

GENERALIDADES

En este capítulo trataremos algunos aspectos generales de organización y administración que afectan de una manera directa el rendimiento de algunos servicios, y en general, la eficacia y resultados de las diversas medidas y disposiciones.

1.—PRESUPUESTO

Presupuesto de Sanidad: La IX Conferencia Sanitaria Panamericana, teniendo en cuenta las dificultades prácticas de la adopción de un criterio *per cápita*, para la fijación de los presupuestos de Sanidad de los países americanos, se limita, por ahora, a recomendar que se consagren al funcionamiento de estos servicios sanitarios, sumas progresivamente crecientes en los presupuestos públicos de los Estados. (Resoluciones y Recomendaciones de la IX Conferencia Sanitaria Panamericana, Buenos Aires, 1934).

Presupuestos de Sanidad: La III Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad estima conveniente que en aquellos países donde los municipios desarrollan actividades sanitarias y destinan un porcentaje de sus fondos para estas atenciones, y siempre que la organización política no se oponga, los respectivos servicios estén subordinados técnicamente a los servicios nacionales de salubridad.

La Conferencia indica además la conveniencia de que los Gobiernos consagren a las autoridades sanitarias propiamente dichas, sumas proporcionalmente crecientes, y señala como criterio aceptable, por ahora, *la base de un dólar per cápita y por año*, o su equivalente en moneda nacional de cada país, para el funcionamiento de los servicios respectivos. (Votos y Resoluciones de la III Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad, Washington, 1936).

Hoy día no hay en el mundo país organizado que no se preocupe por una mayor y mejor organización sanitaria, preocupación que se evidencia en el aumento progresivo del presupuesto destinado a tales fines.

En el cuadro N^o 41 aparecen los presupuestos de esta Cartera a partir del año 1928, época en que comienza la asignación de partidas aparte para esta Secretaría. Durante esos 13 años, el mayor presupuesto corresponde al año 1938, con \$ 2.843,643.57; lo que representa el 6,7 % sobre el presupuesto general de la Nación, correspondiendo \$ 4,56 *per cápita*.

Ya hemos visto que las Conferencias Sanitarias Panamericanas recomiendan el aumento progresivo de los presupuestos nacionales destinados a Salubridad Pública; y, que la III Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad recomendó, como base de los presupuestos de Salubridad Pública, un dólar *per cápita* y por año, o su equivalente en moneda nacional. Nuestro presupuesto de Salubridad Pública apenas llegó a \$ 4,56 *per cápita* para el año 1940.

En este punto es necesario hacer una aclaración, que es la siguiente: en las Conferencias Sanitarias Panamericanas, y cuando se habla de Salubridad Pública, se entiende labor y obras estrictamente preventivas. En cambio, entre nosotros, Salubridad Pública quiere decir, ante todo, labor de asistencia médica.

Efectivamente, la labor de nuestros servicios, tanto urbanos como rurales, en su mayor parte, es asistencial, y conforme va extendiéndose en el territorio nacional, abarcó un mayor número de población, con el consiguiente aumento de sus necesidades materiales.

Ahora, analizando cada una de las partidas, encontramos la de las "subvenciones" que, para el año 1940, representa la suma de ₡ 655,798.10, distribuidas así:

PRESUPUESTOS DE LA SECRETARIA DE SALUBRIDAD PUBLICA Y PROTECCION SOCIAL. DE 1928 a 1940

Con sus respectivos porcentajes sobre los Presupuestos Generales de la Nación
y la suma correspondiente a cada habitante

AÑOS	Presupuestos Generales de la Nación	Presupuestos de la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social		
		Sumas anuales	% sobre Presupuesto General	Per cápita
1928.	₡ 35.167.565 36	₡ 1.407.932 09	4.0	₡ 2.86
1929.	35.283.778 14	1.015.112 06	2.9	2.00
1930.	36.312.616 64	1.162.523 48	3.2	2.25
1931.	32.512.699 81	1.130.637 15	3.5	2.14
1932.	28.068.862 27	1.441.733 51	5.1	2.67
1933.	29.658.465 87	1.522.465 45	5.1	2.76
1934.	32.630.705 80	1.560.334 49	4.8	2.76
1935.	31.720.607 23	1.802.922 97	5.7	3.12
1936.	35.601.470 31	1.183.008 74	3.3	2.00
1937.	39.068.221 94	2.516.241 85	6.4	4.15
1938.	42.223.660 11	2.843.643 57	6.7	4.56
1939.	42.460.671 87	2.336.114 79	5.5	3.65
1940.	45.668.219 02	2.445.320 94	5.4	3.73

Cuadro No. 41

NOTA: Antes de 1928 los Presupuestos del Gobierno de la República no contenían asignaciones especiales para los servicios que después se encomendaron a la Secretaría de Estado en los Despachos de Salubridad Pública y Protección Social. Los presupuestos anteriores, apenas señalaban las subvenciones del Estado para los establecimientos de beneficencia, en la Cartera anexa entonces a la de Relaciones Exteriores. Por decreto N^o 24 de 4 de junio de 1927, página 325 de la colección, fué la Secretaría de Estado que tomó a su cargo las funciones de la Subsecretaría de Higiene y Salud Pública, Beneficencia, etc., y por acuerdo del Ejecutivo fué nombrado el 18 de ese mes, el Dr. Salón Núñez Frutos, Secretario de Estado en el Despacho de Salubridad Pública y Protección Social.

(Información suministrada por el señor Jefe del Control, Licenciado don Adán Acosta.)

Los presupuestos de la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social, comprenden gastos de administración, asistencia médica, construcción de edificios para Unidades Sanitarias en zonas rurales, obras de saneamiento del suelo y subvenciones a las instituciones hospitalarias; esta última asignación para el año 1940, fué de ₡ 655,798.10 sobre el presupuesto general anual de esta Cartera.

Cuadro de la distribución de la partida «Subvenciones» del presupuesto de la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social, del año 1940, según los datos que obran en poder de la Contabilidad de la Dirección General de Asistencia

Junta Protección Social	San José	24264 00
Hospicio de Incurables	San José	25932 00
Gota de Leche	San José	10454 00
Dormitorio Niños Pobres	San José	3510 00
Maternidad Carit	San José	12300 00
Cruz Roja Costarricense	San José	4715 10
Asilo Las Mercedes	San José	49800 00
Patronato Nacional de la Infancia	San José	180000 00
Casa de Refugio	San José	10384 60
Asilo de la Infancia	San José	3900 00
Hospicio de Huérfanos	San José	26200 00
Asilo de la Vejez	Cartago	9840 00
Hospicio de Huérfanos	Cartago	4668 00
Hospicio de Huérfanos	Cartago	5790 00
Junta Protección Social	Cartago	18708 00
Junta Protección Social	La Unión	1884 00
Sanatorio Durán	Cartago	48528 00
Preventorio de Coronado	San Isidro	11500 00
Junta Protección Social	Alajuela	16416 00
Gota de Leche	Alajuela	4236 00
Cocina Escolar	Atenas	2340 00
Junta Protección Social	San Ramón	12978 00
Junta Protección Social	Palmares	3450 00
Junta Protección Social	Grecia	5556 00
Junta Protección Social	San Carlos	3390 00
Junta Protección Social	Naranjo	2880 00
Junta Protección Social	Heredia	39816 00
Gota de Leche	Heredia	3048 00
Junta Protección Social	" (Clínica Infantil)	894 90
Junta Protección Social	Liberia	17976 00
Junta Protección Social	Cañas	4590 00
Junta Protección Social	Puntarenas	24264 00
Hogar Cristiano	Puntarenas	3690 00
Junta Protección Social	Esparta	1734 00
Junta Protección Social	Turrialba	13578 00
		<hr/>
		613214 60
Sueldos Consejo Nacional Salubridad		18965 00
Cuentas pagadas según acuerdo del Consejo		8048 50
Gastos administrativos de la Dirección General de Asistencia		15570 00
		<hr/>
Total		655798 10
		<hr/>

Esa suma es producto de impuestos a favor de esas instituciones y juntas de Protección Social establecidas por leyes especiales. Consideramos por lo tanto, que no hay razón alguna para incluir esa suma al presupuesto de esta Secretaría de Estado, para que ella las distribuya, conforme a las leyes respectivas, entre las instituciones anteriormente mencionadas.

En vista de lo anterior el presupuesto de esta Secretaría de Estado para el año 1940 no fué de ₡ 2,445,320.94 sino de ₡ 2,445,320.94 — ₡ 655,798.10 = ₡ 1,789,522.84, lo que representa el 3,9 % del Presupuesto Nacional, correspondiendo ₡ 2.73 *per cápita*.

Como ya lo hemos dicho, nuestra labor es ante todo asistencial, en oposición a la organización sanitaria de otros países del Continente cuya labor es estrictamente preventiva. La orientación asistencial, que se ha dado a nuestra organización sanitaria, no sólo es la que más responde a la realidad costarricense, sino que nos coloca en el nivel de los modernos conceptos y orientaciones de la organización sanitaria.

La Conferencia Europea de la Vida Rural de 1939, que se celebró bajo los auspicios del Comité de Higiene de la Liga de las Naciones, recomienda:

“La política médico-social en el campo debe comenzar por la organización de los *cuidados médicos*. Este es el curso normal del desarrollo histórico para la protección de la salud, y es natural, comenzar por satisfacer la necesidad más inmediata del que padece. El hombre sufre, y aliviarlo es para nosotros un deber humanitario y al mismo tiempo el medio de abrir una puerta por la cual podrá penetrar la medicina preventiva que, no obstante ser aún menos apreciada por el pueblo, es más importante que la medicina curativa”.

Otro punto relacionado con el presupuesto, y al que nos referimos, es el que, a consecuencia de la situación internacional, se ha dicho desde el año 1939, que el límite cuantitativo de los presupuestos anuales futuros será el del año 1939 con pequeñas modificaciones; en cambio, no se ha dicho que a consecuencia de la situación internacional, no se crearán ni se construirán nuevas Unidades Sanitarias, nuevos Centros de Asistencia, nuevos Centros Maternales Rurales, sino que, por el contrario, se aceleró la creación de nuevos servicios; así debe ser, porque se sabe que en épocas de guerras o crisis económicas, disminuye la resistencia vital de los individuos. En cuanto a la segunda objeción, se pensó y se procedió con mente y ojo previsores, pero en referencia con la primera, se procedió como si Salubridad Pública fuese un organismo *estático*, un pensionado a quien se le asigna una partida hasta el día de su muerte; y si así se la sigue considerando, en cuanto se refiere a las asignaciones de presupuesto, pronto adquirirá todas las características del pensionado: elemento inactivo, pasivo como el pensionado y que un día tendrá que morir como aquél.

La ampliación del presupuesto de esta Cartera, no obstante la crítica situación mundial, es de urgente necesidad, no por principio doctrinario, sino por principio estrictamente utilitario por razones que a continuación pasamos a exponer.

La nueva administración procedió a la creación de nuevos servicios médico-asistenciales, tanto urbanos como rurales, y en su programa para el año 1941 figura el establecimiento de un mayor número de nuevos servicios médico-asistenciales, sobre todo, rurales.

La creación de nuevos servicios trae como consecuencia lógica y natural el aumento del personal técnico-administrativo por una parte, y, por otra, el aumento de la población cuyas necesidades médico-sanitarias hay que satisfacer. Este hecho, se traduce, desde el punto de vista presupuestario, en aumento de gastos, por concepto de sueldos en la primera consecuencia, y por concepto de medicamentos y de obras de saneamiento, en la segunda consecuencia.

Si, paralelamente a la ampliación de los servicios de Salubridad Pública, no se contempla simultánea ampliación de su presupuesto, llegará un día en que todo el presupuesto apenas alcanzará para cubrir los sueldos del personal. Otra razón que impone la ampliación del presupuesto es el aumento de los precios de los medicamentos, que, para ciertos preparados y materiales, es de dos a tres veces mayor que el del período 1938-1939.

2.—EPIDEMIOLOGIA

No creemos que haga falta hacer la definición del término “epidemiología”; se sabe que la principal misión de un servicio de epidemiología es la del control de las enfermedades infecto-contagiosas.

No obstante que, teóricamente, existen pautas respecto a la organización y funcionamiento de un Departamento de Epidemiología, muchas veces, las condiciones particulares de cada país pueden variar esas pautas y hasta determinar la importancia misma de dicho servicio dentro de la organización general de la Salubridad Pública de un país.

Contemplando nuestro Departamento de Epidemiología dentro de la realidad costarricense (estado epidemiológico, medios económicos, capacidad técnica y numérica del personal, etc.) consideramos, que tanto desde el punto de vista de organización, como de funcionamiento se encuentra en un nivel satisfactorio que con algunas reformas puede mejorarse aún.

Las reformas de mayor importancia son las siguientes:

Primero.—Los servicios de Sanidad Marítima y Aérea que por razones justificadas hasta hoy, funcionaban como servicios independientes bajo la dirección inmediata del señor Secretario de Estado en este Despacho, deben adscribirse al Departamento de Epidemiología, para que ellos entren a funcionar a partir del año 1941 como Secciones de aquél, ya que la principal tarea de estos servicios es, también, el control de las enfermedades infecto-contagiosas.

Segundo.—La vacunación antitífica y antidiftérica debe basarse en un plan previo estudio del ciclo epidemiológico, de la distribución geográfica de esas enfermedades, de los grupos de edad que más afectan, densidad de los núcleos de población, y demás factores que determinan una positiva labor de inmunización masiva.

3.—PERSONAL

Organización sanitaria: La II Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad, recomienda a los Gobiernos de los países que componen la Unión Panamericana, lo siguiente:

1) La creación de escuelas de higiene y sanidad pública y de organismos docentes similares para preparar en ellos el personal que debe atender los servicios de higiene.

2) Los cargos oficiales de la higiene pública deberán ser provistos con personas especializadas, que sean garantía, tanto para la salud pública de sus respectivos países como para la de los demás. La magistratura sanitaria así organizada será base sólida para el progreso de la higiene continental.

3) *Cada país americano deberá con este objeto crear sus escalafones sanitarios.*

4) Estas recomendaciones se darán a conocer por la vía correspondiente a la VII Conferencia Internacional Americana que deberá celebrarse próximamente en la ciudad de Montevideo a fin de incorporar

estas normas a la vida política de las naciones del Nuevo Mundo, como garantía para la conservación y el mejoramiento de la salud pública en América. (Resoluciones y Recomendaciones de la II Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad, celebrada en Washington, del 20 al 25 de abril de 1931).

Escalafón sanitario: La IX Conferencia Sanitaria Panamericana, después de escuchar y debatir los distintos dictámenes sometidos a su estudio sobre la organización de los servicios de sanidad de los países de América, deja constancia de que para el desarrollo de la sanidad de cada país y para garantizar el cumplimiento de los Pactos Sanitarios Internacionales, es indispensable:

1º—Que las funciones sanitarias estén confiadas a profesionales peritos que conozcan las técnicas modernas de la higiene y a los que se preparará debidamente.

2º—Que los funcionarios a cargo de las labores sanitarias cuenten con la garantía de selección al ingreso; de permanencia en el cargo; de ascenso por méritos; y de goces pecuniarios de acuerdo con las condiciones propias de cada país.

3º—Que en cada Estado, si acaso no existe ya, se creen los Escalafones Sanitarios dentro de las modalidades locales y en los que aparecerán los profesionales dedicados a la práctica oficial de la higiene.

4º—Que esta magistratura sanitaria signifique no sólo un principio de organización del cuerpo de higienistas, dentro de la profesión médica, sino además, una garantía técnica sobre la que repose la confianza internacional en las cuestiones de higiene; y que estas declaraciones esenciales se recomienden a los Gobiernos para inspirar sus actos en lo que respecta a la Política Sanitaria Americana. (Resoluciones de la IX Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Buenos Aires, del 12 al 22 de noviembre de 1934.)

Organización sanitaria: La X Conferencia Sanitaria Panamericana, tomando en cuenta los adelantos ya realizados en organización sanitaria por diversos países, reitera las recomendaciones expresadas en conferencias anteriores acerca de la coordinación de todas las actividades de orden sanitario bajo una orientación técnica común. Reitera igualmente las recomendaciones que sobre selección, estabilidad, ascensos por escalafón y remuneración justa del personal sanitario, se han hecho en conferencias anteriores.

Carrera sanitaria: La X Conferencia Sanitaria Panamericana hace votos porque en los países donde no existe la carrera higienista, se establezca sobre la base de la competencia y previa la fundación de escuelas de higiene destinadas a la especialización de los médicos y a la educación de los funcionarios subalternos. (Resoluciones y Recomendaciones de la X Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Bogotá, del 4 al 14 de setiembre de 1938.)

Escalafón: La IV Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad insiste en la necesidad de que en los países en donde no existe la carrera sanitaria de higienista, sea establecida sobre la base de la competencia y previa la fundación de escuelas de higiene destinadas a la especialización de los médicos y a la educación de los funcionarios subalternos, y da voto de aplauso a los países que ya han conseguido adelantar en esta materia. (Resoluciones y Recomendaciones de la IV Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad, celebrada en Washington, del 30 de abril al 8 de mayo de 1940.)

No creemos que haga falta comentario alguno fuera de las anteriores recomendaciones y resoluciones de las diversas Conferencias Sanitarias Pan-americanas.

Reconocemos, sin embargo, que nuestra organización política y muchos otros factores no permiten pensar en el establecimiento de la carrera sanitaria de todos los funcionarios, empero, creemos que se podría pensar en la aplicación de un escalafón sanitario por etapas, comenzando por el personal estrictamente técnico, y, especialmente, por las enfermeras, de cuya estabilidad y eficiencia dependen, en gran parte los resultados de la labor de esta Secretaría de Estado.

Ya que estamos hablando de las enfermeras, creemos nuestro deber dejar constancia en estas páginas de lo que en varias ocasiones hemos expuesto verbalmente.

Nuestro cuerpo de enfermeras tenemos que contemplarlo desde dos puntos de vista: El *cuantitativo* y el *cualitativo*.

a) *Cuantitativo*: No conocemos otra pauta, en cuanto al número de enfermeras que debe poseer un país, que la de la Asociación Americana de Salud Pública que exige como mínimo 22,9 enfermeras por 100.000 habitantes. No recordamos si esa pauta era para poblaciones urbanas o rurales, o exclusivamente para los Estados Unidos, porque pensamos que esa pauta no podría satisfacer las necesidades de países de población muy diseminada, como el nuestro, de escasos medios de comunicación, y de una natalidad tan alta. Sin embargo, consideramos que el número de enfermeras que actualmente poseemos, 21,9 por 100.000 habitantes, sería suficiente si se tratara de *enfermeras preparadas*.

b) *Cualitativo*: Contemplando nuestro cuerpo de enfermeras desde ese punto de vista, con mucha pena tenemos que decir: el nivel cualitativo de nuestras enfermeras es muy bajo. Efectivamente, las enfermeras diplomadas son muy pocas.

La actual organización que comprende, Enfermeras Obstétricas, Visitadoras Sociales, Enfermeras Internas y Asistentes Sanitarias Escolares, no responde a las verdaderas necesidades de nuestro ambiente. La experiencia de cuatro años nos ha convencido de que nuestro ambiente necesita un solo tipo de enfermera: la *enfermera polivalente*, quien debe poseer los requisitos siguientes:

- 1) No ser menor de 22 años de edad.
- 2) Tener certificado, por lo menos, de estudios completos en un colegio de segunda enseñanza (bachillerato).
- 3) Poseer el título de Enfermera Obstétrica de la Escuela de Enfermería y Obstetricia, que dirige el Colegio de Médicos y Cirujanos.
- 4) Poseer certificado de práctica hospitalaria no menor de dos años.
- 5) Mostrar certificado de práctica obstetrical en hospital o maternidad reconocida. (Dicha práctica deberá ser, por lo menos, de 50 partos.)

Las Visitadoras Sociales, que las necesidades han obligado a esta Secretaría a preparar en años anteriores, no han dado los resultados deseados. Y en realidad, ¿qué se podría esperar de jóvenes cuya mayoría no han cursado más que algunos grados de la enseñanza primaria, preparación ésta que no les permite entender el 80 % de las palabras que oyen en sus clases o que leen en sus textos? Muchas de ellas que no han sido nombradas en los servicios de esta Secretaría, y a quienes se les ha dado el certificado de Visitadora Social, es de sospechar, que se han convertido en curanderas.

La instrucción crea el sentimiento de responsabilidad, y la práctica hospitalaria previene de la audacia, en lo que se refiere a la intervención terapéutica que se intentara. Es por eso que decimos, que las enfermeras, al ser-

vicio de esta Secretaría de Estado, a la par del bachillerato y del diploma de enfermería y obstetricia deberían poseer también el certificado de la práctica hospitalaria. Enfermeras de esa preparación teórica y práctica, una vez nombradas, es fácil prepararlas para el servicio social por medio de conferencias o de cursos e instrucciones *poligrafiadas*.

Desde luego, se comprende que la exigencia de tales requisitos presupone una mejor dotación. Las dotaciones actuales de ₡ 75.00, ₡ 100.00 y ₡ 125.00, jamás podrán atraer a elementos preparados; la dotación mínima para enfermeras de la preparación que hemos indicado, debe ser de ₡ 200.00 como mínimo, y fijar un aumento proporcional cada tres años, una vez que se logre asegurar la estabilidad de permanencia en su puesto.

En cuanto se refiere a las enfermeras internas consideramos que no pueden estar supeditadas, administrativamente, al Departamento de Enfermeras Visitadoras y Servicio Social, sino que deben entrar a formar parte del personal del Departamento en que sirven; porque es innegable que el que no ejerce el control administrativo, tampoco puede ejercer el técnico.

Otra anomalía que está minando la disciplina y la buena voluntad de todo el cuerpo de enfermeras, es la situación privilegiada—sin exigencia de mayores requisitos—de las Asistentes Sanitarias Escolares. Como se sabe, una ley especial creó el cuerpo de Asistentes Sanitarias Escolares, ley que hace extensivos todos los privilegios de los maestros (estabilidad de puesto, derecho a pensión, etc.) a las Asistentes Sanitarias Escolares. Es lógico pensar que el legislador al conceder todos esos privilegios a las Asistentes Sanitarias Escolares, las imaginaba con la misma preparación teórica que los maestros, más la preparación técnica que presuponen las labores de Salubridad Pública.

Desgraciadamente las cosas no han sucedido así; muchas de nuestras Asistentes Sanitarias Escolares son jóvenes sin ninguna preparación.

4.—ENFERMEDADES VENEREAS

Enfermedades venéreas: Para luchar contra la sífilis congénita, la II Conferencia de Directores Nacionales de Sanidad, recomienda:

1) Insinuar a las embarazadas o púérperas que concurren a clínicas públicas o privadas, centros preventivos de salud, etc., la conveniencia de que se les practiquen exámenes serológicos.

2) Instruir a las matronas para que sepan recoger la sangre trasplacentaria.

3) Señalar la conveniencia de que las matronas coadyuven en la propaganda entre las embarazadas, acerca de las ventajas de un examen serológico precoz.

4) Recomendar se practique la autopsia de los mortinatos y el examen serológico de la madre.

5) Dictar leyes que establezcan la responsabilidad de los padres por la salud física, psíquica y moral de sus hijos.

Asimismo, con el fin de esclarecer la morbilidad venérea, una de las más altas y permanentes en todo el mundo, y especialmente en las Américas, recomienda:

Incluir en el programa de la IX Conferencia Sanitaria Panamericana el tema, a fin de que se estudien los medios profilácticos y sociales más adecuados para luchar contra estos males transmisibles. (Resoluciones y Recomendaciones de la II Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad, celebrada en Washington, del 20 al 25 de abril de 1931.)

Lucha Antivenérea: La IX Conferencia Sanitaria Panamericana, teniendo en cuenta la importancia de la lucha antivenérea, resuelve:

1º—Recomendar a las autoridades sanitarias intensificar la educación higiénica del pueblo desterrando el concepto de enfermedades secretas y creando una conciencia colectiva que permita considerar estas enfermedades al lado de las demás, de carácter transmisible.

2º—Recomendar que las unidades profilácticas generales contengan servicio de profilaxis antivenérea y que el tratamiento de estas enfermedades se lleve a cabo en todos los servicios dedicados a las distintas especialidades.

3º—Recomendar a las autoridades sanitarias formulen leyes de profilaxis venérea, reservando la declaración obligatoria a los casos de personas que abandonen su tratamiento sin autorización y conteniendo preceptos que protejan a la nodriza y al niño, del contagio nutricional.

4º—Recomendar que se procure por todos los medios posibles el abastecimiento de los medicamentos antisifilíticos y el suministro gratuito de ellos.

La IX Conferencia Sanitaria Panamericana recomienda el establecimiento de consultorios y clínicas prenupciales, bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias en la campaña antivenérea.

La IX Conferencia Sanitaria Panamericana recomienda a los distintos países el estudio de la linfogranulomatosis venérea.

La IX Conferencia Sanitaria Panamericana recomienda que los documentos de orden sanitario relativos a la vigilancia de la prostitución, no tengan carácter infamante.

La IX Conferencia Sanitaria Panamericana recomienda a los países de la Unión Panamericana, que aún no lo hubieren hecho, la firma de la Convención de Bruselas de 1924, relativa al tratamiento de los marineros afectados por enfermedades venéreas. (Resoluciones y Recomendaciones de la IX Conferencia Sanitaria Panamericana, celebrada en Buenos Aires del 12 al 22 de noviembre de 1934.)

Enfermedades venéreas: La IV Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad recomienda a los distintos países el estudio de sistemas uniformes de diagnóstico clínico y de laboratorio, de anotación y tratamiento de la sífilis y otras enfermedades venéreas, para su adopción en la Conferencia de Río de Janeiro. (Resoluciones y Recomendaciones de la IV Conferencia Panamericana de Directores Nacionales de Sanidad, celebrada en Washington del 30 de abril al 8 de mayo de 1940.)

La "tisiófora", que imperó en Europa en las últimas décadas del siglo pasado y durante las primeras de este siglo, situación ésta que ha sido grandemente favorecida por el hecho de que los trabajos de Koch han precedido en unos veinte años de los trabajos de Hoffmann, por una parte, y, por otra, la mayor contagiosidad de la tuberculosis, hicieron que el problema de las enfermedades venéreas y particularmente el *problema sífilis* se colocara después que el *problema tuberculosis*. Así, mientras los servicios de lucha antituberculosa crecían en proporciones geométricas, la lucha contra las enfermedades venéreas se descuidó por completo, y sólo después de la primera guerra mundial, comenzó a manifestarse un verdadero interés por la organización de servicios especiales llamados a luchar contra esas enfermedades.

Como en todas las manifestaciones de la vida, tanto individual como colectiva, la experiencia ajena no se toma en cuenta, asimismo sucedió en el

caso a que nos referimos. La lamentable equivocación que se cometió en Europa en la clasificación del orden de gravedad de los dos problemas, *sífilis* y *tuberculosis*, logró distraer la atención de los higienistas de este Continente en la superficie del problema, y, se siguió aquí, en la práctica, el equívoco "*modus operandi*" de los países europeos.

Un vistazo a la organización sanitaria de la mayoría de los países del Continente Americano nos revela que, mientras la organización de la lucha contra la tuberculosis se encuentra en un nivel de eficiencia satisfactoria, la organización de la lucha contra las enfermedades venéreas, y en particular, contra la sífilis, enfermedad ésta de mayor extensión, de más funestas consecuencias, tanto para el individuo como para las colectividades, y de un costo de lucha, inferior al de la tuberculosis, se encuentra en estado embrionario.

Como era natural, lo mismo sucedió entre nosotros con el agravante de que la falta de medios materiales, por una parte, y, por otra, la falta de una legislación adecuada (declaración y tratamiento obligatorio), hizo que nuestra lucha antivenérea, sin darnos cuenta, se convirtiera, sencillamente, en lucha provenérea.

La mayoría de los países del mundo que actualmente poseen una legislación antivenérea moderna, basada en la declaración y tratamiento obligatorio, han llegado a eso, presionados por la realidad de las graves consecuencias del hecho siguiente: las personas con manifestaciones sífilíticas externas que acudían a los diversos servicios que cada país tenía establecidos, para el tratamiento de estas enfermedades, tan pronto desaparecían las manifestaciones externas, con la aplicación de las primeras inyecciones arsenicales, se consideraban sanas y por decisión propia suspendían el tratamiento. En estos casos la labor de los servicios antivenéreos de los diversos países, consistía en la rehabilitación del sífilítico, quien, libre de toda manifestación externa reanudaba sus actividades sexuales propagando la enfermedad en su ambiente inmediato. Esto en cuanto se refiere a las consecuencias de la falta de una ley de declaración y tratamiento obligatorio, desde el punto de vista de seguridad social; ahora, las consecuencias desde el punto de vista individual no son menos funestas y trágicas. Sabemos que la interrupción o irregularidad del tratamiento antisifilítico da como resultado la sífilis del sistema nervioso, que en la mayoría de los casos conduce a los individuos a la locura.

Esta situación impera también entre nosotros desde hace muchos años, y es precisamente, la que ha convertido nuestra lucha antivenérea en lucha provenérea.

Todos los médicos confirman el hecho de que en Costa Rica, antes del uso de los arsenicales no ha habido un solo caso de sífilis del sistema nervioso; y, que a partir de la aplicación de los arsenicales los casos de ese aspecto van aumentando en proporciones alarmantes.

No menos graves son las consecuencias de la falta de medios materiales que nos impide organizar el servicio social de la Lucha Antivenérea, cuya misión, es la de buscar los focos de contagio, por una parte, y, por otra, los probables contagios en el ambiente inmediato (familia, trabajo), de las personas que se presentan a las clínicas antisifilíticas para tratarse.

Nos complace sobre manera, saber la decisión del señor Presidente de la República, y la suya propia, señor Secretario de Estado, para poner fin a esta situación y dotar al país con un verdadero servicio de Lucha Antivenérea, con todos los elementos (legislación, fondos propios, cierta autonomía, personal técnico, etc.), que el caso reclama.

5.—CAUSAS DE MUERTE

La estadística de las causas de muerte la lleva la Sección Demográfica de la Dirección General de Estadística que a su vez las extrae de las listas que a fin de cada mes le suministran los Registradores Auxiliares del Estado Civil. La clasificación de las mismas, de acuerdo con la Nomenclatura Internacional de las Causas de Muerte, la hace la anteriormente mencionada Sección Demográfica.

Como se sabe, la Nomenclatura Internacional de las Causas de Muerte revisada por las Conferencias Internacionales de Revisión de las Nomenclaturas Nosológicas cada diez años, rigen para un período igual.

La práctica de que sean los servicios nacionales de estadística los que se ocupan de hacer la clasificación de las causas de muerte y llevar la estadística de las mismas, tiene su origen en una época de unos decenios atrás en que los servicios de Salubridad Pública no formaban un organismo autónomo sino que eran distribuidos en diversos organismos, como Municipalidades, Cuerpo de Policía, Autoridades Marítimas, etc., y que por las mismas razones, en la mayoría de los casos, venían a formar más bien un material de arqueología demográfica, que una brújula de orientación de la acción médico-sanitaria.

Sin embargo, las cosas han cambiado; los servicios de Salubridad Pública llegaron a constituir una de las mayores preocupaciones de los Estados modernos y ya hoy hablamos de "Política Sanitaria" de los Gobiernos y de las naciones; y, las estadísticas de las causas de muerte, junto con las estadísticas de morbilidad y el movimiento de la población constituyen la base primordial de los servicios de Salubridad Pública y la brújula orientadora de la Política Sanitaria de las diversas naciones.

En la mayoría de los países, y conforme a resoluciones de Conferencias Internacionales e indicaciones de peritos, todo lo relativo a las causas de muerte ha pasado a manos de los Ministerios de Salubridad Pública, y es tiempo para que en nuestro país esa labor pase a manos de esta Secretaría de Estado.

Desde luego, las estadísticas de las causas de muerte no forman parte del movimiento demográfico, sino que entran en el campo de la biodemografía o de la estadística vital.

La falta de criterio médico en la Dirección General de Estadística, como también la falta de oficinas de esa dependencia en el interior, nunca permitirá llevar una estadística de las causas de muerte en la que esta Secretaría de Estado pueda basarse para dirigir la acción de sus servicios. Y lo peor del caso es que la Dirección General de Estadística, ni siquiera consulte a esta Secretaría de Estado para la adopción de la Nomenclatura Internacional Nosológica.

Esta Nomenclatura, está dividida en 18 grupos con 200 casillas, cada número de las cuales corresponde a una división obligatoria que, a su vez, tiene subdivisiones indicadas alfabéticamente que son facultativas. La Dirección General de Estadística, al ver que las divisiones en números son obligatorias, y las con letras son facultativas solo adoptó las obligatorias y así, las causas de muerte son clasificadas según las divisiones obligatorias.

Hay, sin embargo, enfermedades entre las subdivisiones facultativas que, para un país, pueden tener más importancia que las obligatorias. La disentería, por ejemplo, pertenece a la casilla obligatoria número 27 con las subdivisiones facultativas siguientes:

- a) Disentería bacilar;
- b) Disentería amibiana;
- c) Otras disenterías protozoarias; y
- d) Otras formas de disentería no especificada.

Como se sabe, la distinción de las dos primeras, es decir, la disentería bacilar y la disentería amibiana son de enorme importancia, y, sin embargo, la Dirección General de Estadística no hace la separación. Hay muchos otros casos semejantes: la sífilis; todo el segundo grupo que comprende cáncer y otros tumores; las subdivisiones de la fiebre reumática, número 58; las enfermedades de la glándula tiroides y de las glándulas paratiroides, número 63, que comprende bocio simple, bocio exoftálmico, mixedema y cretinismo, otras enfermedades de la glándula tiroides y enfermedades de las glándulas paratiroides. Esas subdivisiones, no obstante ser facultativas, son de extraordinaria importancia para nosotros dada la endemicidad del bocio en Costa Rica.

Otra falta de extraordinaria importancia la constituye el hecho de que no existe clasificación de las causas de muerte por profesión; esa clasificación no sólo interesa la Salubridad Pública sino que es imprescindible para el estudio de cualquier problema de carácter económico-social de las poblaciones.

Esta Secretaría de Estado con la reforma del certificado de defunción, la introducción del certificado de defunción fetal, con su personal (médicos, enfermeras, inspectores sanitarios, etc.), distribuido en todo el territorio nacional, y con un nuevo sistema de reporte diario en lugar de mensual, logrará con el tiempo, formar estadísticas de las causas de muerte dignas de elaboración.

Otro punto a que queremos referirnos es el de las autopsias. Todo comentario por nuestra parte, respecto al valor de las autopsias sobra.

La única sala de autopsias existente en Costa Rica es la del "Hospital San Juan de Dios", que apenas puede servir para autopsias anatomopatológicas.

No poseemos carácter alguno que nos autorice o que simplemente nos permita juzgar y criticar el estado actual de esa única sala de autopsias, sin embargo, nos permitimos expresar en estas páginas nuestra extrañeza, por el hecho de que un hospital como el de "San Juan de Dios", que es el único centro científico de nuestro cuerpo médico, no tiene establecida como obligatoria la *autopsia clínica* de todas las defunciones que ocurren en sus servicios gratuitos; autopsia que debe ser practicada y dirigida, obligatoriamente, por el Médico Jefe del salón en que ocurrió la defunción, y con la asistencia obligatoria del cuerpo de los médicos internos.

Es triste, profundamente triste y en extremo desconsolador que, un hospital de la capacidad del de "San Juan de Dios", no brinde al cuerpo médico todas las facilidades, y la oportunidad para que cada médico practique, por lo menos, una *autopsia clínica* por mes.

En cuanto a la Secretaría de Salubridad Pública se refiere esta situación no debe prolongarse. La construcción de una propia sala de autopsias debidamente acondicionada y equipada para que se pueda practicar en ella los tres principales tipos de autopsias (clínicas, médico-legales y anatomopatológicas), es de una necesidad imperiosa e inaplazable.

Nosotros nos permitimos proponer, en lugar de la construcción de una sala de autopsias de uso exclusivo para esta Secretaría de Estado, la unificación de los esfuerzos de la Secretaría de Salubridad Pública, de la Junta de Protección Social de San José, y de la Junta de Gobierno del Colegio de Médicos y Cirujanos, para la construcción de una sala amplia de uso común. En caso que esa unificación de esfuerzo no sea factible, entonces esta Secretaría de Estado tiene que proceder sin pérdida de tiempo, a la construcción de su propia sala de autopsias y sobre todo en vista de la posibilidad de que sea esta Secretaría la que se ocupará de la clasificación de las causas de muerte.