



Dr. Edwin Solano Alfaro

Nacimiento de las primeras Luchas del Sindicato.

Unión Médica Nacional (1944- 1949)

---Dra. Ana María Botey Sobrado---

(Segunda parte)

2. Los médicos del pueblo (1847-1931)

El congreso del 1847 aprobó la iniciativa de Toledo para dar origen a un “médico de pobres”, pero le amplió sus funciones y le denominó “médico del pueblo”, con las tareas de velar por la higiene –ambiental y alimenticia– para evitar las epidemias, realizar las vacunaciones contra la viruela que habían sido implementadas por la corona Española desde 1808, atender gratuitamente a los enfermos declarados pobres y asumir los asuntos de medicina legal. La concreción y efectividad de esta ley en el corto plazo, fue muy limitada, ya que el naciente Estado no poseía los recursos materiales para financiar estos servicios, la carencia de médicos era generalizada y la población confiaba en los curanderos tradicionales, ya que ellos formaban parte de su cotidianidad y cultura.”¹¹ Sin embargo, su aprobación abrió la puerta a la expansión de los “médicos de pueblo” como parte de la consolidación estatal en calidad de vanguardia de la medicina positivista y occidental dentro de las comunidades.

En 1865, durante la administración del médico cartaginés Jesús Jiménez Zamora, quien al igual que los médicos de su generación se formó en la universidad de San Carlos de Guatemala, el ministro de Gobernación Lic. Juan José Ulloa³² propuso al congreso un proyecto de ley con el fin que se estableciese un médico de pueblo en cada una de las provincias y en la comarca de Puntarenas –pueblo internacional–, con fondos el gobierno central, debido a la urgencia de sus servicios.¹³

¹¹ Entre 1830 y 1850, el número de médicos establecidos en Costa Rica, según los datos del Dr. Cabezas, ascendía a diecisiete. El asunto se agrababa porque algunos, como el Dr. José María Montealegre, ejercieron la medicina en forma irregular o la combinaban con otras actividades. Según los datos de Juan José Marín, sustentando en Gaceta Médica de Costa Rica, N°3, octubre 1961, pp 57-64 y el Índice Bibliográfico de Costa Rica Tomo IX, de Luis Dobles Segreda, pp. 348-243, el número de médicos habilitado para ejercer no llegaba a diez (Marín Hernández, 1995, p.77; Cabezas, 1990,p 133).

¹² El Lic. Juan José Ulloa fue el padre del Dr. Juan Ulloa Giralde, quién posteriormente promovió la creación de los circuitos médicos en 1894, durante la administración de Rafael Iglesias. El Lic Ulloa Giralde estudió Derecho en Guatemala junto al Lic. Julián Volio. Ambos acompañaron al Dr. Lorenzo Montúfar en su venida al país en abril de 1850. (González. 1976, p. 59).

¹³ (Archivo Nacional de Costa Rica, 1865,pp.1-11)

Algunos diputados plantearon mejorar el salario que se pretendía pagar al médico de pueblo, pues consideraban que una remuneración de 50 pesos no correspondía al costo de la vida y “al rango que su posición social le exige”. Además, advertían que de mantenerse las condiciones salariales propuesta, se dificultaría el encuentro de candidatos para el ejercicio de la medicaturas o estas serían ocupadas por personas con “escaso saber”. En vista de que el monto del salario no sufrió modificaciones, se produjeron ambas situaciones.¹⁴

El proyecto y su reglamento fueron aprobados, previa consulta con el protomedicato, y allí se definieron con claridad las funciones, atribuciones, responsabilidades y sanciones:

...mientras no hubiere el número de sujetos aptos y los recursos pecuniarios para separar las diferentes funciones de la medicina legal y la higiene pública... los médicos de pueblo reunirán las de Medico de Pobres, médico forense y de policía médica.¹⁵

El médico de pueblo de 1865 carecía de una línea jerárquica clara, poseía un ámbito provincial de trabajo, era responsable de múltiples funciones imposibles de realizar, tomando en cuenta la geografía, el clima, las distancias, la dispersión de la población, los caminos, especialmente en la época de invierno, los recursos y los medios de transporte. Su efectividad debió ser muy limitada, especialmente en la atención de los “enfermos pobres”, quienes previo a solicitar ser atendidos tenían que demostrar su condición ante una comisión y los medicamentos, un complemento fundamental, solo se suministraban cuando las municipalidades los hubieran presupuestado.

La excepción ocurría en época de epidemias, ya que el Estado asumía la distribución de medicina y su entrega era generalizada. Además se carecía de infraestructura hospitalaria a nivel nacional. No obstante, este fue el primer paso de la prevención y atención de epidemias, así como en el fomento y vigilancia de medidas sanitarias a nivel local y personal, que fue abriendo camino a una mayor aceptación del médico por parte de la población y al conocimiento de las enfermedades y sus causas.

La popularización de la figura del médico del pueblo ocurrió a fines del siglo XIX producto de la revolución bacteriología, el conocimiento y la divulgación del origen de las enfermedades más frecuentes entre las poblaciones, lo que aumento su demanda, por parte de las autoridades y sus vecinos, situación que condujo al Dr. Juan Ulloa Giralt,¹⁶ en calidad de ministro de Gobernación y Policía en 1894, a proponer al Congreso una nueva ley de médicos de pueblo¹⁷ con el fin de establecer circuitos médicos que comprendieran las distintas comunidades del país. Esta iniciativa fue aprobada sin dilaciones. Los circuitos quedaron a cargo de un médico, incorporado a la

14 (Colección de Leyes y Decretos de la República, 1865, pp. 173-175).

15(Colección de Leyes y Decretos de la República, 1865, pp. 173-175).

16 El Dr. Ulloa Giralt era hijo de quien había reformado la ley de médicos de pueblo en 1865. El Dr. Ulloa Giralt había realizado sus primeros estudios de Medicina en la Universidad de Santo Tomás, pero luego se graduó en la Facultad de Medicina de la Universidad de Nueva York en 1879. Tuvo una fructífera vida pública, acicateada por las preocupaciones de la salud pública.

facultad de medicina, con funciones mejor delimitadas. El financiamiento corría a cuenta de las municipalidades en las cabeceras de provincia y por el Estado, en los puertos y nuevos circuitos.

La creación de 22 circuitos médicos en los principales núcleos de población significó un paso cuantitativo y cualitativo de grandes proporciones para el Estado costarricense. En 1914, el Gobierno financiaba 40 medicaturas, lo que indica que su número casi se había doblado en 20 años. No obstante, debido a sus efectos de la primera guerra mundial, la caída del Gobierno reformista de Alfredo González Flores (1914-1917) y la dictadura tinoquista (1917-1919) paralizaron y echaron para atrás este proceso de expansión de los servicios de salud y la transformación socio-cultural hasta el regreso de la democracia liberal en la década de 1920.

El Dr. Solón Núñez, primer ministro de salubridad y protección social (1927), conocía ampliamente la experiencia internacional en salud pública desde su formación universitaria, por consiguiente, estimuló nuevas formas de atención en salud. Se orientaba por establecer centros de salud con funciones de: medicina, higiene y protección social, asemejando la experiencia estadounidense de los denominados “County Health Units”, creados con el apoyo de la fundación Rockefeller en el sur de los Estados Unidos. El Dr. Solón Núñez dio el primer paso en esa dirección cuando planteó al congreso el proyecto de Médicos Oficiales, el cual fue aprobado en octubre de 1931.¹⁹

El médico oficial respondía a una nueva época, dejaba atrás los conceptos vinculados a la beneficencia y filantropía, como lo expresa Núñez en 1931:

La ley de 1894... [Estaba] inspirada en un sentimiento de caridad como su mismo nombre parece indicarlo y no en una ley de protección social que contemple antes la colectividad que el individuo.²⁰

Esta ley liberó a los médicos del control inmediato de las autoridades locales, lo que a juicio del Dr. Solón Núñez era una de las mayores dificultades para proveer de médicos a los pueblos. Además se flexibilizó la residencia oficial de los médicos, haciéndola depender de las facilidades de comunicación y otras circunstancias, aunque continuaron con un enorme territorio a su cargo, pocos recursos disponibles y salarios controvertidos por la falta de homogeneidad y el poco estímulo para adaptarse a las adversas condiciones de algunos espacios. En suma, el ejercicio de la función médica siempre ha contado con múltiples problemáticas y desafíos que han cambiado según los contextos históricos, por lo que la comunidad médica ha buscado en la organización colectiva la forma de posicionarse.

17 (Colección de Leyes y Decretos de la República, 1894, pp. 197-207).

18 (Documento Oficial, 1915, p. CXXVII).

19 (Archivo Nacional de Costa Rica, 1931, pp. 1-34).

20 (Documento Oficial, 1932, pp. 29-31).

3. Nacimiento y trayectoria del protomedicato de la republica (1857-1895)

Durante la epidemia del cólera (1856), médicos y empíricos trabajaron conjuntamente, pagados por el gobierno, en la atención de los afectados. Fue una importante ocasión para que los segundos fueran legitimados, pese que a su ejercicio estaba prohibido desde la época colonial. Sin embargo, una vez concluida, el gobierno impartió órdenes para poner fin a la “alianza” con los empíricos o curanderos, por lo que retornaron a su “ilegitimidad”.²¹

La epidemia reveló las grandes debilidades del estado costarricense en materia de salud, asimismo elevó la figura del médico en el imaginario de la sociedad y fue una oportunidad para que el estado descubriera cuánto los necesitaba, ya que estaba urgiendo de una dirección “científica”. Los médicos, al igual que había sucedido en otras partes de América Latina, pasaron a controlar un concepto que resultó ser clave para la supervivencia social: la higiene.²² En ese momento, la higiene se comprendió dentro de concepciones clásicas –ambientalistas–; posteriormente, con la resolución bacteriológica, bajo otros enfoques.

El Dr. Nazario Toledo Murga tomó conciencia de la necesidad de ordenar el ejercicio de la medicina y presentar el proyecto de creación del protomedicato de la república, el primero de octubre de 1857, bajo los siguientes argumentos:

...una medida de pura utilidad para el orden del servicio público en lo que concierne a la salubridad, médica y cirugía forense [sic]... ya es una necesidad su creación, pues los muchos extranjeros que con el nombre de médicos cruzan [sic] por nuestras poblaciones, estableciéndose en ellas algunas veces y otras pasando como aves de mal agüero hacen precisa aquella disposición, no menos que la actuación actual de las boticas sobre a cuyas oficinas es preciso fijar la atención para que se sujeten entre nosotros a las reglas que en otros países la gobiernan.

Además el ejercicio de la profesión médica es el más delicado, y para el cual no es mucho el dictar cuantas providencias parezcan [sic] convenientes, ya en favor de los verdaderos médicos que ejercen ese sacerdocio con escrupulosidades y conciencia [sic], y en contra de los que abusan, comprometiendo la salud de los pobres enfermos que confían en su pretendida ciencia...

En los casos de peste y cuando el gobierno tiene necesidad del juicio severo de una junta médica, para fundar en él sus providencias, es cuando mejor se advierte el vacío que ha existido en este importante ramo, pues aún para el nombramiento de médicos de cuartel para el servicios de boticas, y para el nombramiento de juntas de sanidad y establecimientos de lazaretos y edificios de cuarentena en los puertos, se ve el gobierno sin una autoridad profesional a quien dirigirse.

²¹ (Colección de Leyes y Decretos de la República, 1857, p. 126).

²² (González, 1999a, pp. 58-58).