

NUESTRA HISTORIA SIN PAREDES

El programa Hospital sin Paredes:
un proyecto de salud
no agotado.

Las comunidades
debemos tener el destino de
nuestro Programa, lo decidiremos
en el momento que dejemos de ser
simples espectadores en la lucha
por alcanzar nuestro pleno
derecho a la salud.



NUESTRA HISTORIA SIN PAREDES

El programa Hospital sin Paredes:
un proyecto de salud
no agotado.

San Ramón, diciembre

1986

NUESTRA HISTORIA SIN PAREDES

Editado por la Asociación Regional de Salud Comunitaria de San Ramón, con la colaboración de Ricardo Ibáñez I., y Nelly Torres A. de ALFORJA y COPROSA.

San José, Costa Rica, 1986

Diseño e impresión:
Servicios Litográficos Comarfil S.A

Dibujo de Portada: Valeria Varas

INTRODUCCION

La Asociación Regional de Salud Comunitaria y el Equipo de Salud del Programa "Hospital sin Paredes", hoy llamado Programa de Salud Rural del Area de San Ramón, realizaron en diciembre de 1985 un taller denominado "Rescate histórico de la Participación Comunitaria".

Este taller se realizó con el objeto de hacer un recuento histórico y valorar todas las acciones que han realizado las comunidades en la promoción de nuestra salud.

Allí se recordó lo que la comunidad organizada y el equipo de salud pudo lograr: puestos de salud, atención médica especializada y descentralizada, disminución de enfermedades prevenibles, puentes, caminos, letrinización, formación de comités de salud, capacitación de responsables de salud, etc., algunos de ellos se mantienen (puestos de salud), otros se ha perdido (consultas de especialistas).

Como resultado de este encuentro, acordamos publicar un folleto que de a conocer todos los logros y dificultades que hemos tenido hasta el momento.

Para realizarlo se utilizaron diferentes fuentes, como: la memoria del taller, algunos documentos del Programa, un trabajo audiovisual del Dr. Jaime Serra, entrevistas colectivas e individuales a: Responsables de salud, Auxiliares de Enfermería, miembros de Comités de salud, al Dr. Juan Guillermo Ortiz y algunos integrantes de la Asociación Regional de Salud Comunitaria.

Quisiéramos que este folleto sirva para recordar, renovar y fortalecer la participación comunitaria, que fue el eje y base del Programa "Hospital sin Paredes", recordando y haciendo realidad siempre el lema que nos ha guiado: "La salud es un derecho del Pueblo y su participación un deber".



¿COMO ERA LA SALUD EN COSTA RICA?

"... Salud es luchar en la comunidad, ir previniendo, ir buscando formas de ayudar a los demás..."

(Palabras de un Responsable de salud)

En el siglo pasado los servicios de salud para el pueblo eran considerados obras de caridad, de beneficencia, que los sectores cafetaleros gobernantes le ofrecían como un regalo. Sin embargo también había una situación oculta, que era el problema del rendimiento de los trabajadores y de la población, quienes se veían afectados por graves epidemias y diversas enfermedades; además una alta mortalidad infantil (de cada 1000 niños nacidos, se morían 200) antes de cumplir un año de edad.

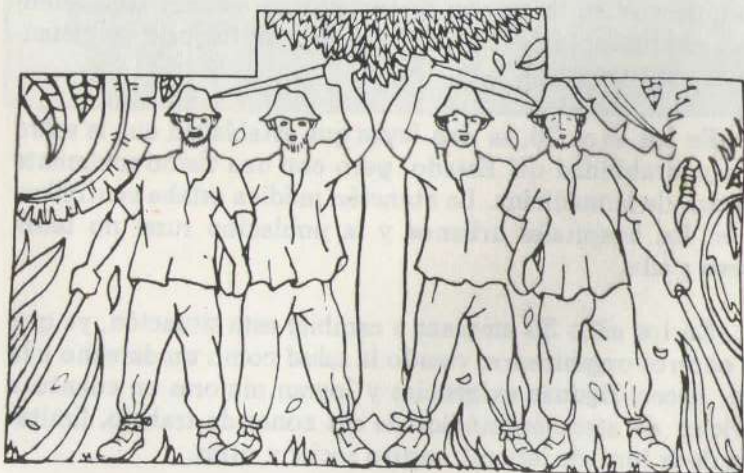
En el presente siglo con el desarrollo del capitalismo, las grandes compañías extranjeras, que exportaban productos agrícolas, especialmente café y banano, hacen que el Estado participe más en la entrega de servicios de salud, para aumentar el rendimiento de los trabajadores y así mejorar las ganancias de esas empresas.

En los años 20, se dan leyes que establecen que la salud es responsabilidad del Estado, pero con una visión solamente curativa de la medicina. La atención médica estaba centralizada en los hospitales urbanos y la población rural no tenía acceso a ella.

En los años 30 empieza a cambiar esta situación, ya que los obreros organizados, viendo la salud como un derecho a la vida, hacen algunas exigencias y logran mejoras en cuanto a servicios de atención médica de sus zonas de trabajo, limitación de la jornada laboral, seguro social y otras.

En las siguientes décadas, el Estado empieza a organizar y reorganizar el sistema de salud hacia la creación de un Único Sistema Nacional de Salud. A pesar de la opinión contraria de organismos internacionales en 1973 se dicta la ley 5349 que traspasa los hospitales a la Caja Costarricense del Seguro Social. De este modo se fortalece el modelo de salud curativo separándolo de su aspecto preventivo, el cual queda en manos del Ministerio de Salud.

Desde ese momento se inicia el traspaso de los hospitales del país a la CCSS., haciendo la excepción el Hospital de San Ramón hasta 1985, casi doce años después. Durante años mantuvimos el Programa "Hospital sin Paredes" como una experiencia de salud integral, donde el Hospital se proyectaba a nuestras comunidades brindando atención médica general y especializada cerca de nuestros hogares campesinos tanto curativa como preventiva. Este fué un Programa que le dió gran importancia a la participación y organización de nuestras comunidades, el trabajo en equipo y coordinado con otras instituciones y en cuanto a los recursos humanos y materiales a nivel de la comunidad. Fué un modelo de salud de renombre nacional que merece recuperarse como una historia que no se debe perder para bien de la salud de todos los costarricenses.



Dibujo de Emilia Prieto

ANTES DEL SURGIMIENTO DEL PROGRAMA antes de 1971: Hospital con Paredes

- El Hospital estaba aislado de los centros de salud.
- La atención médica se daba en base a la demanda y no a las necesidades de la población.
- La medicina curativa era más importante que la preventiva.
- La muerte de niños menores de un año era alta, por cada mil niños nacidos morían sesenta.
- Muchas enfermedades eran por problemas ambientales: Infecciones, diarreas, parasitosis, tuberculosis, hepatitis.
- El proyecto para crear un área de salud hospitalaria propuesta por el Hospital CLVV. fué rechazada por el Ministerio de salud.
- Se inicia algún grado de coordinación del Hospital y los Centros de salud en 1970.
- El registro de datos solo muestra las actividades que se realizaban en el Hospital y sólo eran manejados en San José.
- La participación comunitaria era mínima.

¿COMO NACIO EL PROGRAMA "HOSPITAL SIN PAREDES"?

"... Este Programa fué el resultado de las necesidades sentidas del pueblo . . ., en 1950 vine a hacer el Servicio Social en Palmare y aunque la Universidad no me había enseñado Desarrollo Social, me tocó abocarme aquí, a la pobreza, desnutrición, enfermedades infecto-contagiosas, algunas prevenibles; había tantos niños muertos, que promovimos la colaboración de especialistas de buena voluntad . . ."

Dr. Juan Guillermo Ortiz G

Los campesinos de las comunidades rurales tenían muchas dificultades para ir al hospital que estaba en la cabecera de provincia y las Unidades Sanitarias que se encuentran en los centros del Cantón. En los años anteriores al nacimiento del Programa Hospital sin Paredes, se practicaba solamente la medicina curativa. Esta era muy limitada ya que el Hospital de San Ramón atendía en base a la demanda de los pobladores, encerrado entre sus cuatro paredes. No existían acciones de prevención y educación para la salud.

Así los campesinos sufríamos múltiples enfermedades, sobre todo de origen ambiental y social. Existía mucho sarampión, diarrea, enterocolitis, enfermedades respiratorias hepatitis viral, parasitosis y desnutrición. Por ellas y otras enfermedades muchos niños morían antes de cumplir los cinco años, se calcula que de cada mil niños nacidos morían de cincuenta a sesenta.

A fines del 60 se inicia en este hospital un cambio impulsado por su director el Dr. Ortiz con un nuevo enfoque social de la salud. Se promueven proyectos que son asumidos por nuestras comunidades, como los de alcohólicos, tuberculosos, inválidos y ancianos.

"... Uno se crió en un ambiente donde uno le tenía miedo al médico, porque él era aquel señor encorbatado que estaba esperándolo, a veces tratando de mal modo al paciente que llegaba allí; y cuando el Programa nació, fue muy diferente porque ya nosotros no íbamos al médico sino que el médico iba a nosotros . . ."

(Palabras de un dirigente de Asociación de Desarrollo Comunal)

El "Hospital sin Paredes" viene a llenar mejor la necesidad de atención médica de las comunidades rurales cuando desde 1970 se consigue la coordinación del Hospital con los Centros de salud con este paso adelante surge el Programa "Hospital sin Paredes" que comienza a existir como tal en 1971.



ARRANQUE DEL PROGRAMA caen las primeras paredes 1971-1973

- En 1971 se inicia el Programa en San Juan de San Ramón con la construcción del primer Puesto de salud, que luego se extendió a otros distritos.
- Se inicia la capacitación de auxiliares de enfermería elegidas por sus comunidades.
- Se inicia la integración de otros cantones, para formar un área de salud.
- Se proyecta lograr un sistema único de salud.
- Se logra disminuir el número de muertes de niños menores de un año.
- Se logra disminuir el número de enfermedades prevenibles.
- Se amplía el registro de datos con encuestas familiares donde se anotaba la forma de vida de la población y las enfermedades que padecían.
- Hay mayor participación comunitaria, se nombran diferentes comités, se construyen los Puestos de Salud.
- El Estado se ve obligado a dar un mayor apoyo al Programa.

¿COMO SURGIERON LAS ENFERMEDADES RURALES Y LOS PUESTOS DE SALUD?

“... Todas las Auxiliares de Enfermería son del pueblo . . . antes la gente no se preocupaba por la vacunación, ahora las madres tienen un mejor conocimiento de lo que es la salud, lo que es la prevención, ahora hay esa preocupación por la vacunación; ahora es diferente la participación en el Puesto: las señoras se preocupan por llevar a sus hijos a vacunar . . .”

(Palabras de un dirigente de la Asociación Regional de Medicina Comunitaria)

En 1971 se capacita el primer grupo de enfermeras auxiliares, quienes fueron elegidas en nuestras comunidades. Ellas van por un año a San José a prepararse para hacerse responsables de los Puestos de Salud que empezamos a construir en las comunidades. Estas enfermeras rurales empiezan a laborar inicialmente en Puestos de Salud improvisados en nuestras escuelas o en algunas casas de vecinos que cedían un pequeño espacio o habitación. Luego nuestras comunidades con esfuerzo y trabajo organizado, fuimos construyendo los Puestos de Salud; así logramos el primero en San Juan de San Ramón, inaugurado en Noviembre de 1971. Año tras año, fuimos levantando más Puestos de Salud en otras comunidades y cantones. Actualmente existen 55 Puestos en el Area de Salud de San Ramón.

Además de estos Puestos, hay decenas de Auxiliares de Enfermería que no solo organizan la atención médica y otras actividades del Puesto, sino que recorren casa por casa toda la comunidad, controlando a las madres embarazadas, vacunando niños, enseñando hábitos de higiene, atendiendo otras enfermedades o enviándolas al Hospital cuando es necesario.

* También la Auxiliar de Enfermería tiene datos permanentes de todos los miembros de la comunidad. Cada familia tiene un número de expediente que coincide con el número de la casa, los cuales se ubican en un mapa de la comunidad que tienen los Puestos de Salud.

** “. . . alla por el año 72, íbamos a caballo pasando barriales, sin luz eléctrica, ni cañería. La comunidad respondía al ver el esfuerzo que hacía el Programa. La comunidad fue cambiando, mejorando y superándose . . .”*

(Palabras de una enfermera rural)



DESARROLLO DEL PROGRAMA 1974-1980

- Se logra integrar los niveles de salud: casa, Puesto de Salud, centro de salud, Hospital; a excepción de los dispensarios.
- La población que es atendida es de 86,000 habitantes.
- Se forma el Equipo Central Técnico.
- Se logra la formación de Equipos de salud interdisciplinarios.
- Se da atención médica cercana a la casa.
- Los recursos humanos y materiales son descentralizados de acuerdo con las necesidades.
- Se comienza a capacitar a los Responsables de salud.
- Se inicia los Seminarios con los maestros.
- Se organizan actividades educativas en las diferentes comunidades realizándose nueve semanas Educativas.
- Se recupera la experiencia y conocimiento de la medicina popular incluyendo a Valeriano Pueblo en las actividades educativas.
- Se realiza un Seminario Paritario de Educación en la que participan el Equipo de Salud y la Comunidad.
- La atención preventiva y curativa principalmente era a los grupos de alto riesgo y en el área materno infantil.
- Se hace una Investigación de los factores de riesgo a través de una Auditoría de fallecimientos que luego es devuelta a la comunidad.

- El Programa se hace conocer internacionalmente a través de las Investigaciones en Hepatitis Viral.
- Hay aumento de la participación comunitaria al crearse nuevos Comités de salud y nace la Asociación Regional de Medicina Comunitaria, organizaciones ligadas al Programa.

¿QUE ES EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO?

"... El Programa ha sido el centro de todo, para que la comunidad se mantenga con buena salud, se ha recibido todo el asesoramiento en lo que se refiere a salud..."

(Palabras de un Presidente de Comité de salud)

A la vez que se preparaban las Auxiliares de Enfermería y se inicia el trabajo en los Puestos de Salud, empieza a funcionar en el Programa un equipo interdisciplinario, formado en un inicio por un médico general, pediatra, gineco-obstetra, trabajadora social, enfermera y posteriormente se integra el educador en salud, promotor de desarrollo, odontólogo, siquiatra y otros.

Este equipo era el encargado de brindar consultas en todos los Puestos de Salud de acuerdo con una programación hecha con anterioridad. También con la participación de los Responsables de Salud y las Enfermeras auxiliares, se llegó

a realizar la Auditoría de Fallecimiento de menores de un año. Este equipo investigaba las causas y factores que provocaban la muerte del niño, analizándola en reuniones con las comunidades; de esta forma se buscaba evitar otra muerte parecida y que nosotros conociéramos educación en salud.

"... lo que más motivó a las comunidades, fué sentir más cerca al médico y a la Auxiliar de Enfermería..."

(Palabras de una enfermera rural)

Desde estas y otras acciones de investigación y estudio de la realidad, se fueron encontrando una serie de causas sociales que se relacionan con la salud integral de nuestras comunidades: falta de letrinización, mala eliminación de los desechos y basuras, necesidad de agua potable, problemas de vivienda, de caminos, de espacios recreativos, de nutrición, alimentación y otras.



Con la participación de las Auxiliares de Enfermería, los Comités y Responsables de Salud, las Asociaciones de Desarrollo Comunal y otras organizaciones, logramos impulsar acciones para resolver organizadamente estos problemas que afectan la salud y el bienestar de nuestras comunidades.

El equipo interdisciplinario de salud, también empezó a organizar otras acciones educativas como las semanas y los días educativos en las comunidades, que fueron muy importantes en toda la labor comunitaria por la salud.

¿QUE SON LAS SEMANAS EDUCATIVAS?

“ . . . Supo introducir la salud en la mente de la gente, para que se mantuviera en salud, lo que había enseñado . . . ”

(Palabras de un Presidente de Comité de salud)



Las Semanas Educativas se han venido realizando año tras año desde 1974 hasta la actualidad. El Equipo de salud se hace presente en las comunidades durante una semana para realizar una serie de actividades educativas. Se inaugura un domingo y termina el siguiente con una fiesta comunal sin licor.

“ . . . Gracias al mismo Programa en la comunidad funciona un grupo de alcohólicos. Nosotros hablamos de lo que hace el alcoholismo, y el niño, los jóvenes y los adultos, todos se están previniendo, nos dejó la enseñanza el mismo Programa, hay que prevenir, no curar . . . ”

(Palabras de un Responsable de salud)

Durante esta semana se atiende a toda la comunidad. En las mañanas a los escolares y en las tardes y noches a jóvenes y adultos. Se tratan temas de primeros auxilios, paternidad responsable, alcoholismo, desarrollo comunal y otros que las propias comunidades solicitamos. También se estimula nuestra participación y creatividad a través de concursos de redacción, composición, dibujo. Se realizan exposiciones de comidas y frutas propios del lugar, así como de artesanía y productos agrícolas. Algo muy creativo y particularmente apreciado es el programa de magia de Valeriano Pueblo, “el mago de la salud” quien cada día de la semana comienza y finaliza las actividades alegrando con sus trucos y enseñando nociones educativas muy importantes.

Estos son algunos ejemplos de como nuestro pueblo ha visto esta actividad.

Escucha mi pueblo escucha lo que vamos a decir gracias por los doctores para el mago también. El día en que nos dijeron que debíamos venir aceptamos su llamado con muchísimo interés.

Quitemos las basuras y limpiemos los caños si queremos que la salud rural nos dure muchos años seamos felices nosotros y ustedes aseando las cosas que así lo quiere el "Hospital sin Paredes".

En Santiago nos dejó enseñanza sobre salud, trabajo y nutrición aprendieron los niños y grandes fue una semana de gran promoción si el Circo volviera a Santiago lo seguiría hasta el final en el bus, a pie o a caballo, o en el carro de Salud Rural . . .

"Con mucho amor y empeño el Dr. Ortiz nos ofreció un Puesto de Salud que muy pronto, lo cumplió con un conjunto de personas a nuestro pueblo llegó rompiendo surcos tan grandes en el cual él sembró el amor y el cariño que la medicina nos dió . . ."

"A impartirnos su enseñanza han venido esta semana tal manantial del que mana el agua de la esperanza. Realmente es privilegiado el caserío que visita una semana es poquita y mucho nos ha enseñado . . ."

Autor:
María Eugenia Araya
Música:
de las Mañanitas
Lugar: Santa Rosa
Fecha: Marzo de 1975

Autor:
Joel Z.S.
Lugar:
Los Criques
Fecha:
Abril de 1975

Autor:
Juan Santiago Ramírez
Lugar:
Santiago, Palmares
Fecha:
Marzo de 1975

Autor:
Pedro Vargas Alpi-
zar
Lugar:
San Antonio de Ba-
rranca
Fecha:
Febrero, 1976

Autor:
Ramón Herrera
Lugar:
Angostura, San Ra-
món
Fecha:
Marzo de 1987

"En estos días reina la alegría; y se despeja la mentalidad de todo aquel que escucha atento el gran equipo de Salud Rural. Ya me despido, soy campesino pues yo no pude ni estudiar y lo que digo en estos versos pueden creerme es la realidad.

"Muchas veces DINADECO y el MAG. su apoyo nos dieron y aunque con barro y con huecos al sal-on todos se fueron. Llegó el momento esperado; todos enfermos y sanos, con anhelo reflejado va a ver a Valeriano. Que esta semana haya sido para todos provechosa que el mensaje recibido sea una enseñanza valiosa . . ."

"Señores voy a cantarles estos versos muy sinceros para ustedes los doctores y todos sus compañeros. Estas señoras que vienen del cantón de San Ramón vienen a dar enseñanzas y pongásmole atención . . ."

Autor:
Jesús Ma. Oviedo A.
Lugar:
La Esperanza, Pieda-
des Norte
Fecha:
Septiembre, de 1987

Autor:
Juan Guillermo Pal-
ma, Director de Es-
cuela
Lugar:
Alto Villegas, Volio
Fecha:
Noviembre de 1982

Autor:
Ricardo Jiménez Ro-
dríguez
Lugar:
San José de Trojas
Fecha:
Noviembre de 1982

Esta actividad educativa tiene continuidad ya que en ella se eligen personas que la comunidad les encarga la tarea de ser Responsables de Salud, para seguir realizando actividades de prevención y educación de salud.

¿QUIENES SON LOS RESPONSABLES DE SALUD?

“ . . . Se nos dió autoridad, yo como Responsable de salud tuve que venir a acusar al médico al equipo de salud, porque no iba a dar consulta se quedaba en un bar por allá a medio camino, hablamos con el Equipo y ese médico no volvía a dar consulta . . . ”

(Palabras de un Responsable de salud)

Para colaborar con la auxiliar de Enfermería en su diaria labor, se promovió un servicio voluntario de parte de miembros de las comunidades. Estas personas son elegidas en Asamblea y capacitadas por el Programa. Entre sus tareas está: detectar cualquier caso de enfermedad, promover o dar charlas educativas, ayudar en el reparto de la leche y otras acciones de bienestar y desarrollo que sirva para la salud física, mental y social de la población.

“ . . . La salud no solo dependía de los profesionales sino de la comunidad y de los Responsables de salud en la comunidad . . . ”

(Palabras de un Responsable de salud)



Los Responsables de Salud trabajan con la Auxiliar de Enfermería, el Comité de salud, la Asociación de Desarrollo y otros Comités. De esta forma promoviéndolo y liderando la acción colectiva, convierte el Programa “Hospital sin Paredes”, en un programa de la propia comunidad.

¿COMO NOS ORGANIZAMOS LA COMUNIDAD EN SALUD?

“ . . . Lo que hacíamos, era hacer Asambleas, reuniones para tratar de motivarlos y que cooperaran . . . ”

(Palabras de un dirigente de la Asociación de Desarrollo)

Promovidas por el Programa “Hospital sin Paredes” y encargadas de realizar la labor de salud integral, las comunidades nos fuimos organizando en diferentes comités para resolver nuestros problemas a través de muchas actividades como: turnos, rifas, comisiones para gestionar partidas de las instituciones estatales etc. De esta forma se fué aprendiendo a realizar un trabajo colectivo, a preocuparnos y participar en la labor por el bienestar común, a vivir de una forma más comunitaria y fraterna.

“ . . . También había esa cosquilla que se llama mística de las comunidades organizadas, quienes con el Responsable de Salud, sacaba fondos para construir el Puesto o sub-puesto de salud y comprar medicinas ”.

(Palabras de un Presidente de Comité de salud)

¿COMO ERA NUESTRA PARTICIPACION?

“ . . . el Dr. Ortiz se encargaba de dar autoridad a aquella persona que no la quería tener en la comunidad, un presidente por ejemplo, un miembro del comité de salud, sabe muchas cosas de necesidades del distrito, pero cree que él no es el hombre llamado, pero el Dr. dice, vos podés hacer tal cosa, hacelo y yo te ayudo, y se valió de aquello y hacíamos reuniones con las comunidades. Hemos trabajado con mucho entusiasmo pero con un valor que él nos daba y así fué como llegamos a conocer que la salud ocupaba un lugar importante . . . ”

(Palabras de un miembro de Comité de Salud)

En lo que se refiere a la organización y participación comunitaria para la salud, el Programa impulsó desde el nivel local, regional, los Comités de Salud, las Asociaciones de Desarrollo Integral, los Responsables de Salud, las Asociaciones Cantonales de Salud y la Asociación Regional de Salud, como una forma de participación democrática con poder de decisión en la labor de salud.

En setiembre de 1977 realizamos el primer seminario de evaluación, con la participación del Equipo de salud del Programa del Hospital, de Puestos y Sub-puestos y Centros de Salud juntamente con la comunidad. En él, entre otras conclusiones se acuerda lo siguiente: “las decisiones últimas del Programa serán tomadas por el Equipo central previamente definido y en el que estén integradas las comunidades, a través de la Asociación Regional de Medicina Comunitaria. En caso de discrepancias, estas decisiones serán resueltas a través de votación democrática”.

Pero esto, lamentablemente no se cumplió.

“ . . . A veces nos reuníamos dos o tres y el otro conquistaba a otros y en esa forma se pudo lograr la ciencia médica dentro del Programa de salud, de que se diera cuenta que la enfermedad no había que curarla cuando ya era enfermedad . . . ”

(Palabras de un Responsable de salud)

¿COMO ESTABA EL PROGRAMA ANTES DEL TRASPASO? 1980-1984

¿QUE HABIAMOS LOGRADO?

“ . . . Creíamos que la salud la manejaban los doctores, después que tenemos el Programa se aclaró y venimos a conocer que no son los doctores, ni son los ministros, somos las comunidades quienes hacemos la salud . . . ”

(Palabras de un miembro de la Asociación Regional de Medicina Comunal)

Con el trabajo de las Auxiliares de Enfermería, la atención del Equipo interdisciplinario, las actividades de los Responsables de Salud, las diversas acciones educativas, las organizaciones comunales de salud y en general con el Programa “Hospital sin Paredes”, las comunidades logramos mejorar nuestra salud y el desarrollo.

“ . . . Se nos dió autoridad, es algo muy importante, alguien de la comunidad una persona que si apenas sabe leer y medio escribir y que se le pusiera atención eso fue algo muy grande que nosotros sentimos que se nos dió prioridad y atención . . . ”

(Palabras de un Responsable de Salud)

Además de lo ya señalado queremos resaltar lo siguiente:

- Se logró disminuir las enfermedades infecciosas de origen ambiental y social como: diarrea, bronconumonía, sarampión y otras.
- También se logró disminuir notablemente la desnutrición infantil y reducir la muerte de nuestros niños menores de un año de 30 a 12 niños por mil nacidos en San Ramón.
- Otra forma de comprobar esta mejoría fué la baja de hospitalización de niños, disminuyendo el uso de camas en Pediatría de 93% en 1973 a 35% en 1980.
- Se mejoró la situación de salud en las comunidades mediante una efectiva descentralización de recursos humanos y materiales, que se distribuyeron de acuerdo con las necesidades, la atención médica se acercó a nuestros hogares, sin esperar que nos enfermáramos para tener que ir al Hospital. Esto se logró con el desarrollo de un conjunto de acciones de prevención, además de nuestra activa participación.

“ . . . la mayor parte de campesinos no sabíamos de esas cosas, ahora las comunidades ya saben, hasta los más chiquitos saben la razón: la educación que ha habido, el Programa que nos ha enseñado . . . ”

(Palabras de un miembro de la Asociación de Desarrollo)

Nuestra participación es uno de los principales logros, situación que no se da en otros lugares del país y que hace que la salud sea una conquista comunal.

“ . . . toca la comunidad participa, de una u otra forma . . . ”

(Palabras de un Responsable de salud)

El Programa “Hospital sin Paredes”, promovió la participación del pueblo para que intervenga en las acciones de salud, no solo a nivel local sino regional. Esta participación fué impulsada y apoyada por medio de cursos, seminarios, talleres, días y semanas educativas etc., ya que la educación se considera un componente importante de la acción en salud.

También se logró nuestra participación en el registro de datos de la población a través de encuestas, control de nacimientos y muertes, expedientes familiares, auditoría del fallecimiento de niños menores de un año y otras. De esta manera se lograba detectar las familias de atención prioritaria y se encontraban las causas sociales de las enfermedades.

Se formó y consolidó una Región de Salud con un Equipo técnico a nivel central, donde la comunidad participaba con la presencia de la Asociación de Salud Comunitaria.

El “Hospital sin Paredes” tuvo un reconocimiento nacional e internacional, siendo considerado por la Organización Mundial de la salud como uno de los mejores del mundo por la cual recibía visitas de presidentes, organismos internacionales, médicos y practicantes del país y del extranjero, para conocer y utilizar nuestra experiencia como un modelo integral de salud.

¿CUALES ERAN NUESTRAS LIMITACIONES Y PROBLEMAS?

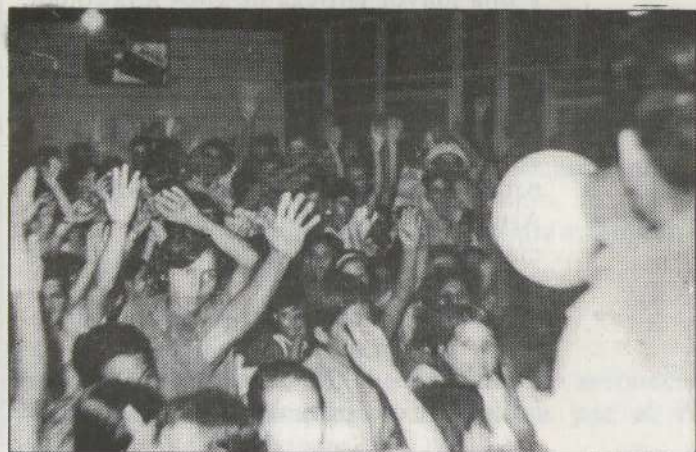
El Programa "Hospital sin Paredes", a pesar de tener muchas ventajas, logros y posibilidades, presentó algunas limitaciones problemas y contradicciones que causaron su deterioro. Algunas de ellas son:

1. La diferencia entre una medicina tradicional curativa y asistencial promovida por profesionales y personas (principalmente a niveles superiores) y la salud social preventiva, comunitaria e integral que quería desarrollar el Programa y las comunidades.
2. La respuesta del estado ante la crisis económica, disminuyendo los servicios y recursos que atienden las necesidades de los sectores populares.
3. El rechazo de una parte del personal hospitalario a la labor en las comunidades.
4. La organización y participación comunal no logra una real autonomía y desarrollo propio, lo que limita la toma de decisiones democráticas que superarán el paternalismo y personalismo.
5. El Ministerio de Salud y la CCSS. no reconocen plenamente la participación desarrollada por el Programa "Hospital sin Paredes".

"PAREDES QUE RESISTEN" GERMENES DE NUEVAS CONQUISTAS 1980-1984

- El Sistema de atención médica tiene dos vertientes: la institucional y la comunitaria.
- Hay un mayor reconocimiento al Programa a nivel internacional.
- La medicina social se amplía más a los grupos de menores recursos.
- Se profundiza en la búsqueda de las causas sociales de las enfermedades, aunque aún no se logra desarrollar una teoría científica social que explique el proceso salud enfermedad.
- Existen algunas áreas descuidadas: la salud ocupacional.
- Reaparece la desnutrición.
- El estado continúa apoyando el Programa.
- Algunos datos de la población se empiezan a diferenciar por grupos de riesgo y clases sociales.
- Continúa la descentralización de datos y una mayor entrega de ellos a la comunidad.
- Se definen algunas medidas correctivas pero no se logra que se cumplan.
- Limitaciones: conflicto entre la medicina asistencial y la preventiva y la limitada participación en la toma de decisiones.
- Agudización de la crisis que golpea mayormente a los grupos de menores recursos.
- Peligro: Aumentan las presiones para lograr el traspaso del Hospital a la CCSS. y con ello separar la atención intra y extra-hospitalaria y establecer dos direcciones.

- Tendencias: —la transformación del sistema de salud en un sistema único de salud.
 - Un mayor compromiso del Equipo de salud con la organización comunitaria.
 - La devolución permanente del conocimiento que se tiene de las comunidades y sus problemas, a ellas mismas.
 - Una mayor respuesta preventivo curativa a los sectores populares.
 - Mayor descentralización y control de los recursos del sistema de atención médica por los sectores populares.
 - Un mayor trabajo en conjunto de los sectores comunales y los trabajadores de la salud para transformar la realidad.
 - Un reconocimiento generalizado por parte del Equipo de salud de la causalidad social de las enfermedades, superando la tradicional concepción biológica de ellas.
 - Una auténtica y real participación popular en la toma de decisiones en salud.



¿CUAL ES LA SITUACION ACTUAL? 1985 ...

“HOSPITAL CON PAREDES”

“... El aporte del Programa en cuanto a la organización y participación comunitaria era excelente hasta que el Hospital pasó a la CCSS, todo cambió a partir del traspaso, todo lo que se había alcanzado en las comunidades ha decaído; antes había siete consultas por mes, cuatro consultas generales y tres de especialista. Ahora tenemos que conformarnos con una...”

(Palabras de un dirigente de la Asociación Regional (Medicina Comunitaria))

Desde que se inicia el Programa y se envía en 1971 a las primeras trece auxiliares de enfermería a capacitarse a San José, las autoridades del Ministerio de salud no apoyan ni comparten plenamente este proyecto; así para pagar los salarios de ellas se tuvo que gestionar los recursos económicos en la Asamblea Legislativa.

“... Los dentistas los mandan sólo a los escolares, a los adultos no...”

(Palabras de un Presidente de Comité de salud)

En 1974, mientras los demás Hospitales del país eran traspasados a la Caja, el “Hospital sin Paredes”, aumenta su zona geográfica, por solicitud de las propias comunidades de Alfaró Ruiz y se crea la primera Area de Salud en Costa Rica.

En 1975 se boicotea al Programa no enviándole médicos a hacer el servicio social. A pesar de esto, se incorpora el cantón de Naranjo al Programa, a pedido de los propios pobladores.

En 1977 se hace intentos de traspasar el Hospital a la Caja pero esto es rechazado por las comunidades; durante 1978 el Programa recibe reconocimiento y apoyo nacional e internacional; por ejemplo se hace práctica universitaria a nivel intra y extra-hospitalario, al recibir de la Universidad Autónoma de México estudiantes de medicina a hacer su internado desde 1980 y a vivir la experiencia del Programa "Hospital sin Paredes".

A fines de 1982 nuevamente se intenta el traspaso, a pesar de la opinión contraria de técnicos nacionales y extranjeros como asimismo de las comunidades organizadas representadas por nuestra Asociación Regional de Salud Comunitaria, lo mismo que UPA Nacional, la Unión Médica etc. Se presentan 18,000 firmas que apoyan el no traspaso y se obliga a la Municipalidad de San Ramón a cambiar su decisión y apoyar también el no traspaso deteniéndose así este nuevo intento.

"... Antes, atendían a todo el mundo asegurado y no asegurado, había más confianza de la gente; ahora hay un cambio muy grande después del traspaso..."

(Palabras de un Responsable de salud)

Aparece en San Ramón un Comité Cívico de Notables, integrados por personas adineradas (miembros del PLN y PUSC) quienes no hacían uso de los beneficios del Programa, pero que presionaron para el traspaso del Hospital a la Caja. Las razones que se daban para hacerlo, fué de que era un modelo de salud muy caro para el país, sin embargo nuestra ARSC. y algunos integrantes del Equipo de salud, demostramos con hechos la falsedad de esa afirmación, ya que la comunidad aportaba gran cantidad de recursos, tanto económicos, como materiales y humanos.

A pesar de la constante oposición, en enero de 1985, prácticamente el "Hospital sin Paredes" deja de existir, por cuanto el Hospital CLVV. es traspasado a la Caja y el Programa de salud extrahospitalario queda en manos del Ministerio de Salud. Al director del "Hospital sin Paredes", se le obliga

a elegir entre la dirección del Hospital CLVV. o la del Programa, quedándose finalmente en el Hospital por un año, hasta febrero de 1986, cuando al día siguiente de conocerse el resultado de las elecciones, se le obliga a pensionarse después de 30 años de trabajo.

"... Hoy el Programa ha decaído, nos ha caído un balde de agua fría; tenemos un gran papá que se llama Ministerio de Salud y nos hemos achantado, ya no estamos con aquel fervor..."

(Palabras de un dirigente de la Asociación de Desarrollo Comunal)

Durante 1985 y 1986, se han venido desarrollando en el Programa de salud, las mismas actividades que en año anteriores: Semanas y Días educativos, capacitación de Responsables de Salud, seminarios con maestros, cursos etc., sin embargo, aunque se mantiene la organización anterior, la participación no es la misma, ya que el Programa no es autónomo y cada vez se le quita mayor autoridad a la comunidad organizada. Ni los Responsables de Salud y Auxiliares de Enfermería pueden referir enfermos al Hospital; la calidad y cantidad de la atención médica ha disminuído: tanto la general como la de especialistas que no volvieron a los Puestos de Salud, hay escasez de medicamentos, sólo se atienden asegurados y las personas más pobres y los que más necesitan, ahora tienen muchas dificultades para recibir atención,

"Para nosotros ya no es igual, antes teníamos una libertad grande para enviar a los enfermos a los Hospitales y eran bien atendidos; ahora si van es con tres meses después que pidieron la consulta y la atención es mala, vienen las quejas, después del traspaso..."

(Palabras de un Responsable de salud)

La salud ya no está al alcance de las comunidades, aparecen nuevamente casos de desnutrición y otros problemas que se pueden prevenir con una atención integral oportuna y eficiente.

“ . . . Antes los medicamentos los ponía parte el Programa, parte la comunidad, ahora ya no hay medicamentos, la Caja no manda lo suficiente . . . ”

(Palabras de un Presidente de Comité de Salud)

El lema “la salud es un derecho del pueblo y su participación un deber”, se está perdiendo, porque las autoridades de salud están presionando de muchas formas para evitar que la comunidad exija sus derechos.

Todos estos años de lucha y esfuerzo se están extinguiendo. ¿Qué va a pasar con nuestros Puestos de Salud? ¿Qué va a pasar con la salud de nuestras comunidades? ¿Podemos y debemos quedarnos callados ante esta situación? ¿O debemos luchar por conquistar lo que hemos perdido?.

Estas y otras interpretaciones fueron motivo de discusión y análisis en el taller de Rescate Histórico de la Participación popular, con la firme convicción que no podemos permanecer pasivos ante lo que está sucediendo. Fue por ello que en ese taller los compañeros presentes de las diversas comunidades propusimos una serie de recomendaciones para reforzar y mejorar el trabajo desde las mismas comunidades, las cuales transcribimos a continuación según los niveles en los que fueron planteados:

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJO CON LA ASOCIACION REGIONAL

1. Solicitar ayuda económica al gobierno.
2. Que trabaje con mayor autonomía del gobierno, sin sus imposiciones.
3. Mayor apoyo de las organizaciones de base a la Asociación Regional.
4. Luchar porque el Programa no disminuya en consultas de especialistas y en la mística.
5. Tratar de luchar en contra de la politiquería.
6. Que se revisen y se cambien los estatutos en Asamblea.
7. Promover más talleres de análisis.
8. Pedir que el terreno donde están los edificios sean devueltos a la Asociación Regional.
9. Pedir al presente gobierno una ley de la República que legitime las cantonales y regionales a nivel de área hospitalaria.
10. Impulsar la capacitación y formación de líderes.
11. Mayor coordinación con Asociaciones Cantonales y con las organizaciones de base para que se comozca mejor su labor y se logre un mejor trabajo de conjunto.
12. Brindar informe a las organizaciones de base de sus labores.
13. Lograr mayor asistencia y participación en las Asambleas para elegir nuevos integrantes.
14. Vigilar y denunciar las irregularidades que se dan en el Programa.

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJO CON ASOCIACIONES CANTONALES DE SALUD

1. Coordinar con instituciones y grupos organizados de las comunidades para impulsar las actividades relacionadas con salud y desarrollo.
2. Hacer campañas educativas contra drogas, deforestación y otros problemas.
3. Eliminar la politequería del trabajo de ellas y de las organizaciones de base.
4. Brindar cursos de capacitación sobre liderazgo.
5. Mantener informada a la comunidad sobre la marcha del Programa y sus proyectos.
6. Elaborar junto con las bases proyectos que tiendan a solucionar problemas de salud a nivel cantonal.
7. Que la Asociación esté integrada por representantes de los diferentes Comités de Salud.
8. Dar un espacio en sus reuniones para la atención de problemas de los diferentes Comités.
9. Levantar un escrito para solicitar al Ministerio de Salud que el terreno donde están los edificios pasen a la Asociación.
10. Promover talleres de análisis con las organizaciones de las comunidades, como el presente.
11. Darse a conocer a nivel de los diferentes distritos y organizaciones de base e impulsar proyectos en conjunto.

RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJO CON ORGANIZACIONES DE BASE

1. Trabajar en conjunto, unir esfuerzos para progresar y luchar por el bienestar de la comunidad, con entusiasmo, anteponiendo al interés político el interés de la comunidad.
2. Capacitarse cada vez más y motivar a la comunidad en el campo del desarrollo social y espiritual.
3. Llevar un registro de las labores que se realizan.
4. Coordinar actividades conjuntas, revisar aspectos positivos y negativos.
5. Luchar por problemas como agua, vivienda y otros que tienen relación con el desarrollo y la salud.
6. Levantar el trabajo del Programa y luchar porque las instituciones encargadas de la salud, respondan a las necesidades de las comunidades que más lo necesitan.
7. Denunciar irregularidades y tratar de que se corrijan.
8. Apoyar el trabajo de rescate del Programa de Salud.
9. Luchar por nuestro derecho al poder de decisión para exigir los servicios de salud que las comunidades necesiten.
10. Estar muy bien informadas y ser conscientes de su importancia en el papel de lucha por mantener el Programa.
11. Reunirnos permanentemente con la Asociación Regional.
12. Hacer selección de líderes, no en base a color político sino a la capacidad de trabajo, y estimulando a los que se destacan.

13. Lograr una mayor coordinación entre las organizaciones de base, la Asociación Cantonal y la Regional para luchar por el bienestar de la comunidad.
14. Activar las organizaciones de base principalmente los Responsables de Salud.



FE DE ERRATAS

PAG.No.	UBICACION PARRAFO	LINEA	DICE	DEBE LEERSE
3	3	6	ha	han
3	4	2	de	dé
5	1	8	200)	200
6	2	2	haciéndo	haciendo
6	2	2	exepción	excepción
11	-	título	enfermedades	Enfermeras
13	1	3	exepción	excepción
13	punto 9	3	nueve	sesenta y cinco
18	5	final	1987	1978
19	1	final	1987	1978
24	1	3	srampión	sarampión
25	2	1	toca	toda
25	6	6	pra	para
29	1	3	exelente	excelente
29	1	final	Mediciona	Medicina
32	5	2	discución	discusión
33	11	3	comozca	conozca
34	3	1	politequería	politiquería