

San Ramón. Costa Rica

CIO  
614  
H828h



# HOSPITAL SIN PAREDES

PROGRAMA  
DE MEDICINA  
COMUNITARIA

UNA EXPERIENCIA  
DE DESARROLLO  
SOCIAL INTEGRAL

"HOSPITAL  
SIN  
PAREDES"

PROGRAMA  
DE MEDICINA  
COMUNITARIA

una experiencia  
de desarrollo  
social integral

San Ramón, Costa Rica

Setiembre, 1979

SEDE DE OCCIDENTE  
"BIBLIOTECA"  
- PROCESOS TECNICOS -  
No. Registro 107390  
Procedencia: *Desquicia*  
Precio C. *400-*  
Fecha Ingreso: *02 SEP 1993*

BIBLIOTECA OCCIDENTE-UCR  
  
0107390

""Hospital sin paredes"": programa de medicina comunitaria. una experiencia de de:

  
O107390

Centro Universitario de Occidente  
Servicio de Bibliotecas

El present  
experiencia de Medicina Comunitaria "Hospital sin Paredes" al Premio In  
ternacional al Desarrollo "Rey Balduino", ofrecido por el Gobierno de -  
Bélgica.

Su ejecución estuvo a cargo de la Unidad de Estudios Especiales de  
la Oficina de Información de la Casa Presidencial (OIP), la cual contó  
con la colaboración de la Dirección y el personal del Programa de Salud  
Comunitaria de San Ramón, tanto del Hospital Carlos Luis Valverde Vega  
como de los Centros y Puestos de Salud del área, de la Escuelá de Plani  
ficación y Promoción Social de la Universidad Nacional (UNA) y del Depar  
tamento de Estadísticas y Unidad Sectorial de Planificación del Ministe  
rio de Salud.

La versión al inglés fue posible gracias a la gentil colaboración  
del Instituto Interamericano de Ciencias Agrícolas (IICA).

En el cálculo de indicadores y elaboración de cuadros se contó con  
el activo y valioso aporte del Centro Latinoamericano de Demografía -  
(CELADE).

Trabajaron en este informe:

OIP	: Jaime Lazo Andrea Maikut Ana Lucía Moreno Gloria Corder María Elena Castro
San Ramón	: Juan Guillermo Ortiz Raúl Delgado Luz Hannia Orozco
UNA	: Gonzalo Ramírez
Min. de Salud	: Damaris de Bermudes Rodrigo Meneses
IICA	: Susana Raine
CELADE	: Hugo Behm Domingo Primante

El presente trabajo ha sido realizado con el objeto de postular la experiencia de medicina Comunitaria "Hospital sin Paredes" al Premio Internacional al Desarrollo "Rey Balduino", ofrecido por el Gobierno de Bélgica.

Su ejecución estuvo a cargo de la Unidad de Estudios Especiales de la Oficina de Información de la Casa Presidencial (OIP), la cual contó con la colaboración de la Dirección y el personal del Programa de Salud Comunitaria de San Ramón, tanto del Hospital Carlos Luis Valverde Vega como de los centros y puestos de salud del área, de la Escuela de Planificación y Promoción Social de la Universidad Nacional (UNA) y del Departamento de Estadísticas y Unidad Sectorial de Planificación del Ministerio de Salud.

La versión al inglés fue posible gracias a la gentil colaboración del Instituto Interamericano de Ciencias Agrícolas (IICA).

En el cálculo de indicadores y elaboración de cuadros se contó con el activo y valioso aporte del Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE).

Trabajaron en este informe:

OIP	Jaimé Lazo Andrea Maikui Ana Lucía Moreno Gloria Cordero María Elena Castro
San Ramón	Juan Guillermo Ortiz Guier Raúl Delgado Luz Hannia Orozco
UNA Ministerio de Salud	Gonzalo Ramírez Damaris de Bermudes Rodrigo Meneses
IICA	Susana Raine
CELADE	Hugo Behm Domingo Primante

## I. INTRODUCCION

La república de Costa Rica está situada en América Central, tiene una extensión de 50.900 Km<sup>2</sup> y una población de 2.070.000 habitantes (al año 1977), de los cuales un 45% viven en áreas urbanas y un 55% en medios rurales.

Política y administrativamente se divide en 7 provincias, 80 cantones y 411 distritos. Dispone de un médico por cada 1.430 habitantes, 26 hospitales, 129 Centros de Salud en los cantones y 441 Puestos de Salud distribuidos en los distritos rurales, además de otros centros de atención especializada y clínicas privadas. Al año 1977 un 86,16% de la población estaba cubierta por el seguro de enfermedad y maternidad.

Costa Rica tiene una larga tradición democrática y civilista, características que están profundamente enraizadas en su historia. Las fuerzas armadas, como institución, están proscritas constitucionalmente desde 1949. Todo ello contribuye a que las disponibilidades presupuestarias para gastos en salud y educación sean significativamente altas en comparación con otros países. Ellas alcanzan el 43% del presupuesto directo del Poder Central. ( Anexo 1).

En el plano propiamente de salud, Costa Rica ocupa un lugar destacado entre los países latinoamericanos. Diversos indicadores así lo demuestran. Citaremos en esta oportunidad dos de ellos. (Para mayores informaciones, ver Anexo 2).

### CUADRO N°1

#### Mortalidad infantil en algunos países de América Latina, 1975-1980

<u>país</u>	<u>tasa por mil</u>
Costa Rica	31+
El Salvador	99
Guatemala	93
Honduras	103
México	57
Panamá	41
Uruguay	48
Venezuela	40
Cuba	27
Chile	57

Fuente: Estimaciones proporcionadas por CELADE- San José.

+ Se ajustó el dato oficial de 28.1 aportado por el Ministerio de Salud en base a la omisión estimada del registro de defunciones.

Cuadro N° 2

Tasa bruta de mortalidad en algunos países de América Latina, 1975-1980.

país	tasa por mil
Costa Rica	5.3
Colombia	8.0
Cuba	6.3
Chile	8.1
Ecuador	10.4
El Salvador	9.4
Guatemala	10.9
Honduras	11.8
México	7.6
Panamá	6.0
Venezuela	6.5

Fuente: CELADE, Boletín Demográfico, Año XI, N° 22, 1978

El Programa de Salud Comunitaria de San Ramón.

En los países latinoamericanos el hospital tradicional ha sido una institución de puertas cerradas, en la cual se reciben pacientes, sin preocuparse hondamente de lo que sucede en la comunidad - su área de atracción- que es donde la enfermedad se gesta y avanza. En estos hospitales se concentran los mejores recursos -derivados de presupuestos pobres- y no se utilizan en forma racional de acuerdo a las verdaderas necesidades de la población. Aunque en Costa Rica se han mejorado significativamente los niveles de salud, los avances ulteriores en esta materia se ven limitados por los factores socio-económicos, debido a que una gran parte de su población gana menos del equivalente a 200 dólares mensuales). Es por este motivo que el Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega, del canton de San Ramón, provincia de Alajuela, aprovechando los recursos hospitalarios, está desarrollando un programa con la participación activa de la comunidad y el personal intra y extra hospitalario. Programa que ha tenido excelentes resultados, objetivizados en los índices del área.

El Programa de Medicina Comunitaria denominado "Hospital sin Paredes", se extiende en un área de influencia hospitalaria de 1.350 Km<sup>2</sup> que cubre una población aproximada de 82.000 habitantes. Lo cual significa una

cobertura de un 2.6% del territorio nacional y un 4.0% del total de la población. En él se ha utilizado el componente salud como "punta de lanza de penetración" para lograr el desarrollo social.

CUADRO N°3

Cobertura del Programa "Hospital sin Paredes"(1978)

Cantón	Población		Superficie	
	N°	%	Km <sup>2</sup>	%
San Ramón	36.735	45.0	981	72.6
Palmares	15.786	19.3	38	2.8
Alfaro Ruiz	6.915	8.5	156	11.6
Naranjo	21.836	26.7	126	9.3
Toro Amarillo +	388	0.5	50	3.7
<u>TOTAL</u>	81.660	100.0	1.351	100.0

+ Distrito del Cantón de Valverde Vega

Fuente: Archivos del Programa

Cabe resaltar el hecho que el área hospitalaria cubierta comprende zonas fundamentalmente rurales, de diversas características ecológicas y socio económicas, desde zonas montañosas con economías campesinas, hasta zonas de plantación y zonas bajas ganaderas. Ninguna de estas zonas ha sido objeto de ningún programa especial de desarrollo regional, aparte del Programa de Salud Rural. En esta forma, se puede señalar, sin equívocos, que los múltiples logros alcanzados en desarrollo de la zona son atribuibles básicamente a la acción del Programa.

En el plano propiamente de salud, el Programa ofrece múltiples logros:

CUADRO N°4

Algunos indicadores de salud para Costa Rica y para el área cubierta por el Programa "Hospital sin Paredes". (1977) Tasas por mil.

indicadores	Costa Rica	área cubierta por el Programa
mortalidad infantil	28.1	16.0
mortalidad de 1 a 4 años	1.5	0.42
mortalidad en general	4.3	3.85
partos institucionales	81.0%	98.0%

Fuente: Anuario Estadístico del Ministerio de Salud.

La tasa de mortalidad infantil para el total del área cubierta fue 16.0 por mil, pero se presentan diferencias importantes entre los cantones que la constituyen: el cantón de Naranjo, que fue el más reciente en incorporarse al Programa (en 1976) con una tasa de mortalidad infantil de 62.0 por mil, ha reducido este índice a 29.0 por mil. Los tres cantones restantes tienen una tasa promedio de mortalidad infantil de 12.0 por mil.

Una investigación sobre el 100% de los fallecimientos de menores - de un año, en San Ramón y Palmares ha dejado de manifiesto la alta correlación entre la mortalidad infantil y la baja condición socio económica de la familia. Es por ello que el Programa ha postulado que la mejoría de las condiciones de vida de los habitantes del área, es condición sine qua non para lograr nuevos avances en salud.

## II. HISTORIA

### 1. Breve reseña histórica del Programa.

Se puede decir que el punto de partida del Programa lo constituyó - la creación del primer puesto de atención primaria de salud ( Puesto de Salud ) en 1971, sin embargo fue necesario un período de 15 años de creación de las condiciones previas para iniciar el Programa.

Desde 1955 se realizó un gran esfuerzo tendiente a mejorar la atención intra-hospitalaria y, sobre todo, se luchó por integrar los servicios del Hospital (dependiente de una Junta de Protección Social) con los que brindaban los Centros de Salud, dependientes de instituciones diversas (Ministerio de Salud y Caja Costarricense de Seguro Social).

En 1962, en un intento por proyectar esta integración al resto de los servicios de salud del país, se presentó un trabajo escrito a una comisión formada por varios Ministros de Estado. Pero esta propuesta no fue aceptada en esa época para su implementación a nivel nacional.

Sin embargo, desde el año 1962, se produjo un salto cualitativo en el desarrollo del Programa con el establecimiento, a nivel local, de diversos proyectos de salud con participación directa de la comunidad:

- a. Proyecto sobre Alcoholismo.
- b. Proyecto Preventivo-Curativo de T.B.C.
- c. Proyecto del Enfermo Crónico, Senil e Inválido.
- d. Proyecto de Psiquiatría intra-hospitalaria, que luego se extendió a la comunidad.
- e. Visitas de personal voluntario del Hospital a los distritos campesinos.
- f. Programa comunitario y de investigación de hepatitis.

En 1970 se consiguió integrar los servicios de la comunidad con los de las instituciones (Centros de Salud y Hospital) hasta conseguir que se trabajara como una sola unidad funcional. Con ello se evitaba la duplicidad de servicios y se brindara atención más eficiente a la comunidad a través de proyectos concretos, dirigidos sobre todo a la población campesina del área y especialmente a las clases sociales más marginadas.

En 1971 se dió inicio a la etapa actual del Programa con la construcción de varios Puestos de Salud, que permitieron la mejor cobertura del área . Estos Puestos de Salud fueron construidos en su mayoría con contribuciones aportadas por las mismas comunidades y con ayuda del Ministerio de Salud, hasta lograr en 1976, cubrir toda el área con un total de 44 Puestos de Salud.

Entretanto el Programa creció en profundidad, en organización y participación popular, de manera que logró convertirse en un ejemplo para el resto del país. En 1978, el Gobierno tomó la decisión de llevar este tipo de organización popular al resto del territorio nacional, para lo cual se escogió al Programa "Hospital sin Paredes" para la preparación de Responsables en Salud en todo el país.

### III. FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA.

Siguiendo los postulados de la OMS, que define la salud como el completo estado de bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de enfermedad, el Programa se ha propuesto brindar una medicina integral, que no solamente entregue atención curativa dentro del hospital, sino que tienda a cubrir toda la situación vital que incide en el bienestar del individuo.

Principios orientadores:

Para lograr los objetivos señalados, el Programa se ha guiado por los siguientes principios:

1. El éxito de la acción en salud no solo se mide por las iniciativas emprendidas al interior del recinto hospitalario, sino que básicamente por aquellas puestas en práctica en el área de su influencia.
2. Por ello, es responsabilidad del hospital y de sus autoridades sacar "fuera de las paredes" del local hospitalario la acción en materia de salud.
3. La acción en salud, en estas condiciones, no solo involucra una adecuada dedicación a la medicina curativa y preventiva, sino que comprende necesariamente, que ambas orientaciones -en particular la segunda- sea asumida por la comunidad como algo esencial, inherente a su "modus vivendi".

La acción en salud, implica no solo lo que dice relación con los aspectos de la salud preventiva-curativa, sino todas las acciones tendientes al mejoramiento de los niveles de vida de los habitantes. En las condiciones del área cubierta por el Programa, implica ocuparse de problemas tales como vivienda, tenencia de la tierra, agua, electricidad, empleo, etc.

4. La vinculación del hospital con la población que está ubicada en su área de influencia, tendrá éxito si dicha orientación se organiza:
  - a. a partir de la comunidad y participa, voluntaria, activa y plenamente en la acción de salud y desarrollo,
  - b. si esta participación es orientada por acciones educativas y concientizadoras.

Aspectos generales del modelo.

En plena concordancia con los principios señalados, el modelo del Programa "Hospital sin Paredes" tiene las siguientes características esenciales.

1. Es global : Es decir integra problemas en la conciencia comunal y busca su solución integral a través de acciones coordinadas. Su acción se dirige a proyectos que trascienden el mero ámbito de la salud.  
Así mismo, al partir del planteamiento de problemas básicos que afectan a amplios sectores de la comunidad, el Programa integra amplios sectores sociales alrededor de las acciones encaminadas a solucionarlos. La organización agrupa a representantes de todos los sectores sociales, independientemente de sus tendencias políticas y religiosas.
  
2. Es organizativo : El modelo implica el desarrollo de una estructura organizativa compleja, racional y eficiente. Se trata de un sistema de personas, comunidades e instituciones con un conjunto de propósitos, concientemente compartidos, que concentran y coordinan sus esfuerzos para alcanzar sus objetivos rápida y eficientemente, y al menor costo.  
El modelo tiene varias características propias de - una organización moderna:
  - a. En su operación, el modelo utiliza, tanto a nivel global como a nivel de Puestos y Comités de Salud, toda una gama de metodologías, técnicas e instrumentos modernos, aplicables a la prevención y curación de enfermedades, la capacitación y motivación de cuadros y de la población en el manejo y procesamiento de la información, la asignación racional de recursos escasos, etc.
  - b. Se integran plenamente las acciones de los diferentes entes públicos dedicados a tareas de salud y desarrollo, y se coordinan dichas acciones con todas las organizaciones comunales, cooperativas, etc. Se logra así maximizar los recursos materiales y organizativos disponibles.
  - c. Se capacita a dirigentes y participantes en materias relativas a la organización del trabajo y la

- gestión de programas de servicio y desarrollo,
- d. Se desarrolla un eficiente sistema de información que permite controlar en gran detalle la marcha de las actividades, realizar seguimientos y evaluaciones,
  - c. Se planifica la acción del Programa y de las organizaciones populares locales, fijándose metas controlables y realizando evaluaciones.
3. Es participativo : No menos de dos terceras partes de la población de la zona participa directa y activamente en las instancias de discusión y decisión del sistema. Además, los 180 Responsables en Salud y los 532 miembros de los Comités de Salud , participan en las tareas cotidianas de operación y gestión del Programa, así como en otros proyectos de interés comunal.
4. Es dinámico : Sus acciones generan conciencia de problemas más profundos, no estrictamente relacionados con salud, y capacidad material y organizativa para enfrentarlos. Se ha trascendido la esfera de la salud para solucionar problemas de tenencia de la tierra, infraestructura física, producción y mercadeo, educación, vivienda y cultura.

#### Estructura de funcionamiento

El sistema "Hospital sin Paredes" tiene cuatro instancias operativas: del Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega; los cuatro Centros de Salud de las capitales de cantón; los cuarenta y cuatro Puestos de Salud de caserío y barrio, con sus correspondientes Comités de Salud (1), en coordinación con las Asociaciones de Desarrollo Comunal (2); y finalmente las familias y hogares de cada localidad.

- 
- (1) No todos los Comités de Salud han constituido sus Puestos de Salud, existen 76 Comités y 44 Puestos.
  - (2) Organizaciones de base cuyos miembros son elegidos por la comunidad y trabajan ad-honorem. Reciben apoyo oficial del Gobierno en forma de financiamiento para obras comunales y asesorías. En la zona existen 64, con un total de 448 directivos.

El sistema opera como una sola unidad funcional, constituyendo el "Hospital Comunitario", un "Hospital sin Paredes". Este trabaja como un todo en los diferentes niveles de atención a la salud, o sea, el hogar, el Puesto de Salud, el Centro de Salud, la consulta externa intra-hospitalaria y la atención del paciente hospitalizado. Los diferentes profesionales y técnicos realizan visitas periódicas a todos los citados niveles de atención de salud, todo ello en una corriente de doble vía: del nivel hospitalario hasta el hogar y del hogar hacia el hospital.

Actualmente la dirección administrativa del Hospital y del Programa de Medicina Comunitaria dependen de una Junta de Protección Social local, pero en el futuro la directiva de la Asociación Regional de Salud Comunitaria, elegida democráticamente, será la máxima autoridad del Programa.

Gráfico de funcionamiento

Hospital				Asociación Regional de Medicina Comunitaria.
Centro de Salud	Centro de Salud	Centro de Salud	Centro de Salud	4, 1 por cada cantón
Asociación de Desarrollo		Comités de Salud		76 Comités
		Puestos de Salud		44 Puestos

Cada una de las familias que viven en el sector

1. La Asociación Regional de Medicina Comunitaria:

Es el más alto nivel de representación popular en el Programa, ayuda a mantenerlo y mejorarlo, asegurando auténtica representación de la comunidad. Cuenta con sus propios edificios y aulas educativas para uso de toda la población del Cantón.

2. El Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega:

Es un Hospital general que consta de 125 camas y que cuenta con servicios de Cirujía General, Gineco-obstetricia, Medicina Interna, Pediatría, Ortopedia, Psiquiatría, Departamento del Enfermo Crónico y Senil,

Medicina Comunitaria, Laboratorio, Rayos X, Farmacia, Consulta Externa, Anatomía Patológica, etc. Su personal está compuesto por 19 médicos , 15 enfermeras graduadas, 47 auxiliares de enfermería, 6 técnicos médicos, 18 estudiantes médicos internistas y 4 asistentes generales.

3. Los Centros de Salud Cantonales:

Cuentan con 7 enfermeras graduadas que supervisan, asesoran y evalúan la labor de las auxiliares de enfermería que están a cargo de los Puestos de Salud. Forman parte del sistema de referencias al especialista y del equipo multidisciplinario de salud (auxiliares de enfermería, médicos, odontólogos, trabajadores sociales, microbiólogos, educadores en salud, nutricionistas, Responsable y Comité de Salud, inspectores de trabajo, educadores, etc.) que realizan la investigación del 100% de las muertes ocurridas en el sector cubierto por cada Centro.

4. Los Puestos de Salud:

Es la unidad operativa mínima de base. Son unidades semi autónomas operadas fundamentalmente por la comunidad del barrio o localidad. Están a cargo de una auxiliar de enfermería. Constituyen el punto más cercano a las organizaciones populares y a los hogares de la población del área. Se apoya en un Comité de Salud, formado por miembros de la comunidad, quienes asisten directamente a la auxiliar de enfermería y una directiva que coordina con otras organizaciones populares. Tienen a su cargo otras actividades de servicio comunal.

5. Los Comités de Salud:

Son los responsables de la comunidad, encargados del funcionamiento de los Puestos de Salud, junto con el equipo de salud. Tienen atribuciones para formar sub comités, de acuerdo a las necesidades sentidas por la comunidad (agua potable, saneamiento ambiental, etc). Las personas que forman parte de estos Comités trabajan ad-honorem.

6. Los Responsables de Salud:

Son voluntarios campesinos que constituyen un nexo entre el Auxiliar de Enfermería, la familia y los diferentes grupos comunales. Hacen detección y referencia de los problemas encontrados. También colaboran en actividades misceláneas (preparación de material, limpieza del Puesto, etc.)

La instalación de un Puesto de Salud y el inicio de sus actividades se realiza a través de los siguientes pasos:

1. Motivación de la comunidad:

Se realiza una labor de convencimiento para que la comunidad participe y comprenda los alcances del Programa.

2. Encuesta socio-económica a todas las familias:

Con la tabulación respectiva se hace un diagnóstico de salud, sobre el cual se realizan los programas.

3. Formación de grupos organizados:

Se promueve la creación de los Comités de Salud y sus diferentes sub comités para solucionar los problemas del sector (agua potable, letrización, etc.) Así mismo coordina sus actividades con las Asociaciones de Desarrollo Integral, Alcohólicos Anónimos, y también con los Responsables en Salud.

4. Se asigna una Auxiliar de Enfermería. Esta funcionaria permanente tiene una vinculación formal con el sistema de salud y el Hospital. Usualmente la Auxiliar es una persona de la localidad. Tiene instrucción básica en enfermería. Recibe un salario.

El plan de trabajo de la Auxiliar de Enfermería está compuesto de las siguientes actividades:

- visitas domiciliarias, según los requerimientos, por lo menos dos o tres veces al año. Una o dos veces al mes, en caso necesario.
- seguimiento de casos de alto riesgo. aplicándose especialmente a la embarazada y al niño recién nacido, pero también a puerperas, casos de enfermedades infecto contagiosas, post operados recientes, niños desnutridos, y otras patologías como diabéticos, enfermos mentales, cardíacos, etc.
- Colaboración en las consultas de especialistas, tales como pediatría, planificación familiar, etc.
- vacunaciones, las cuales se realizan en las visitas al hogar y en las consultas

solamente en algunas oportunidades se fijan días especiales para ello.

- Control médico de escolares, con tareas tales como vacunaciones, desparasitación, supervisión de higiene, coordinación con los maestros para que los niños sean examinados por el médico, por lo menos una vez al año.
- charlas sobre salud,
- realizadas por otros profesionales y por ella misma, por lo menos una vez al mes.
- colaboración en las Semanas Educativas y Jornadas Culturales.
- Realización de un informe mensual de actividades, dirigido a la supervisora, quien valora el rendimiento del trabajo y el cumplimiento de las metas fijadas a principio de año.

Para organizar estructuralmente sus labores, la auxiliar de enfermería utiliza varios instrumentos de trabajo:

- Croquis:  
En el cual se ubican todas las casas de la comunidad y en ellas se señalan (con alfileres de colores) las situaciones especiales en las familias. Por medio de indicadores se marcan los puntos de referencia, tales como: iglesia, escuela, plaza, pulpería, salón, etc. Dentro del croquis se coloca el dato de la población total, dividida en grupos etarios y problemas médicos significativos (prenatal, prenatal de alto riesgo, recién nacido, desnutrido de 3er grado, patología crónica, higiene ambiental negativa ,etc.)
- Archivo:  
De identificación de la familia, donde se adjuntan los controles, exámenes, curvas de peso, talla y vacunaciones de los niños. En la hoja de control se reportan los resultados de consultas médicas y de actividades de la enfermera (educación, visitas domiciliarias, etc.)
- Tarjeteros:
  - índice,  
para llevar un control de cada uno de los individuos que reciben atención en el Puesto.

- vacunación,  
para llevar control y valorar el nivel de inmunidad de los distintos miembros de la familia.
  - de crecimiento y desarrollo,  
para niños menores de 6 años, control de citas para planificación de la enfermera y cumplimiento del paciente. Se indica en la tarjeta el grado de nutrición del niño (con distintos colores).
  - prenatal,  
para el seguimiento de las embarazadas.
  - de planificación familiar,  
marcando con diferentes colores el método de planificación que se está usando.
  - de riesgo,  
en los casos ya indicados que sean seguidos por la enfermera a domicilio, indicando con distintos colores la gravedad del caso.
- Carnet de control infantil.  
Para uso de la madre, con las vacunaciones, peso, talla, factor Rh, y otros datos de importancia para cualquier profesional en salud que deba atenderlo.
- Hojas de referencia.  
Para enviar al paciente a otra institución médica del país o para que su situación sea atendida por la trabajadora social.

Cada Puesto de Salud recibe la visita del médico general cada 8 días, la del pediatra cada 15 días y la del gineco-obstetra cada mes, como promedio.

Los programas básicos que se desarrollan son los siguientes:

- Programa Materno-Infantil y de Bienestar Familiar.  
Sub programa de Planificación Familiar.
- Programa de Atención Médica y Referencia de Pacientes.  
Sub programa odontológico.  
Sub programa de Salud Mental.

- Programas de Epidemiología.
  - Sub programa de enfermedades prevenibles y de vacunación
  - Sub programa de control de tuberculosis.
  - Sub programa de control de zoonosis.
  - Sub programa de investigación epidemiológica.
- Programa de Saneamiento Ambiental.
- Programa de Educación para la Salud.
- Programa de Capacitación de Personal.
- Programa de Organización y Desarrollo Comunal.

#### IV. LOGROS.

##### 1. Salud

Desde el inicio del Programa se ha visto un cambio fundamental en los indicadores de salud, que revelan el impacto que ha tenido sobre el mejoramiento del bienestar de la población. Un ejemplo bien claro de este cambio es la tasa de mortalidad infantil que, en el área cubierta por el Programa en 1972 era superior a la de Costa Rica en general, y que en la actualidad está entre las más bajas del país.

Cuadro No. 5

Tasas de mortalidad infantil para Costa Rica y para el área cubierta por el Programa. Tasas por mil

Año	Costa Rica	área cubierta
1972	54.4	61.3
1973	43.4	19.4
1977	28.1	16.0

Fuente: Ministerio de Salud. Memoria 1978.

El salto ocurrido entre los años 1972 y 1973 en las tasas de mortalidad infantil dentro del área cubierta por el Programa se debió principalmente a que, durante este período se dió inicio al programa de vacunación masiva y empezaron a funcionar los Puestos de Salud.

Dentro del Programa de Salud Comunitaria "Hospital sin Paredes" se han gestado proyectos que luego tendrían gran importancia para la vida nacional, por ejemplo:

- a. El tratamiento del alcoholismo como un problema social:  
Los enfermos alcohólicos se organizaron en grupos de lucha contra el alcoholismo, contando con el apoyo de sus comunidades y con una amplia acogida dentro del Hospital. Este les dió cabida como enfermos, cosa que no ocurría en ningún otro hospital del país, y que hizo posible que, con posterioridad, se generalizara esta forma de tratamiento.
- b. El tratamiento del enfermo psiquiátrico en el hospital local:  
Antes del Programa todos los hospitales del país enviaban a sus enfermos psiquiátricos a un Hospital Nacional Psiquiátrico, con sede en la ciudad capital. El Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega fue el primer hospital general que dió cabida a este tipo de enfermos, confirmando que los hospitales comunitarios permiten que, el enfermo psiquiátrico susceptible a ser hospitalizado, se recupere más rápidamente que cuando va a un hospital ajeno a su comunidad.

## 2. Acciones destinadas al incremento de la salud integral.

Pensando que la salud integral es, en gran parte, resultado del mejoramiento del nivel de vida, es que prioritariamente este Programa se ha propuesto y ha concretado una serie de medidas tendientes a satisfacer las necesidades básicas de la población del área.

1. Agua potable.  
Las comunidades organizadas de esta zona han promovido la dotación de agua potable para sus localidades. Tanto en la zona rural como urbana se ha conseguido que casi todos los distritos cuenten con este vital servicio.
2. Vivienda.  
El Programa ha promovido varios proyectos habitacionales aprovechando la mano de obra de los miembros de la comunidad. En algunos casos se ha utilizado financiamiento de las instituciones gubernamentales de asistencia social y en otros, las

viviendas se han construido con fondos comunales. Hasta la fecha se han edificado caerca de 3.000 viviendas para personas de escasos recursos económicos.

3. Letrinización.

Antes del Programa había una carencia de letrinas en un 60% de las viviendas. Actualmente la zona está letrinizada en un 100%. Se ha formado una empresa, perteneciente a las comunidades organizadas, que administra una fábrica con el objeto de mantener cubiertas las necesidades de letrina de las viviendas nuevas.

4. Saneamiento ambiental.

Los Comités de Salud y los Responsables de Salud han promovido, casa por casa, el adecuado tratamiento de la basura.

5. Electrificación y teléfonos.

Las comunidades organizadas de la zona han contribuido con un aporte muy importante a la electrificación de las zonas rurales. Hace 10 años solamente había luz en las zonas más cercanas a los centros de los cantones; actualmente toda la zona está electrificada en un 90%. Las comunidades han contribuido en estas obras pagando parte de su costo.

En cuanto a teléfonos, esta zona tiene un nivel más alto de telefonía rural que el resto del país.

6. Carreteras y caminos de penetración.

Se han realizado grandes esfuerzos, en todos los cantones, para completar la pavimentación de sus carreteras y construir caminos de penetración. Estas obras han beneficiado principalmente a los habitantes de las comunidades más alejadas, que en la actualidad pueden desplazarse con mayor facilidad a los centros urbanos a utilizar los servicios que allí se encuentran.

7. Tenencia de la tierra.

El Programa ha promovido la creación de asentamientos campesinos, con el fin de beneficiar a los campesinos sin tierra, y les ha ayudado en su organización. Hasta ahora se han constituido 5 asentamientos y otros están en proceso de formación.

8. Creación de empleo.

Con la colaboración de varios líderes comunales, se ha promovido la creación de una cooperativa de leche que integra a productores de los cuatro cantones. Cuenta con la maquinaria para producir leche pasteurizada. Esta cooperativa abastece de leche a toda el área y a parte de la vecina provincia de Puntarenas.

También se han constituido tres cooperativas de caficultores y una fábrica para la producción de puertas y ventanas. Estas entidades constituyen una importante fuente de empleo para los habitantes de la zona.

Se ha creado además una cooperativa de turismo y se ha estimulado la producción de artesanía local, promoviendo su venta a través de exposiciones.

9. Alimentación y nutrición.

En el área cubierta por el Programa, prácticamente ha desaparecido la desnutrición infantil de tercer grado y los otros niveles de desnutrición han disminuido notoriamente. Esta ha sido la tónica general del país en los últimos años, pero en la zona de interés, la disminución es más importante. El Programa contribuyó, desde sus inicios, a promover huertas caseras, en coordinación con el Ministerio de Agricultura, para mejorar la alimentación de la comunidad. Así mismo el Programa fue pionero en el reparto de alimentos a las familias necesitadas de la localidad.

10. Al mejorar el nivel socio económico, el vestuario de la gente de la zona ha prosperado considerablemente; ya casi no se encuentran niños que no usen zapatos, tendencia que se ha reforzado con programas educativos acerca de la indispensabilidad de su uso para la prevención de enfermedades.

11. Educación.

Así como tradicionalmente se da prioridad a la medicina curativa sobre la preventiva, no se le da la importancia requerida a la educación para la salud. Es por eso que, dentro -

del contexto del Programa, se ha trabajado para hacer de la educación un factor imprescindible para lograr el desarrollo integral del individuo.

Las actividades educativas dentro del Programa incluyen:

Semanas educativas.

Se organizan en los lugares rurales dispersos, con una metodología innovadora que incentiva la participación artística de la comunidad en todos los planos. Durante la Semana se trabaja todos los días en tres niveles: en la mañana con los escolares, al mediodía con los maestros y líderes de la localidad, y en las tardes con toda la comunidad joven y adulta. Durante su desarrollo se presentan Cursos de Desarrollo Comunal, de Nutrición, de Educación Sexual y de Bienestar Familiar en los niveles mencionados. Además se imparten diferentes charlas. Todas estas actividades son complementadas con proyección de películas, diapositivas y entrega de material educativo.

Además de lo expuesto, se presenta todos los días, a modo de atracción una persona multifascética, prestidigitador, ventrílocuo, cantante, guitarrista, recitador, quien es representante de la comunidad y producto de la misma, con la asesoría del equipo de salud, entrega mediante cada una de sus representaciones, mensajes educativos. A él se le llama "el mago de la salud" y se constituye en la alegría de los niños y adultos.

Otras actividades de educación y capacitación incluyen:

Formación de Responsables en Salud.

Para ser consecuente con el postulado de participación comunitaria, el Programa ha capacitado Responsables en Salud en las diferentes localidades, para que colaboren activamente en el Programa, hasta el momento, el Programa de Medicina Comunitaria ha realizado siete cursos de Responsables en Salud.

Preparación de líderes para las Asociaciones de Desarrollo.

Se organizan dos cursos anuales solventados por la Unión Cantonal de Asociaciones de Desarrollo.

Semanas culturales y seminarios de información de la comunidad.

(con énfasis en desarrollo).

Dinámica diaria de las visitas domiciliarias de la enfermera, quien imparte directamente educación para la salud y estimula la organización popular.

Trabajo de educación para la salud dentro de las escuelas.

Se inició dentro de los años 1973 a 1975, con seminarios con los educadores de la zona para involucrarlos dentro del Programa. La actividad con los escolares se refuerza en las Semanas Educativas. Es importante señalar que este aspecto de educación para la salud es exclusivo del área programática, ya que no está cubierto para el resto de las escuelas del país.

3. Repercusión a nivel nacional e internacional.

a. A nivel nacional.

El Programa ha sido reconocido por los dos últimos gobiernos nacionales de distinta orientación ideológico-política, pues la integración de las dos instituciones que brindan servicios de salud que está generalizando a todo el país y que se iniciara con el gobierno anterior, estuvo inspirada en las realizaciones del Programa. Así mismo, la creación de 350 Puestos de Salud, para todo el país, también estuvo basada en el ejemplo - de los 44 Puestos de Salud del Programa, aún cuando aquellos dependen del Ministerio de Salud y no directamente de la comunidad como los del área.

Dentro de las políticas de la actual Administración ocupa un lugar preferencial la participación popular en la solución de los problemas comunitarios. Se ha escogido este Programa como modelo susceptible de ser repetido a nivel nacional como una forma de lograr desarrollo y salud. Es así como el Servicio de Salud Rural, de San Ramón, se ha convertido en un centro de entrenamiento para futuros líderes comunales, quienes reciben lec ciones en las aulas construidas por los pobladores del área programática; por otra parte el Programa recibe unos cien visitantes nacionales, como pro medio por mes, que quieren informarse de esta experiencia, y en muchos casos recibir asesoría para repetir el modelo en sus propias comunidades.

Así mismo, es importante señalar la influencia que ha tenido el Programa sobre la organización del Programa de Asignaciones Familiares, creado por el Gobierno en 1974 (financiado por un impuesto a las planillas de sueldos que pagan los empresarios) para asistir a los sectores más pobres de la población nacional. Dicho Programa ha trabajado en muchos de los renglones originalmente ensayados por el Programa de Medicina Comunitaria (agua potable, letrinización, vivienda, etc.)

Por otra parte, la experiencia del "Hospital sin Paredes", las metodologías desarrolladas, sus repercusiones en el campo teórico, son aportes valiosísimos recogidos por los centros del quehacer científico, Universidades e Institutos del país. Algunos de estos aportes ya han sido trasladados a las aulas de clase. El Proyecto es visitado constantemente por estudiantes de diversas disciplinas (Planificación, Promoción Social, Trabajo Social, Ciencias Sociales, Ciencias Médicas, etc.) por el interés que tiene como modelo de desarrollo regional equilibrado.

Hay varias investigaciones en curso o en etapa de planeamiento, sobre el modelo del "Hospital sin Paredes". Varios planes académicos de carreras universitarias se han nutrido de esta experiencia para su diseño, tal es el caso de las Escuelas de Planificación y Promoción Social, Medicina, Trabajo Social y otras.

Por último, aunque no de menor importancia, la concepción de la investigación científica, tal y como se lleva a cabo en el Programa (dirigida hacia problemas básicos que afectan a la mayoría de la población y sustentado en la estructura de información básica, generada por el propio Programa) ha tenido un importante efecto demostrativo para otros centros de investigación, por la alta calidad de los resultados obtenidos, mediante un aprovechamiento máximo de recursos escasos.

b. A nivel internacional.

El "Hospital sin Paredes" es uno de los primeros programas de este tipo a nivel latinoamericano. Goza de gran prestigio en el resto de los países del continente, lo cual se aprecia en un promedio mensual de 10 a 15 visitantes extranjeros que llegan a conocer sus logros y a solicitar ayuda para repetir la experiencia en sus propios países. Por otra parte, alguna de las investigaciones realizadas por el Programa han contado con

la participación de científicos extranjeros y cuentan con reconocimiento a nivel mundial por su aporte a la ciencia médica.

Este reconocimiento también se mide por la cantidad de Congresos y Seminarios a los cuales han sido invitados los miembros del Programa a exponer sus características.

Por su parte, la Asociación de Especialistas de Salud Pública de Estados Unidos escogió entre los programas existentes en América Continental, éste Programa de Costa Rica para ser evaluado en 1979.

Finalmente, el reconocimiento más claro corresponde al que ha hecho la Oficina Panamericana de la Salud, al decidir la instalación del Instituto Panamericano de Medicina Comunitaria en Costa Rica, utilizando el área programática como campo de trabajo.

#### 4. Investigación.

El Programa ha postulado que la investigación científica realizada en los países latinoamericanos debe ser operacional, es decir, estar orientada hacia los factores que mayor daño producen para buscar su solución y no puede gastar recursos humanos y económicos que no vayan a beneficiar a las grandes mayorías.

Dentro del contexto de un programa de medicina comunitaria la investigación se facilita por la gran cobertura de acceso de información y por otra parte, un Programa de este tipo necesita la investigación para lograr su superación y retroalimentación.

Algunas de las investigaciones realizadas dentro del Programa :

##### I. Investigación de Hepatitis.

Desde 1964 se realiza un estudio longitudinal sobre esta enfermedad, el cual ha permitido descubrir aspectos desconocidos y trascendentes internacionalmente como:

- a. Trasmisión no parental de la hepatitis B. Se probó la trasmisión de persona a persona.
- b. Transmisión de la hepatitis B. por la saliva.
- c. Aislamiento del virus de la hepatitis A. (Cepa C.R. 326) e inoculación al marmoset.

- d. Conocimiento del tercer virus, no A y no B (tipo C) como causante de la hepatitis viral.
- e. Estudio del rol de los portadores en la transmisión de la hepatitis B.

II. Investigación sobre el destino de los recién nacidos de bajo peso:

Dado que la mortalidad infantil en esta zona está dado en un 80% por niños que han tenido bajo peso al nacer, se ha considerado importante conocer los factores que explican esta condición de bajo peso y que determinan su evolución posterior.

III. Evaluación del estado nutricional de los menores de 6 años en el cantón de San Ramón.

En esta investigación se demostró que la desnutrición en el cantón de San Ramón es esencialmente calórica.

IV. Auditorías de fallecimientos de menores de un año por comunidad y equipo de salud con enfoque integral:

El objeto de esta investigación es conocer la epidemiología de la mortalidad infantil de la zona que cubre el Programa, para así poder construir un modelo causal socio biológico explicativo. La investigación además, pretende conocer los factores limitantes que se han detectado en las muertes que se consideran evitables, retroalimentando así operativamente el funcionamiento del Programa. En la auditoría se busca la participación activa de la comunidad para que ésta eleve su nivel de comprensión de las causas que producen las muertes infantiles que ocurren en ella.

5. Economía de recursos.

Es evidente que dentro del área se ha conseguido una mejor utilización de los recursos existentes. El Hospital cuenta con un presupuesto de ¢ 21.512.400.80 desglosado en ¢19.070.401.00 para la atención intrahospitalaria y ¢2.441.999.90 para la atención primaria a través de los Puestos de Salud.

Estos datos pueden compararse con los de otros hospitales del país, por ejemplo: uno tiene un presupuesto de ¢38.500.000 para atender 70.000 habitantes, y otro dispone de ¢35.000.00 para atender una población similar, lo cual muestra diferencias de ¢15.000 promedio para atender poblaciones menos extensas y sin contar con servicios extra-hospitalarios financiados por ellos (ya que el resto de los Puestos de Salud del país los financia directamente el Ministerio de Salud).

Este Programa demuestra a las claras que la política de los hospitales del tercer mundo, que gastan grandes sumas en la construcción de enormes hospitales y dan énfasis a la curación dentro de ellos, no está actuando de acuerdo al medio, sino como una copia de los países desarrollados. Se gasta en super operaciones con equipo carísimo, cuando afuera del hospital la gente se muere de enfermedades perfectamente prevenibles.

#### V. CONCLUSIONES.

En Costa Rica los programas de salud tienen un cubrimiento cercano al total de la población. Inscrito en esta realidad se ha desarrollado, desde hace 8 años, el llamado Programa "Hospital sin Paredes". Este es un programa de medicina comunitaria, que involucra al hospital del área, los Centros de Salud y los Puestos de Salud de atención primaria. Todos estos niveles trabajan funcionalmente como un todo, estrechamente vinculados a la comunidad organizada.

En esta forma de trabajo ha producido logros muy significativos para las personas, tales como: cambios de actitud mental que los llevan a la cooperación con sus semejantes y a organizarse en forma tal, que obtienen como resultado una mejor salud. Al mismo tiempo transforman su medio ambiente negativo en uno más positivo, promoviendo la instalación de agua potable, caminos, saneamiento ambiental, mejor vivienda, nutrición, un más justo reparto de la tierra y un mayor bienestar colectivo. Se mejora el nivel de vida e incentiva la investigación de los problemas sociales y enfermedades de las grandes mayorías.

Los hospitales en nuestro país y en general en América Latina consumen la mayor parte de los presupuestos en salud. Ellos les plantea el mandato de ser congruentes con la realidad nacional y apoyar desde su estructura más cara y compleja de salud, el desarrollo de las comunidades

de su área de atracción. De esta forma contribuyen al bienestar, liberación y justicia para la clase marginada de nuestros países en desarrollo.

La promoción de las comunidades y del ser humano como individuo, como integrante de una familia y como miembro de la sociedad en que se desenvuelve, es principio básico para poder llevar a cabo un programa de medicina comunitaria integral, con una cobertura del 100% de la población. Esta promoción se ha realizado motivando un cambio de actitud mental de las personas, con verdaderos estímulos, que los haga moverse hacia la búsqueda de la satisfacción de sus necesidades individuales, familiares y comunitarias. Se le ha hecho ver al campesino el valor que tiene dentro de la sociedad costarricense y que en su desenvolvimiento como tal, puede llegar a alcanzar más concreta y fácilmente sus metas, si la comunidad del poblado al que pertenece se organiza y se une. La unión les proporciona a los pobladores mayor fuerza para demandar del Estado lo que les debe suministrar y, sobre todo, para que ellos directamente las alcancen con la ayuda del Estado. Ha sido posible también que comprueben esto ellos mismos, después de unos años de organización y de trabajo, en una forma práctica, con la realización de obras que nunca creyeron posibles, como la construcción de Puestos de Salud, edificios regionales, acueductos rurales, caminos, etc.

El personal de salud debe trabajar con las comunidades y no para las comunidades, ya que el liderazgo positivo es necesario en la promoción y debe tener verdadero sentido humanitario. Este tipo de líder debe trabajar con personas de todos los credos políticos y religiosos.

En nuestros países latinoamericanos los hospitales de puertas cerradas deben cambiarse totalmente por un hospital abierto y preocupado por la comunidad que habita en su área de atracción. Unido a la acción del hospital están las medidas que se emprendan en los niveles extra-hospitalarios, donde se desarrollan actividades de salud, como consultas externas, Centros y Puestos de Salud y los hogares campesinos. Así mismo programando actividades de salud, haciendo partícipes a representantes de la comunidad de acuerdo a sus necesidades. Dichas áreas hospitalarias deben estar regionalizadas y en contacto con niveles de atención especializada más altos, hasta llegar al hospital universitario más completo, para brindar a todos los ciudadanos, por igual, la atención desde la más simple a la más elaborada.

Todo el personal de salud que trabaja en el área, en los diferentes niveles en que se realizan acciones de salud, deben valorarse al pueblo en un proceso educativo para promover la verdadera participación y organización comunitaria que los lleve hacia el bienestar.

Es de suma importancia el verdadero humanismo, con que los miembros del Equipo de Salud se acerquen a la comunidad, la familia y los individuos, tanto en el aspecto educativo, como al brindar algún servicio; ya que este trato es incentivo que promueve. Las comunidades participan con mayor entusiasmo cuando se les hace conocer sus avances en salud y ellos mismos comprueban sus beneficios.

La nueva metodología educativa que enseña divirtiéndose y que utiliza el arte, contando con gente de la propia comunidad entrenada adecuadamente, es muy importante para que los mensajes de salud y desarrollo lleguen en forma más clara y se graben con mayor profundidad.

También las visitas casa por casa, de las auxiliares de enfermería, en que se da educación por medio del diálogo, promueve al núcleo familiar a participar como tal en los programas y a que busquen solución a sus problemas.

Los estratos sociales marginados de nuestras comunidades rurales y urbanas periféricas, necesitan un trato diferente en su promoción. Además de las medidas anteriores, se hacen necesarios cambios profundos en la legislación social que garanticen a los ciudadanos igualdad de oportunidades para desenvolverse y, sobre todo, un ingreso económico mínimo suficiente para que la sociedad no siga produciendo marginalidad.

La auditoría médica, en que participa el Equipo de Salud, en conjunción con representantes de la comunidad, sirve para que una realidad como la muerte, induzca a analizar más profundamente sus causas, no solamente médicas, sino sociales, económicas o personales de la familia. Igualmente, delimitar la responsabilidad que le cabe a la sociedad como tal ante la muerte de cada ciudadano, pero sobre todo, el emprender iniciativas para que los menores puedan llegar al promedio de vida nacional al que tienen derecho. Esta auditoría de niños fallecidos de (cero) 0 a 1 año, y que actualmente tienen un 70% de autopsias, ha servido para unir al personal intra y extra hospitalario y a los representantes de la comunidad en un análisis de toda la problemática socio económica, que es la mayor

causante de estas muertes. Análisis que promueve el deseo de participar más intensamente para que haya más igualdad entre todos los habitantes del país.

Los profesionales y técnicos de nuestro país no han sido educados para este tipo de medicina, es hora de acentuar esa formación . El hecho de trabajar en programas comunitarios los promueve a sentirse parte de la sociedad y se ven exigidos ante las comunidades organizadas a una mayor responsabilidad ante sus semejantes.

Anexo 1

Costa Rica: Gasto presupuesto y de los Ministerios de Salud, Educación, Seguridad Pública y Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). para el año 1978. (millones de colones).

---

Entidad	Monto	Porcentaje
<u>TOTAL PRESUPUESTO</u>	6.832	100.0
Otras dependencias	2.822	
CCSS (otros gastos)	<u>933</u>	
	3.755	55.0
<u>TOTAL GASTO EN SALUD Y EDUCACION</u>	<u>2.937</u>	<u>43.0</u>
Ministerio de Salud	233	3.4
Ministerio de Educación	1.488	21.8
CCSS (gasto destinado a salud)	1.216	17.8
<u>TOTAL GASTO MILITAR</u>	<u>138</u>	<u>2.0</u>
Ministerio de Seguridad Pública	138	2.0

---

Fuente: Ley de Presupuesto Ordinario y Extraordinario de la República, Fiscal y por Programas para el ejercicio fiscal de 1978.

Costa Rica: Gasto total en salud y Producto Interno Bruto

Año 1978. (millones de colones).

---

Gasto total salud	1.726.1
Producto Interno Bruto	29.764.2 (+)
Porcentaje	5.8%

---

Fuente: Departamento Contabilidad Ministerio de Salud,  
Departamento Contabilidad C.C.S.S., Departamento  
de Planificación I.C.A.A., Banco Central.

(+) Cifras preliminares.

CONDICIONES DE LA SALUD EN COSTA RICA Y EN OTROS PAISES DE AMERICA LATINA

De todos los países de la Mesoamérica Continental, Costa Rica es el que presenta las condiciones más favorables en el campo de la salud.

La esperanza de vida al nacer, como su nombre lo indica, mide el número de años que, de acuerdo a las condiciones de vida del país, podría vivir cada recién nacido. Es este asunto de los indicadores de salud que se utiliza con mayor frecuencia para efectos de comparación entre países. A continuación se resumen tales indicadores para el período 1975 - 1980 y para cada país de América Latina.

AMERICA LATINA	63.5
A. CARIBE.	64.3
Barbados	70.5
Cuba	71.8
Guadalupe	70.7
Haití	50.6
Jamaica	70.6
Martinica	71.0
Puerto Rico	72.8
República Dominicana	60.2
Trinidad y Tobago	70.8
B. MESOAMERICA CONTINENTAL	63.9
Costa Rica	69.7
Guatemala	57.8
Honduras	57.1
México	65.5
Nicaragua	55.2
Panamá	69.6
C. AMERICA DEL SUR TEMPLADA	67.9
Chile	65.6
Argentina	69.4
Uruguay	69.5
D. AMERICA DEL SUR TROPICAL	62.7
Bolivia	50.7
Brasil	63.6
Colombia	62.1
Ecuador	60.0
Guyana	69.1
Paraguay	56.5
Suriname	67.2
Venezuela	66.4

El comportamiento de la esperanza de vida está en estrecha relación con la tasa de mortalidad infantil, la cual es considerada como el más fiel indicador del nivel socio económico de un país. Esta tasa mide la probabilidad de que un recién nacido fallezca antes de cumplir su primer año de vida. Para efectos de comparación se debe tomar muy en cuenta la integridad de los registros, considerando el hecho, ya comprobado de que, a menor nivel socio económico, mayor es la omisión en al inscripción de defunciones infantiles. Un número considerable de países ni siquiera cuentan con la información necesaria para el cálculo de la tasa.

Mortalidad infantil en algunos países de América Latina, 1975,1980

país	tasa por mil
Costa Rica	31+
El Salvador	99
Guatemala	93
Honduras	103
México	57
Panamá	41
Uruguay	48
Venezuela	40
Cuba	27
Chile	57

Fuente: Estimaciones proporcionadas por CELADE- San José.

+ Se ajustó el dato oficial del 28.1, aportado por el Ministerio de Salud, en base a la omisión estimada del registro de defunciones.

En Costa Rica la mortalidad que observan los niños de 1 a 4 años presenta condiciones relativamente favorables si se le compara con otros países de América Latina.

Tasas estimadas de mortalidad en la edad 1-4 años  
en algunos países de América Latina, 1975 -1980.

---

país	tasas por mil
Costa Rica	1.6
Colombia	5.4
Cuba	1.0
Chile	5.1
Guatemala	17.0
Honduras	13.2
Paraguay	4.8
Uruguay	2.5
Venezuela	2.7

---

Estimaciones de CELADE para 1975-1980.

En Costa Rica las dos principales causas de muerte desde 1975 son los tumores malignos y las enfermedades del corazón; en tanto que en el Salvador, Guatemala, Honduras, México y Nicaragua destacan como principales causas de muerte las enfermedades diarreicas, la influenza y la neumonía.

Mientras en Costa Rica por cada diez mil habitantes fallecen tres por enfermedades diarreicas, en Guatemala mueren por esas enfermedades 126 por diez mil, en El Salvador y en Honduras se registran 10 defunciones por esas causas por cada diez mil habitantes.

Las enfermedades transmisibles son las causas de mortalidad y de morbilidad que están más estrechamente ligadas al medio ambiente.

Considerando los países que integran la Mesoamérica Continental, únicamente Costa Rica y Panamá han mantenido erradicada la poliomelitis durante los últimos 6 años. La incidencia del sarampión se presenta en Costa Rica con niveles relativamente bajos con respecto al resto de los países de Mesoamérica Continental. A continuación se resumen las tasas respectivas, las que indican el número de casos nuevos de sarampión registrados en el año 1976 por cada diez mil habitantes:

PAIS	TASA DE INCIDENCIA
Costa Rica	8
El Salvador	18
Guatemala	6
Honduras	15
Nicaragua	6
México	4
Panamá	8

El registro de la difteria, tétanos y tosferina muestran una incidencia similar en todos los países que se comparan.

En cuanto a la tuberculosis, Costa Rica destaca por los bajos niveles de incidencia anotada. A continuación se da el número de casos nuevos registrados por cada diez mil habitantes:

PAIS	TASA DE INCIDENCIA
Costa Rica	3
El Salvador	8
Guatemala	10
Honduras	5
Nicaragua	9
Panamá	6

Un comportamiento similar se observa en el resto de las enfermedades transmisibles.

Las condiciones de salud de un país están vinculadas al nivel educativo de su población así como también a los recursos disponibles para su mejoramiento y grado de utilización de esos recursos.

El nivel educativo se muestra a continuación mediante los siguientes porcentajes de alfabetismo:

Costa Rica	92.0
El Salvador	59.5
Guatemala	47.3
Honduras	58.0
Nicaragua	52.6
México	76.3

De acuerdo a la información disponible, mientras Costa Rica informó en 1976 una razón de 3.6 camas hospitalarias por cada mil habitantes, El Salvador registra 1.4; Honduras 1.7; Nicaragua 2 y Panamá 3.7 camas de hospital por mil habitantes.

El número de médicos por cada diez mil habitantes correspondiente al año 1976 se da a continuación.

Nótese como Costa Rica está entre los países que exhiben el mayor índice.

Costa Rica	7.2
El Salvador	2.7
Guatemala	2.2
Honduras	2.4
México	8.0
Nicaragua	6.3
Panamá	7.9

En cuanto a la utilización de los recursos, se dan a continuación los indicadores que se calculan con mayor frecuencia para estos fines. Tales indicadores corresponden al año 1976 (última información disponible).

INDICES DE UTILIZACION DE HOSPITALES

1976

PAIS	GIRO DE CAMAS	ESTANCIA PROMEDIO	%DE OCUPACION
Costa Rica	37.7	6.6	68.6
Guatemala	20.2	11.4	63.0
Honduras	30.2	7.3	60.4
México	40.7	4.6	51.5
Nicaragua	34.5	7.5	70.8
Panamá	24.1	10.1	66.5

Giro de camas: número promedio de pacientes que pasan por cada cama anualmente.

Estancia promedio: número promedio de días que permanece hospitalizado cada paciente.

Porcentaje de ocupación: número porcentual de camas que permanecen ocupadas en el hospital.

Lista del resto de los anexos que incluía el documento  
enviado a Bélgica.

Anexo 3

- Consideraciones sobre la Integración Hospitalaria en Costa Rica.

Documento presentado por el Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier a una comisión del Poder Ejecutivo en 1962.

Anexo 4

- Investigaciones realizadas en el contexto del Programa de Medicina Comunitaria:

1. Epidemiologic investigation of an outbreak of infectious hepatitis in Costa Rica. American Journal of Epidemiology. 1966.
2. Hepatitis epidemic in a hiperendemic zone of Costa Rica. American Journal of Epidemiology. 1972.
3. Hepatitis associated antigen in a highly endemic area in Costa Rica. Gastroenterology Abstracts of papers. 1972.
4. Etiologic Relationship of Marmoset-Propagated C.R. 326 Hepatitis A Virus to Hepatitis in Man. Proceedings of the Society for Experimental Biology and Medicine. 1976.
5. Recovery of Hepatitis Agents in the Marmoset from Human Cases Occurring in Costa Rica. Proceedings....1973.
6. Role of saliva, urine and feces in the transmission of Tipe B Hepatitis. New England Journal of Medicine. 1974.
7. Hepatitis A. Aislamiento in vitro de un agente con raras propiedades de proliferación, en un caso clínico ocurrido en Costa Rica. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 1975.
8. A Specific Complement-Fixation Test for Human Hepatitis A Employing C.R. 326 Virus Antigen. Diagnosis and Epidemiology. Proceedings... 1975.
9. Specific immune Adherence Assay for Human Hepatitis A Antibody. Application to Diagnostic and Epidemiologic Investigations. Proceedings....1975.

10. Evidence for Viral Hepatitis other than tipe A or B among persons in Costa Rica. New England Journal of Medicine. 1975.
11. Inmunoglobinas aéricas en los tipos A y B de Hepatitis Viral. Centro Internacional de Investigación y Adiestramiento Médico de la Universidad del Estado de Louisiana. San José, Costa Rica. 1972.
12. Endemoepidemic non-parental type B Hepatitis in Costa Rica. The American Journal of the Medical Sciences. 1975.
13. Development and utilization of complement-fixation and immune adherence tests for human Hepatitis A virus and antibody. The American Journal....1975.
14. Seroepidemiologic investigations of Human Hepatitis Causes by A B and a Possible Third Virus. Primates in Medicine. 1978.
15. Development of Immunity Against Hepatitis A Virus by Subclinical Infection. Proceedings....1976.
16. Infectious Hepatitis (Hepatitis A) Research in non human primates. Reprint from the Bulletin of the Pan American Helth Organization. 1977.
17. Evidence that e-Antigen is not transmited with Hepatitis B infecction. The American Journal of Tropical Medicine an Hygiene. 1978.
18. e-Antigen and Age in Acute and Chronic Tipe B Hepatitis. Journal of Medical Virology. 1978.
19. Antibodies to Single-Standed DNA: An Aid in Diagnosis of Viral Hepatitis. Journal of Medical....1978.
20. Tests in Rufiventer and other Marmosets of Susceptibility to Human Hepatitis A Virus. Primates in Medicine 1978.

#### Anexo N°5

#### Lista de Congresos y Seminarios en los cuales el Programa ha tenido representación.

1. Experiencia de un Programa de Medicina Comunitaria. Seminario Centroamericano Teoría y Práctica de la Medicina CSUCA. Heredia, Costa Rica. Mayo de 1975.

2. Experiencia educativa del Programa de Medicina Comunitaria de la zona de San Ramón, Palmares, Alfaro Ruiz y Naranjo.  
Seminario Centroamericano Innovaciones en el campo de la metodología educativa informal a nivel popular sobre aspectos de vida en familia y sus determinantes socio-culturales. COF. Heredia, Costa Rica, del 12 al 17 de julio de 1976.
3. Algunas consideraciones del Programa de Medicina Comunitaria en relación a la política de planificación familiar.  
Conferencia: Recursos Humanos en la Planificación Familiar. Santo Domingo, República Dominicana, del 17 al 20 de octubre de 1976.
4. Nuevos alcances del Hospital sin Paredes Dr. Carlos L. Valverde Vega.  
LXII Congresos Médico Nacional de Costa Rica, del 24 al 27 de noviembre de 1976.
5. Programa Hospital sin Paredes que se desarrolla en el Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega y su área de atracción.  
X Aniversario de la Federación Brasileña de Hospitales y XX de la Federación de Hospitales del Estado de Minas Gerais. Brasil, diciembre de 1976.
6. Técnicas quirúrgicas utilizando peritoneo residual del sacio herniario en hernias inguinales indirectas.  
IX Congreso Hemisférico del Colegio Internacional de Cirujanos. San José, Costa Rica, del 7 al 12 de febrero de 1977.
7. Proyección de los departamentos del Colegio Internacional de Cirujanos, San José, Costa Rica, del 7 al 12 de febrero de 1977.
8. Consideraciones sobre el crecimiento y desarrollo del niño en la zona de San Ramón, Costa Rica.  
Seminario Centroamericano: Consideraciones histórico-sociales sobre el crecimiento y desarrollo del niño en Centroamérica. CSUCA. Heredia Costa Rica, del 4 al 9 de julio de 1977.
9. El Hospital proyectado a la comunidad y la comunidad al Hospital.  
II Congreso Latinoamericano de Hospitales, Tegucigalpa, Honduras, Octubre de 1977.

10. Proyecto de descentralización de los Servicios de Salud prestados por la CCSS y el Ministerio de Salud en Areas Hospitalarias Integradas, poniendo como ejemplo el Area de San Ramón.  
XVIII Congreso Médico Nacional de Costa Rica, 30 de noviembre al 3 de diciembre de 1977.
11. Proyección de las comunidades en el Programa de Salud Rural Hospital sin Paredes en Costa Rica. II Congreso Internacional de la Federación Mundial de Asociaciones de Salud Pública y LXIX Conferencia Anual de la Asociación Canadiense de Salud Pública. Halifax , Canadá, mayo de 1978.
12. La educación en salud como agente de cambio en el Programa de Salud en la comunidad de San Ramón.  
I Seminario Nacional de Educación para la Salud, San José, Costa Rica, del 26 al 29 de julio de 1978.
13. Participación de la comunidad en el nivel primario de la salud: factor importante para el desarrollo de los pueblos. OPS. Grupo de Trabajo: Desarrollo de Tecnologías apropiadas en el cuidado primario materno-infantil. Montevideo, Uruguay, del 8 al 27 de octubre de 1978.
14. La participación del Hospital como generador de desarrollo y bienestar humano en su área de atracción.  
I Congreso Latinoamericano de Hospitales.  
III Congreso Venezolano de Hospitales, Caracas, Venezuela, del 16 al 21 de setiembre de 1979.

Anexo No. 6

Reglamento de Hospitales; Ministerio de Salud, Costa Rica.

Anexo No. 7

Reportes Estadísticos Anuales del Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega, correspondiente a los años: 1974, 1975, 1976, 1977, 1978.



