

Monedas del Sanatorio Durán

Vivian Solano Brenes
solbre@hotmail.com

El trabajo que se presenta a continuación explica que ante el acelerado avance de la tuberculosis en el país, el Estado Liberal costarricense adoptó a principios del siglo XX una serie de medidas para luchar contra el aumento de la enfermedad tales como la creación de un Sanatorio para tuberculosos que fue financiado con impuestos estatales, además de la autorización para acuñar y horadar moneda que fuera de uso exclusivo para los enfermos. Tales medidas apuntan hacia un Estado Liberal interventor en materia de salud pública.

En la actualidad sabemos que la tuberculosis es una infección crónica causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo de Koch que se caracteriza por la formación de nódulos de grasa con apariencia de gránulos llamados en la época “tubérculos”, que pueden aparecer en casi todas partes del cuerpo. Habitualmente, la tuberculosis se localiza en los pulmones, pero puede afectar prácticamente a cualquier órgano del cuerpo humano. La tos es el síntoma más conocido de la tuberculosis, acompañado de malestar general, náuseas, fiebres persistentes, resfriado prolongado, escupido con sangre, pérdida de peso y debilidad¹.

Sin embargo ese juicio con respecto a la tuberculosis no siempre ha sido el mismo. A finales del siglo XIX, se gestó una teoría acerca de la causa de la tuberculosis que apuntaba ya no a vapores malignos como en la Edad Media sino a bacterias. Era el

¹ Con base en Morris Fishbein. Enciclopedia Familiar de la Medicina y la Salud, pp. 744-748.

advenimiento de la teoría bacteriológica. Robert Koch, en 1882, fue el primero en detectar el bacilo que la causa. Las conclusiones de Koch demostraron irrefutablemente que la tuberculosis no era una propensión hereditaria, sino una enfermedad infecciosa y contagiosa. Y posteriormente, en el año 1895 se descubrió la radiación, con lo que la evolución de la enfermedad pudo ser observada.

Con el conocimiento del agente causante y del mecanismo de transmisión, proliferó la aparición de los famosos sanatorios, con los que se buscaba, por un lado y siguiendo con las tradiciones curativas de la edad media, aislar a los enfermos de la población general interrumpiendo la cadena de transmisión de la enfermedad, y por otro, ayudar al proceso de curación con la buena alimentación y el reposo.

En las primeras décadas del siglo XX, los sanatorios públicos y privados proliferaron por toda Europa y América del Norte, clasificándose, según su ubicación, en sanatorios de alta montaña, de altitud media, periféricos e incluso marítimos. La "cura sanatorial" llegó a ser importante en diferentes países.

En Costa Rica, conforme a los avances de la época, el Sanatorio Carlos Durán aplicó desde su apertura en 1918 y hasta 1930 tratamientos a base de la llamada "cura sanatorial" que consistía básicamente en altura, clima, reposo y alimentación. Esos tratamientos eran costosos, pues se afirmaba que en 1925 se gastaban por paciente de ₡5000 a ₡5500 colones mensuales.²

Quizás para abaratar costos y para poner en práctica conocimientos médicos ya probados en Estados Unidos y en Europa, a mediados de la década de 1920 ese

² ANCR, Congreso, nº 14012, 1925, fl. 6.

tratamiento fue combinado con lo que se denominó la "cura de trabajo" que eran actividades económicas al aire libre que podían desarrollar los enfermos. Lo anterior tenía varios propósitos: por un lado, servir de terapia recreativa a los pacientes, por otro contribuir con la autosuficiencia del Sanatorio, permitir que algunos de los pacientes se autofinanciaran parte de su tratamiento y finalmente que apoyaran económicamente sus familias, puesto que muchos de los enfermos que se internaban allí lo hacían por un mínimo de seis meses y duraban hasta seis años.

Esas actividades consistían en la cría de cerdos, ganado vacuno, aves de corral, cuilos, labores agrícolas en las huertas, donde cultivaban hortalizas, verduras y legumbres.

No contamos con evidencia para afirmarlo, pero es lógico pensar que era posible que los pacientes tuberculosos recibieran algún tipo de salario a cambio de sus labores³. Eso explica la presencia de una pulpería en el Sanatorio en la que podían adquirir productos básicos y artículos importados, incluso por encargo. También eso explicaría la preocupación del Estado por controlar el uso de la moneda que era manipulada por los tuberculosos.

En la disposición de 1944, se mandó a horadar (perforar) monedas existentes de cupro-níquel para la circulación interna de los tuberculosos del Sanatorio Carlos Durán y de los leprosos del Asilo Las Mercedes. La perforación consistió en un círculo en el exergo,

³ También sobre numismática, existe un interesante estudio para el caso de Argentina en la década de 1920 donde se analiza cómo los presos que no tenían causas graves en la cárcel de Rosario, eran utilizados como mano de obra para la construcción de diferentes obras públicas. A cambio de sus trabajos, el municipio, las empresas ferroviarias o cambiarias los privados de libertad recibían un salario, por lo que se hizo necesario emitir billetes especiales para este grupo. Para profundizar leer: Fernando Chao. "Cuando los presos tenían billetes"; en: Jornario de las XXIII jornadas nacionales de numismática y medallística, pp. 67-70.

proporcional al diámetro de clase de moneda, en un mismo lugar para conservar su valor y el año de su acuñación.

Con esta medida se quería evitar que los enfermos utilizaran moneda corriente pues afirmaban que era de "grave peligro para la salud pública". Se creía que la tuberculosis se propagaba por medio de gérmenes que corrientemente se recogían en la superficie de las monedas. Se horadaron monedas de 5, 25, 50 céntimos y de 1 colón. Además, se recomendó acuñar monedas especiales en níquel que nunca se hicieron por las limitaciones de la segunda guerra mundial⁴. Las autoridades creían que el níquel y el cupro-níquel por sus propiedades magnéticas eran poco corrosivos y no producía cardenillo, reduciendo el peligro de propagación de infecciones.⁵

Se horadaron un total de 5800 monedas de cupro-níquel para uso de los enfermos y otras 40 monedas como muestras para la colección del Banco Nacional de Costa Rica y para que Luis Uribe, Presidente del Asilo Las Mercedes, las diera a conocer en los determinados establecimientos comerciales.

Especificaciones en cuanto al diámetro de la perforación, la fecha de acuñación de la moneda horadada y otros detalles se resumen en la siguiente tabla:

DENOMINACIÓN	FECHA DE ACUÑACIÓN			Nº DE MONEDAS	PERFORACIÓN	VALOR
	1935*	1937**	1942***			
1,00	505	495		1000	0,009 m.	1000
0,50	186,50	213,50		800	0,008 m.	400
0,25	232	268		2000	0,006 m.	500
0,05			100	2000	0,004 m.	100
	923,50	976,50	100	5800		2000

* Monedas emitidas por el Banco Internacional de Costa Rica (BICR)

** Monedas emitidas por el Banco Nacional de Costa Rica (BNCR)

*** Monedas de 2 céntimos reaçuñadas en 1942 por el Banco Nacional como de 5 céntimos.

⁴ Entrevista a Manuel Chacón, Curador del Museo de Numismática, MBCCR, 30 de agosto de 2004.

⁵ ANCR, Congreso n° 21746, fl.2.



Cabe preguntarse ¿por qué no se horadaron monedas de 10 céntimos? La respuesta está en el hecho de que no se había emitido de estas en cupro-níquel, sólo en cobre y latón, materiales considerados no tan “puros” y por tanto más propensos para la transmisión de enfermedades por las razones que se esbozaron anteriormente.

Por otra parte las monedas de 5 céntimos horadadas sirvieron a lo largo de 50 años para tres propósitos distintos: como monedas de 2 céntimos de 1903; como monedas de 5 céntimos de 1942, al ser reacuñadas las de 2 céntimos de 1903 y como monedas de circulación limitada al ser horadadas y destinadas para el Leprosario y al Sanatorio Durán.

La medida es de suma importancia pues es el único caso en la numismática costarricense del siglo XX en el que se mandó a horadar monedas para un motivo específico y además el único caso en el que el Congreso con sanción del Poder Ejecutivo autoriza la circulación restringida de una moneda nacional. Se conoce un caso de horadación en el siglo XIX pero fue una forma de solucionar la falta de circulante y de verificar la calidad de la plata contenida en las monedas, en un determinado contexto político, pero este caso es el único en la historia de Costa Rica en el que se hace por razones “higiénicas” y para que la moneda se limite en su uso entre determinado grupo de personas.

Al respecto nos preguntamos ¿cuál pudo haber sido la dinámica interna en esos centros hospitalarios para que se diera la necesidad de emitir moneda para ellos? ¿era significativa

la cantidad de monedas que entraban y salían del Sanatorio como para justificar tal disposición? ¿o era mayor el temor del contagio?.

Tanto la justificación para emitir esas monedas así como las monedas mismas son evidencias de la exclusión de la que fueron víctimas los enfermos de tuberculosis, pues se les impuso como una medida preventiva de su uso, que se consideró peligroso y contagioso.

Otra medida de exclusión hacia este grupo y que formaba parte del "tratamiento" fue el aislamiento geográfico del que fueron víctimas los pacientes del Sanatorio Carlos Durán pues eran reclusos ahí durante largas temporadas y sus allegados podían visitarlos un día de la semana después de transitar horas por malos caminos, desligándolos de esa manera de su entorno familiar y económico.

Por si fuera poco, los tuberculosos que eran trasladados al Sanatorio eran recogidos en carretas los viernes a las cuatro de la tarde y se les llevaba bordeando las periferias de San José y de Cartago por la noche para de esa manera evitar la censura social. Después de dejar los enfermos se tomaban muchos cuidados: las carretas eran desinfectadas con sahumeros de pino y lo mismo se dice de las monedas. Aquellas que llegaban a los comercios establecidos eran lavadas con lejía.

¿Los tratamientos de la cura sanatorial y de la cura del trabajo eran entonces medidas de exclusión social? Si, puesto que además hasta que no se descubrieron y comprobaron los éxitos de los antibióticos capaces de destruir el bacilo de Koch y de realizar

tratamientos ambulatorios que no necesitaban del internamiento de pacientes en sanatorios, el Sanatorio Carlos Durán no dejó de funcionar.

A pesar de los esfuerzos, en los años de 1930 se señaló que morían de tisis 19 personas por mes. En 1931 y con el fin de centralizar esfuerzos y emprender una nueva batalla contra la epidemia, la Secretaría de Salubridad creó la **Liga Oficial Antituberculosa** la cual pasó a dirigir y a administrar el Sanatorio Carlos Durán y el Preventorio de Coronado. Era un esfuerzo estatal por controlar y unificar los intentos en la lucha contra la tuberculosis. Además, tuvo a su cargo la construcción de un Hospital Nacional para Tuberculosos y un edificio de la Lucha Nacional Antituberculosa, nombre que asumió la Liga, a finales de los años 40⁶.

Los cuestionamientos médicos a la cura sanatorial iban en aumento y la existencia de medicamentos que no obligaban a los enfermos a internarse, pusieron en entredicho la vigencia del Sanatorio. Además, una posible competencia y/o duplicidad con algunos de los servicios de cobertura universal que estaba consolidando la Caja Costarricense del Seguro Social a partir de la década de 1940 y la erupción del Volcán Irazú entre 1963 y 1964 terminaron por cerrar el Sanatorio definitivamente, el 20 de enero de 1973:

“Ese día no se me va olvidar. Era una fiesta enorme con de todo y hasta juegos de pólvora. Es una lástima que lo hayan cerrado porque era un lugar muy bonito y bueno, pues hasta operaba y daban servicios de salud como si fuera la Caja (CCSS). Allí estuvieron tratándose personas muy

⁶ Tales edificaciones se iniciaron al terminar la década de 1930 pero por la II Guerra Mundial (1939-1945) fueron concluidas hasta 1958, momento en el que desaparecieron las salas de tuberculosos del Hospital San Juan de Dios. Con esa infraestructura se constituyó el Departamento de Lucha Antituberculosa del Ministerio de Salubridad Pública que comprendía: un Dispensario Central Antituberculoso, el Sanatorio Carlos Durán, el Preventorio de Coronado y el Hospital Nacional para Tuberculosis

importantes como don Fernando Doninelli quien era el dueño de una fábrica de mosaicos en San José y otros personajes”.⁷

Conclusiones

En la lucha contra la tuberculosis en el Sanatorio se aplicaban tratamientos a base de altura, aire seco y abundante alimentación. Posteriormente y para complementar la “cura sanatorial “ se introdujo un tratamiento terapéutico denominado “cura de trabajo” en el que los enfermos podían desarrollar actividades agrícolas y pecuarias que les generó algún ingreso económico. Esos tratamientos de cura sanatorial y de cura de trabajo excluyeron a los pacientes tuberculosos de la sociedad pues los aislaban geográficamente de su entorno familiar, sociocultural y económico, lo cual se acentuó con la medida que obligaba a los enfermos a emplear monedas horadadas.

Al estado le interesaba el control sobre la circulación del circulante que había estado en contacto con personas con enfermedades contagiosas cuyo mecanismo de transmisión no era muy conocido. De ahí que la circulación de monedas horadadas fuera del Sanatorio pudo haberse considerado como un aviso de precaución ante un material que contenía el riesgo de transmitir una enfermedad por su procedencia.

Este tipo de monedas posiblemente también influyeron en el lenguaje popular, ya que durante mucho tiempo se usó la frase “que no le metan diez con hueco” como sinónimo de “que no lo engañen”, ya que las monedas de 10 céntimos fueron las únicas que no se horadaron.

⁷ Entrevista a Octavio Núñez Quirós, ex funcionario del Sanatorio Carlos Durán , 25 de julio de 2003.