Por su parte, el señor Figuer afirmaba que los ingresos producto de las rentas de Lotería no alcanzaban para cubrir los gastos para la contratación de personal, conservación y mantenimiento de edificios y compras de equipo, además de que no era lo mismo mantener por ejemplo un hospital como el Central de la Caja que constaba de 450 camas, mientras que el San Juan tenía 1450 camas.²¹⁵

El Dr. Quirce, mientras tanto, señalaba que la falta de recursos era un factor limitante, tanto más grave cuando el ejercicio de la medicina era cada vez más elaborada y costosa.²¹⁶

Finalmente, el mismo don Alfredo Echandi, y ante tal panorama, acotaba sobre la necesidad de dar las soluciones que más convengan, y sin excluir una proposición de un cambio en el manejo de las instituciones del Sistema Hospitalario Nacional, ya que la situación era comparativamente desproporcionada: en 1961 al Hospital Central la Caja le otorgaba 15 millones de colones para su presupuesto anual, mientras que al Hospital San Juan de Dios con el triple de camas la Junta solo podía asignarle 13 millones y medio.²¹⁷

Por su lado, el planteamiento del Dr. Trejos Escalante iba más encaminado a la Seguridad Social, ya que señalaba que la Constitución Costarricense tenía una incongruencia porque obligaba a la Caja a universalizarse, mientras que el sostén económico de la Institución era compartido por el Estado, los trabajadores y los patronos.

La preocupación de Trejos consistía en que el seguro dejaba por fuera a trabajadores independientes, a pequeños propietarios y a trabajadores de destajo; grupos que también requerían de la acción solidaria, por lo que el requisito de proteger a todos los costarricenses no se estaba cumpliendo.

Sobre el Régimen de Invalidez, Vejez y Muerte, el médico acotaba que la obligación de la Seguridad Social era la de no procurarle pensiones altas a los que pueden y deben de prever, sino proteger a los más necesitados y eliminar la indigencia. En el Régimen de Enfermedad, la principal misión debía de ser la proporcionarla a los que no la reciben, y mejorarla a los que ya la tienen, porque en Costa Rica morían muchas personas sin recibir atención médica.

Finalmente, el Dr. Trejos señalaba que era “necesario la integración de los servicios médicos y la organización de un sistema único estatal que tuviera a su cargo los programas de salud, y combinando las actividades preventivas con la asistencial, y así evitar el despilfarro económico que significaba la duplicación de servicios médicos”.²¹⁸

EL TRASPASO: Teniendo como marco de referencia los criterios mencionados, así como también los esbozados por otras importantes personalidades políticas y médicas en ese sentido, es que en el año de 1961 (durante el gobierno del Lic. Mario Echandi) se va a tomar la decisión política de universalizar las prestaciones que brindaba la Caja a un plazo de 10 años (situación que se haría realidad durante las administraciones de don José Figueres y el Lic. Daniel Oduber), y en

la que se van a considerar asuntos relativos a la coordinación entre el Ministerio de Salubridad y la Caja, limitación de zonas geográficas y asignación de responsabilidades específicas para ambas instituciones (niveles de atención).

Empero, porque a inicios de 1970 se va a iniciar una revisión completa de los problemas y sistemas de salud existentes en el país. Precisamente de este estudio va a emerger el primer Plan Nacional de Salud (1971-80), el cual va a reconocer que uno de los principales problemas es la inadecuada organización de los servicios de salud, la falta de coordinación y la mala utilización de los recursos.²¹⁹

Como resultado de toda una gama de consideraciones de diferente índole (legales, técnicas, administrativas, sociales y económicas, entre otras), se van a ir produciendo una serie de decretos orientados a implementar el sector salud, su política y las bases para su desarrollo, por lo que a su vez serían los detonantes de las grandes reformas que irían a marcar la pauta a seguir en materia de servicios de salud y Seguridad Social para la última parte del siglo XX.

Una primera Ley fue la emitida el 16 de abril de 1971 (# 4750), la cual reforma el artículo tercero de la Ley Constitutiva de la Caja Costarricense de Seguro Social, además de ser conocida como Ley de Universalización del Seguro Social. Lo más importante de esta Ley era que establecía una extensión vertical con la ruptura de topes, la extensión horizontal y la protección bajo el Régimen de Enfermedad y Maternidad de toda la población económicamente activa y sus dependientes, trabajadores independientes e indigentes.

Una segunda Ley (# 53 49) fue emitida el 24 de septiembre, la cual iba a ser conocida como la Ley del Traspaso. En ésta se hacía énfasis en que todos los establecimientos médico-asistenciales (dependientes del Ministerio, de las Juntas de Protección y compañías bananeras) distribuidos por la

geografía nacional iban a pasar gradualmente a la Caja. Así, de esta forma, se podían extender los servicios de manera unificada y aumentándose a la vez la capacidad física de la Institución aseguradora.

Otra tercera Ley de mucha importancia va a establecerse el 30 de octubre de 1973 (#5395), la cual sería conocida como Ley general de Salud. En la misma se definían los deberes, derechos y restricciones de todos quienes en forma individual o colectiva estuvieran involucrados con actividades relativas al campo de la salud, y asignándole a su vez al Ministerio de Salud la definición de la política de salud, la planificación y la coordinación. También la Ley Orgánica del Ministerio (# 5412), emitida el 8 de noviembre de 1973, vino a reorganizar esta Institución en su parte funcional, así como su rol dentro de la dirección de los servicios de salud del país.

Complementariamente a las Leyes emitidas en su momento, el 23 de diciembre de 1974 se emite la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares, la cual establecía un fondo de beneficio y programas sociales para los costarricenses más necesitados y de escasos recursos.

Dentro del marco referencial acotado, se iniciaron los movimientos (los que fueron bastante difíciles para ambas partes involucradas) para traspasar el Hospital San Juan de Dios a la Caja. En 1974 se va a dar el primer paso formal para lograr un primer acuerdo para lograr el objetivo deseado por la Leyes establecidas por el Estado costarricense (las cuales por ser de interés nacional van a estar por encima de presuntas rivalidades e intereses particulares). En este sentido, un primer convenio de traslado del Hospital a la Caja fue avalado por el Ministro de Salud, Dr. Hermán Weinstock; don Alfredo Echandi, por parte de la Junta de Protección Social de San José; y el Lic. Jenaro Valverde, Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social.

Sin embargo, a pesar de esa primera intención, la realidad fue que luego de varias disputas y divergencias (que incluyó un plebiscito organizado por la Federación Costarricense de Trabajadores de la Salud en la que se definió el traslado final) el primero de septiembre de 1977 el centenario Hospital es asumido definitivamente por la Caja Costarricense de Seguro Social

Uno de los representantes de los trabajadores del Hospital en esa entonces, el Dr. Manrique Soto (y quien sería nombrado Director a finales del año 1992), en su momento señalaría que los tiempos cambian y con ello las necesidades de los pueblos varían en todos sus aspectos, razón por la cual no se puede permanecer estático, pero es importante reflexionar exhaustivamente de esos cambios, máxime cuando estos determinan un proceso que afecta a grandes masas de población. También el Dr. Soto dejaría claro que *“en cada etapa de las negociaciones para el traspaso, siempre tuvimos presente, además de los intereses de los trabajadores, la función social de que los hospitales de la Junta han brindado y siguen ofreciendo a nuestro pueblo”*.²²⁰

Obviamente a pesar de que cada institución venía ofreciendo lo mejor de sí para el pueblo de Costa Rica, la realidad fue que no fue nada fácil conciliar los diversos intereses plasmados por ambas instituciones. Quizá por este motivo en algún momento el Director del Hospital San Juan de Dios (período 1976-1992), Dr. Otto Valverde, argumentaría que el traspaso a la Caja no fue una decisión fácil, además de que en ese período a la Caja le tocó sufrir, al igual que el resto del país, la más dura crisis de la historia reciente, por lo que las necesidades del Hospital no habían sido por lo tanto plenamente satisfechas, no obstante de las inversiones cuantiosas que se habían hecho²²¹

En el fondo para el Dr. Valverde la decisión emitida por el Gobierno de la República en función de hacer realidad el traspaso no fue aceptada por todos con entusiasmo, sin embargo después de doce años de haber ocurrido el hecho concluyentemente indicaría que *“debo reconocer que en ocasiones hemos encontrado obstáculos que han hecho mucho más difícil nuestra tarea de integrar plenamente el Hospital a las nuevas funciones en el ámbito nacional. Sin embargo, la decisión ha sido firme, de parte del grupo director del Hospital y de las autoridades institucionales y nacionales, y hoy podemos aseverar enfáticamente a nuestros fundadores, que seguimos cumpliendo con lo encomendado y formamos parte orgullosamente del sistema de salud del país”*.²²²

Finalmente, para efectos de ilustración, no deja de ser interesante reseñar algunas cláusulas que se establecieron en el convenio de traspaso firmado en 1974, y que en resumen resaltan las siguientes:

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

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

Tercera: el traspaso lo formalizarán el Ministerio y la Junta en el transcurso de un año.

Cuarta: los bienes inmuebles de toda índole se traspasarán mediante inventario que se realizará de común acuerdo entre la Caja y la Junta.

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

Sexta: a partir del momento que se efectúe el traspaso, la Caja recibirá las rentas que actualmente tiene la Junta para el Mantenimiento de los hospitales.

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

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

Décima: la Caja se comprometa a mantener indefinidamente el nombre histórico de “Hospital San Juan de Dios”.

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

5- LA ENFERMERÍA DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS EN LA SEGURIDAD SOCIAL: PRINCIPALES HECHOS

Para las dos últimas décadas del siglo XX, el Servicio de Enfermería del Hospital San Juan de Dios va a brindar sus cuidados al paciente bajo principios y conceptos teórico-doctrinales diferentes, aunque el fin del Hospital y de sus servicios en cualquier sistema siempre será el mismo: atender al paciente de la mejor forma posible en aras del restablecimiento de la salud perdida.

El ingreso del Hospital a la Caja Costarricense de Seguro Social marcaría un “encuentro o choque” entre dos formas de atención diferentes: por un lado, un sistema abierto que había venido promoviendo la Junta a través de los años, y en donde se daban servicios médicos prácticamente gratuitos y de beneficencia a la mayor parte de población necesitada sin distinciones (aunque también tenía mucha acogida la medicina

privada que se daba a través del pensionado), y en cierta medida dejando los controles, la planificación, las inversiones y las regulaciones a un segundo término. Obviamente este sistema era financiado por los remanentes (que ya no eran tantos) que dejaban las ventas de la Lotería Nacional administradas por la Junta de Protección Social, así como también impuestos y otras retribuciones que giraba el Estado para su sostenimiento.

Por el otro lado, el sistema de Seguridad Social era una prestación de servicios inicialmente restringida y en donde el financiamiento provenía de los asegurados, los patrones y el Estado (aunque deba mucho), y siendo una de sus características más recelosas la supervisión, el control, el exceso de regulaciones, los resultados, los objetivos y las metas claras, ya que los fondos provenían de las cotizaciones.

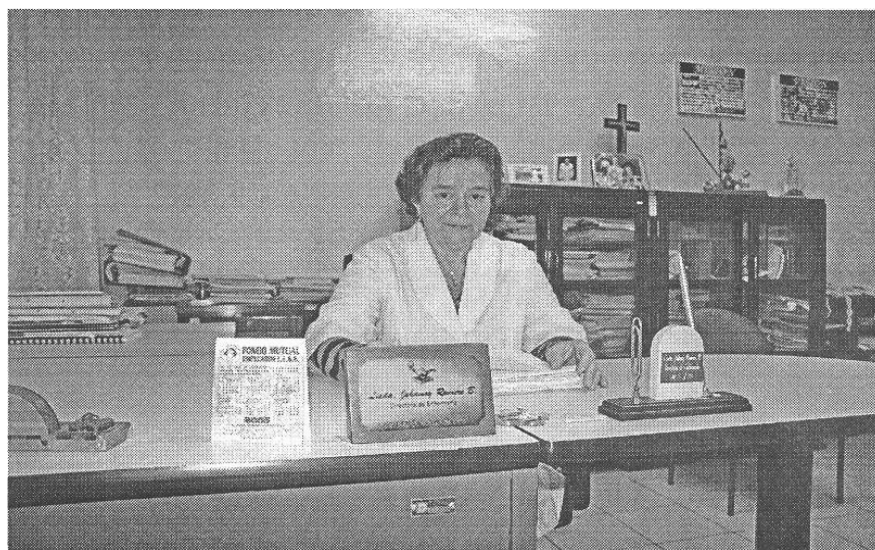
Concretamente al asumir la Caja Costarricense de Seguro Social el Hospital San Juan de Dios, este último tuvo que adecuarse a las nuevas circunstancias en todos los campos e incluyendo al Departamento de Enfermería.

En relación al anterior sentido, la enfermería del Hospital San Juan de Dios para los decenios finales de siglo, y de acuerdo al mismo cambiar de los tiempos en cuanto al desarrollo científico y tecnológico, va ingresar a la etapa de mayor proyección en relación a la especialización, la atención, organización y capacitación, en momentos en que una amplia base de principios científicos y renovados métodos de trabajo son el punto de sustentación de las actividades de la enfermería, y dentro de una coyuntura en que las enfermedades del aparato circulatorio, los accidentes de tránsito y el cáncer ocupan los primeros lugares como causantes de la mayor mortalidad.²²³

Para el período comprendido de la enfermería del Hospital en su nueva etapa, será la Dra. Sor María Cecilia Arias

la que asumiría la Dirección del Departamento. Esta alta funcionaria se había graduado en la Escuela de Enfermería de Costa Rica en 1950; luego, viajaría a los Estados Unidos en donde lograría especializarse aún más (obtuvo un doctorado en enfermería) e ingresando posteriormente a la Comunidad Religiosa de las Hijas de la Caridad con sede en Guatemala. En momentos de transición es llamada (en el primer semestre de 1977) y se vincula al Departamento de Enfermería. Pero al irse definitivamente la Comunidad Religiosa del Hospital, las autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social la nombran en calidad de Directora del Departamento de Enfermería, aunque ahora bajo una perspectiva diferente, pero manteniendo obviamente el espíritu animador de San Vicente de Paul y Luisa de Marillac, así como los dones de amor al prójimo.

Aparte de la Dra. Arias, también apoyarían su gestión en funciones relevantes en su momento las enfermeras Vilma Curling, Teresa Largaespada, Johanny Romero, Rubí Murray, Floró Guzmán, Rima Gómez, Dora Valverde, Leyda Umaña, Emilia Acevedo, Angélica Calderón, Renné Juárez, Silvia Sancho, Maritza Zamora, Irma Cruichshank, Miriam Lizano, Libia Solís, Deyanira Brenes, Lidieth Montoya, Xinia Martínez, Minan López, Zoraida Hernández, Carlos Arce, Hilda Castillo, Gloria Carvajal, María Guzmán, Cecilia Muñoz, Teresa Vindas, Delrita Gregory, Bernarda Valerio, Betty Bermúdez, Sonia Jiménez, María Mora, Marlen Ortiz, Yenny Porras, Maritza Chaverri, Marietta Víquez, Yamileth Torres, Angela Conejo, Miriam Cruz, Ana Herrera y Elvia Solís, entre muchas otras representantes, y quienes junto al resto de personal (enfermeras, auxiliares y asistentes) se encargarían de encaminar los servicios de enfermería hasta finales del siglo XX. He aquí parte de los cambios introducidos.



La Licda Johanny Romero: Directora del Servicio de Enfermería desde el año 2002, quien fue una de las grandes impulsadoras del área de educación



La M.S.C. Elvia Solís: Por muchos años Jefe de Emergencias y actualmente en Educación en Servicio. (2005)



El Consejo del Servicio de Enfermería del Hospital
esta conformado por las siguientes profesionales:
Johanny Romero, Zoraida Hernández, Marieta Hernández,
Miriam Lizano, Jenny Porras, Ana Cecilia Muñoz,
Deyanira Brenes, Elvia Solís, Nidia Lobo, Maritza Chaverri,
Marlen Ortiz, Maria Jesús Guzman, Maria de los Angeles
Palacios, Marieta Viquez, Betty Bermudez y Lorena Rodríguez.
(2005)

5.1 - LOS INNOVADORES DELINEAMIENTOS Y PRECEPTOS DE LA ENFERMERÍA DEL HOSPITAL

Uno de los aspectos de mayor caracterización y relieve que se va a dar en la enfermería del Hospital dentro del período de la Seguridad Social será el de la contemplación de diversos principios administrativos, y en un contexto en que la enfermera requerirá de esos preceptos que le servirán como instrumentos para realizar mejor su labor.²²⁴

El conocer y poner en práctica tales fundamentos era muy importante debido a que conceptualmente la definición y filosofía del Departamento de Enfermería también ahora iba a ser más compleja, ya que entre sus postulados se manifestaba que su propósito era el de proveer el óptimo cuidado a los pacientes, y partiendo además de otros criterios como estos:

“El paciente es un ser humano dotado de facultades y sentimientos que lo capacitan para determinarse libremente, por lo que se debe considerarse como tal y sin olvidar su estructura biológica y las necesidades propias de su naturaleza.

El cuidado de enfermería va a ser el total de actividades que desempeña el personal de enfermería al suplir sus necesidades mentales, físicas, espirituales y socio-económicas.

El Departamento de Enfermería será responsable también de mantener la moral y el prestigio de la Institución, mediante la promoción de programas que favorezcan la superación del personal”.²²⁵

En realidad la introducción de formas administrativas a la práctica de la enfermería venía desde años atrás, e impul-

sada por instituciones y organismos de apoyo y de profunda influencia internacional como la Organización Mundial de la Salud; formas dicho sea paso que se ponían en acción bastantes años después y de acuerdo a las condiciones imperantes de cada país.

Para las dos últimas décadas del siglo XX, la inclusión de dichos conceptos a las labores ejecutoras de enfermería dentro del Hospital van a ser cosa común, y máxime que ya la terminología y maneras de administración estarán delineadas por el camino gerencial. Desde esa perspectiva, por tanto, elementos esenciales como la previsión, la organización, la coordinación, la planificación y la dirección, por mencionar a algunos, van a ser la base en que se plasmarán los planes de trabajo y servicios en que se sustentarán las tareas de enfermería.

Dentro de estos preceptos, la organización será la clave y punto de despegue de la nueva estructuración, y en la cual la buena conjugación de los recursos humanos y materiales se juntaran con un solo objetivo: ofrecer el mejor servicio al cliente (paciente).

Para lograr el cometido, ahora la minuciosa determinación de las actividades y el personal necesario y preparado para efectuarlo significarán la base piramidal de las actividades que enmarcarán la enfermería del Hospital San Juan de Dios, y en donde sobresaldrán para el buen ejercicio del trabajo, la mejor elección y las calidades del personal, la iniciativa, el espíritu de servicio, la capacitación y el adiestramiento, los órganos asesores y consultivos, la categorización jerárquica, los comités de apoyo y la preparación rigurosa de normas y manuales de procedimientos, además de hacerse énfasis en la formación humanística y científica de la enfermera en concordancia con un fin: que la atención individualizada hacia el paciente adquiera mayor preponderancia.²²⁶

Para lograr lo último, varios ingredientes debían de acompañar a la enfermera, según lo señalan la Directora del Departamento Dra. Arias y algunas de sus colegas a principios de los años ochenta.²²⁷ En primer lugar, la eficiencia que muestre la enfermera deberá de depender de la habilidad en poder aplicar su conocimiento de la conducta humana y sus relaciones con los demás. Esto es mantener una relación inicial estrecha y discrecional con el paciente para estimular su bienestar. De aquí se pueden deducir aspectos importantes del paciente tales como el familiar, el hogar, el ambiente, los hábitos personales y otros más. Teniendo ya un panorama claro, la enfermera va estar en capacidad de efectuar un diagnóstico inicial y diseñar un plan para la atención de él en base al conocimiento y la comprensión. En este sentido, la enfermera debía de ser muy ágil en las relaciones humanas para lograr su cometido, ya que al descubrir sus preocupaciones y necesidades, el equipo de enfermería estaba en capacidad de proporcionar los cuidados adecuados.

En segundo lugar, el profesional de enfermería debía de caracterizarse por llevar a cabo acciones expresivas. Con esta actitud, la enfermera podría lograr mantener un estado motivacional positivo dentro del entorno del paciente, además de que esto podía ayudar a mejorar su comportamiento receptivo y el ambiente en general de cara a su recuperación o mejor aceptación de su enfermedad y de los cuidados que le brindarán.

Sin embargo, a pesar de reconocerse el papel terapéutico que cumplía la enfermera, también ésta debía de cuidarse de no inmiscuirse ni extralimitarse en demasiados asuntos del paciente, ya que forma parte, junto al médico y otros profesionales, de un equipo que integralmente busca la mejoría de su condición.

Por último, la enfermera debía tomar en cuenta siempre las diferencias de cada paciente. Esto debido a que cada enfermo presenta características diferentes en cuanto a costumbres, creencias, valores, prácticas religiosas, gustos y condiciones culturales y socio-económicas. Por tales motivos, cada paciente debía de considerarse como un sujeto y nunca como objeto de análisis o experimentación, además de que independientemente de las condiciones individuales de cada paciente, las condiciones de atención debían de variar.

Para la década de los años ochenta la enfermería del Hospital San Juan de Dios se va a ir perfilando bajo una compleja organización para lograr un fin: suministrar al paciente cuidados de enfermería de la mejor calidad.²²⁸ Con este propósito, por tanto, van a surgir acciones y programas encaminados a mejorar la asignación de recursos, la supervisión, la evaluación de resultados y el control de las actividades, así como también en las diversas unidades que prestan servicios de enfermería verán nacer personal más especializado.

El aliado principal que va a tener el Departamento de Enfermería para llevar a la práctica lo trazado será de ahora en adelante el advenimiento de los planes de enfermería, los cuales a su vez formarán parte de la mecánica funcional del Hospital San Juan de Dios a nivel local, y a nivel general de toda la Institución aseguradora.

El dichos planes quedarán delineadas todas aquellas funciones en que el Departamento de Enfermería es responsable, además de incluirse las descripciones y procedimientos de los más diversos cuidados que se brinden, funciones, clasificaciones, requisitos y responsabilidades, y en donde también se indicará las líneas de comunicación y de relaciones que tendrá el Servicio de Enfermería con los diferentes unidades y departamentos del Hospital.

Obviamente la pretensión al estar los cuidados de enfermería escritos, así como las normas y procedimientos, es el de suministrar al personal involucrado los métodos e instrumentos necesarios para lograr los propósitos deseados. De esta forma las metas que persigue el Departamento de Enfermería debían de ser conocidas por todo el personal, ya que la práctica de la enfermería requería, entre otras cosas, de lo siguiente: disposiciones diagnósticas y terapéuticas, control sobre los cuidados hacia el paciente, estatutos para el personal, comités específicos, seguridad para el paciente y contar con una buena base de programas de entrenamiento y capacitación del personal.

Sobre lo último acotado, para la enfermería del Hospital dentro de la Seguridad Social los programas de educación se volverán un aliado inseparable. Esto debido a que se van a incluir programas de entrenamiento, orientación y educación continua para todo el personal (nuevo y experimentado), y teniendo como objetivos el aumentar y desarrollar las aptitudes del personal, contribuir a mejorar la calidad de los cuidados que se brindan a los pacientes y disminuir el descontento y los errores del personal.

No cabe la menor duda que el fomento de diversas formas de capacitación es una las características esenciales de la Seguridad Social. Por tal motivo, el programa de educación en servicio con justa causa se definiría así:

***“Siendo la enfermería una ciencia y un arte, es la razón para que el personal de enfermería se mantenga en un desarrollo constante, con el fin de ir en forma paralela a los avances científicos y tecnológicos, a los cuales se ve abocada la enfermería en los tiempos actuales.*”**

Es por eso que Educación en Servicio planea y organiza una serie de actividades durante el año para el personal de enfermería, y destinado a proporcionar experiencias educativas que contribuyan al desarrollo del personal, lo que redundará en beneficio del paciente.

El programa va dirigido a los diferentes niveles de enfermería, ya que cada uno exige una amplitud de conocimientos y continua adaptación de los mismos a las diversas situaciones”.²²⁹

2.2- PROCESOS DE CAMBIO INSTITUCIONALES Y LA ENFERMERÍA DEL HOSPITAL

En los años noventa, al seno interno de la Caja Costarricense de Seguro Social se van a introducir importantes modificaciones y cambios en razón de mejorar la prestación de servicios de salud de sus afiliados a través de sus hospitales y clínicas; situación ésta que abarcará obviamente a las unidades de enfermería como la del Hospital San Juan de Dios. Y ¿cuáles fueron esas modificaciones?

Dichas modificaciones tuvieron su punto de salida y gestación en algunos proyectos y planes trazados por el Gobierno de la República, y los cuales se hicieron realidad en las diversas administraciones que han regido los destinos de la Institución líder de la Seguridad Social nacional.

A nivel de Estado, lo que daría origen a esos cambios sería la misma política social delineada, y en donde se hacía énfasis en las oportunidades que debían seguir teniendo los individuos en materia de economía, salud, vivienda, educación y otros campos de bienestar social. Para el caso específico de la cuestión salud, la política (según decreto emitido el 31 de mayo de 1996) a seguir instaba a las instituciones

pertinentes a modernizarse y desarrollarse bajo los principios de integración, descentralización y democratización, a efecto de que asumieran un rol con mayor eficiencia y sin duplicaciones en función de aumentar la capacidad resolutive para contribuir en el mejoramiento de la calidad de vida de la población.²³⁰

La anterior política va a tener repercusiones a nivel de la Caja Costarricense de Seguro Social, quien decididamente va a reorientar su misión de proteger a la población costarricense contra los riesgos que inciden sobre su salud y otras inconveniencias al enmarcar sus objetivos en fortalecer e incrementar la cobertura (a los grupos más vulnerables), la atención integral (mayor énfasis en la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación), el sentido humanístico e individualizada de la gestión (tratar de evitar masificación), el mejorar la capacidad de respuesta (buscar mayor eficiencia), impulsar la desconcentración, en fin, buscar el adecuamiento de la Institución de cara a los nuevos retos y problemáticas con la introducción de modelos alternativos.²³¹

En concordancia con los intereses plasmados dentro de la modernización institucional planteada, dos situaciones van a moldear el camino a seguir: los Compromisos de Gestión y los Planes Operativos Anuales, procesos ambos en donde indisolublemente ingresaran todas las unidades y servicios hospitalarios e incluyendo obviamente los de enfermería.

Los Compromisos de Gestión van a emerger como una respuesta institucional para que Costa Rica siga manteniendo los índices satisfactorios en salud (los cuales han sido internacionalmente reconocidos), y en momentos en que se da una relación no convincente entre una tendencia creciente en los gastos pero sin indicadores ni la productividad más aceptada, por lo que la utilización racional de los recursos debía marcar la pauta a seguir.²³²

En relación con lo último acotado, valga mencionar que desde años atrás los recursos que se asignaban a los hospitales eran diseñados tradicionalmente (constancias históricas) e independiente de los resultados que se obtuvieran, por lo que los ahorros que se producían no les beneficiaba y los déficit debían de ser cubiertos por el nivel central.

Con los modelos de Compromiso de Gestión lo que pretendía la Caja Costarricense de Seguro Social era el de mejorar la equidad en la distribución de recursos entre las regiones de salud, los hospitales y las áreas de salud (al separar las funciones de financiamiento y provisión), así como la introducción de la función gerencial de los servicios, para el cumplimiento de objetivos de salud específicos para cada centro, de manera que se estimule una mayor eficiencia y calidad en los servicios que se presten.²³³

Los compromisos de Gestión se iban a conformar por dos partes: por un lado, el nivel central de la Caja representado por la Presidencia y las Gerencias (fungiendo en calidad de financiador/comprador), y por el otro, los hospitales de la Institución (fungiendo en calidad de proveedores de servicios).

Con el anterior diseño, por tanto, le va a competir el ente financiador/comprador el otorgar los recursos convenientes (presupuesto), fijar incentivos, la definición de los servicios a comprar para la población (servicios integrales) y desarrollar la planificación estratégica y los instrumentos de control de objetivos y metas. Al ente proveedor le tocará definir el volumen de las actividades por realizar, verificar los niveles de calidad y brindar los servicios con la mayor eficacia y eficiencia posible (maximizar la salud de la población con los recursos que se dispusieron).

En diciembre de 1996 definitivamente va a quedar establecido el primer convenio de Compromiso de Gestión entre

el nivel central de la Caja y el Hospital San Juan de Dios (a pesar de no contar con un hospital de apoyo regional en muchos kilómetros a la redonda y de que la Sección de Medicina está fragmentada por remodelación), aspecto que para los siguientes años se iría a implementar cada vez mejor.

Con el convenio establecido (el primer monto para la compra de servicios fue de 13.690.964.048 colones) y bajo los principios fundamentales que rigen la Seguridad Social y las diferentes Leyes Nacionales, el Hospital entonces brindará asistencia especializada intra-hospitalaria, medicina y cirugía ambulatoria, consultas externas especializadas y medicina general intra y extra-hospitalaria, atención de urgencias, programas diferenciados, actividad docente, investigativa y de educación continua y registro y catalogación de la información. También se comprometía a mantener el edificio, las instalaciones y el equipo dentro de un estado de conservación y funcionamiento adecuado, para así poder lograr maximizar los recursos, satisfacer las necesidades del usuario, garantizar la calidad científico-técnica e incorporar a la gestión clínica una dinámica de mejoría continua a través de la detección y resolución de problemas y de sistemas de autoevaluación del desempeño.²³⁴

Cabe resaltar que los primeros garantes del Compromiso de Gestión fueron: por parte de la del ente financiador/comprador, sus altas autoridades encabezadas por su Presidente Dr. Alvaro Salas, y los Gerentes René Escalante, Sergio Carmona, Julieta Rodríguez, Javier Sandoval y Walter Calderón; por parte del Hospital San Juan de Dios, su Director Dr. Manrique Soto y el señor Administrador Adolfo Cartín; por parte del Gobierno, la Vicepresidenta Rebeca Greenspan.

Para la nueva estructuración que se estaba forjando (y que también afectaría los servicios de enfermería), muy importante a su vez van a ser la intromisión de manera porme-

norizada y sistemática de los Planes Anuales Operativos para uso de las diversas unidades ejecutoras de servicios (hospitales, clínicas, etc.).

En realidad dichos planes venían formulándose desde los años ochenta, sin embargo con la entrada en vigencia de los nuevos preceptos estratégicos institucionales van a tomar un auge extraordinario, ya que en ellos se definirán y plasmarán de la forma más coherente los objetivos, las metas y las actividades por realizar en relación con los recursos humanos, materiales y financieros que se dispongan en aras de obtener los resultados esperados, por lo que en gran medida se convertiría en una herramienta indispensable asociada para cumplir de la mejor forma con las corrientes modernizadoras de la Institución.²³⁵

El interés por formular estos Planes Operativos Anuales estribaba en que los mismos podían ayudar a operativizar las decisiones estratégicas, a racionalizar la toma de decisiones, a separar objetivos y metas en actividades específicas con la asignación de responsabilidades y recursos y a incorporar todo aquel elemento necesario para la obtención de resultados deseados.

Las características más sobresalientes que van a tener estos Planes es que todas las unidades y servicios, por ejemplo, los que conforman un hospital como el San Juan de Dios, se tienen que involucrar coordinada y armónicamente primeramente a nivel individual de cada área de trabajo, para luego amalgamarse en uno solo general representativo de las actividades a realizar. Por tanto, el Plan se convierte en un valioso instrumento que sistematiza y ajusta el conjunto de acciones a desarrollar y los resultados esperados durante el período de tiempo determinado, así como el de definir y ordenar las actividades al asegurar su consistencia y viabilidad, pero considerando los resultados posibles, los recursos destinados, la

organización y las responsabilidades en los diferentes niveles, además de ayudar a estructurar los programas seleccionados según categoría funcionales programáticas: programa, subprograma y actividad, pero en función de la prestación de servicios, la producción de bienes, la inversión financiera y las funciones generales de dirección y apoyo.

Para lograr hacer efectivo la correcta formulación del Plan Anual Operativo se requerían de dos elementos fundamentales: el diagnóstico y el pronóstico. El Diagnóstico consistía en analizar los datos pasados, presentes y futuros, los cuales proporcionan la base en el sentido de trazar un proceso de planificación, y en donde se debía tomar en cuenta el contexto económico-social, ubicación de la oferta y la demanda y los recursos disponibles y posibles: financieros, humanos, materiales y equipos, planta física, apoyo político, opinión pública y organización administrativa. Por el otro lado, el pronóstico consistía en evaluar y analizar críticamente la información obtenida con el propósito de definir para el ejercicio anual lo qué se quiere, cómo se quiere y cómo lograrlo, pero a partir del enunciamiento de objetivos generales y específicos, metas, actividades, cronogramas y fases de ejecución en base a indicadores y parámetros que sirvieran para medir los grados de obtención de las metas, así como detallar a los responsables de los programas y proyectos.²³⁶

Para el caso específico de la enfermería del Hospital San Juan de Dios, los Planes Anuales Operativos van a enmarcar una renovada forma de ingreso a los programas de modernización impulsados por la Institución en la década de 1990. En ellos, la enfermería se va a definir como la de ser una función esencial del sistema de atención de la salud, además de considerarse una profesión actuante y una disciplina profesional definida. Su intervención se va a ejercer en cuatro áreas fundamentales: la administración, el cuidado directo, la investigación y la educación constante.

También dentro de esa perspectiva, la enfermería, que se dedica a la búsqueda del bienestar de los seres humanos, exigirá la prestación de cuidados de calidad, oportuno, eficaz, eficiente, con el fin de promover y conservar la salud, prevenir la enfermedad, contribuir a curar la enfermedad y restaurar la salud, para que la vida humana sea más sana y perdurable.²³⁷

Empero, la enfermería de la Seguridad Social dentro de los procesos de modernización contemplados por la Institución hará énfasis en el conocimiento científico, clínico y gerencial, y en virtud de crear un ambiente adecuado para la práctica moderna de la enfermería, la cual debe optimizar el desarrollo de su personal hacia un alto grado potencial y vinculado a un liderazgo efectivo en la administración de la enfermería.

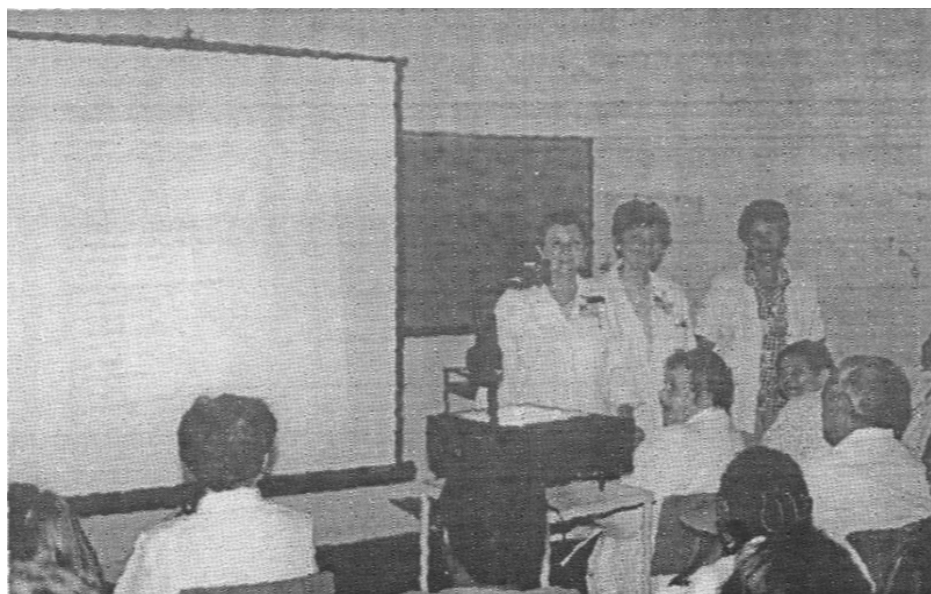
En resumen, la Dra. Sor María Cecilia Arias y compañeras del Servicio de Enfermería del Hospital San Juan de Dios ahora perfilarían la actividad de la enfermería en el sentido de asegurar el cuidado integral y continuo del paciente aplicando un adecuado plan de cuidados de enfermería de acuerdo a sus necesidades biológicas, psicológicas, sociales y espirituales, y así ayudarle en el proceso de la recuperación de su salud, de adaptación y de rehabilitación. En este sentido, el Departamento de Enfermería va encaminar sus propósitos integradores en los siguientes aspectos prioritarios:

- Mantener un plan de actividades organizadas para dar el cuidado integral y continuo.
- Mantener un programa de Educación en Servicio satisfactorio y dirigido a todos los niveles (personal de unidades de atención y salones en general).
- Velar para que se conserven las buenas relaciones intra e interdepartamentales.

-
- Colaborar con cualquier personal que necesite orientación y ayuda.
 - Mantener un sistema eficaz de evaluación periódica para valorar los cuidados de enfermería y estar pendiente en actualizar cualquier programa que lo requiera.
 - Evaluar objetiva y con constancia el personal de enfermería para su mejor rendimiento.²³⁸



La licda. Ana Herrera (jefe del servicio) y la Licda. Virgina Jara de la unidad de cuidado intensivo



El apoyo a la comunidad a través de terapias y charlas para pacientes forma parte activa de la mecánica hospitalaria. Uno de estos grupos es el de diabetes, el cual es dirigido por la Licda. Lidieth Acuña, además de contarse con el apoyo de Edealda Lazo y Zoila Jiménez. (2001)

5.3- EL PROCESO DE AUTOMATIZACION Y LA ENFERMERIA DEL HOSPITAL

En la década de los noventa se va a marcar el inicio de manera acelerada de un proceso de automatización para las diferentes unidades y servicios del Hospital San Juan de Dios con el objetivo de agilizar los diferentes procesos del quehacer hospitalario, aparte de pretender lograr mayor eficiencia y el mejoramiento continuo de la calidad en la atención del paciente.

El interés en lograr incorporar las formas computarizadas en el Hospital de sobra se justificaba, ya que sus volúmenes anuales de trabajo y el despliegue de información que generaba era cuantioso: índice ocupacional de casi 90%, cerca de 900 camas, más de 200.000 consultas externas, 160.000 urgencias, más de dos millones de exámenes de laboratorio, 4.500 tomografías axiales, más de un millón de recetas despachadas, 21.300 gastroscopías, 21.000 electrocardiogramas, casi 400.000 raciones en dietética, 24.000 operaciones mayores, casi 600.000 expedientes movilizados, 8.300 partos atendidos y 13.000 ultrasonidos efectuados son apenas una muestra de ese exagerado volumen.²³⁹

Para poder introducir la tecnología (por sus enormes costos) de la informática ampliamente dentro de la mecánica funcional del Hospital San Juan de Dios se va contar con la decidida ayuda del Dr. Manrique Soto, Director del centro médico, quien fungiendo a su vez en calidad de miembro de la Junta Directiva de la Junta de Protección Social de San José, pudo interceder en razón de que esa noble Institución (que tanto bien le a hecho a Costa Rica) apoyara una vez más al Hospital en esta nueva empresa con una suma millonaria; la cual también iba a ser secundada por la Caja Costarricense de Seguro Social y la Asociación Pro Hospital San Juan de Dios (APRHOS).

Para lograr el cometido deseado, uno de los más importantes impulsores en la introducción y expansión del proceso va a ser el Subdirector del Hospital, Dr. Mario Arias, quien partiendo de la Oficina de Información y Capacitación pudo mediante una ardua labor formativa y de implementación iniciar el proyecto en sí, el cual iba a ir abarcando las diferentes áreas del Hospital con base a las posibilidades que lo permitieran las condiciones económicas y a plazos determinados. Así, de esta forma, el proceso informático se iniciaría en la parte asistencial, y posteriormente se incluiría a las de diagnóstico, tratamiento, apoyo, administrativos, investigación y docencia mediante la incorporación de subsistemas y módulos específicos a través de empresas especializadas contratadas.

No cabe la menor duda que los cambios propuestos conllevaron a comprar equipos y materiales sofisticados, a la capacitación del personal, en fin, a un cambio profundo tecnológico y práctico de cara al nuevo siglo, y en momentos en que el Hospital no se podía quedar rezagado.

El proceso en detalle fue iniciado en 1994, por lo que ya para finales de década se habían cubierto en la nueva condición muchos servicios de nivel operativo, administrativo y gerencial, siendo el camino a seguir dentro del derrotero que enmarcará el siglo XXI.

Obviamente dicho proceso ha repercutido favorablemente al seno interno debido a que se ha dado en alguna medida la reingeniería, se han eliminado procesos que no agregan valor, se han disminuido tiempos y movimientos y ha existido mayor información constante, aunque también ha habido resistencia al cambio, falta de suministros y sistemas que no se han podido implementar por las mismas limitaciones.

Específicamente cuando este implementado (va por partes) en su totalidad el módulo informático para el Departamento de Enfermería, éste ayudará a la planificación de roles de acuerdo a las necesidades y registrar toda la información sobre los cuidados del paciente que se produce entre turno y turno, además de podrá imprimir en diferentes formas información sobre órdenes médicas, cuidados de enfermería y condiciones imperantes en general del paciente.

Para los puestos propios de enfermería de salón, el sistema apoyará las funciones de enfermería con la formulación de un expediente electrónico previa alimentación de los datos, así como también se estará en capacidad de imprimir en cualquier momento el censo de pacientes, el reporte de camas disponibles, registrar variada información en los Kardex (que serán electrónicos), el control automático de los medicamentos, los procedimientos prescritos por los médicos y las dietas indicadas.

Con la introducción del sistema informático, la enfermeras encargadas de los salones podrán contar en todo momento con la posibilidad de consultar datos generales y clínicos de los pacientes ingresados, las órdenes médicas que se están siguiendo, los resultados de los diversos exámenes, las indicaciones de nutrición, el perfil terapéutico y la solicitud electrónica de cualquier expediente. También se podrá alimentar el sistema con información sobre las condiciones de egreso del paciente, diagnóstico, médico que ordenó la salida y otros aspectos más.²⁴⁰

En síntesis, las enfermeras del Hospital han pasado a través del tiempo en manipular datos primeramente extraídos de forma tradicional de hojas sencillas, censos, cartulinas, kardex y expedientes en general, a la utilización compleja de máquinas electrónicas las cuales se convertirán en un aliado más en su infatigable camino en pos de un solo ideal: seguir

brindando los mejores cuidados posibles al paciente, su razón de ser.

Finalmente, la influencia de la enfermería profesional para finales de siglo es tan profusa dentro de las actividades del Hospital, que su participación directa se ha convertido en algo indispensable para la buena marcha de la mecánica funcional. Esto se evidencia al mencionar los siguientes programas y comités multidisciplinarios en donde juegan un papel importante:

Lactancia materna.

Análisis de mortalidad materna.

Salud sexual reproductiva.

Mejoramiento de la calidad de atención de mujeres con diagnóstico de aborto.

Programas educativos para la preparación de parto.

Atención integral de la madre adolescente.

Atención de niños y adolescentes agredidos.

Programa de vacunación a los recién nacidos.

Programa de alojamiento conjunto.

Madre canguro.

Soporte nutricional.

Atención de pacientes con Sida y Tuberculosis y sus familias.

Diabetología.

Prevención, control y tratamiento de úlceras por presión.

Atención de pacientes ostomizados.

Atención en salud mental y psiquiatría.

Comité de investigación y ética.

Comité de farmacoterapia.

Comité de calidad.

Control de infecciones intra-hospitalarias.

Prevención y control de desechos sólidos.

Investigación en enfermería.
Consejo académico.
Salud ocupacional.
Atención integral de adultos mayores.
Programa de educación en enfermería.
Revisión de expedientes.
Relaciones laborales.
Prevención de desastres.
Consejo de la dirección general del Hospital.
Consejo técnico del Hospital.
Consejo gerencial de enfermería.
Consejo nacional de enfermería.
Consejo de educación continua del Cendeiss
(C.C .S.S.).²⁴¹

Aparte de lo anterior, no deja de ser importante el vínculo que también va a mantener parte del gremio de la enfermería del Hospital ahora bajo el marco de la promoción de la enseñanza privada. O sea que, al igual que la antigua Escuela de Obstetricia y Enfermería de Costa Rica apareció absolutamente entrelazada al Hospital San Juan de Dios (finales del siglo XIX y posteriormente), las nuevas formas de enseñanza de carácter institucional privado también van a tener un necesario impulso y soporte desde el Benemérito Hospital. ¿Por qué razón?

Pues, la Rectoría de la primera universidad privada costarricense en fundarse (Universidad Autónoma de Centro América) eligió a un grupo de enfermeras del Hospital San Juan de Dios el encargarse de desarrollar los respectivos planes y programas para la correcta formación de enfermeras, los cuales tendrían como justificativo el poder amainar el déficit de enfermeras profesionales existente en el país. De esta forma aparece como principal pionera la Dra. Sor Cecilia Arias,

debidamente respaldada por enfermeras como Silvia Sancho, Mariana Chávez, Libia Solís y Norma Hernández.

Las tareas docentes se iniciaron en 1982, siendo el número de egresadas para el período 1986-2002 las siguientes: Bachilleres / 466 y Licenciadas / 615, y formando parte del cuerpo docente profesoras como la misma Sor Cecilia, Deyanira Brenes, José Rojas, Sonia Alfaro, Viriam Mejías, Mili López, Johanny Romero, Elvia Solís, Cristina Garita, Aura Badilla, Arelia Chambers, Sandra Araya, Rita Calvo y Marielos Palacios, entre otras.

4.4- A MANERA DE CONCLUSIÓN

El Hospital San Juan de Dios a nivel general en su largo recorrido ha entregado invaluable servicios médico-sanitarios a la población costarricense. Obviamente la tarea no ha sido fácil, máxime si se toma en consideración las limitaciones económicas en las que se ha desenvuelto durante buena parte de esos años, pero que en ningún momento aplacaron su identificación para con los más necesitados del conglomerado social. Precisamente esta identificación se inicia con los mismos esfuerzos que se efectuaron para la construcción del rústico primer edificio (de bahareque) y en la que participaron los diversos estratos: gente pudiente, extranjeros, campesinos, peones, la Iglesia católica y el mismo Estado nacional. O sea, se puede deducir que por la necesidad imperiosa de contarse con un hospital en Costa Rica, en buena medida este va a servir desde un inicio como una especie de balanceador social de cara a su entorno.

Desde el punto de vista meramente asistencial, el Hospital San Juan de Dios ha transitado estoicamente por las diferentes corrientes que la han enmarcado: Caridad, Beneficencia, Sanidad, Protección Social y Seguridad Social, por lo

que por sus aportes y logros han marcado todo un hito dentro de la salud pública nacional. Un pequeño recuento de su participación ilustrará más la cuestión.

Durante la Campaña Nacional (1856-57) llevada a cabo por Costa Rica contra de las huestes filibusteras y mercenarias comandadas por William Walker, el Hospital se convierte en un bastión al poder ofrecer sus valiosos servicios para con los maltrechos y enfermos miembros del ejército expedicionario costarricense venido de Nicaragua.

Pero aunado a lo anterior, también el Hospital San Juan de Dios se va a erigir como la principal fortaleza en momentos de catástrofe nacional: la proliferación de enfermos venidos del Atlántico por la construcción del ferrocarril y la actividad bananera, el terremoto que sacudió a Cartago y otros lugares aledaños en 1910, el fatal accidente ferroviario acaecido en el Virilla en 1926, la peste de polio de la década de 1950 y la emergencia nacional producto de las erupciones producidas por el Volcán Irazú en 1963, son apenas unas muestras en que el Hospital ha dado lo mejor de sí con objeto de mitigar los efectos negativos producidos ante la población.

En el fondo es sumamente complejo el poder enumerar todos sus logros, sin embargo la mejor muestra de ello la resume el Gobierno de la República en el año 1989 al señalar:

“Declárase Institución Benemérita al Hospital San Juan de Dios, por su encomiable labor asistencial, académica y científica en el campo de la salud pública desde 1845, en beneficio del pueblo costarricense”.²⁴²

Cabe destacar que indudablemente el factor humano (encabezado por el cuerpo médico, técnico, farmacéutico, de laboratorio, administrativo y otros más) ha sido la clave del

éxito en la obtención de esos logros; personal comprometido en la atención de los enfermos desvalidos, menesterosos, indigentes, asegurados, trabajadores, niños y madres.

Dentro de esos grupos de trabajadores comprometidos con la gran obra efectuada por el Hospital San Juan de Dios en sus más de 150 años de recorrido, mucho se le debe a uno en especial: el cuerpo de enfermeras y funcionarios encargados de brindar los cuidados de enfermería directa o indirectamente sin reparos las 24 horas del día y la noche.

La enfermería en Costa Rica como práctica y como enseñanza ha tenido en el Hospital un punto de sustentación y apoyo indubitable, ya que durante muchos años las pautas a seguir de la actividad estuvieron circunscritas a este centro: los primeros servicios de enfermería de salón con las modificaciones correspondientes debidas al cambiar de los tiempos, y las diversas formas de enseñanza establecidas por las escuelas de enfermería vinculadas al Hospital San Juan de Dios.

La enfermería del Hospital San Juan de Dios en su largo recorrido ha pasado por diversas etapas. En un primer momento se privilegiaba los aspectos físicos y las habilidades propias que se debían de tener en función de satisfacer las necesidades del paciente y los procedimientos requeridos.

En una segunda fase se va a incluir el cuidado más comprensivo, y en la cual la los aspectos sociales, económicos y del hogar serán tomados en cuenta, e impulsados por un despegue de las ciencias sociales y de otras asociadas a la salud.

Una tercera etapa se va a distinguir por basarse fundamentalmente en aspectos científicos y con la ayuda de la más alta tecnología. Aquí las enfermeras serán consideradas como miembros activos (con voz y voto) de los equipos de salud, y en donde su rol es el de asumir una amplia gama de activida-

des sobre los cuidados de enfermería que deben de brindarse, además de tener muy presente los procedimientos, la supervisión, el planeamiento y los controles de calidad pertinentes.

Para las últimas décadas del siglo XX la enfermería en general ha tenido que adaptarse y amoldarse de acuerdo a las nuevas concepciones sobre la salud, ya que su misma definición parece ambigua. Esto por cuanto la clásica definición de representar un estado aceptable de bienestar físico, mental y social todavía está en discusión, y máxime que se deben de tener presente diversos elementos para la función positiva y la alegría del vivir (adaptación mental, social, biológica, educación, ingresos, etc.).²⁴³

Sin embargo, lo que si está claro es la aplicación de programas de salud en razón de atender al individuo, la familia y la comunidad en base a la promoción y prevención, la asistencia y la rehabilitación, siendo fundamental la participación de las enfermeras en todos los procesos: cuidados primarios, cuidados agudos y cuidados de largo alcance.

De manera global se puede deducir que desde que inició el Hospital San Juan de Dios su “próspero andar”, su labor ha sido de una trascendencia de características extraordinarias para la vida nacional. Más aún, por su identificación temprana con el “ser costarricense” de hecho se ha convertido por antonomasia en uno de los pilares en donde se ha sustentado el sistema nacional de salud y por ende, la democracia del país, por lo que prácticamente se ha convertido como un símbolo Patrio debido a su asociación con el pueblo.

El Hospital San Juan de Dios ha sido inobjetablemente el precursor de las diversas ramas de la medicina y la cirugía en Costa Rica (como los trasplantes de órganos: que inicia el Dr. Alexis Agüero en 1944 con trasplante de corneas, y sin olvidarse de las altas cirugías de corazón pioneras que encabezaron los médicos Julio Aguilar y Ricardo Moreno),

así como muchas especialidades del quehacer hospitalario médico-asistencial, la evolución científica y el de forjar y formar cantidades de profesionales en los diversos campos de las ciencias de la salud.

Pero a la par de lo mencionado, también de su propio seno vieron la luz la farmacia, la microbiología y la enfermería en Costa Rica, aparte de que germinaron junto a Él la Hermandad de Caridad, el Protomedicato (actual colegio de Médicos y Cirujanos), la Lotería Nacional, el Cementerio General y la Junta de Protección Social de San José.

Un escudriñamiento de su periodización (en donde ha estado presente la enfermería) revela las siguientes etapas por la que ha transcurrido de manera extraordinaria:

Primera etapa (de 1845 a 1897): período de creación, evolución inicial y estabilización, caracterizado por las condiciones de Caridad en que brinda sus servicios.

Segunda etapa (1898 a 1935): período de consolidación, transformación y adelanto científico, caracterizado por las condiciones de Beneficencia en las que se desenvuelve.

Tercera etapa (1936 a 1976): período de expansión y especialización médica y técnica, caracterizada por la condición de Protección Social en que se enmarcan sus servicios.

Cuarta etapa (1977 en adelante): período del gran auge de la medicina social con la introducción de la más alta tecnología y el desarrollo de las más diversas especialidades, sub-especialidades y micro-especialidades, caracterizado por las condiciones de Seguridad Social en las se va a desarrollar.

En la etapas mencionadas por las que ha transitado el Hospital San Juan de Dios se han producido toda una serie de actos, acciones y decisiones que han beneficiado la salud pública costarricense desde cualquier punto de vista que se le analice, pero ¿cómo podrían esas cuatro etapas resumirse en

una sola definición? o ¿cómo describir en pocas palabras tan meritorio pasado? Pues, alguien pudo hacerlo cuando señaló que:

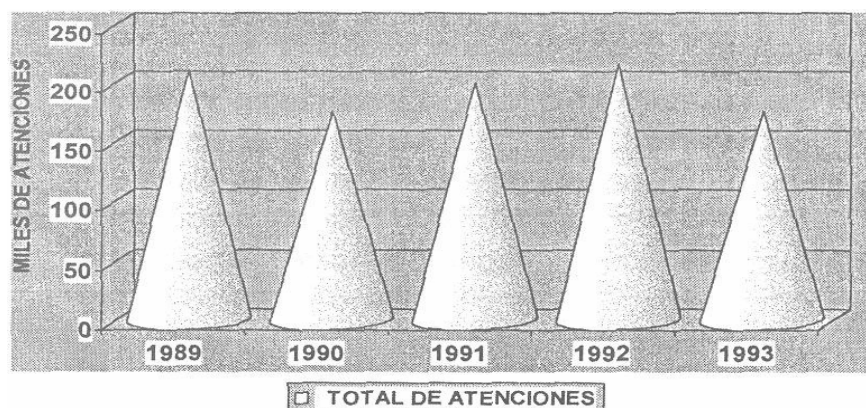
“El Hospital San Juan de Dios es una de las más antiguas y honorables Instituciones de Costa Rica. Es una raíz que bebe de las más nítidas aguas del más puro manantial de la Patria: en el servicio a sus semejantes, por el hombre, en cuya labor se dignifica su espíritu, transformándose por virtud de alquimia del trabajo creador en la investigación, del trabajo humanitario, en el consuelo por la ciencia y la piedad ante el dolor”.²⁴⁴

En todo el proceso de transformación que se ha implementado a través de los años en el Hospital San Juan de Dios, indudablemente el Departamento de Enfermería, sus funcionarios y la actividad en si misma, ha ocupado un lugar de proporciones magnificentes. Esto debido a que las labores de enfermería también se han adaptado a los mismos cambios que se han ejecutado al seno interno del Hospital, por lo que su presencia, ética y profesionalismo en sus diferentes etapas han significado “luz para el paciente”.

Decididamente en el nuevo siglo y en el nuevo milenio, el gremio y las actividades propias de la enfermería científica serán bastiones poderosos del Hospital San Juan de Dios para enfrentar los emergentes retos que le espera, al igual que a los cambios en que se verá sometido. Pero algo es seguro: el amor y el consuelo al prójimo necesitado seguirá siendo el “faro que seguirá iluminando” el camino del Departamento de Enfermería del Hospital San Juan de Dios

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

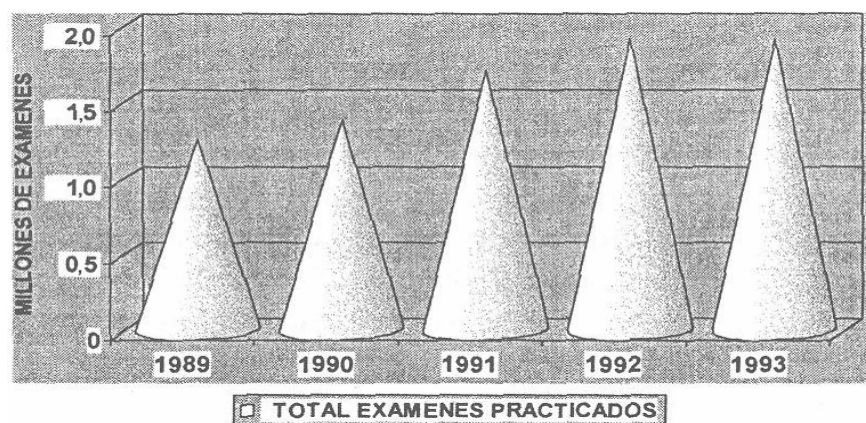
ANALISIS COMPARATIVO AÑOS 1989-1993
TOTAL DE ATENCIONES EN CONSULTA EXTERNA



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

HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS

ANALISIS COMPARATIVO AÑOS 1989-1993
TOTAL DE EXAMENES CLINICOS PRACTICADOS



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



La fe, la ciencia y el apoyo espiritual al servicio del paciente y sus familiares. Esto es el hospital y la capilla



Una unidad fundamental para la actividad hospitalaria:
el servicio Central, a cargo de la Licda. Sonia Jiménez (2001)

Hospital San Juan de Dios parte del personal de enfermería (2005)

Directora de Enfermería

Licda. Johanny Romero Bermúdez

Sub-Directora Administrativa

Licda. Lidieth Montoya Barahona

Educación en Servicio

M.Sc. Elvia Lucia Solís Marín,

Sub-Directoras(or) de Enfermería

Licdo. Carlos Arce Espinoza

Licda. Betty Bermúdez Zamora

Licda. Deyanira Brenes Murillo

Licda. Miriam Lizano Esquivel

Licda. Nidia Lobo García

Licda. Marieta Viquez Ocampo

Jefes de Área de Enfermería

Licda. Maritza Chaverri Álvarez

M.S.c. Ana Lorena Rodríguez

Castillo

Licda. Ana I. Herrera Venegas

Licda. Sonia Jiménez Victory

M.Sc. Marielos Palacios Gutiérrez

Licda. Marlen Ortiz Astorga

Supervisoras (or) de Enfermería

Sonia Alfaro Araya

Luz Marina Arias Mora

Mayra Arroyo Arroyo

Eunice Chaves Chaves

Hazel Calvo Rodríguez

Gloria Carvajal Delgado

Edgar Duarte Aguirre

Nidia Fonseca Villalobos

Cecilia Hidalgo Calderón

Teresa Mendoza Sánchez

Silvia Tapia Cerdas

Jenny Porras Marín

Yamileth Torres Picado

Teresa Vindas Peña

Gilda Castillo Conejo

Ana Cecilia Muñoz Acuña

Larret Escoe Barnes

Zoraida Hernández Jiménez

María Jesús Guzmán Rojas

Gloria Carvajal Delgado

Marta Doris Matamoros Ramírez

Rita Calvo Barquero

Enfermeras Salud Mental y Psiquiatría

Licda. María de los A. Calderón C.

Licda. Nadia S. Flores Ceciliano

Licda. Xinia Martínez Vargas

Licda. Damaris Chavarría

Fernández

Enfermera Comité de Diabéticos Mellitus

Licda. Lidieth Acuña Salazar

Enfermera Comité de Infecciones Intra — Hospitalarias:

Licda. Carmen Quesada Vargas

Enfermera Comité de Desechos Sólidos Hospitalarios

Licda. Jenny Aguilar Mora

Enfermera del Comité de Hiperalimentación

Licda. Ana Gallegos Gurdián

Enfermera Comité de Tuberculosis:
Licda. Alba Miranda Sánchez

**Enfermera Consulta Prenatales
y Programa de Preparación
Psicofísica para el Parto:**
Licda. Lilliana Otárola Salas

Enfermeras Obstétricas:
Arias Baltodano Etelvina
Cabezas Jiménez Deykel Susana
Bermúdez Solano María de los A.
Carballo Cabrera Maríanela
Dubón Fernández Felicia
Solano Solano Henry
Durán Sánchez Victoria
Esteban Parrales Marta
Ferguson Redguand Odette
Garro Rodríguez María C.
Guzmán León Mayra
Guzmán León Sonia
Jhonson Daley Ivonne
Jiménez Delgado Elidieth
Jiménez Jirón Victoria
Jiménez Sandí Olga
Madrigal Juárez Sandra
Masís Herrera Blanca
Mata Calderón Virginia
Monestel Núñez Margarita
Pacheco Marín Maura
Pincay Mora Rosa
Quirós Valverde Róger
Pierre Peterkin Celia
Rojas García Sandra
Ramírez Espinoza Carmen
Lidia Salas Morales
Milagro Ballesterio
Martínez Olivia D.
Segura Valverde Vera
Sewell Tyndell Candace
Tapia Cerdas Silvia
Valverde Guerrero Elsa
Veliz Quirós Milton S.
Villalobos Matarrita Jorge Arturo

**Enfermeras 2 (Coordinadoras de
Servicios de autogestión)**

Álvarez Rosales Zaray
Jara Gómez Virginia
Foster Morgan Nuria
Hernández Picado Marietta
Ramírez Moya Shirley
Cerdas Hidalgo Margot
Valverde Jiménez Miriam
Tenorio Garita Xenia
Bejarano Jarquín Mercedes
Washington Villegas Miriam
Acuña Ulate Mayela
López Arce Vilma
Sánchez Chavarría William
Fonseca Cascante Boris

Enfermeras (os) Generales

Acuña Quesada Vilma
Agüero Acuña Nuria
Agüero Rodríguez Seidy
Aguilar Blanco Lidieth
Aguilar Chavarría Flor del Carmen
Aguilar Molina Lorena
Aguilar Murillo Ana Manía
Aguilar Vallejos Freddy
Aguilera Marín Lisandro
Aguirre Villagra Rogelio
Alfaro Delgado María Sionith
Alvarado Abarca Marlon
Alvarado Campos Esther
Alvarado Peralta Iría
Alvarado Pérez Hazle
Alvarado Rosales Blanca Rosa
Álvarez Céspedes Moisés
Álvarez Chacón Maricel
Arauz Sibaja Miriam
Araya Serrano María Lizbeth
Araya Vega Luis Guillermo
Arce Murillo Sonia
Arce Naranjo Mónica
Arias Aragón Evangelina
Arias Baltodano Etelvina
Arias Castro Gilberth Antonio

Arias Viquez Mónica	Campos Madrigal Mileidy
Arrieta Álvarez Maquenci	Campos Segura Denia
Arrieta López Allan	Carmona Matarrita Jorge
Arroyo Marengo Xenia	Carrillo Carrillo Zulay
Aubert Durán Mario Alberto	Carrillo Villegas Marianela
Ávila Espinoza Eduardo	Carazo López Denia
Ballesteró Martínez Olivia Damaris	Carvajal Castillo Ana Clara
Ballesteró Quirós Flor Marina	Carvajal Flores Andrea Karina
Baltodano Gutiérrez Mónica	Casares Rojas Zulia
Baltodano Zúñiga Ivannia	Cascante Estrada Ma. Elena
Barrantes Hernández Alba Nidia	Castañeda Espinoza Jorge
Barrantes Pérez Zulma	Castillo Rojas Oscar Milton
Barrantes Ramírez Yamileth	Castro Delgado Rocío
Batista Mata Luciana	Castro Murillo Denia
Beletzuy Xurux Lilliam Noemy	Castro Ruiz Andrea
Benavides Guerrero María E.	Cerda Cerda Darío
Bendaña Torres Xiomara	Cerdas Chinchilla Luz Marina
Bermúdez Solano Marielos	Cerdas Fernández Susana
Bodán Vega Sandra	Chacón Chinchilla David
Bogantes Madrí William Alberto	Chacón Esquivel Miriam
Bolaños Jiménez Luis	Chavarría Fernández Damaris
Bonilla Sequeira Gabriela María	Chavarría Villegas Ana Ireth
Bonilla Zúñiga Rafael	Chaves Morales Odette
Borbón Sandí Susana	Chaves Vargas Patricia
Brenes Chaves Sharon Rebeca	Cheves León María de los Ángeles
Brenes Guevara Mayra	Colville Henon Eloisa
Brenes Mendoza Iliá María	Contreras Barboza Karla
Brenes Montoya Mayela	Corea Rivas Lyda Ma.
Brenes Solano Dinorah	Corella Fallas María del Carmen
Brenes Vindas Mercedes	Cruz Cruz Jeannette
Briceño Mata Marjorie	Cruz Martínez Mauricio
Brig. Brown Selina	Cruz Rojas Doris
Brumley Kerr Rehena P.	Cubero Barrantes Katherine
Buchanan Dixon Elma Marieta	Cubero García Gabriela
Bustamante González Ana Lourdes	Darbey Maxwell Kemly A.
Cabalceta Romero Ana María	Dávila Espinoza Carmen
Calderón Cornejo Rosario	Díaz Abarca María Emilia
Calderón Valverde ZaidyY.	Donalson Barnes Marva
Calderón Vega Patricia Eugenia	Douglas Douglas Lidia
Calvo Corrales Olga	Durán Prado Ana virginia
Calvo Madrigal Grace	Durán Sánchez Victoria
Camacho Badilla Ronald	Espinoza Montero Lizbeth
Cambronero Cruz Marvin	Espinoza Quesada Gerardo
Campos Castro Dinia J.	Estrada Cantillo Mayra

Fajando Vargas María Elena	León Moya Sandra
Fallas Ramírez Gabriela	Lizano Chaves María
Ferguson Redward Odeth	Lizano Esquivel Noemy
Fernández Díaz Alejandra	Loaiza Araya Vanesa
Fernández Picado Marcia	López Arce Vilma
Flashy Nelson Leyla Carolina	López Chacón Andrea
Flores Fallas Rigoberto	López López Mailen
Flores Guerrero Sandra	López Umaña Ruperto
Flores Jiménez Teresita	Loría Zúñiga Vianey
Flores Marchena Mayela	Madrigal Juárez Sandra
Fonseca Bustamante Kattia	Madrigal Porras Eugenia María
Fonseca Madriz Ana Isabel	Madriz Hernández Alicia
Gamboa Vindas Lorena	Madriz Hernández Marvin
Garro Portugués Nora Yamileth	Madriz Jiménez Angelina
Garro Venegas Lonely	Maitland Hilton Morrine
Gómez Gómez Delia	Manzanares Méndez Idalid
González Arias Clara Luz	Marianela Carrillo Villegas
González Gómez Alicia	Marín Hernández María Eugenia
Gray Lorand Ingeborg	Marín Salazar Sandra
Gray Lorand Joyce	Martínez Obando Alicia
Gutiérrez Barrantes Yadely	Martínez Ortíz Neidy
Gutiérrez Cavaría Didier	Martínez Rosales Marlon
Gutiérrez Méndez Helkin	Mata Bustamante Iraida
Gutiérrez Ramírez Roxana	Mc Carthy Vactor Vilma
Guzmán Montero Xiomara	Mc Taggart Ávila Yaning
Hernández Córdoba Margarita	Méndez Chinchilla María Eugenia
Hernández Delgado María Dolores	Méndez Carvajal Carolina
Hidalgo Montero Ruth	Mesén Villarreal Gabriela
Infante Arias Hannia	Meza Chavarría Adela Virginia
Islop George Yorleny	Miranda Méndez Ana María
Jiménez Castro Adriana	Miranda Sánchez Marlen Patricia
Jiménez Fernández Eida	Montero Céspedes Emilia
Jiménez Fernández Ilsi	Montero Cortés Elsa
Jiménez Hernández José Antonio	Montero Lobo Sonia María
Jiménez León XiniaYanory	Montero Quirós Adriana
Jiménez López Leticia	Montes Torres Jeannette
Jiménez Quirós Ruth	Montiel Ulloa Manta
Kee Castro Xinia	Montoya Obando Xinia María
Laouche Davis Norma	Mora Acuña Carlos
Lawson Marchena Esther	Mora Carranza Ana Yancy
Leal Argeñal Pablo Manuel	Mora Castro Leydin María
Leal Hernández Patricia	Mora Fonseca Vera
Ledesma Cabezas Andrea	Mora Mora Thais Irene
León Martínez Lizbeth	Morales Alpízar Isabel

Morales Artavia Ana
Morales Cedeño Imelda
Morales Villalobos Gabriela
Morera Segura Randal
Naith Bassent Natasha
Neil Hamilton Mercedes
Obregón Morales María
Olmos Torres Blenys Alicia
Oquendo Bejarano Alfredo
Orias Lezama Treveris
Orozco Álvarez Rosibel
Orozco Herrera Elizabeth
Ortíz Morales Isaac
Osorno García Patricia
Osorno Membreño Isabel
Oviedo Vindas Martha
Paniagua Mejía Laura
Peralta Artavia Viviana
Peraza Alpízar Dunia
Pérez Pérez Alberto
Picado Cabalceta Karol
Piedra Quesada Ana Lucía
Porras Mata Marielos
Prado Araya Isabel
Quesada Badilla Carmen
Quesada Fallas Seidy
Quesada González Lilliana
Quesada Leitón Irma
Quesada Martínez Hannia
Quesada Solano Evelyn
Quirós Castro María Piedades
Quirós Durán Luz Marina
Quirós Mora Virginia
Quirós Soto Adyadith
Quirós Valverde Róger
Ramírez Gómez Angie
Ramírez Moya Mayra
Reyes Sequeira Natividad
Rickets Webley Patricia
Ríos Carranza Sandra María
Rivera Fallas Jennifer
Rivera Navas José Elidien
Rivera Quirós Karla
Rivera Rivers Sandra

Lucía Robles Molina Zaida
Rodríguez Agüero Lillian
Rodríguez Ávila Lilly
Rodríguez Azofeifa Leticia
Rodríguez Castillo Ana Lorena
Rodríguez Morales Vilma
Rodríguez Ramírez Erika
Rodríguez Ramírez Yenory
Rojas Alguera Gloria
Rojas Esquivel Martha
Rojas Flores Fernando
Rojas Leal Luis Alberto
Romero Retana Martha
Rosales Reyes Ligia
Royers Gordon Dora
Ruiz Contreras Consuelo
Saborío Gómez Lolita Mercedes
Salas Méndez Ana Vanesa
Salas Murillo Adriana
Salas Trejos Ligia
Salazar Castillo Juan Luis
Salazar Madrigal Iris Elena
Salazar Quirós Norma
Sánchez Alvarado Lorena
Sánchez Alvarado Rosibel
Sánchez Calvo Salomé
Sánchez Cerdas Raquel
Sánchez Chavarría William
Sánchez Mora Roxana
Sandoval Lizano Jorge Enrique
Sandoval Delgado Criss Marcela
Sandoval Obregón Yerly
Sánchez Ulloa Marielos
Segura Castro Karla
Sequeira Acosta Ingrid
Serrano Velasco Ana Lorena
Sibaja Miranda María Isabel
Silva Zamora Heriberto
Simpson Simpson Martha Irene
Sixon Thomas Florence
Solís Alpízar Marianela
Solís Garro Nuria
Soto Azofeifa Cindy
Soto Duarte Dixy Maria

Soto González Henry
Suazo López Francisco
Thompson Patterson Joyce
Torres Treminio Lléla
Touño Obando Jeffrey
Trejos Muños Lilliana P.
Ugalde Villalta Teresa
Humana Banquero Soleida
Umaña Vargas María Elena
Urquiaga Robles Patricia
Valverde Aguilar Susana
Valverde Alpizar Lorely
Valverde Arias Yenory
Valverde Camacho María Cristina
Valverde Carranza Rafael
Valverde Mona María Cecilia
Valverde Soto Arturo
Vargas Cavallini Margarita
Vargas Díaz Ritha
Vargas Guillén Lidieth
Vargas Guzmán Susan Mariline
Vargas Marín Miguel
Vargas Sánchez Ana Isabel
Vargas Vargas Alba Luz
Vásquez Campos Alicia
Vásquez Gaitán Mercedes
Vega Páez Zaida
Villagra Rosales Nelsy
Villalobos Dinarte Nuria
Villalobos Pérez Víctor
Villalta Arroyo Marilena
Vindas Alfaro Ana
Vindas Hernández María de los
Ángeles
Vindas Vega María de los Ángeles
Washington Villegas Miriam
William Cristian Elida
Wright Cuza Ingrid María
Wint Wint Alice
Young Scott Lidia
Zúñiga Richmond Róger
Zúñiga Gómez Sinai
Zúñiga Toruño Meilyn Vanesa

**Personal administrativo de
dirección de enfermería**

Alfaro Araya Rosibel
Conejo Conejo Lizbeth
Gómez Ruiz Sofia
Campos Núñez Marcela
Rojas Campos Adriana

**Personal administrativo de apoyo
de dirección de enfermería**

Agüero Castro Ana Elena
Aguilar Astúa Mayra
Araya Delgado Jeannette
Araya Vargas Karol Priscila
Carvajal Montoya Martha
Castro Alfaro Lindsay
Chacón Méndez Ana Jenssie
Chinchilla Vargas Gisela
García Zúñiga Sandra
Guadamuz Meneses Ileana
MacLé Rodríguez Katia
Mena Morales Ana Cecilia
Meneses Coto Martha
Miranda Monge Andrea
Murillo Madrigal Laura
Navarro Duarte Grettel
Navarro Navarro Mayra
Oviedo Corrales Karla
Pérez Vargas Silvia
Piedra García Ivannia
Quirós Calderón Clara María
Rivera León Heidi
Rodríguez Villafuerte Raquel
Sánchez Ramírez Eliécer
Umaña Madrigal Laura
Valverde Murillo Elizeth
Eduarte Morales Alicia
Salas Murillo Claudeth

Total Auxiliares de Enfermería: 495
Total Asistentes de Pacientes: 245
Auxiliares de Quirófano: 32
Auxiliares de Centro de
Esterilización 85

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ¹ H. Pérez y C. Cardoso. Los Métodos de la Historia. Publicaciones de la Universidad de Costa Rica. 1975.
- ² B. Harmer y V. Henderson. Tratado de Enfermería Teórica y Práctica. Prensa Médica Mexicana. 1952, p. 2.
- ³ J. Brom. Esbozo de Historia Universal. Editorial Grijalbo, México. 1974, p. 76.
- ⁴ R. González. Cátedra de Historia de la Medicina. U.A.C.A. San José, Costa Rica. 1991, p. 20.
- ⁵ Ibid, p. 41.
- ⁶ S. Nisenson y P. Cane. Gigantes de la Ciencia. Editorial Plaza y Janes, Argentina. 1959, p. 267-269.
- ⁷ E. Jamieson. Historia de la Enfermería. Traducido al español por C. Ottenwaelder. Editorial Interamericana, México. 1980, p. 50.
- ⁸ J. Barrena. La Enfermera Perfecta. Tipografía Peruana, Lima. 1960, p. 24-27.
- ⁹ Jamieson, Op. cit., p. 55.
- ¹⁰ F. Frías. Historia General. Editorial Nascimento, Chile. 1959, p. 29.
- ¹¹ C. Zamora. Ministerio de Educación Pública. Estudios Sociales Generales. Costa Rica. 1986, p. 300-302.
- ¹² Frías, Op. Cit., p. 169.
- ¹³ Jamieson, Op. Cit., p. 108.
- ¹⁴ Brom, Op. Cit., p. 110.
- ¹⁵ C. González. Hospital San Juan de Dios: 150 Años de Historia. C.C.S.S., Cendeisss. Editorial Ednasss, Costa Rica. 1995, p. 15-18.

-
- ¹⁶ Jamieson, Op. Cit., p. 163-164.
- ¹⁷ Ibid, p. 170-172.
- ¹⁸ Barrena, Op. Cit., p. 348-349.
- ¹⁹ C. Cardoso y H. Pérez. Centroamérica y la Economía Occidental. E.D.U.C.A. San José, Costa Rica. 1990, p. 83-125.
- ²⁰ J. Cordero. El Ser de la Nacionalidad Costarricense. Editorial Euned. San José, Costa Rica. 1980, p. 23.
- ²¹ I. Molina. Costa Rica: El Legado Colonial y la Génesis del Capitalismo. Editorial Universidad de Costa Rica. San José. 1991, p. 54-56.
- ²² González, Op. Cit., p. 24-26.
- ²³ J. Salazar. Estado Liberal y Luchas Sociales. Revista de Ciencias Sociales. Universidad de Costa Rica. 1987, p. 92-93.
- ²⁴ Junta de Caridad de San José. Informe: 1924-1925. Alsina, p. 175.
- ²⁵ E. Incera. Hospital San Juan de Dios: Antecedentes y Evolución Histórica 1845-1900. Universidad de Costa Rica. Tesis. 1978, p. 8.
- ²⁶ R. Cordero. Historia Social del Hospital San Juan de Dios. Inédito. 1974, p. 55.
- ²⁷ González, Op. Cit., p. 37.
- ²⁸ Y. Cruz. La Junta de Caridad de San José. Universidad Nacional. Tesis. 1981, p. 57.
- ²⁹ C. González Víquez. Reseña Histórica del Hospital San Juan de Dios. En informe de labores de la Junta de Caridad de San José. 1926, p. 172.
- ³⁰ E. Solís y C. González. El Ejército en Costa Rica: Poder Político y Poder Militar. Editorial Alma Mater. San José, Costa Rica. 1992, p. 52.

-
- ³¹ Gobierno de Costa Rica. Colección de Leyes y Decretos. 1863, p. 42.
- ³² González, Op. Cit., p. 49.
- ³³ Incera, Op. Cit., p. 7-8.
- ³⁴ González, Op. Cit., p. 50-51
- ³⁵ Ibid, p. 65.
- ³⁶ C. González. Evolución Histórica de la Farmacia del Hospital San Juan de Dios. Editorial Ednasss, Cendeisss, C.C.S.S. San José. 2000, p. 123.
- ³⁷ Reseña Histórica. Junta de Protección Social de San José. 1989, p. 135-1 36.
- ³⁸ Gobierno de Costa Rica. Boletín Oficial. 14 de mayo 1856, p. 400-404.
- ³⁹ G. Solís. El Dr. Carlos Durán Cartín. Universidad de Costa Rica, Tesis. 1974, p. 14.
- ⁴⁰ R. Cordero. Historia Social del Hospital San Juan de Dios. Inédito. 1974, p. 85-86.
- ⁴¹ C. González. Hospital San Juan de Dios: 150 años de Historia. P. 79.
- ⁴² Junta de Protección Social de San José, Op. Cit., p. 70.
- ⁴³ Archivo Nacional. Sección Congreso, 1856. Documento No. 118, folio 8-9.
- ⁴⁴ Ibid, folio 15-1 6.
- ⁴⁵ C. de Lambel. Vida de Luisa de Marillac. Editorial Garnier, Paris, Francia. 1887, p. III.
- ⁴⁶ Ibid, p. 68-74.
- ⁴⁷ Ibid, p. 70-1 30.
- ⁴⁸ Ibid, p. 166.

⁴⁹ Junta de Caridad de San José. Informe de Labores. San José, Costa Rica. 1926, p. 220.

⁵⁰ Ibid, p.196.

⁵¹ Ibid, p. 201.

⁵² Incera, Op. Cit., p. 52.

⁵³ Contrato suscrito entre la Junta de Caridad y la Congregación el 4 de agosto de 1871 en Guatemala. En C. González. Hospital San Juan de Dios: 150 años de Historia, p. 419-425.

⁵⁴ Incera, Op. Cit., p. 62.

⁵⁵ Junta de Protección Social de San José. Reseña Histórica. San José. 1989, p. 16.

⁵⁶ Junta de Caridad de San José. Informe. Bienio 1924-1925, p. 217.

⁵⁷ Junta de Protección Social de San José, Op. Cit., p. 118.

⁵⁸ Junta de Caridad de San José. Informe Bienio 1924-1925, P. 227.

⁵⁹ Incera, Op. Cit., p. 154-160.

⁶⁰ C. González., Op. Cit., p. 98.

⁶¹ Junta de Caridad de San José. Informe de Labores. 1895, p.2.

⁶² Junta de Caridad de San José. Informe. 1896, p. 6.

⁶³ Idem.

⁶⁴ Idem.

⁶⁵ C. González. Evolución Histórica de la Farmacia del Hospital San Juan de Dios. Ednasss, Cendeiss, C.C.S.S. 2000, p. 118.

⁶⁶ Gaceta Médica de Costa Rica. San José, 1 agosto de 1896,

p. 112.

⁶⁷ Idem.

⁶⁸ Ibid, p. 113.

⁶⁹ M. Esquivel. La Obstetricia a través de un Siglo: 1890-1920. Ednasss, Cendeisss, C.C.S.S. 2000, p. 249.

⁷⁰ V. Curling. Evolución de la Enfermería en Costa Rica. Presentación Taller de Enfermería. C.C.S.S. San José, 1980, p. 3.

⁷¹ G. Solís. El Dr. Carlos Durán Cartín. Tesis. Universidad de Costa Rica, 1974, p. 6-21.

⁷² E. Mohs. La Salud en Costa Rica. Euned. San José. 1983, p. 37.

⁷³ C. García. La Medicina Estatal en América Latina. En Revista Latinoamericana de Salud. Icap. San José. 1983, p. 89.

⁷⁴ B.Ortiz. Copilación de Leyes y Decretos referentes a la Medicina y la Higiene. San José. 1821, p.144

⁷⁵ Ibid, p. 49.

⁷⁶ Facultad de Medicina. Gaceta Médica Informe. 1898, p.88.

⁷⁷ M. Esquivel, Op. Cit., p. 249.

⁷⁸ Facultad de Medicina. Gaceta Médica. 13 de febrero de 1899. P. 120.

⁷⁹ Ibid, p. 121.

⁸⁰ Idem.

⁸¹ Gaceta Médica de Costa Rica. Facultad de Medicina, Cirugía y Farmacia. 15 noviembre de 1900, p. 70.

⁸² Idem.

⁸³ Gaceta Médica de Costa Rica. Inventario de la Casa de la Maternidad. 23 diciembre 1901, p. 144.

⁸⁴ Ibid, p.139.

⁸⁵ Facultad de Medicina. Gaceta Médica de Costa Rica. San José, febrero 1909, p. 442

⁸⁶ Gaceta Médica, Op. Cit., 143.

⁸⁷ Gaceta Médica de Costa Rica. Informe de la Clínica de la Maternidad del Hospital San Juan de Dios. San José, 31 diciembre 1904, p. 142-145.

⁸⁸ Junta de Caridad de San José. Informe de Labores. 1911, p.82.

⁸⁹ Ibid, p. 84.

⁹⁰ Acta Médica Costarricense. Revista del 25 Aniversario. 1982, p. 9.

⁹¹ Memoria del Ministerio de Salud. Cincuentenario. 1977, p. 95.

⁹² C. Pupo. Nuestras Enfermedades Evitables. San José. 1913, P.19-59.

⁹³ Ibid, p. 23.

⁹⁴ J. M. Salazar. La Legislación Social en Costa Rica. Inédito. 1983, p. 17.

⁹⁵ Pupo, Op. Cit., p58.

⁹⁶ E. Mohs. La Salud en Costa Rica. Euned. San José. 1983, p.15.

⁹⁷ Gaceta Médica de Costa Rica. Informe del año 1904, p. 104.

⁹⁸ Junta de Caridad de San José. Informe de Labores. 1910, p. 53.

⁹⁹ Idem.

¹⁰⁰ Ibid, p.58-59.

¹⁰¹ Ibid, p. 54.

¹⁰² Ibid, p.56-57.

¹⁰³ E. Solís. Rescate Histórico de la Enfermería en Costa Rica. Ednasss, C.C.S.S. 2000, p. 123.

¹⁰⁴ Ortiz, Op. Cit., p. 242

¹⁰⁵ Ibid, p. 243.

¹⁰⁶ Junta de Protección Social de San José. Memorias del Hospital San Juan de Dios. 1945, p. 144.

¹⁰⁷ C. González. Op. Cit., 130.

¹⁰⁸ Junta de Caridad de San José. Memoria del Hospital San Juan de Dios. 1909, p. 146-1 47.

¹⁰⁹ A. Lyons. Historia de la Medicina. Barcelona, España. Doyma. 1994, p. 508.

¹¹⁰ G. Tristán. En un Templo de Caridad. La Información, 10 de marzo 1915, p. 4.

¹¹¹ Ibid, p. 8.

¹¹² Ibid, p. 10.

¹¹³ Ibid, p. 8.

¹¹⁴ Junta de Protección Social de San José. Reseña Histórica. 1989, p. 93.

¹¹⁵ Y. Cruz. La Junta de Caridad de San José (1845-1936). Tesis. Universidad Nacional. 1981, p. 118.

¹¹⁶ Ibid, p. 112.

¹¹⁷ García, Op. Cit., p. 113.

¹¹⁸ Hospital San Juan de Dios. Archivo Documental del Servicio de Enfermería. Primer Congreso Regional. 1949, p. 2.

¹¹⁹ Solís, Op. Cit., p. 110.

¹²⁰ Junta de Protección Social de San José. Memoria del Hospital San Juan de Dios 1944-1945, p. 25.

¹²¹ Ibid, p.42.

¹²² Hospital San Juan de Dios. Dirección de Enfermería. Archivo Documental. En Congreso Regional de Enfermería. 1949, p. 25.

¹²³ Hospital San Juan de Dios. Libro de Correspondencia de la Dirección. 1945.

¹²⁴ Dirección de Enfermería, Op. Cit., p. 30.

¹²⁵ Hospital San Juan de Dios. Memoria presentada por la Dirección General. 1946, p. 102.

¹²⁶ Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. Revista Médico. 1982, p. 52.

¹²⁷ L. Arias. Evolución de la Enfermería en Costa Rica. Tesis de Graduación. Escuela de Enfermería y Obstetricia. San José. 1952, p. 5.

¹²⁸ Hospital San Juan de Dios. Dirección de Enfermería. Archivo Documental. En Congreso Regional de Enfermería. 1949. P. 10-11.

¹²⁹ Hospital San Juan de Dios. Dirección de Enfermería. Archivo Documental. En Revistas de la Escuela de Enfermería y Obstetricia. Ediciones entre 1947 y 1954.

¹³⁰ Hospital San Juan de Dios. Dirección de Enfermería. Archivo Documental. En Revista de la Escuela de Enfermería y Obstetricia. 1950, p. 34.

¹³¹ Ibid, p. 42.

¹³² Arias, Op. Cit., p. 8-9

¹³³ Entrevistas personales con el Dr. Rodrigo Cordero Zúñiga en diciembre de 1994 y con el Dr. Jorge Vega Rodríguez en noviembre de 1994.

¹³⁴ Hospital San Juan de Dios. Memoria. Consejo Técnico. 1945, p. 100-103.

¹³⁵ C. González, Op. Cit., p. 294-299.

¹³⁶ Entrevista personal con el Dr. Rodrigo Cordero. Diciembre 1994.

¹³⁷ Facultad de Medicina . Memorias del Segundo Congreso Médico Centroamericano. 1934, p. 113-122.

¹³⁸ E. Oconitrillo. Vida, muerte y mito del Dr. Moreno Cañas. Editorial Costa Rica. 1980, p. 106.

¹³⁹ E. Sotela. Los Pioneros de la Cirugía Cardiovascular en Costa Rica. Inédito. 1989, p. 1-5.

¹⁴⁰ La República. 3 febrero 1968, p. 12.

¹⁴¹ Innovaciones que se encuentran debidamente detalladas en C. González. Hospital San Juan de Dios: 150 años de Historia.

¹⁴² Hospital San Juan de Dios. Dirección de Enfermería. Archivo Documental. Memoria de las graduadas de Legión Blanca. 1954.

¹⁴³ G. Friesen. Informe sobre el Hospital San Juan de Dios. Junta de Protección Social de San José. 1958, p. 3.

¹⁴⁴ Hospital San Juan de Dios. Dirección General. Libros de Correspondencia de los años cincuenta.

¹⁴⁵ Hospital San Juan de Dios. Memoria. Informe enviado por el Jefe de la Sección de Pediatría a la Dirección General. 1946, p. 135-1 36.

¹⁴⁶ Hospital San Juan de Dios. Memoria. Informe del Director. 1948, p. 143.

¹⁴⁷ Hospital San Juan de Dios. Memoria. Informe del Jefe de la Sección de Cirugía. 1947, p. 53.

¹⁴⁸ M. Poulin. Informe resumen sobre el Hospital San Juan de

Dios. 1959, p. 8.

¹⁴⁹ Hospital San Juan de Dios. Dirección de Enfermería. Archivo Documental. La Legión Blanca. Graduadas de 1952, p. 8.

¹⁵⁰ Curling, Op. Cit., p.19 y Solís, Op. Cit., p. 103.

¹⁵¹ G. Friesen. Informe sobre el Hospital San Juan de Dios. 1958, p.34.

¹⁵² Junta de Protección Social de San José. Informe sobre el Hospital San Juan de Dios. Bienio 1957-1958, p.19.

¹⁵³ Hospital San Juan de Dios. Dirección de Enfermería. Memoria de las Graduadas. 1955.

¹⁵⁴ Friesen, Op. Cit., p. 39.

¹⁵⁵ Poulin, Op. Cit., p. 9.

¹⁵⁶ Ibid, p. 24.

¹⁵⁷ Hospital San Juan de Dios. Dirección de Enfermería. Archivo Documental. Actas sobre Rotación. 1958, p.2.

¹⁵⁸ Ibid, p. 10-11.

¹⁵⁹ Hospital San Juan de Dios. Dirección de Enfermería. Archivo Documental. Datos generales del personal. 1968.

¹⁶⁰ Junta de Protección Social de San José. Informe sobre el Hospital San Juan de Dios. 1972, p. 87.

¹⁶¹ Hospital San Juan de Dios. Dirección de Enfermería. Archivo Documental. Normativas de 1965, p. 4.

¹⁶² Dirección de Asistencia Médico-Social. Supervisión del Departamento de Enfermería del Hospital San Juan de Dios. 1968, p. 10.

¹⁶³ Normativas, Op. Cit., p. 10.

¹⁶⁴ Dirección de Asistencia Médico Social, Op. Cit., 125.

¹⁶⁵ Hospital San Juan de Dios. Dirección de Enfermería. Archivo Documental. Boleta de Información. 1968

¹⁶⁶ Curling, Op. Cit., p. 23 y Solís, Op. Cit., p. 26.

¹⁶⁷ Hospital San Juan de Dios. Dirección de Enfermería. Archivo Documental. Boleta de Información. 1969.

¹⁶⁸ Hospital San Juan de Dios. Dirección de Enfermería. Archivo Documental. Programa de Capacitación del Auxiliar de Enfermería. 1965, p. 1-3.

¹⁶⁹ Escuela de Enfermería Afiliada a la Universidad de Costa Rica. Informe Auto-Evaluación. OPS. 1972.

¹⁷⁰ Normativas, Op. Cit., 1965.

¹⁷¹ Ibid, p. 14.

¹⁷² En Congreso Regional, Op. Cit., 5-7.

¹⁷³ Colegio de Médicos y Cirujanos de Costa Rica. Revista Médico. Volumen 13-14. 1982, p.58.

¹⁷⁴ G. Miranda. La Seguridad Social y el Desarrollo de Costa Rica. Cendeisss, Ednasss. Segunda Edición. 1994, P. 275.

¹⁷⁵ Curling, Op. Cit., p. 33.

¹⁷⁶ Solís, Op. Cit., p.127-128.

¹⁷⁷ G. Contreras. Medio Siglo de Quehacer Universitario. Ediciones Euroamericana. 1992, p.

¹⁷⁸ Informe de Auto-Evaluación, Op. Cit., 10.

¹⁷⁹ P. González. La Universidad de Santo Tomás. Editorial Universidad de Costa Rica. 1989, p. 7

¹⁸⁰ Junta de Protección Social de San José. Archivo Documental. Nota del 21 de junio de 1938.

¹⁸¹ Junta de Protección Social de San José. Archivo Documental. Nota del 8 de junio de 1938.

-
- ¹⁸² Entrevista personal con la Dra. Agripina Chen-Apuy. 1997.
- ¹⁸³ Memoria del Hospital San Juan de Dios. En Informe de la jefatura del departamento de farmacia. 1946, p. 150.
- ¹⁸⁴ Junta de Protección Social de San José. Reglamento Técnico del Hospital San Juan de Dios. 1941, p. 11-12.
- ¹⁸⁵ Friesen, Op. Cit., p. 18.
- ¹⁸⁶ Ibid, p. 17.
- ¹⁸⁷ Informe de Auto-Evaluación, Op. Cit., p. 4.
- ¹⁸⁸ Poulin, Op. Cit., p. 11.
- ¹⁸⁹ Gobierno de Costa Rica. La Gaceta. 1951.
- ¹⁹⁰ Ministerio de Salubridad Pública. Reglamento General de Hospitales Nacionales. 1971, p. 57.
- ¹⁹¹ C.C.S.S. Medio Siglo Construyendo La Salud de un Pueblo. 1991, p. 6.
- ¹⁹² Junta de Protección Social de San José. Memoria del Hospital San Juan de Dios. 1972, p. 19-20.
- ¹⁹³ Junta de Protección Social de San José. Fundada en 1845. Reseña Histórica. p. 18.
- ¹⁹⁴ Ministerio de Educación Pública. Estudios Sociales Generales. 1986, p. 330.
- ¹⁹⁵ Miranda, Op. Cit., p. 36.
- ¹⁹⁶ M. Rosenberg. Las luchas por el Seguro Social en Costa Rica. C. C. S.S. Cincuenta Aniversario. 1991, p. 28.
- ¹⁹⁷ En Revista Latinoamericana de Salud. México. 1981, p. 132.
- ¹⁹⁸ Ibid, p. 132.
- ¹⁹⁹ Ibid, p. 114.

²⁰⁰ Salazar, Op. Cit., p. 32-33

²⁰¹ Ibid, p. 105.

²⁰² Ministerio de Educación Pública. Universidad de Costa Rica. El Significado de la Legislación Social de los años Cuarenta en Costa Rica. 1994, p. 269-286.

²⁰³ Caja Costarricense de Seguro Social. Medio Siglo Construyendo la Salud de un Pueblo. 1991, p. 19.

²⁰⁴ Solís, Op. cit., p.58.

²⁰⁵ Educación Médica y Salud. Revista # 4. 1979, p. 374-375.

²⁰⁶ C.C.S.S. Proyecto de Organización del Servicio de Enfermería del Hospital México. 1968, p. 2.

²⁰⁷ C.C.S.S. Manual de Normas, Funciones y Coordinación del Servicio de Enfermería. 1973, p. 5.

²⁰⁸ Rosenberg, Op. Cit., p. 89.

²⁰⁹ Ministerio de Salud de Costa Rica. Memoria. 1977, p.37.

²¹⁰ Hospital San Juan de Dios. Album de recortes periodísticos emitidos por la prensa nacional. 1950-1955.

²¹¹ Junta de Protección Social de San José. Informe del año 1955, p. 34.

²¹² Empresa Consultora G. Friessen. Informes sobre el Sistema Hospitalario. 1958. Un ejemplar se encuentra en los archivos de la Junta de Protección Social de San José

²¹³ Revista Médica de Costa Rica. 1962, # 339, p. 329.

²¹⁴ Junta de Protección Social de San José, Informe general 1954-55, P.I

²¹⁵ Junta de Protección Social de San José. Informe de labores del hospital San Juan de Dios. 1960, p. 7.

²¹⁶ Junta de Protección Social de San José. Informe de labores del Hospital San Juan de Dios. 1970, p. 44.

²¹⁷ Junta de Protección Social de San José. Informe de labores. 1961, p. 4.

²¹⁸ Revista Médica de Costa Rica. 1965, # 368, p. 13.

²¹⁹ Ministerio de Salud, Op. Cit., p. 71.

²²⁰ Asociación Costarricense de Hospitales. Revista Oficial #14. 1977, p. 3-4.

²²¹ Revista Médica de Costa Rica. # 509, 1979, p. 139.

²²² Idem.

²²³ C. González. Evolución Histórica de la Farmacia del Hospital San Juan de Dios. Ednasss. 2000, anexo 2.

²²⁴ Caja Costarricense de Seguro Social. Hospital San Juan de Dios. Departamento de Enfermería. Programa de Actividades. 1979, p. 8.

²²⁵ Caja Costarricense de Seguro Social. Hospital San Juan de Dios. Dirección de Enfermería. Nota sobre la Filosofía del Departamento. 1981.

²²⁶ C.C.S.S. Hospital San Juan de Dios. Dirección de Enfermería. Elementos Científicos y Humanísticos de la Enfermera. 1980, p. 7.

²²⁷ Idem.

²²⁸ C.C.S.S. Hospital San Juan de Dios. Dirección de Enfermería. Colección disgregada y sin numeración de documentos de los años ochenta.

²²⁹ C.C.S.S. Hospital San Juan de Dios. Departamento de Enfermería. Educación en Servicio. 1979, p. 2.

²³⁰ C.C.S.S. Medio siglo construyendo la salud de un Pueblo. 1991, p. 84.

²³¹ C.C.S.S. Plan Estratégico Institucional. 1991-1994, p 21-23.

²³² C.C.S.S. Boletín Informativo. Proyecto de Modernización. 1996, p. 2.

²³³ Ibid, p. 3.

²³⁴ C.C.S.S. Compromiso de Gestión con el Hospital San Juan de Dios para el año 1997. Diciembre 1996, p. 1-7.

²³⁵ C.C.S.S. Marco de referencia para el diseño del Plan Anual Operativo. 1995, p. 1.

²³⁶ Ibid, R 6

²³⁷ C.C.S.S. Hospital San Juan de Dios. Dirección de Enfermería. Plan Operativo Anual. 1996, p. 1.

²³⁸ C.C.S.S. Hospital San Juan de Dios. Dirección de Enfermería. Nota sobre los objetivos del Servicio. 1997, p. 1.

²³⁹ C.C.S.S. Hospital San Juan de Dios. Dirección General. Proceso de Automatización. 1994, p. 4

²⁴⁰ Prides S. A. Oferta Técnica para el desarrollo de los Sub-sistemas y Módulos de Información del Hospital San Juan de Dios. 1993, p. 33.

²⁴¹ C.C.S.S. Hospital San Juan de Dios. Dirección de Enfermería. Programas del Hospital San Juan de Dios. 2000, p. 1-5.

²⁴² La Gaceta. 22 de noviembre 1989. Ley # 7163.

²⁴³ L. Meneses. Antología de Salud Pública. Euned. 1993, p. 93.

²⁴⁴ Mencionado por C. González. En Hospital San Juan de Dios: 150 años de Historia, p. 414.

Este libro se terminó de imprimir
en el mes de Junio del 2005
en Imprenta Argentina