

Año XVII



No. 189

# REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

## PUBLICACION MENSUAL

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

Director  
DR. JOAQUIN ZELEDON

Secretario de Redacción  
DR. E. GARCIA CARRILLO

## CUERPO CONSULTIVO

DR. CARLOS SAENZ HERRERA  
Ministro de Salubridad Pública

DR. ALFONSO ACOSTA GUZMAN  
Presidente del Colegio de Médicos y  
Cirujanos

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

## Sumario

- I. Editorial Dr. Joaquín Zeledón . . . . . 1
- II. Nuestro Problema Médico - Hospitalario. Por el Dr. Pablo Luros . . . . . 2

SAN JOSE — COSTA RICA  
Enero de 1950

DIRECCION Y ADMINISTRACION:  
Calle 2ª, Avenida 2ª y 4ª

Apartado 978

Teléfono 2920

# REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Tomo IX

San José, Costa Rica, Enero de 1950

Año XVII

No. 189

## Editorial

En una forma casi antojadiza, y desde hace años, se discuten en Costa Rica problemas que atañen la Salud Pública en su base fundamental. Nos referimos a la creación de Hospitales, Unidades Sanitarias, Maternidades, Sanatorios y otros centros de naturaleza asistencial y preventiva. Ultimamente un nutrido grupo de profesionales de innegable prestigio científico y encomioso patriotismo ha abordado con entusiasmo la intrincada cuestión de fundar una Escuela de Medicina.

De los informes estadísticos que se consignan en este trabajo resalta un hecho contundente: nuestra capacidad hospitalaria es alarmante, pues reviste tal magnitud económica para solventarla, que prácticamente nos deja inermes. Necesitamos 8.000 "camas hospitalarias" que a un costo de 20.000 colones cada una, llegan a la fabulosa suma de 162 millones! Es obvio consignar la imposibilidad económica de esta pequeña nación para colmar lo que los entendidos en asuntos hospitalarios aconsejan. Pero, aún en la eventualidad de un plan escalonado que podría adoptarse, hay otro grave problema por solucionar concomitantemente: la escasez de médicos. ¿Qué haremos con grandes Hospitales, pomposas Unidades Sanitarias, Maternidades, Sanatorios, etc., si carecemos de médicos suficientes? Faltando el elemento humano que impulse el engranaje material, la obra será muerta! Costa Rica requiere cerca de quinientos médicos más de los que tiene actualmente. ¿Se justifica la creación de una Escuela de Medicina modesta y seria? ¿Quintuplicar el número de estudiantes becados, o, cruzados de brazos continuaremos a merced del éxodo médico que nos viene del extranjero? ¿Seguiremos construyendo hospitales, unidades sanitarias, etc., sin médicos ni enfermeras? Son estos los puntos cardinales que debemos meditar y contestar a conciencia después de leer el importante estudio que se publica a continuación.

A fin de tener un punto de partida técnico para resolver y opinar en forma adecuada sobre tan complejos tópicos, solicitamos al Dr. Pablo Luros, —persona ampliamente capacitada en estas materias, y conocedor de nuestro medio—, un estudio al respecto. Es lo que hoy ofrece "Revista Médica de Costa Rica" a sus lectores, no sin cierta satisfacción de contribuir así aportando su granito de arena a los cimientos de la gran obra que se impone para consolidar la realidad biológica y social Costarricense. JOAQUÍN ZELEDÓN

## Nuestro problema Médico-Hospitalario

Por el Dr. PABLO LUROS

### INTRODUCCIÓN

Intentamos en este estudio presentar al cuerpo médico y a los dirigentes de la Política Sanitaria y Médico-Asistencial del país, todos aquellos aspectos que nos ha sido posible captar del magno problema de la Asistencia Médico-Hospitalaria que el país confronta. Indudablemente, quedan aspectos que escapan de nuestra atención, otros que por falta de competencia nos abstenemos de abordar, y, algunos que, por carecer de datos, no podemos presentar. Procuraremos hasta donde, humanamente, sea posible: evitar dogmatismos; externar opiniones propias; y sacar conclusiones que, por la complejidad del problema, pueden resultar taxativas. Pedimos excusas a nuestros lectores por uno y otro apóstrofe humorístico que, a manera de desperdador, hemos colocado en puntos estratégicos.

Dividimos nuestro estudio en dos partes principales: ORGANIZACIÓN Y CAPACIDAD HOSPITALARIA la primera, y NUMERO Y DISTRIBUCIÓN DE MÉDICOS, la segunda.

### Primera Parte

## ORGANIZACIÓN Y CAPACIDAD HOSPITALARIA

### I. ORGANIZACIÓN HOSPITALARIA

#### Doctrina Hospitalaria:

"Todo Hospital Moderno se un baluarte del que emanan dos trayectorias: una, toda una gran ofensiva, digamos, con la finalidad de conservar la salud, lo que en otros términos equivale a hacer Medicina Preventiva; esto es, trabajar empeñosamente y con sujeción a sus normas para preservar y defender a la persona humana, impidiendo en lo posible que sea atacada de cualquier enfermedad; y, otra consiste en la asistencia oportuna y eficaz del enfermo, utilizando para ello todos los recursos de que dispone la ciencia médica. (Dr. Gerardo Abarca, "Bases para un Estatuto Médico Hospitalario": Ponencia del II Congreso Médico Social Panamericano, Febrero 1949, Lima - Perú).

— — — — —  
 "El Hospital debe llenar tres funciones: la primera, y desde luego la más importante, es la de cumplir con el deber de la

Sociedad y del Estado, de dar atención adecuada y eficiente a los enfermos hasta restaurar y mantener su salud; atención que debe comprender no solamente el aspecto puramente médico, sino también el social y espiritual; la segunda, es la de constituir un centro de enseñanza dentro de su especializada y compleja organización, tanto del personal a su servicio como de quienes más tarde han de dedicar sus actividades al alivio de los enfermos. Por tanto, el hospital debe ser una escuela, cualquiera que sea su naturaleza, privado o público, pero contando siempre con la organización adecuada para ser constantemente un centro de capacidad especializada: por último, la tercera función consiste en que el hospital debe ser un centro de investigación científica que impulse y haga avanzar la ciencia médica, con miras definidas de prevención de las enfermedades y protección de la salud".

(Salvador Zubirán: Arquitectura 254, ab. 1944).

Los hospitales de hoy, de instituciones de filantropía humillante que por siglos lo fueron, van convirtiéndose en centros de irradiación de Normas de la Salud; de nuevas concepciones de la Higiene; de orientaciones de la Ciencia Médica; y de principios Psico-sociológicos. En fin, de centros de "Asistencia Pública" van convirtiéndose en centros de "Asistencia Social".

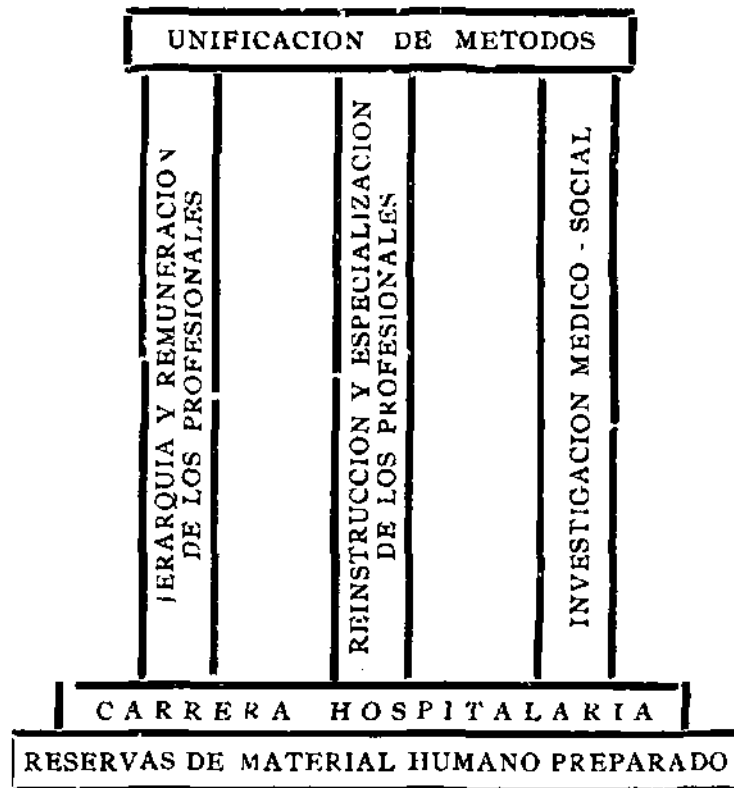
"Los Hospitales no pueden ya depender de la filantropía para su sostenimiento. Aunque la atención hospitalaria pagada anticipadamente ha probado ser muy popular, es dudoso que este método sea adecuado para las finanzas de nuestros hospitales. Esto trae de inmediato, a consideración, el problema del hospital voluntario. En el pasado, nuestros hospitales fueron medianos o malos y operaron para satisfacer diversos intereses o por diversos propósitos. No tenemos un sistema de hospitales sino que contamos con hospitales. El hospital del mañana (del hoy decimos nosotros) debe convertirse en el centro nervioso de los esfuerzos de toda la comunidad en materia de salud. El hospital debe dejar de operar como unidad aislada. Una organización de servicios de hospital que se refieran a: (I) el contingente común de profesionales, servicios especiales y oportunidades de enseñanza de los hospitales grandes hacia los pequeños y (II) el contingente común de pacientes, especímenes y "records" de los hospitales pequeños a los grandes, debe estimularse. El hospital dominante del mañana será el hospital general. Aún en donde se necesiten hospitales especializados (tales como de tuberculosos, dementes, deben contar con los servicios requeridos por un hospital general. El hospital del fu-

turo debe convertirse en una institución de servicio público. *El hospital y la Salubridad Pública deben trabajar juntos.* El Departamento de consulta externa debe ser un lugar de reunión de la profesión médica, el hospital, y organizaciones sanitarias. Hospitales y servicios sanitarios deben cooperar en el uso de laboratorios, equipos de rayos X, servicios de consulta externa. Las facilidades de diagnóstico del hospital, deben estar al alcance del cuerpo médico".

(Dr. V. M. Hoge Chief Division of Hospital Facilities U.S. Public Health Service. *"The Hospital looks ahead"*, Boletín Oficina Sanitaria Panamericana, Abril 1948, pág. 287 - 295).

*Esquema de Organización del Personal Técnico:*

No nos vamos a extender en comentarios y citas que abundan, sobre el particular; tan sólo nos limitamos a la presentación del esquema siguiente:



*Organización Hospitalaria:*

El lema central debe ser el lanzado por el Dr. Gerardo Abarca del Perú en el II Congreso Médico Social Panamericano: "Por el sano y para el sano; por el enfermo y para el enfermo". Nosotros modificamos el segundo así: "Por el enfermo y para el futuro del enfermo" y agregamos: "Por la investigación científica y para la investigación científica". Y ampliamos nuestro concepto en la forma siguiente:

*Por el sano y para el sano:* Creación de un eficiente Servicio Social por cuya acción preventiva se pueden proteger a los familiares del enfermo hospitalizado, de enfermedades evitables, orientando su acción conforme a los antecedentes patológicos de la familia, la posición económica de la misma y la naturaleza del trabajo de todos y cada uno de sus miembros.

*Por el enfermo y para el futuro del enfermo:* Asistencia oportuna, temprana, con todos los medios terapéuticos modernos, evitando así la extensión de la dolencia, acortando la estancia hospitalaria, y eliminando las frecuentes hospitalizaciones que crean inadaptables y aumentan los gastos "per cápita" a expensas de otros necesitados. Investigación de las causas generatrices de la dolencia tanto somáticas como ambientales "exosomáticas", mientras el enfermo permanece hospitalizado. Orientación del enfermo, en su vida futura: régimen de vida, de trabajo, cambio de ambiente, de profesión, de residencia si eso garantiza, dentro de las probabilidades del pronóstico, la "inmorbilidad" del ex-enfermo.

*Por la investigación científica y para la investigación científica:* Investigación de la patología nacional y regional para que sirva de brújula en las actividades de la Salubridad Pública. Investigación, en los servicios de especialidades, de diversas dolencias para conocer probables variaciones de comportamiento de las mismas en nuestro ambiente, aportando esas observaciones como contribución a la ciencia médica universal. Estudio y observación médico-estadística de procedimientos terapéuticos, y de técnicas y métodos quirúrgicos.

Por fin, la organización de un hospital debe ser tal en lo técnico y administrativo que facilite la enseñanza y entrenamiento de los jóvenes médicos en diversas especialidades; que capacite a otros para desempeñar puestos de Directores de Hospitales de la Red Hospitalaria Nacional; que prepare Enfermeras Jefes, Dietistas, Administradores.

El Dr. Thomas Parran que durante 12 años orientó y dirigió la Salud Pública Federal de los Estados Unidos de Norteamérica, decía en 1944:

"...A medida que avanza la medicina, hay que ponerla más y más al servicio de toda la población por medio de grupos de médicos preparados que trabajen conjuntamente. Los tiempos del médico rural a caballo con su maletín por los campos, pertenece al pasado. Es necesario crear un nuevo tipo de médico de familia que tenga a su disposición los complicados instrumentos de diagnóstico que ofrece la medicina moderna y a especialistas con diferentes tipos de preparación. Este nuevo médico estará primordialmente interesado en la prevención de las enfermedades y comprendiendo sus causas, sabrá suprimirlas antes de que el estado del enfermo sea grave o desesperado. La profesión médica, trabajando sola, individualmente, no puede llegar a la completa realización de este concepto moderno. Unidos el público y los profesionales, pueden alcanzar la meta democrática de una igual oportunidad de salud para todos. (Dr. Parran Mod. Hosp., 60, sbrc. 1944).

#### *Dirección Técnica:*

Este punto, uno de los más importantes y de múltiples aspectos, descansa sobre la existencia de médicos Directores que a la par de su preparación técnica, de su arte directivo, de su don administrativo, tiene que haber una personalidad moral indiscutible.

La creación de la carrera médico-administrativa, facilitará hasta cierto punto la capacitación técnica de profesionales destinados a Directores de Hospitales.

La estabilidad de los Directores es indispensable y contribuirá a la capacitación técnica de los profesionales en estas funciones.

El Dr. Harvey Agnes, Presidente de la Asociación Americana de Hospitales dice al respecto:

"La Administración Hospitalaria, hoy en día, es una profesión muy precisa. El Administrador debe tener conocimientos generales de negocios; de Contabilidad; de los precios del mercado; del valor e importancia de las adquisiciones; de Química; de Lavandería. Debe ser un poco gasfitero, electricista y pedagogo. No solamente debe tener conocimiento general de las ciencias médicas, sino al mismo tiempo, del arte de curar y de la psicología de los médicos. Debe conocer los principios de la Sociología. Debe tener algo de político y sobre todo debe ser un "leader", un conductor de hombres y mujeres, una persona que pueda manejar su personal, atraer al público y ganar su ayuda; debe tener conocimientos de Medicina Social".

## II. CAPACIDAD HOSPITALARIA

Por capacidad hospitalaria entendemos el número de hospita-

les con el número de camas que todos y cada uno dispone y su distribución en el territorio nacional.

*Proporción de Camas por Número de Habitantes:*

Hay al respecto pautas internacionales que, de acuerdo con la población, determinan el número de camas hospitalarias que un país debe disponer.

En los Estados Unidos, Inglaterra y otros países Europeos el número de camas hospitalarias considerado indispensable para cada mil habitantes es de 15, de las cuales 10 deben destinarse a enfermedades generales y 5 a enfermedades nerviosas y mentales. La misma pauta han adoptado muchos países Iberoamericanos.

¿Resulta para nuestro país esa proporción de camas alta o baja? No parecería prudente prescindir de igual cálculo para nuestro medio. Si bien es cierto que el índice nacional de morbilidad por enfermedades mentales y nerviosas no es tan alto como en aquellos países, en cambio es absolutamente cierto que las endemias del trópico ocasionan una morbilidad considerable que de ninguna manera podría compararse con la de los países antes mencionados. De manera, pues, que las camas hospitalarias que podríamos economizar del relativamente bajo índice de las enfermedades mentales y nerviosas no logran compensar las que necesitamos para la alta morbilidad de las endemias tropicales. Así con una población de ochocientos veinticinco mil trescientos setenta y ocho (825.378) habitantes (Población de Costa Rica el 31 de diciembre de 1948) serían indispensables doce mil trescientas setenta y cinco camas (12.375).

Aún más, esa base de camas por cada 1.000 habitantes, nosotros la consideramos baja, porque de nuestras observaciones, estudios y cálculos, muy personales desde luego, que durante 13 años hemos realizado respecto a la morbilidad de nuestro pueblo, llegamos a la conclusión, no muy halagadora por cierto, que por cada cien (100) habitantes, dos (2) necesitan simultánea atención médica inmediata, mediante hospitalización, lo que elevaría nuestra necesidad en camas hospitalarias al número de 16.507 camas. Sin embargo, archivamos nuestros cálculos personales, y nos quedamos con la base de 15 camas por cada 1.000 habitantes, necesitando ya, 12.375 camas.

Frente a esta necesidad ¿con cuántas camas cuenta hoy el país? Veamos a continuación el cuadro N° 1.



## Cuadro N° 1

## SERVICIOS HOSPITALARIOS

## NUMEROS DE ESTABLECIMIENTOS Y NUMERO DE CAMAS

(Distribución por provincias y número de habitantes)\*

Provincias	Número de Establecimientos	Número de camas	Número de cada mil
1.—San José. . . . .	9	2.587	9.6
2.—Alajuela . . . . .	5	261	1.5
3.—Cartago . . . . .	4	588	4.9
4.—Heredia . . . . .	1	136	2.3
5.—Guanacaste . . . . .	2	84	0.8
6.—Puntarenas . . . . .	4	409	7.0
7.—Limón . . . . .	2	194	4.5
De todo el país. . . . .	27	4.259	5.0

## CLASIFICACION

Por especialidades	Número de Establecimientos	Número de camas
Cirugía y Medicina (Gles) . . . . .	11	2.727
Medicina (Generales) . . . . .	9	286
Maternidad . . . . .	3	70
Psiquiatría . . . . .	1	547
Leprología . . . . .	1	135
Pre-Tisiología . . . . .	1	196
Tisiología . . . . .	1	300
Total . . . . .	27	4.259

Según su dependencia	Número de Establecimientos	Número de camas
Nacionales . . . . .	20	3.753
Particulares . . . . .	7	506
Total . . . . .	27	4.259

(\*) Cuadro elaborado a base de datos suministrados por la Dirección General de Asistencia. Nota: El cuadro anterior no re-

Como se ve en este cuadro el país cuenta (31 de diciembre 1949) con un total de 4.295 camas hospitalarias (?). —Hemos puesto estos puntos de interrogación entre paréntesis porque dudamos si todos son hospitales y si todas son camas hospitalarias, porque consideramos que un edificio que entre camas y colchones en el suelo, puede alojar "sardinamente" ciento y tantos enfermos con un solo médico y un par de enfermeras, no puede llamarse hospital, sino "posada del dolor"— y cerrando el paréntesis y los guiones vemos que el país tiene en estos momentos un déficit de ocho mil ciento dieciséis (8.116) camas.

El cuadro N° 1 nos indica pues que el país dispone actualmente 27 hospitales con 4.259 camas hospitalarias correspondiendo 5 camas por cada 1.000 habitantes. Veamos ahora su distribución por provincias.

*Provincia de San José:* 0 hospitales con 2.587 camas correspondiendo 9.6 camas por cada 1.000 habitantes. De estas 2.587 camas 1.295 corresponden al Hospital "San Juan de Dios" de la capital, que lleva todo el peso de la asistencia hospitalaria de todo el país como veremos más adelante; sigue el "Asilo Chapuí" para enfermos psiquiátricos con 545 camas; el hospital de la "Caja Costarricense de Seguro Social" con 506 camas (Medicina, Cirugía, Maternidad); el Preventorio Roosevelt —Pre-Tisiología en San Isidro de Coronado— con 196 camas; el Sanatorio "Las Mercedes" —Leprosario en Curridabat— con 135 camas; el Instituto Materno-Infantil —antes Maternidad Carit— con 48 camas; la Clínica Antivenérea —Buen Pastor, Guadalupe— con 12 camas para tratamientos de reclusión; y luego tenemos la Clínica Bíblica con 40 camas (Medicina y Cirugía); y la Clínica Mater —Dr. Max Terán - Maternidad— con 12 camas.

*Provincia de Alajuela:* 5 hospitales con 261 camas correspondiendo 1,5 cama por cada 1.000 habitantes así: el Hospital "San Rafael" de la ciudad de Alajuela con 118 (Medicina y Cirugía); el Hospital "San Carlos" de Villa Quesada con 42 camas (Medicina); el Hospital "San Francisco de Asís" de la ciudad de Gre-

---

presenta la realidad nacional en cuanto al número de camas por especiales, porque para los grandes hospitales como el "San Juan de Dios" y el del Seguro no se hizo esa clasificación. Un ejemplo: Maternidad; solo aparecen 70 camas, sin embargo, el respectivo servicio del "San Juan de Dios" dispone 70 camas y el hospital del "Seguro Social" otras 15. Lo mismo sucede en Tisiología. El Buen Pastor tiene 40 camas.

---

cia con 41 camas (Medicina); el Hospital "Nicolás Orlich" de la ciudad de San Ramón con 40 camas (Medicina); el Hospital "Corazón de Jesús" de la ciudad de Palmares con 20 camas (Medicina).

*Provincia de Cartago:* 4 hospitales con 588 camas correspondiendo 4,9 camas por cada 1.000 habitantes. La distribución por localidad es la siguiente: el hospital "Max Peralta" de la ciudad de Cartago con 196 camas (Medicina, Cirugía, incluyendo el Hospital de Niños de la misma Ciudad); el hospital "William Alen" de la ciudad de Turrialba con 75 camas (Medicina); la Clínica "Luis Shapiro" de la Unión, Tres Ríos, con 17 camas (Medicina); y por fin en esta provincia está ubicado el sanatorio "Carlos Durán" con 300 camas (exclusivamente Fisiología) que en la distribución reglamentaria se calcula en la red hospitalaria de esta provincia.

*Provincia de Heredia:* 1 hospital con 136 camas, correspondiendo 2,3 camas por cada 1.000 habitantes, que es el hospital "San Vicente de Paúl" de la ciudad de Heredia con servicios de Medicina y Cirugía.

*Provincia de Guanacaste:* 2 hospitales con 84 camas correspondiendo 0,8 camas por cada 1.000 habitantes, con la siguiente distribución: el hospital de la ciudad de Liberia con 72 camas (Medicina). La situación de este Hospital es, quizás, la más angustiosa de todos. Allí hemos visto en la persona del joven Dr. Faerron al "Médico-peón", trabajando día y noche para atender más de 125 enfermos en un local cuya capacidad es para 72 enfermos; y después viene el hospital "Luis Leipol" de Cañas con 12 camas (Medicina).

*Provincia de Puntarenas:* 4 hospitales con 409 camas correspondiendo 7,0 camas por cada 1.000 habitantes. En esta provincia hay 2 hospitales nacionales: el hospital "San Rafael" de la ciudad de Puntarenas con 136 camas (Medicina y Cirugía) y el Hospital de Puerto Cortés con 30 camas (Medicina). Por otra parte existen 2 hospitales de la Compañía Bananera, uno en Quepos con 88 camas (Medicina y Cirugía); y otro en Golfito con 153 camas.

Ahora bien, la proporción de 7 camas por cada 1.000 habitantes que corresponde a esa provincia es ilusoria, ya que el cálculo se hizo sobre 59.746 habitantes (población calculada al 31 de diciembre de 1948), sin embargo, la población real de esta provincia a consecuencia de los cultivos emprendidos por la Compañía desde 1937 es, cuando menos, el doble. Estos son nuestros cálculos y coinciden con los de la Dirección General de Estadística.

*Provincia de Limón:* 2 hospitales con 194 camas correspondiendo 4,5 camas por cada 1.000 habitantes; 1 hospital de la Compañía Bananera en la ciudad de Limón con 184 camas (Medicina y Ci-

rugía) y la Clínica de la misma ciudad de Limón con 10 camas ubicada en la Unidad Sanitaria (Maternidad).

Por fin hay en la ciudad de San José un Hospital Antituberculoso en construcción o mejor dicho en acondicionamiento, ya que la construcción, propiamente dicho, ha terminado, de una capacidad de cerca de 300 camas.

#### *Observaciones de Orden Genal:*

De los números anteriores se evidencian dos hechos: la escasez de hospitales y camas por una parte, y, por otra la gran deficiencia de los hospitales provinciales.

*Escasez:* No vamos a repetir los números de los hospitales y de las camas y su distribución por habitantes que retrata la escasez estadística, sino que hablaremos de la *insuficiencia dentro de la escasez.*

En la Provincia de Cartago disponemos, según la aparente clasificación y distribución, 4 hospitales con 588 camas hospitalarias pero en realidad Asistencial, sólo disponemos 3 hospitales con 288 camas lo que nos da 2,4 camas por cada 1.000 habitantes, esto es, apenas la mitad de la distribución estadística aparente; porque de ninguna manera podemos cargar a lomo de Cartago, aunque esté ubicado en las lomas de Cartago, el Sanatorio "Carlos Durán" con sus 300 camas que es un Sanatorio Nacional y hasta un tanto Internacional, reservado exclusivamente para tuberculosos. Su inclusión y distribución de sus camas en las cifras globales del país está muy bien, admirablemente bien doctrinaria y estadísticamente, mas no en la Provincia de Cartago.

Lo mismo podemos decir de la provincia de San José con el "Asilo Chapuí" con 545 camas, el "Preventorio Roosevelt" con 196 camas, el "Sanatorio Las Mercedes" con 135 camas que, entre los 5, se carga a la provincia de San José con 876 camas hospitalarias que si bien son reales para el conglomerado nacional y dentro de la "red" hospitalaria nacional, son hipotéticas para la provincia de San José. Así, llegamos a la conclusión matemática que la provincia de San José sólo dispone de 6 instituciones con 1.792 camas, correspondiendo 6,6 camas por cada 1.000 habitantes y no 9,6.

La situación de la Provincia de Limón es peor todavía; dramática diríamos. Esta provincia excluyendo la clínica de la ciudad de Limón ubicada dentro de la Unidad Sanitaria con sus 10 camas de Maternidad, no disponemos de otra cosa que de un Hospital de la Compañía, y como sabemos sus camas están destinadas para los empleados y trabajadores de la compañía.

Prácticamente, pues, la provincia de Limón no dispone de Hos-

pital para aquellos de sus habitantes que no son trabajadores de la Compañía o que no son asegurados.

Algo parecido puede decirse de la zona bananera del Pacífico. Y de la Provincia de Guanacaste ¿qué podemos decir?

Que hay ocho (8) camas por cada diez mil (10.000) habitantes y Un (1) médico por cada diez mil cincuenta (10.050) habitantes y por cada mil cuarenta (1.040) kilómetros cuadrados.

Preñados de ese estado de cosas de aquella provincia, y siguiendo la métrica Dariana damos a luz el "Oligóstico" a continuación:

Casas de piso de tierra  
Gente, cerdos y gallinas revueltos  
Miles de palúdicos, parasitados y descalzos  
Zancudos, garrapatas, cucarachas  
Y dolor! dolor! dolor!

*Deficiencia:* Ocorre que la noción de "cama hospitalaria" en lenguaje Nosocomiológico no es simplemente la cama o el colchón en el suelo en que reposan nuestros enfermos, sino que tácitamente implica que aparte del cuarto en que se coloca el enfermo, se dispone de los servicios médicos y quirúrgicos esenciales para su tratamiento y recuperación integral, lo que implica la necesidad de que el tal hospital disponga de la dotación científica indispensable. En esto estamos bien lejos de poder considerar como "camas hospitalarias" las correspondientes al escaso número de que hoy dispone el país. La demostración es bien simple y clara a la vez. A lo que se refiere a los médicos hospitalarios que, de acuerdo con la pauta de un médico por cada diez camas deberían ser en número de 426, encontramos que hacen falta 242 profesionales para atender debidamente a los hospitales existentes ya que los que actualmente prestan servicio hospitalario son apenas 184. Pero aún, pongamos el caso, que los 241 médicos que en este momento existen en todo el país prestan servicio hospitalario, si, por así decirlo, podríamos "hospitalizarlos" a todos, siempre nos harían falta 185 médicos. Y ¿qué decir de enfermeras? Pasando ahora a los servicios básicos de los hospitales, encontramos que la deficiencia es mucho mayor, pues de los 27 establecimientos asistenciales que funcionan actualmente, muy pocos son los que ofrecen servicios completos de Cirugía, Maternidad, Laboratorio, Rayos X, y algunos de estos establecimientos que aparecen con servicio de cirugía, bien sabemos todos, hasta donde llega su capacidad quirúrgica por falta de profesionales y de equipos completos. Detengámonos un momento para pensar en lo que significa esta carencia de servicios básicos como factor de deficiencia en el tratamiento de los enfermos.

*Estas deficiencias ocasionan las prolongadísimas estancias y las repetidas hospitalizaciones, "hospitalizaciones en cadena"; aumentan los días de morbilidad "per cápita"; y, disminuyen la capacidad productiva de la nación, minando a su economía.*

*"Se repite el error de darle prelación a las necesidades públicas relativas a nuestro desarrollo mecánico, con olvido de las que se refieren al Progreso Humano del país. Fuera de que esta política es propia de mentalidades materialistas, resulta también contraindicada si se juzga con criterio económico. Es muy importante que el país tenga grúas y mezcladoras, y fortalezca sus incipientes fuentes de energía eléctrica, pero sus índices de producción siempre seguirán siendo mínimos, mientras no enfrente el problema de la incapacidad biológica de su pueblo para progresar sobre el territorio sin temor a la muerte y a la escasez. Como lo indican las estadísticas internacionales, la capacidad de producción de nuestro trabajador corresponde apenas a un 45% de la del asalariado norteamericano. Las razones están a la vista. El primero desnutrido, se mueve en un terreno insano, recibe un salario impotente frente a sus necesidades vitales y a las de su familia, fuera de que por ninguna parte encuentra clínicas, ni casas de reposo, ni colonias de vacaciones, ni drogas baratas, ni puestos de socorro. El segundo en cambio, es el trabajador mejor pagado del mundo y por donde quiera el Estado o la Asistencia Social le están ofreciendo recursos contra la enfermedad y el debilitamiento. Si se pretende, pues que el hambre y las epidemias no sigan minando la resistencia física de nuestros obreros y empleados, y su resistencia moral a los estímulos de la demagogia, el Estado debe desarrollar una vasta Política Asistencial, coordinando sus planes y recursos..." (Carlos Echeverri Herrera, S. S., N° 2, enero, febrero, marzo, 1949, Bogotá, Colombia).*

De modo, pues, que con criterio tropicalmente optimista, no podrían aprovecharse más de 2.500 camas de las que actualmente se encuentran en servicio, para un *Plan Científico de Asistencia Hospitalaria*.

Por otra parte, esas deficiencias de los hospitales provinciales junto con la escasez de camas producen la congestión del hospital "San Juan de Dios" de la capital.

A continuación presentamos en el Cuadro N° 2 el número de enfermos atendidos en el Hospital "San Juan de Dios" durante los años 1944, 1945, 1946, 1947 y 1948, distribuidos según su procedencia provincial.

---

Cuadro N° 2  
 NUMERO DE ENFERMOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL "SAN JUAN DE DIOS"  
 DE 1944 a 1948  
 (Distribución por Provincias)\*

Provincias	AÑOS									
	1944	%	1945	%	1946	%	1947	%	1948	%
1.—San José	14.490	61.5	15.576	59.2	13.500	57.0	14.566	58.2	15.029	63.5
2.—Alajuela	2.205	9.3	2.074	9.0	2.552	9.9	2.701	10.8	2.358	9.9
3.—Cartago	1.565	5.8	1.172	5.1	1.188	5.0	1.328	5.3	1.021	4.3
4.—Heredia	676	2.9	775	5.4	755	3.2	681	2.7	669	2.8
5.—Guanacaste	1.333	5.7	1.509	5.7	1.260	5.3	1.155	4.6	894	3.8
6.—Puntarenas	1.562	6.6	1.725	7.3	2.052	8.7	2.208	8.9	1.792	7.6
7.—Limón	1.951	8.2	2.329	10.1	2.567	10.8	2.354	9.1	1.905	8.0
De proced. ignorada	—	—	—	—	13	0.1	25	0.1	15	0.1
<b>TOTALES</b>	<b>23.558</b>	<b>100</b>	<b>22.947</b>	<b>100</b>	<b>23.665</b>	<b>100</b>	<b>25.018</b>	<b>100</b>	<b>25.661</b>	<b>100</b>

(\*) Cuadro elaborado a base de datos suministrados por la Dirección de Estadística del Hospital "San Juan de Dios".

Vemos así que: durante el año 1944 se atendieron 23.558 enfermos de los cuales sólo 14.490 fueron de la provincia de San José, o sea, el 61.5%; en el año 1945 el total de los atendidos fué de 22.947 siendo de la provincia de San José 13.576 que representa el 59.2%; en 1946 se atendieron 25.665 correspondiendo a la provincia de San José 13.500, esto es, el 57.0%; en 1947 sobre un total de 25.018 solamente 14.566 procedían de la provincia de San José, lo que nos da 58.2%; y en 1948 sobre un total de 23.661 atendidos, los de la provincia de San José fueron 15 029, o sea, el 63.5%.

Totalizando el quinquenio 1944-1948 tenemos que sobre el total de 118 849 enfermos que fueron atendidos en el hospital "San Juan de Dios" solamente 71.161 procedían de la provincia de San José, representando el 60%, y el resto 40% procedían de las otras 6 provincias en las proporciones anuales que aparecen en el Cuadro N° 2.

Desde luego, aún aumentando el número de camas de las instituciones provinciales, siempre habrá enfermos que, ya por falta de profesionales especialistas o por falta de equipos, sean estos quirúrgicos o de otras especialidades como rayos X, otorrinolaringología, oftalmología, etc., serán remitidos al hospital "San Juan de Dios". Y así debe ser. Porque resultaría absurdo que un reducido hospital provincial, digamos de 50 camas y aún de 100, disponga de un gran equipo de Rayos X. Absurdo y antieconómico, porque se desgastaría dicho equipo sin rendir todo lo que debe. Lo mismo podemos decir de un equipo otorrinolaringológico, oftalmológico y odontológico costosos que sólo sirven para atender enfermos 1 hora diaria. Este problema pertenece al capítulo de la *Economía de Equipo* que consiste en obtener el máximo de rendimiento con el mínimo de los mismos. Así tenemos también, *Economía de Material*, *Economía de Espacio*, *Economía de tiempo*, y estas Economías no son simples rótulos, titulaciones. Son grandes capítulos que tienen su doctrina y su técnica y pertenecen a la *Estática* y a la *Dinámica* de toda organización. Pero los médicos poco entienden de economías, máxime tratándose de economías de material, de equipo, de espacio y de tiempo y es por eso que quieren gastar siempre y siempre se oponen los administrativos. Los administrativos no entienden a los médicos, y los médicos no se comprenden a sí mismos por falta de tiempo. Los médicos dicen de los administrativos: "mucho molestan", y éstos de aquéllos: "no hay manera de encarrilarlos".

Consuela el hecho de que el fenómeno no es exclusivamente Costarricense, sino universal. Así, por lo menos, nos relata en sus obras el sabio Belga René Sand, médico-higienista, médico-sociólogo por excelencia, y autor de los más grandes tratados de Medicina Social, cuyas obras recomendamos.



"La presente guerra ha despertado en el público estadounidense un gran interés por los asuntos relativos a la salud, y la demanda de servicios hospitalarios y asistencia médica, es mayor que nunca en la historia del país. Esta situación especial ha creado la necesidad de formular planes para poner estos servicios al alcance de toda la población. Existen varias razones por qué el servicio hospitalario actual resulta inadecuado, al juzgarlo según los patrones modernos de la salud. En primer lugar, la mayoría de la población no puede pagar el creciente costo de los hospitales; y en segundo lugar, estos servicios adolecen de mala distribución y con frecuencia mala calidad. Los hospitales privados o que funcionan al costo, están atendidos en gran parte a dádivas particulares para su financiamiento y a pesar de los tradicionales bajos salarios que pagan, lo corriente es que tengan déficits. El aspecto "caritativo" de los hospitales irá revistiendo en el futuro, menor importancia, pues una administración más hábil debe recaudar el valor total de los servicios prestados. (Dr. Thomas Patran, *Mod. Hosp.*, 60 sbr. 1944, c. B. O. S. P., p. 475, mayo 1945).

#### *Nuestra Situación en Comparación con Otros Países:*

A continuación presentamos el Cuadro N° 5 en que figuran 12 países del Continente con el número de camas que cada uno dispone por cada 1.000 habitantes.

Cuadro N° 5

#### NUMERO DE CAMAS POR CADA 1.000 HABITANTES EN ALGUNOS PAISES DEL CONTINENTE

Países	Número de camas por cada mil habitantes
1.—Argentina . . . .	5.4
2.—COSTA RICA . . . .	5.0
3.—Paraguay . . . .	4.6
4.—Chile . . . . .	4.5
5.—Panamá . . . . .	4.5
6.—Brasil . . . . .	2.8
7.—Colombia . . . . .	2.5
8.—Nicaragua . . . .	2.0
9.—Perú . . . . .	2.0
10.—El Salvador . . .	1.8
11.—México . . . . .	1.4
12.—Bolivia . . . . .	1.1

Entre esos 12 países Costa Rica ocupa el segundo lugar, con 5 camas por 1.000 habitantes, superándola Argentina que dispone 54 camas.

A primera vista, al levantar la cabeza para ver que Costa Rica ocupa el segundo lugar, podríamos seguir manteniéndola orgullosamente levantada. Pero aquí también, rige aquello de que "las apariencias engañan". Pues bien, en realidad nuestra posición es inferior a la de Paraguay, de Panamá, de Nicaragua, de El Salvador, y mucho más inferior a la del Brasil, de Colombia, de México y de Bolivia. De modo que tenemos que agachar la cabeza de nuevo.

—¿Y esa barbaridad de mandar a las estadísticas a pasco?

—Esa barbaridad ocurre porque la asistencia médico-hospitalaria entre los grupos indígenas de esos países que constituyen la mayoría, no es que es inaccesible para ellos, sino que ellos son inaccesibles a la asistencia médico-hospitalaria. Ellos hacen de ésta, lo que nosotros de las estadísticas: La mandan a pasco. La rechazan machete en mano.

#### *Construcción de Nuevos Hospitales:*

Edificando sobre el cálculo final del cupo hospitalario que requiere el país, éste corresponde a la cifra de ocho mil ciento dieciséis (8.116) camas. Esto quiere decir, que para ponernos al día necesitamos esas 8.116 camas, ya! ahorita!

Costo: El costo de construcción y dotación por "cama hospitalaria" no puede estimarse en menos de veinte mil colones (C20.000) y esto sacrificando muchas comodidades que en nuestros días y de acuerdo con los conceptos actuales de Asistencia Hospitalaria se consideran imprescindibles. El costo por cama en los Estados Unidos es de diez mil dólares (\$10.000). Así tenemos:

$$8.116 \text{ camas} \times 20.000 \text{ c/u.} = 162.320.000 \text{ colones.}$$

Como ya hemos dicho esa suma de ciento sesenta y dos millones trescientos veinte mil colones, es para ponernos al día. Luego hay que pensar en las necesidades anuales a causa del crecimiento de la población. Para los diez próximos años necesitamos un promedio de trescientas setenta (370) camas por año, lo que implica, ateniéndonos al costo antes fijado por cama, una inversión anual de:

$$370 \text{ camas} \times 20.000 \text{ c/u.} = 7.400.000 \text{ colones.}$$

Claro está que para tamaña inversión sólo se puede pensar en un plan a largo plazo, digamos unos cuatro quinquenios. Pero aún suponiendo que esos millones están disponibles aguardando desesperadamente ser invertidos en la construcción de hospitales ¿sería posible? Parece que no. Y eso por falta de médicos, de enfermeras

y de otro material humano especializado, pero sobre todo de médicos. De manera que no se puede ni se debe pensar, no en construcción de nuevos hospitales, sino ni siquiera en agregar una sola cama a las ya existentes, sin antes asegurar de una manera *sólidamente permanente* el abastecimiento de médicos y enfermeras. Proceder a construir nuevos hospitales, pavellones o simplemente agregar camas a las ya existentes, sería proceder como los Abderitanos, célebres por su tontería, que construían aquellas famosísimas, por su lujo, piscinas que costaban enormes sumas de dinero y centenares de vidas humanas, y después salían a buscar el agua; sucedía, en las más de las veces, que no había agua o si la había, por su posición topográfica, no podría llegar a la piscina; y los buenos Abderitanos abandonaban la recién construida piscina e iban a construir nueva en otra parte, pero eso sí, sin antes pensar y preocuparse del agua.

*Un hospital, por grande que sea, se construye en seis meses o en un año a lo sumo, pero para fabricar a un médico se necesitan veinticinco años, cuando menos, y por lo menos veinte años para fabricar a una enfermera.*

Y ya que hemos llegado a ese punto bueno sería echar un vistazo para ver el otro aspecto del problema, cuál el número y distribución de los médicos, y el de nuestras necesidades presentes y futuras.



## SEGUNDA PARTE NUMERO Y DISTRIBUCIÓN DE MEDICOS

### I.—NUMERO DE MEDICOS Y OTROS ASPECTOS

Nuestro problema médico es todavía más grave que el problema hospitalario y la gravedad de éste es consecuencia de aquél.

La extensión superficial del país es de 50.900 Km<sup>2</sup>, más 111 Km<sup>2</sup> de superficie insular que no hemos incluido en nuestros cálculos para la distribución de los profesionales, superficie que la forman la Isla de Chira con 52 Km<sup>2</sup>, la Isla del Coco con 27 Km<sup>2</sup>, y otras pequeñas Islas de 32 Km<sup>2</sup>.

La población calculada el 31 de diciembre de 1948 era de 825.372 habitantes.

La pauta internacional mínima respecto al número de médicos que un país debe poseer es de un médico por cada mil habitantes.

#### *Nuestra Posición Internacional:*

Consideramos oportuno presentar a continuación un cuadro en

que aparece la distribución de habitantes por cada médico en 21 países en que hemos podido conseguir datos:

Cuadro N° 4

NUMERO DE HABITANTES POR MEDICO  
EN ALGUNOS PAISES DEL MUNDO

Países	Número de Habitantes por médico	Países	Número de Habitantes por médico
1.—Esado de Israel ..	260	11.—Países Bajos ....	1.100
2.—Estados Unidos .	725	12.—Francia .....	1.500
3.—Gran Bretaña ...	810	13.—Uruguay .....	1.535
4.—Argentina .....	869	14.—Cuba .....	1.642
5.—Dinamarca .....	950	15.—México .....	2.155
6.—Canadá .....	970	16.—Finlandia .....	2.200
7.—Suiza .....	1.100	17.—Brasil .....	3.556
8.—Suecia .....	1.400	18.—COSTA RICA .	5.525
9.—Noruega .....	1.100	19.—Perú .....	5.869
10.—Australia .....	1.100	20.—Nicaragua .....	5.925
		21.—Bolivia .....	6.085

Tenemos actualmente (31 de Diciembre de 1949) doscientos cuarenta y un (241) médicos que repartidos entre la población total del país y su extensión superficial, corresponde un (1) médico por cada tres mil cuatrocientos veinticinco (3.425) habitantes y por cada doscientos once (211) kilómetros cuadrados. Esa distribución, desde luego, por ser sobre la población y superficie globales del país es puramente ilusoria, es por así decirlo, el aspecto "fotogénico" del problema. Más adelante, veremos qué se oculta detrás de esta "fotogenia estadística".

*Distribución Según Procedencia Universitaria:*

Por "Procedencia Universitaria" entendemos la nación en cuyas universidades el médico, hizo sus estudios profesionales. A continuación en el Cuadro N° 5, aparece esa distribución:

Cuadro N° 5  
DISTRIBUCION DE LOS MEDICOS  
(Según su procedencia Universitaria)\*

Procedencia Universitaria	Número de médicos	Porcentaje
1.—México . . . . .	55	22.8
2.—Estados Unidos . . . . .	36	14.9
3.—Nicaragua . . . . .	27	11.2
4.—Bélgica . . . . .	26	10.8
5.—Italia . . . . .	20	8.5
6.—Francia . . . . .	18	7.5
7.—España . . . . .	14	5.8
8.—Alemania . . . . .	12	5.0
9.—El Salvador . . . . .	10	4.1
10.—Suiza . . . . .	6	2.5
11.—Inglaterra . . . . .	5	1.2
12.—Chile . . . . .	5	1.2
13.—Guatemala . . . . .	5	1.2
14.—Canadá . . . . .	2	0.8
15.—Colombia . . . . .	2	0.8
16.—Honduras . . . . .	2	0.8
17.—Argentina . . . . .	1	0.5
18.—Cuba . . . . .	1	0.5
TOTAL . . . . .	241	100.0

Como se ve el primer lugar lo ocupa México con 55 profesionales, representados el 22.8%; sigue *Estados Unidos* con 36, siendo la proporción de 14.9%; luego viene *Nicaragua* con 27 profesionales, que representa el 11.2%; *Bélgica* con 26, lo que equivale el 10.8%; etc., etc. Se comprende que esa distribución corresponde al número actual de los médicos existentes en todo el país. Veamos ahora como ha evolucionado esa distribución a través del tiempo que ha tenido sus variaciones, y las que obligan a una y otra reflexión. El reducido espacio de que disponemos nos obliga hacer una presentación por quinquenio en lugar de por año:

*Quinquenio 1910-1914*: *Estados Unidos* 42%; *España* 19%; *Nicaragua* 19%; el resto 20%, corresponde a otras 4 naciones.

*Quinquenio 1915-1919*: *Estados Unidos* 33%; *Suiza* 27%; *Francia* 18%; el resto, 22% corresponde a *Italia* y *Nicaragua*.

(\*) Cuadro elaborado a base de datos suministrados por el Colegio de Médicos y Cirujanos.

Quinquenio 1920-1924: Estados Unidos 57%; Inglaterra 8%; Italia 8%; Suiza 8%; el resto 31% corresponde a 7 distintos países. En ese quinquenio aparecen por primera vez México con 4%.

Quinquenio 1925-1929: Alemania 20%; Estados Unidos 11%; Bélgica 10%; Nicaragua 10%; Italia 7%; El Salvador 7%; otras siete naciones representan el resto 35%, entre ellas México con 2.5%.

Quinquenio 1930-1934: Bélgica 25%; España 15%; Francia 15%; Italia 15%; Alemania 10%; Estados Unidos 8%; el resto 18% corresponde a otras 7 naciones, entre ellas México con 3%.

Quinquenio 1935-1939: Nicaragua 25%; Bélgica 20%; Francia 12%; Alemania 9%; Estados Unidos 9%; el resto 27% se distribuye entre otras 8 naciones, entre las cuales México con 7%.

Quinquenio 1940-1944: Nicaragua 25%; México 16%; El Salvador 15%; Italia 9%; Honduras 9%; Estados Unidos 6%; correspondiendo a otros 5 países el resto, 20%.

Quinquenio 1945-1949: México 54%; Estados Unidos 13%; Italia 10%; Nicaragua 7%; el resto, 16%, corresponde a otros 9 países diferentes.

#### Distribución según Nacionalidad:

Teniendo los datos a mano presentamos a continuación el Cuadro N° 6 en que se ve la distribución de los médicos según su nacionalidad:

Cuadro N° 6  
DISTRIBUCION DE LOS MEDICOS  
(Según su nacionalidad)\*

Nacionalidad	Número de Médicos	Porcentaje
1.—Costarricenses . . . . .	197	77.5
2.—Nicaragüenses . . . . .	35	14.7
3.—Hondureños . . . . .	5	2.1
4.—Españoles . . . . .	4	1.7
5.—Guatemaltecos . . . . .	2	0.6
6.—Salvadoreños . . . . .	2	0.8
7.—Cubanos . . . . .	2	0.8
8.—Italianos . . . . .	2	0.8
9.—Canadienses . . . . .	1	0.4
10.—Franceses . . . . .	1	0.4
TOTAL . . . . .	241	100.0

(\*) Cuadro elaborado a base de datos suministrados por el Colegio de Médicos y Cirujanos.

## II.—DISTRIBUCION DE MEDICOS Y OTROS ASPECTOS

*Distribución provincial por Habitantes y Kilómetros cuadrados:*

El cuadro a continuación nos presenta la distribución de los médicos por provincia según el número de habitantes y el de kilómetros cuadrados que corresponde a cada profesional:

Cuadro N° 7

### DISTRIBUCION DE MEDICOS POR PROVINCIA, POR NUMERO DE HABITANTES Y POR Km<sup>2</sup>.

(Cálculo sobre la población 31-12-1949)\*

Provincias	Número de Médicos	Número de habitantes por cada médico	Número de Km <sup>2</sup> . por cada médico
1.—San José . . . .	154	1.752	52
2.—Alajuela . . . .	19	9.047	500
3.—Cartago . . . .	16	7.559	162
4.—Heredia . . . .	9	6.578	522
5.—Guanacaste . . .	10	10.050	1.040
6.—Puntarenas . . .	21	2.845	535
7.—Limón : . . . .	12	3.599	785
De todo el país.	241	3.425	211

Este cuadro nos revela ya algunos aspectos desconsoladores de la "fotogenia estadística" de los números que se refieren al país entero. Y vale la pena ir raspando el "maquillaje" de este cuadro para ver lo que detrás se oculta.

(\*) Cuadro elaborado a base de datos suministrados por el Colegio de Médicos y Cirujanos.

*Provincia de San José:* Esta provincia aparece con 154 médicos correspondiente 1.752 habitantes y 32 Km<sup>2</sup>. por cada profesional. Pero en realidad, de estos 154 profesionales, los ciento cincuenta están instalados, viven y ejercen en la ciudad de San José. Los otros 4 están distribuidos así: Cantón de Puriscal 1; Cantón de Tarrazú 1; Cantón de Turubares 1; y Cantón de Pérez Zeledón 1; Recapitulando tenemos:

	Número de habitantes	Número de médicos	Número de habitantes por cada médico
Población Urbana (Ciudad de San José)	90.615		604
Población Rural (Cantón Central)	15.582	150	
Total Cantón San José	105.997		707
Población Rural (4 Cantones)	50.755	4	15.189
Población Rural (14 Cantones)	115.147	0	Todos los habitantes sin médico.

Una observación respecto a la ciudad de San José. Su población actual es superior a la estimada. Con criterio conservador hay que calcularla con alrededor de 150.000 habitantes.

*Provincia de Alajuela:* Disponemos en esta provincia 19 médicos, correspondiendo 9.047 habitantes y 500 Km<sup>2</sup>. por cada uno. Su distribución es la siguiente: Ciudad de Alajuela 9; Cantón de San Ramón 2; Cantón de Grecia 1; Cantón de Naranjo 2; Cantón de Puntarenas 1; Cantón de Orotina 1; Cantón de San Carlos 1. Recapitulando tenemos:



	Número de habitantes	Número de médicos	Número de habitantes por cada médico
Población Urbana (Ciudad de Alajuela)	11.663		1.296
Población Rural (Cantón Central)	29.976	9	
Total Cantón Alajuela	41.639		4.426
Población Rural (7 Cantones)	110.111	10	11.011
Población Rural (3 Cantones)	20.146	0	Todos los habitantes sin médico.

*Provincia de Cartago:* En esta provincia disponemos 16 médicos a cada uno de los cuales le corresponden 7.759 habitantes y 162 Km<sup>2</sup>. La dispersión provincial es la siguiente: Ciudad de Cartago 9; Cantón de la Unión 1; Cantón de Jiménez 1; Cantón de Turrialba 3; Sanatorio "Carlos Durán" 2; y así tenemos:

	Número de habitantes	Número de médicos	Número de habitantes por cada médico
Población Urbana (Ciudad de Cartago)	11.505		1.278
Población Rural (Cantón Central)	24.643	9	
Total Cantón Cartago	36.148		4.016
Población Rural (3 Cantones)	47.515	3	9.502
Población Rural (4 Cantones)	57.286	0	Todos los habitantes sin médico.

N. En este cuadro analítico hemos excluido a los 2 médicos del Sanatorio Durán, porque ellos no atienden al público, no obstante que en el Cuadro N<sup>o</sup> 7 aparecen.

*Provincia de Heredia:* 9 son los profesionales de esa provincia correspondiendo 6.578 habitantes y 522 Km<sup>2</sup>. a cada uno de ellos. Todos viven y ejercen en la ciudad de Heredia. Así tenemos:

	Número de habitantes	Número de médicos	Número de habitantes por cada médico
Población Urbana (Ciudad de Heredia)	12.058		
Población Rural (Cantón Central)	7.985	9	1.337
Total Cantón Heredia	20.001		2.225
Población Rural (7 Cantones)	59.181	0	Todos los habitantes sin médico

*Provincia de Guanacaste:* Guanacaste cuenta con 10 médicos, correspondiendo 10.050 habitantes y 1.040 Km<sup>2</sup>. para cada profesional. Posteriormente hemos podido comprobar que el número total es de 9 ya que uno que ejercía en Liberia, desde hace más de un año se trasladó a otro país. La dispersión es la siguiente: Cantón de Liberia (ciudad) 1; Cantón de Nicoya 1; Cantón de Santa Cruz 2; Cantón de Carrillo 2; Cantón de Cañas 1; Cantón de Abangares 1; Cantón de Tilarán 1.

	Número de habitantes	Número de médicos	Número de habitantes por cada médico
Población Urbana (Ciudad de Liberia)	4.622		4.622
Población Rural (Cantón Central)	9.030	1	
Total Cantón Liberia	13.652		13.652
Población Rural (6 Cantones)	85.174	8	10.424
Población Rural (1 Cantón)	5.656	0	Todos los habitantes sin médico

*Provincia de Puntarenas:* No obstante las razones ya expuestas respecto a la ilusoria apreciación de todo fenómeno relacionado con la población de esta provincia, y para no romper el orden, hacemos el análisis. Cuenta esa provincia con 21 médicos a cada uno de los cuales le corresponden 2.845 (?) habitantes y 535 Km<sup>2</sup>. La distribución profesional es la siguiente: Ciudad de Puntarenas 10; Distrito de Quepos 5; Cantón de Esparta 1; Cantón de Osa 7; (Distritos: Gollito 1; Puerto Cortés 2; Palmares 1); así:

	Número de habitantes	Número de médicos	Número de habitantes por cada médico
Población Urbana (Ciudad Puntarenas)	10.250 (?)	10	1.023 (?)
Población Rural (Cantón Central)	19.987 (?)	5	6.662 (?)
Población Rural (2 Cantones)	14.873 (?)	8	1.753 (?)
Población Rural (2 Cantones)	14.656 (?)	0	Todos los habitantes sin médico.

*Provincia de Limón:* Hay en esta provincia 12 médicos correspondiendo 3.599 habitantes y 785 Km<sup>2</sup>.; con la siguiente dispersión: Ciudad de Limón 9; Cantón de Siquirres 2; teniendo:

	Número de habitantes	Número de médicos	Número de habitantes por cada médico
Población Urbana (Ciudad de Limón)	11.573	9	1.264
Población Rural (Cantón Central)	16.589		
Total Cantón Limón	27.962		3.107
Población Rural (2 Cantones)	15.226	3	5.075

Resumiendo los datos de todo el país tenemos el aspecto del cuadro siguiente:

	Número de habitantes	Número de médicos	Número de habitantes por cada médico
Población Urbana (7 Ciudades Cap.)	152.046	197	792
Población Rural (7 Cantones Centrales)	123.590		
Total Cantones Cent.	275.636	200	1.378
Población Rural (51 Cantones)	560.855	38	9.466
Población Rural (24 Cantones)	188.891	0	Todos los habitantes sin médico

Esta es en síntesis y en detalle; en detalle y en síntesis, la situación del país en cuanto al número de médicos y su distribución en el territorio nacional.

A primera vista se constata la desigual distribución de los profesionales entre la población urbana y rural, fenómeno, desde luego, universal, que nadie deja de darse cuenta de que los médicos se agrupan densamente en los grandes centros urbanos donde existen grandes hospitales y centros de investigación científica. Las causas son varias y las agrupamos en *Científico-profesionales* por una parte, y por otra, en *Sociales o Biológicas*:

*Científico-profesionales*: No cabe duda de que el médico, más que cualquier otro profesional, obligado, quizás, por aquello de que "no hay enfermedades sino enfermos"; por el ritmo tan acelerado de los progresos de la Medicina; de sus saltos bruscos a veces; en fin, por lo que *Clorito Picado* dijo: "...en materia de ciencias podemos decir, hoy se fia, mañana no"; el médico se preocupa y procura, siguiendo ese ritmo y observando esos saltos, mantenerse en un plan de eficiencia que le permita cumplir su misión tan difícil y compleja como ninguna; una misión de incógnitas, por las incógnitas de la misma Ciencia Médica; incógnitas tridimensionales: pasado, presente, futuro; una misión llena de escollos deontológicos: morales, religiosos, económicos, sociales.

*Sociales o Biológicas:* Llamamos también Biológicas a las Sociales, porque consideramos que todas ellas brotan de la Ley Biológica "del menor esfuerzo": trabajar menos, ganar más; trabajar menos, disfrutar más; incomodarse menos, gozar más. *Causas éstas que biológico-sociales en su origen, son antibiológico-sociales en sus consecuencias.*

De aquí, pues, resulta la desigual distribución de los médicos, su aglomeración en los centros urbanos y el consiguiente abandono de las poblaciones rurales.

El Dr. Adolfo F. Nanclares, Director de Asuntos Profesionales de la Secretaría de Salud Pública de la Nación Argentina dice al respecto:

"No hay que olvidar tampoco que la experiencia y enseñanza que se recoge de la práctica profesional, sólo, con reducidos medios auxiliares de diagnóstico y en el seno de poblaciones escasamente ilustradas, no es despreciable y hasta no animaría a decir que es valiosa, pues todos los que hemos ejercido la medicina en tales condiciones consideramos que nuestra terminación ilustrativa profesional se ha cumplido en esa etapa que viene a ser como un eslabón de la cadena y seguramente de los más importantes que integran la misma, que remata la enseñanza teórica y práctica que imparte la facultad y que no puede ser proporcionada por ésta". (Arch. S. S. enro. 1949).

Resumiendo el aspecto cuantitativo de los profesionales vemos:

Que nuestras necesidades de acuerdo con la población y la pauta de 1.000 habitantes por médico es de *ochocientos veinticinco (825) médicos;*

Que sólo disponemos *doscientos cuarenta y un (241) médicos.*

Que para ponerlos al día nos hacen falta, de acuerdo con esa pauta *quinientos ochenta y cuatro (584) médicos.*

Que para los diez próximos años, y una vez llenado el déficit actual de los 584 médicos, necesitamos un promedio de *veintisiete (27) médicos por año.*

Si la situación del país se presenta angustiosa con esa escasez, no menos graves son los problemas que surgen para el mismo médico.

*Lo que pensamos de la escasez:*

*La escasez hace bajar el nivel cualitativo del profesional; impide la emulación científica; automatiza al profesional en detrimento del progreso de la Ciencia Médica y a expensas de la Patología Nacional y Regional; crea grupos privilegiados dentro del conglomerado profesional; favorece lo que podríamos llamar "GLIGANTISMO CELULAR DEL CUERPO PROFESIONAL", es-*

to es, acumulación de capitales profesionales —varios puestos a un mismo profesional—; hace del profesional un "muy solícito", estado éste que favorece en extremo la formación del conocido (tipo psicológico de la "personalidad imaginaria"; atrofia el sentimiento de confraternidad profesional; y, crea el "egocentrismo" que, del campo profesional, se extiende, lenta e inconcientemente a todas las manifestaciones de la vida.

*Movimiento y Necesidades de Médicos de 1910 a 1949:*

En el cuadro a continuación presentamos el movimiento y necesidades de médicos desde 1910 hasta 1949 por quinquenios ya que el espacio no nos permite hacerlo por año.

Cuadro N° 8  
MOVIMIENTO Y NECESIDADES QUINQUENALES  
DE MÉDICOS DE 1910 A 1949

Quinquenios	Incorporados	Fallecidos	Excedente	Necesidades Quinquenales conl. aumento población; bas. 1 med. X mil hab.	Déficit
1910 - 1914	21	5	18	37	19
1915 - 1919	11	1	10	33	23
1920 - 1924	24	3	21	36	15
1925 - 1929	40	2	38	30	12
1930 - 1934	52	3	49	59	10
1935 - 1939	45	5	38	70	32
1940 - 1944	32	5	27	85	56
1945 - 1949	79	9	70	120	50
Totales ...	302	31	271	488	217

Los números de este cuadro explican mejor que cualquier exposición narrativa de cómo se produjo el gran déficit de profesionales que el país enfrenta hoy día. Sólo en los últimos 10 años —1940 a 1949— hemos tenido un déficit de 106 profesionales.

*Lo que se hace:*

El Estado ya desde el siglo pasado se ha preocupado para la provisión de médicos, y su preocupación ha sido traducida en becas que anualmente concede a estudiantes de medicina, ya que en aquellos tiempos ni la población del país, ni nuestras instituciones hospitalarias permitían pensar en la creación de una Escuela de Medicina, aunque otros países con igual, más o menos, número de habitantes y peores instituciones hospitalarias han creado su, o, sus Escuelas de Medicina.

Para dar una idea de esa preocupación del Estado vamos a citar a continuación algunos datos sobre becas de Medicina desde 1935, ya que para épocas anteriores no es fácil conseguir datos completos.

Desde 1935 hasta 1949 han sido concedidas becas a 56 estudiantes, becas éstas que fueron todas suprimidas sea por terminación de estudios u otros motivos. Hacemos esta aclaración porque hay otros 55 becados activos, esto es, en período de estudios.

*Becas suspendidas:*

El Estado ha gastado a estos 56 becados para estudios de Medicina —período 1935 a 1949— algo más de ciento veintidós mil dólares (USA \$ 122.000). Los resultados fueron los siguientes:

Graduados . . . . .	27
Por irregularidad de estudios . . . . (susp.) . . . . .	15
Retirados voluntariamente . . . . . (susp.) . . . . .	5
Por haber contraído matrimonio . . (susp.) . . . . .	4
Por solicitud para un solo año . . (susp.) . . . . .	1
Se ignora si terminaron estudios . . . . .	8
TOTAL . . . . .	56

De manera que del primitivo número de 56 becados, sólo llegaron a coronar sus estudios 27, o sea, el 48.2%. Repartiendo los \$ 122.000 entre estos 27 profesionales vemos que cada uno de ellos le cuesta al Estado USA \$ 4.518.

**Becas en Vigencia:**

Hay actualmente en el exterior 55 estudiantes de Medicina becados por el Estado en los siguientes países:

México . . . . .	20	Colombia . . . . .	1
El Salvador . . . . .	15	Canadá . . . . .	1
Estados Unidos . . . . .	8	Suiza . . . . .	1
Chile . . . . .	3	Francia . . . . .	1
Argentina . . . . .	2		
Cuba . . . . .	2	Total . . . . .	55
Nicaragua . . . . .	1		

La distribución de estas becas por año de iniciación de los estudios es la siguiente:

1941 . . . . .	1	1948 . . . . .	4
1944 . . . . .	8	1949 . . . . .	8
1945 . . . . .	7		
1946 . . . . .	11	Total . . . . .	55
1947 . . . . .	16		

La suma girada a esos estudiantes por el Estado hasta fines de 1949 es la siguiente, y lo es en dólares USA:

En mensualidades . . . . .	\$ 87.000
en anualidades . . . . .	12.995
Total . . . . .	\$ 99.995

*Mensualidad = beca mensual*

*Anualidad = auxilio anual para matrícula*

Durante el año de 1950 el Estado tiene que girar:	
Para mensualidades . . . . .	\$ 23.640
Para anualidades . . . . .	3.755
Total . . . . .	\$ 27.395

Según los anteriores números parece que esa política del Estado no logra satisfacer, no digamos nuestro déficit en médicos, ni



quiera nuestras necesidades anuales del momento que, como heraos dicho, son de unos 27 profesionales por año.

Y surge la pregunta de sí, para resolver ese angustioso problema, hay que aumentar el número de becas anuales al doble del número de médicos que necesitamos, o sea,  $27 + 27 = 54$ , dada la eliminación probable de un 50% por varios motivos, o de si hay que pensar en la creación de la Escuela de Medicina.

Respecto a la última posibilidad habría que pensar cuál es nuestra posición frente a otros países Latinoamericanos, y cuál la capacidad de nuestras instituciones hospitalarias. Sobre todo ese último punto. Todos los demás aspectos son, según nuestra opinión, de importancia secundaria.

#### *Escuelas de Medicina en Latinoamérica:*

*Cuadro N° 9*

1.—Brasil . . . . .	12	11.—Haití . . . . .	1
2.—México . . . . .	8	12.—Rep. Dominicana . . .	1
3.—Argentina . . . . .	4	13.—Guatemala . . . . .	1
4.—Bolivia . . . . .	3	14.—El Salvador . . . . .	1
5.—Chile . . . . .	3	15.—Honduras . . . . .	1
6.—Colombia . . . . .	3	16.—Uruguay . . . . .	1
7.—Ecuador . . . . .	3	17.—Paraguay . . . . .	1
8.—Nicaragua . . . . .	3	18.—Perú . . . . .	1
9.—Venezuela . . . . .	3	19.—Costa Rica . . . . .	0
10.—Cuba . . . . .	1	20.—Panamá . . . . .	0

#### *Instituciones Hospitalarias como Posibles Centros de Enseñanza:*

En primer lugar tenemos el hospital "San Juan de Dios", cuyo movimiento durante el año de 1949 nos da una idea de su capacidad como probable centro de enseñanza. He lo aquí:

Durante este año se atendieron 25.661 enfermos con un total de estancias de 468.906, distribuidas por servicios así:

<i>Medicina:</i>	225.554	con un promedio por enfermo de 29 días.
<i>Cirugía:</i>	140.489	con un promedio por enfermo de 13 días.
<i>Pediatría:</i>	83.783	con un promedio por enfermo de 19 días.
<i>Pensiones:</i>	19.100	con un promedio por enfermo de 13 días.

*Operaciones Practicadas por Secciones y Servicios:*

*Sección Gratuita: servicio:*

	Cirugía Mayor	Cirugía Menor	Total
Cirugía General . . . . .	1.700	107	1.807
Broncopulmonar . . . . .	937	...	57
Ortopedia . . . . .	988	256	1.294
Obstetricia . . . . .	559	948	1.507
Urologia . . . . .	221	78	299
Otorinolaringología . . . . .	550	38	368
Oftalmología . . . . .	507	66	573
Cirugía de emerg. Ext. Sept. . .	14	3.475	3.489
Cirugía de emerg. Ext. Asépt... .	9	900	909
<b>Total Sección Gratuita . . . . .</b>	<b>5.965</b>	<b>5.868</b>	<b>9.833</b>

*Sección de Pensiones*

Todos los servicios . . . . .	685	50	735
<b>Total General . . . . .</b>	<b>4.650</b>	<b>5.918</b>	<b>10.568</b>

*Consultas Externas*

Sección de Medicina: 12.906; Sección de Cirugía: 23.555; Total: 36.461.

*Curaciones Internas y Externas*

Internas: 77.887; Externas: 55.816; Total: 133.703.

*Autopsias de 1940 a 1948*

Año	Cadáveres	Porcentaje
1940 . . . . .	1.119	39.14
1941 . . . . .	1.076	41.72
1942 . . . . .	1.194	42.79
1943 . . . . .	1.239	55.83
1944 . . . . .	1.230	52.45
1945 . . . . .	1.177	54.88
1946 . . . . .	1.115	55.09
1947 . . . . .	1.350	54.29
1948 . . . . .	1.302	44.31
1949 . . . . .	1.230	38.69

*Tasas de Mortalidad*

Letalidad "Medicina General" . . . . .	9.53%
Letalidad "Cirugía General" . . . . .	1.98%
"Letalidad General". . . . .	5.50%

Calculando el porcentaje general por eliminación de la letalidad en los Servicios de Tisiología y Geriátrica e Incurables es de 4.52%.

Datos suministrados por la Dirección de Documentos Médicos y Estadísticos del Hospital "San Juan de Dios".

Luego tenemos el bien equipado Hospital de la "Caja Costarricense de Seguro Social". Un Hospital para enfermos psiquiátricos que forma un excelente conjunto en el mismo lugar con el hospital "San Juan de Dios", el hospital para Tuberculosos en acondicionamiento, y todos los Servicios del Ministerio de Salubridad; agregamos el Instituto del Cáncer, y el Leprosario muy cerca de la capital, que indudablemente formarán parte de la misma cadena.

¿Son nuestras instituciones hospitalarias inferiores a las de otros países?

¿Iguales a las de otras naciones?

¿Acaso superiores a las de algunos países que nos suministran médicos?

El Cuerpo Médico tiene la palabra.

---

#### AUTOCRITICA

a) Hemos violado nuestra promesa hecha en la introducción del presente estudio, de evitar dogmatismos, externar opiniones propias, etc., ya que en el desarrollo de nuestro tema nos escaparon varios dogmatismos, muchas opiniones propias, y algunas conclusiones un tanto taxativas.

b) Reproducimos opiniones de autores extranjeros que se refieren al mismo problema, pero en otra ambiente, por lo que el paralelismo no sería muy atinado. Pero eso de las citas es un viejo pecado nuestro.

c) Presentamos varios aspectos del problema en cuadros estadísticos, y a renglón seguido volvemos a narrar los mismos datos. Es esta, indudablemente, una repetición que hubiéramos podido evitar, porque cansa al lector y le hace perder tiempo, acabando quizás, por aburrirse.

d) En nuestros cálculos hemos cometido varias arbitrariedades al hacer la distribución de los médicos en la población, sólo hemos clasificado como "población urbana" los habitantes de las siete capitales de provincia, cosa que no es así; todo núcleo de población que pasa de 2.000 habitantes se considera urbano; sin embargo, para nuestro propósito el pecado no es venial; pero eso no quita lo antojadizo de nuestro procedimiento;

hemos hecho la distribución de los médicos entre los habitantes de las siete ciudades capitales y luego hemos agregado a esa población urbana, la población rural de los Cantones Centrales y ese total hemos vuelto a distribuirlo entre el mismo número de médicos, por el hecho de que no habiendo otro médico, la población rural tiene que servirse de los mismos médicos;

la separación de la población en Cantones *con médico* y Cantones *sin médico* tiene también mucho de arbitrario, ya que distritos de un cantón están más cerca a la cabecera de otro cantón en unos casos, y, en otros, la red de las vías de comunicación dan acceso a cabeceras de cantones y de provincias de poblaciones de otros cantones, a veces lejanos.

e) Al comentar el cuadro internacional de la proporción de camas por habitantes en que Costa Rica ocupa el segundo lugar, muy antojadizamente, la colocamos de última, porque, como decimos, la población indígena de aquellos países es inaccesible a la asistencia médico-hospitalaria. Sin embargo, las pautas internacionales son para todos los pueblos del mundo, sin distinción de raza, de color, de religión, etc. Y conste, que si hicimos esa clasificación contra las estadísticas existentes, no fuimos inspirados por aquellos 16 famosos cuadros que utilizaban los jueces coloniales mexicanos para fundamentar sus fallos, y que fueron a parar al Museo de Louvre en París, y que dicen:

- De español e india, mestizo.
- De mestizo y española, castizo.
- De castizo y española, español.
- De española y negro, mulata.
- De español y mulata, morisco.
- De español y morisca, albino (Chino).
- De español y albina, torna atrás (no te entiendo).
- De indio y torna atrás, lobo.
- De lobo e india, sambayo.
- De sambayo e india, combrujo.
- De combrujo y mulata, alvarazado.
- De alvarazado y mulata, barcino.

De harcino y mulata, coyote.  
De coyote e indio, chamizo.  
De chamizo y mestiza, coyote mestizo.  
De coyote y mestizo, ahí te estás.

(Tomado de "Biología Hematológica", C. Picado T. y A. Trejos W., 1940).

f) Los apóstrofes humorísticos no hacen falta; quitan seriedad a trabajos de esta naturaleza y pueden ser interpretados diversamente. Aquello de "a manera de despertador" no justifica el hecho. Bien hubiéramos podido pensarlo, pero debiéramos abstenernos estampearlo.

g) Por fin, consideramos que la autocrítica debería ser más discreta.

San José, Enero de 1950

#### RECTIFICANDO UN LAMENTABLE ERROR

En nuestra edición anterior de homenaje póstumo a la memoria del Doctor Antonio Facio Castro, se deslizó un error consignado en los originales que nos fueron entregados, y el cual nos apresuramos a corregir en la siguiente forma: El discurso que aparece pronunciado por el Dr. Antonio Peña Chavarría lo fué en realidad por su autor el Dr. Carlos de Céspedes en su calidad de Presidente del Colegio de Médicos y Cirujanos.