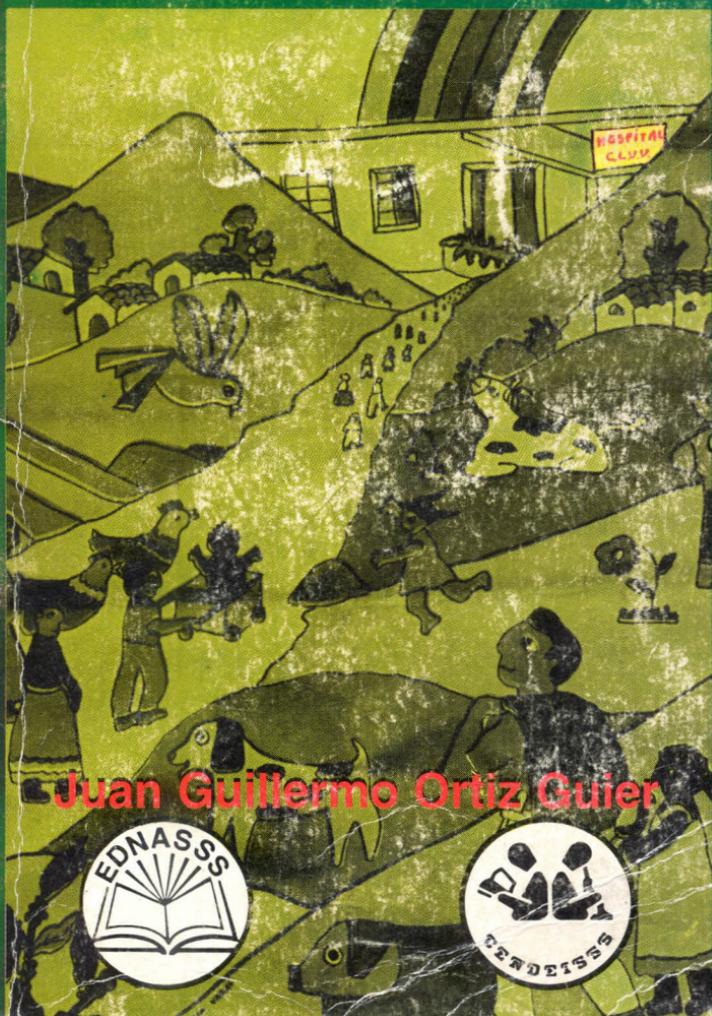


RESEÑA HISTORICA DEL HOSPITAL

DE CIO JUIS VALVERDE VEGA

DE 077r

HOSPITAL SIN PAREDES



Juan Guillermo Ortiz Guier



**Reseña histórica del  
Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega  
de San Ramón**

***HOSPITAL SIN PAREDES***

**Juan Guillermo Ortiz Guier**

ESTIMADO LECTOR,  
PROTEJA NUESTROS LIBROS,  
SON PARA USTED Y LAS  
FUTURAS GENERACIONES.



# INDICE

<i>Presentación</i> .....	7
<i>Dedicatoria</i> .....	11
<b>CAPITULO I</b>	
<i>Historia de la planta física y de la organización</i> .....	15
<b>CAPITULO II</b>	
<i>Desarrollo, descripción, proyección del Hospital sin Paredes</i> .....	57
<b>CAPITULO III</b>	
<i>Integración, investigación y docencia</i> .....	95
<b>CAPITULO IV</b>	
<i>El hospital, la comunidad y su área de atracción</i> .....	107
<i>Bibliografía</i> .....	125
<i>Anexo I</i> .....	129
<i>Anexo II</i> .....	137
<i>Anexo III</i> .....	141
<i>Anexo IV</i> .....	147

# PRESENTACION

Durante el siglo XX, una vez lograda la independencia política de España, Costa Rica experimentó un proceso hacia la búsqueda de alternativas de organización interna y, concretamente, hacia la formación y consolidación del estado nacional. Esto se logra con base en el desarrollo del café, con lo cual se da la incorporación del país al mercado internacional, a partir de 1840.

Para lograr el fortalecimiento de nuestro estado a través de los años, ha sido fundamental el desarrollo de sus instituciones, cuyo fin primordial es el de brindar bienestar a los ciudadanos.

Precisamente, en el marco de acción de las políticas del estado costarricense, han sido prioritarias las instituciones encargadas de brindar atención sanitaria pública y seguridad social, que significa proteger y dar bienestar a los ciudadanos y mejorar sus condiciones de vida.

A partir de 1941, con la creación de la Caja Costarricense de Seguro Social, la seguridad social se convierte en uno de los aspectos más trascendentales de la vida nacional, pues a ella le debemos buena parte de la paz social que disfrutamos. Indudablemente, los seguros sociales han situado nuestro país en un lugar destacado, por los índices de salud alcanzados, a pesar de nuestras limitaciones como nación dependiente y subdesarrollada.

En realidad, la medicina social costarricense ha tenido un avance extraordinario, gracias a la excelencia médica, científica, técnica y administrativa de sus componentes y, como culminación exitosa de todo este auge científico, se encuentra ya institucionalizada la práctica exitosa de los trasplantes de órganos, que es la parte de la medicina de más compleja especialización.

Para comprender mejor la excelencia científica e institucional, ésta se debe enmarcar dentro de un proceso que se inicia formalmente con la fundación del Hospital San Juan de Dios y la Junta de Caridad, en 1845; sigue con el sistema hospitalario nacional, provincial y cantonal; posteriormente, con la creación de la Secretaría de Salubridad, en 1927, y el Banco de Seguros, en 1924, y se consolida con la creación de la Caja Costarricense de Seguro Social, en 1941, institución que asume la rectoría de la seguridad social por derechos y méritos propios.

Es digna de mencionar y destacar la participación que han tenido todos los hombres y mujeres que, con su esfuerzo y generoso aporte, han hecho posible que los costarricenses estemos protegidos contra la enfermedad y otras contingencias, y gocemos de atención óptima en salud y seguridad social.

Obviamente, la historia de nuestro país está asociada a la historia de sus instituciones; por tanto, rescatar la historia de estas últimas es una tarea muy grata y beneficiosa, máxime si están relacionadas con el aspecto sanitario y de salud en general.

En la historia de los centros de salud se encuentra inmersa buena parte de nuestra idiosincrasia y de nuestro comportamiento, ya que se trata de la historia de los seres humanos que han acudido a ellos en busca de sus servicios, así como de la historia de sus funcionarios.

La historia, de acuerdo con Marc Bloch, es la ciencia que estudia las transformaciones de las sociedades humanas en el tiempo. La evolución de las casas de salud es el fiel reflejo de eso, porque se trata de todos los individuos que, en el transcurso del tiempo, han estado en hospitales, donde la conducta humana se transforma o modifica.

El Comité de Premios Institucionales de la Caja Costarricense

de Seguro Social, consciente de la importancia de comprender el pasado para poder comprender el presente y el futuro, ha patrocinado el concurso "Reseña Histórica de Hospitales". La **Reseña histórica del Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega de San Ramón**, del Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier, corresponde al trabajo que obtuvo el tercer lugar en dicho certamen, en 1992.

*Lic. Carlos Eduardo González Pacheco*  
Comité de Premios Institucionales  
Caja Costarricense de Seguro Social

# **Dedicatoria**

La primera parte de este libro fue posible realizarla gracias al valioso documento **Reseña de la historia hospitalaria de San Ramón**, publicado en 1957, por el señor Arnulfo Carmona Benavidez, exadministrador del Instituto Materno Infantil Carit, y de los hospitales Dr. Carlos Luis Valverde Vega, San Juan de Dios y Neurosiquiátrico; exmunícipe, exdiputado, exministro de Seguridad y exejecutivo de la Junta de Protección Social de San José.

La otra parte está basada en la experiencia de una gran parte de mi vida (de 1954 a 1986), dedicada al Hospital Carlos Luis Valverde Vega de San Ramón y al "Programa Hospital Sin Paredes", proyecto que no hubiera sido posible realizar sin el apoyo de las comunidades de los cantones de San Ramón, Palmares, Naranjo, Alfaro Ruiz y Valverde Vega, de todos los compañeros y compañeras y del equipo de trabajo intra y extrahospitalario. Tampoco se hubiera podido concretar dicho proyecto, sin la participación de diversos gobiernos; merece especial mención el de don José Figueres Ferrer (1970-1974), por medio del ministro de Salud, Dr. José Luis Orlich, quien dio el visto bueno a las gestiones que hicimos con las comunidades para conseguir recursos, nos permitió establecer una coordinación entre la jefatura de los centros de salud del área y el hospital, y nos apoyó en la creación de los primeros puestos de salud.

También colaboró en forma destacada el gobierno de don Daniel Oduber Quirós (1974-1978) que creó la Ley de Asignaciones Familiares para dar contenido económico al Programa de Nutrición Infantil de las escuelas y al Programa de Salud Rural y Comunitaria a nivel nacional, pero que se tergiversó posteriormente para atender otras necesidades, como vivienda, en vez de continuar atendiendo la primera necesidad, o sea, la salud y la nutrición de los niños costarricenses.

Con orden de don Daniel Oduber, también, pude escoger al Dr. William Vargas González como Jefe de Salud Rural a nivel nacional y con la venia del señor ministro, el Dr. Vargas efectuó una magnífica labor. Al mismo tiempo, su Ministro de Salud, Dr. Hermán Weinstok, promovió puestos de salud para el resto de Costa Rica, tomando nuestra experiencia como modelo. Para ello, don Daniel había enviado al Dr. Weinstok a San Ramón, apenas pasaron las elecciones, durante dos semanas para que se informara bien de nuestro programa.

También, debe recordarse la administración de don Rodrigo Carazo Odio, la cual, por medio de su Ministerio de Salud, llevó nuestro tipo de organización a más de cincuenta cantones del resto del país, con la participación de nuestros líderes comunales en salud.

En San Ramón, las Juntas de Protección Social que actuaron de 1950 a 1984, presididas por don Rodrigo Valverde Vega (salvo dos años en que no fungió), fueron clave del éxito, por el respaldo sin límites que le dieron a la dirección del Programa Hospital Sin Paredes y por la desconcentración económica y administrativa que se tuvo durante esos años. (En 1984, sin embargo, fue nombrada una nueva Junta, con el objeto de trasladar el Hospital de San Ramón a la Caja Costarricense de Seguro Social). Posteriormente, ha correspondido al Ministerio de Salud y a la Caja Costarricense del Seguro Social, a partir de 1986, continuar con estos programas.

Hoy corresponde a la Caja, en su cincuentenario, editar este libro, con base en el concurso que realizó sobre historia de los hospitales en el país. Es mi deseo que con esta recopilación se promueva más hondamente este Programa -que está enraizado en las comunidades, en los puestos y centros de salud-, para que en un futuro, verdaderamente se descentralicen nuestras instituciones de salud y obtengan su propia autogestión, desarrollo y la autoridad necesaria, para el mejoramiento de la salud y el progreso de nuestra querida patria.

Dedico este libro a mis abuelos, a mis padres, a mi familia, a mis hijos, a mis hogares a lo largo de mi vida, en especial a quien fue mi abnegada esposa durante la vigencia del Programa, Virginia Ortiz Jiménez, a mis maestros de enseñanza primaria, secundaria y universitaria que me formaron y me dieron una inspiración basada en principios cristianos y humanitarios, para proteger y amar al prójimo; y a todos mis compañeros y compañeras de trabajo y a la comunidad.

# CAPITULO 1

## **HISTORIA DE LA PLANTA FISICA Y DE LA ORGANIZACION**

## HISTORIA DE LA PLANTA FISICA

El cantón de San Ramón se constituyó por decreto del 19 de enero de 1844, firmado por don José María Alfaro. El 17 de enero de 1876, se pagó al Dr. José Ramón Boza, la suma de 50 colones, lo que hace suponer que éste fue el primer médico del pueblo. Después, y hasta 1954, la atención sanitaria estuvo en manos de empíricos.

En 1885, la Municipalidad local autorizaba el pago de los medicamentos que el Dr. Moisés Castro prescribía. En 1886, el jefe político y algunos regidores propietarios, como don Procopio Gamboa y don Alfonso Mora, según actas municipales, recibieron un telegrama del gobernador de la provincia de Alajuela para que se vacunara contra la viruela.

En ese mismo año, se promueve la creación del hospital, según acuerdo de la Municipalidad. Se resuelve nombrar una comisión, compuesta por el Pbro. Manuel Hidalgo y don Pedro Urrutia, para que elabore un presupuesto voluntario con el aporte de los vecinos del cantón y una lista de ciudadanos contribuyentes.

El 1 de octubre de 1891, la Municipalidad presenta al gobierno, la necesidad de que en la Villa exista un médico para que atienda a los pacientes.

En 1896, se creó la primera Junta de Caridad para la Villa de San Ramón, cuyos miembros fueron nombrados por el jefe político. Formaban parte de la Junta de Caridad: don Alfredo Rodríguez, don Concepción Valenciano, don Alfonso Mora, don Ramón Salas y don Manuel Campos.

El primer hospital que existió en San Ramón fue abierto al servicio público en el año 1896, o sea que dentro de dos años cumplirá un siglo. Estuvo situado frente al actual Colegio Patriarca San José, en donde se encuentran varias casas construidas por el INVU. Consistía en una casa de tres

cuartos y fue equipado con camas y muebles donados por los vecinos; era atendido por las enfermeras Ermelinda Mora y Rita Campos y los primeros pacientes que ingresaron a dicho centro fueron el señor José Chacón y una señora llamada Tiburcia, que padecía de parálisis.

Hacia fines de 1899, en vista de que los pacientes ya no cabían, este primer hospital (en cuyo sitio existe hoy una placa en su recuerdo, colocada para la celebración del centenario de San Ramón) fue trasladado a otra casa más amplia, que contaba con cuatro cuartos y se le pusieron 15 camas. Esta casa estaba ubicada donde fue el Cine Jeet y actualmente se edifica un gran supermercado. El médico del pueblo parece que era el Dr. Carballo. En este sitio se le amputó un brazo al señor Marcelino Lobo, en 1904. Se trataba de la primera cirugía de este tipo, la cual fue dirigida por el Dr. José Cabezas, quien provenía de la ciudad de Alajuela; como anestesista, actuó doña Gregoria Miranda.

Para la construcción del hospital, se hicieron tres turnos (ferias) y, al fin, el 5 de agosto de 1906, el centro se inauguró con el nombre de San Vicente de Paúl. De inmediato se nombró una comisión formada por varias respetables señoras de la localidad para que se hicieran cargo de su administración. En una sesión municipal del año 1913, se nombró como obstétrica a la Sra. Hermelinda Mora de Morera, a quien se le pagó una suma de 15 colones por mes. Fue ella quien atendió el parto de la esposa del Dr. Mariano Figueres, bajo la supervisión de él mismo. El niño se llamó José Figueres Ferrer.

En 1920, la situación del hospital era insostenible, y don Nautilio Acosta y Nicolás Orlich presentaron al Congreso Nacional un proyecto de ley que fue aprobado en la siguiente forma:

**“Ley No. 55. El Congreso Constitucional de la República de Costa Rica, considerando:**

*Que el Hospital San Vicente de Paúl de San Ramón, a pesar de la buena voluntad y el generoso desprendimiento de los habitantes de aquella ciudad está sin terminar su*

*construcción; que es utilísimo, no sólo a los habitantes de San Ramón sino a los otros cantones vecinos, que por la enorme distancia que los separa de Alajuela, encuentran allí toda clase de atenciones y sus entradas son muy exiguas, que apenas puede recibir un número determinado de pacientes.*

**Decreta:**

*Artículo 1o.: Destínase para el sostenimiento del hospital establecido en la ciudad de San Ramón la suma de veinte céntimos de colón por cada litro de alcohol, aguardiente y demás licores del país que se expendan en la Agencia de la Fábrica Nacional de Licores de aquella ciudad.*

*Comuníquese al Poder Ejecutivo.*

*Dado en el Salón de Sesiones del Congreso Constitucional. Arturo Volio, Presidente; F. Montero Barrantes, Primer Secretario; G. Matamoras, Segundo Secretario. Ejecútese."*

El Hospital San Vicente de Paúl continuó sus servicios, pero desgraciadamente fue destruido por el terremoto del mes de marzo de 1924. Sin embargo, el espíritu emprendedor de nuestro pueblo surgió de nuevo y, con el aporte de los vecinos, con la ayuda de diferentes instituciones locales y nacionales, poco a poco se fue levantando otro hospital, llamado Nicolás Orlich; luego, por gestiones y trabajos muy personales del Dr. José Angel Coto Garbanzo, el centro se equipó de un buen instrumental quirúrgico.

La consecución de un facultativo que quisiera trabajar en un lugar distante de la capital siempre fue una ardua tarea. En 1934, ningún médico quería hacerse cargo del hospital. Por ello, el Dr. Carlos Luis Valverde Vega ofreció venir desde San José, una vez por semana, para auxiliar a sus coterráneos. En la sesión del 13 de octubre de 1934, la Municipalidad tomó el siguiente acuerdo:

*"En atención a que el Dr. don Carlos Luis Valverde Vega, domiciliado en San José, en vista de las dificultades por las que atraviesa la Junta de Caridad de aquí, con la carencia de servicios*

médicos en el hospital de esta ciudad, ha ofrecido hacer una visita semanal gratuita a este establecimiento de beneficencia para remediar en parte esa necesidad, se acuerda pasarle una atenta comunicación al referido doctor Valverde Vega, dándole las gracias por su generoso ofrecimiento."

El edificio del Hospital Nicolás Orlich fue construido de bahareque, motivo por el cual se fue deteriorando rápidamente, lo que vino a traer nueva inquietud, por lo que los dirigentes locales decidieron que debía construirse uno que llenara satisfactoriamente todas las necesidades de la población, y con criterios técnicos. En virtud de esto, en el año 1938, el diputado don Eliseo Gamboa Villalobos presentó a conocimiento del Congreso, el proyecto de ley que seguidamente se expone:

*"Proyecto.*

*Congreso Constitucional.*

Desde el año 1924, el cantón de San Ramón viene luchando por la construcción de un hospital, destruido totalmente en el terremoto del 4 de marzo de 1924. Durante catorce años, mediante el esfuerzo de diferentes Juntas de Caridad y la ayuda de los vecinos, poco a poco se ha ido levantando un edificio que cuenta actualmente con un buen salón de cirugía y demás accesorios, que prestan grandes servicios no sólo a San Ramón, sino también a los cantones vecinos, como Palmares, que acuden en todo momento a buscar en este hospital medicinas y alivio para sus males físicos. Con la construcción de la nueva carretera que hará de San Ramón un punto terminal, automáticamente crecerá la afluencia de enfermos a este lugar, por ser este el centro de una gran región apartada de las cabeceras de provincia; y por existir allí una Unidad Sanitaria con dos médicos oficiales y con medios necesarios para curar a los enfermos y operarlos si fuere necesario. Pero tales facilidades de que puede disfrutar la comunidad reclaman también a medida que se ensancha el progreso y las actividades sociales, una mayor amplitud del edificio que actualmente sirve de hospital.

CIO  
382.11  
O. 77r

*Según los datos estadísticos suministrados por la Unidad Sanitaria, la Clínica Prenatal tiene en observación 156 casos de embarazadas, en su mayoría deben ser atendidas en el hospital por ser personas pobres.*

*La Clínica Infantil controla actualmente 864 niños de los cuales la mayoría deberán hospitalizarse, necesidad urgente que no se puede remediar por carecer el hospital de un pabellón para niños.*

*En vista de tales razones que os he expuesto, que son de imperiosa necesidad, os propongo el siguiente proyecto de ley:*

**Artículo único:**

*Ampliase el presupuesto del presente año de la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social, en la suma de treinta mil colones, para la construcción de un Salón de Maternidad y un pabellón para niños. Mayo 26 de 1938.*

**Eliseo Gamboa  
Diputado."**

117031

(Publicado en La Gaceta del 29 de mayo de 1938, página 1098)

*Este proyecto de ley fue acogido favorablemente por la Comisión de Salubridad, la cual, en el último párrafo de su dictamen, dice: "Estas son las consideraciones que ha tenido la Comisión para recomendar el proyecto, y así tiene el honor de someterlo al Congreso, con la única modificación de que se eleve a cuarenta mil colones la suma para emprender la obra, que nos parece más exacta para poner en condiciones de trabajo, con miras a futuras actividades. Sala de Comisiones, San José, 28 de mayo de 1938. Rafael Angel Calderón Guardia, Ricardo Moreno Cañas, José Angel Coto Garbanzo."*

(Publicado en La Gaceta del 4 de junio de 1938, No.124, pag. 1157.)

El decreto para esta ley fue dado el 17 de junio de 1938 por

CI  
302.11  
O. 77r

*Según los datos estadísticos suministrados por la Unidad Sanitaria, la Clínica Prenatal tiene en observación 156 casos de embarazadas, en su mayoría deben ser atendidas en el hospital por ser personas pobres.*

*La Clínica Infantil controla actualmente 864 niños de los cuales la mayoría deberán hospitalizarse, necesidad urgente que no se puede remediar por carecer el hospital de un pabellón para niños.*

*En vista de tales razones que os he expuesto, que son de imperiosa necesidad, os propongo el siguiente proyecto de ley:*

**Artículo único:**

*Ampliase el presupuesto del presente año de la Secretaría de Salubridad Pública y Protección Social, en la suma de treinta mil colones, para la construcción de un Salón de Maternidad y un pabellón para niños. Mayo 26 de 1938.*

**Eliseo Gamboa  
Diputado."**

127031

(Publicado en La Gaceta del 29 de mayo de 1938, página 1098)

*Este proyecto de ley fue acogido favorablemente por la Comisión de Salubridad, la cual, en el último párrafo de su dictamen, dice: "Estas son las consideraciones que ha tenido la Comisión para recomendar el proyecto, y así tiene el honor de someterlo al Congreso, con la única modificación de que se eleve a cuarenta mil colones la suma para emprender la obra, que nos parece más exacta para poner en condiciones de trabajo, con miras a futuras actividades. Sala de Comisiones, San José, 28 de mayo de 1938. Rafael Angel Calderón Guardia, Ricardo Moreno Cañas, José Angel Coto Garbanzo."*

(Publicado en La Gaceta del 4 de junio de 1938, No.124, pag. 1157.)

El decreto para esta ley fue dado el 17 de junio de 1938 por

Juan Rafael Arias, Presidente; Hernán Chacón Jinesta, Primer Secretario; Carlos Jinesta, Segundo Secretario; el ejecútese, por don León Cortés Castro. (Publicado en La Gaceta del 23 de junio de 1938. No.139. pág.1.)

Don Eliseo Gamboa, por iniciativa propia, presentó un segundo proyecto de ley tendiente a favorecer la comunidad de San Ramón. Este proyecto dice así:

*“Congreso Constitucional:*

*El 26 de marzo tuve el honor de someter a vuestra consideración un proyecto de ley para ampliar en 30.000 colones la partida de Secretaría de Salubridad Pública, para construir un salón de maternidad y un pabellón para niños en el hospital San Ramón. El proyecto tuvo cordial acogida por la Comisión de Salubridad integrada por los representantes, señores Coto, Calderón Guardia y Moreno Cañas, de gratísima memoria para los costarricenses.*

*Contiene el proyecto en su exposición, datos estadísticos del movimiento alcanzado, que en realidad es digno de cooperación del Estado, sobre todo, cuando en este caso, se han agotado los medios que ha tenido la ciudad de San Ramón para ir dotando a su hospital de todos los implementos necesarios y los anexos indispensables a un edificio de su género.*

*Estas son las consideraciones que ha tenido la Comisión para recomendar el proyecto y así tuve el honor de recomendarlo al Congreso, con la única modificación de que se elevara a cuarenta mil colones la suma para emprender la obra.*

*Desgraciadamente, el objeto primitivo que perseguía tan noble finalidad, hubo de tomarse por la realidad de las circunstancias, no en el elevamiento de un Salón de Maternidad y un Pabellón de Niños, sino en la iniciación de un nuevo edificio para hospital.*

*Ingenieros de la Dirección de Obras Públicas examinaron el edificio actual y declararon que su estado era ruinoso, anunciando que si no se destruía y se construía uno nuevo, el peligro para los enfermos y personal que atiende aquel Centro de beneficencia era inminente. Así lo reconoció la Junta de Caridad cuando se vio precisada a ordenar la demolición del actual edificio y a iniciar la construcción de uno nuevo, sirviéndose para ello de los cuarenta mil colones que autorizó el Congreso el año pasado. Tiene el hospital de San Ramón hoy día un enorme movimiento, por el auge que ha tomado aquel cantón con la llegada de la nueva carretera. Enfermos de todos los cantones circunvecinos llegan a curarse allí. Los datos de entradas y salidas, operaciones realizadas, exámenes de laboratorio practicados en la Unidad Sanitaria, etc., etc., son una prueba evidente de los grandes beneficios que presta a la comunidad este hospital. Por los motivos expuestos os propongo el siguiente proyecto de ley:*

**El Gobierno decreta:**

**Artículo único:**

*Amplíase en 60.000,00 colones la partida correspondiente a la Cartera de Fomento para continuar la construcción del hospital de San Ramón. Dado en San José, 16 de mayo de 1939. Eliseo Gamboa."*

(Publicado en La Gaceta No.112 del 20 de mayo de 1939)

Este segundo proyecto, como el anterior, gozó de las simpatías de la respectiva comisión, por lo cual ésta, que estaba formada por los señores Dr. José Angel Coto Garbanzo, don Jorge Peralta O., y J. Miguel Jiménez S., se sirvió "*recomendarlo con entusiasmo*", según La Gaceta No. 114, del 28 de junio de 1939. Y en La Gaceta No. 167, del 26 de julio de 1939, aparece el ejecútese rubricado por don León Cortés y por el Secretario de Estado en el Despacho de Hacienda, don Evelardo Gómez.

Así las cosas, en la administración de León Cortés se demolió el antiguo Hospital Nicolás Orlich y se dio principio a la nueva construcción, siempre con el mismo nombre, que fue

planeada en el Ministerio de Obras Públicas. Las paredes eran de cemento armado y de magníficos materiales y las cerchas eran todas de hierro. Desgraciadamente, una vez terminada la administración Cortés, se paralizó la obra y nunca fue concluida. Quedó en servicio únicamente el ala derecha del edificio y se ocupó, además, la cirugía del hospital viejo, que había sido construida, como se dijo en ocasión anterior, por iniciativa del Dr. José A. Coto. En el informe de labores que lleva como título **Cuatro años de la administración Cortés. 1936-1940**, en la página 58, puede leerse lo siguiente:

*“La Unidad Sanitaria de San Ramón apenas ha sido techada recientemente, su aspecto exterior, su disposición interior, en toda la planta del edificio que será uno de los mejores acondicionados y de mayor belleza arquitectural entre los de su género. Su costo hasta la fecha es de 87.047,00 colones. Se espera que en el curso de este año esa construcción estará en condiciones de abrir sus puertas al público.”*

Pero no fue así. Las siguientes administraciones paralizaron los trabajos, y, peor aún, materiales que habían quedado en bodega fueron trasladados hacia otros lugares. La situación económica por la que atravesaba la Junta de esos años era angustiosa como puede verse en seguida.

Siendo presidente de la Junta de Protección Social, don Aquileo Orlich, ésta acordó, en el artículo No.6 de la sesión del 17 de diciembre de 1944:

*“Unánimemente en vista de la muy angustiosa situación que confronta esta Junta en cuanto a las subvenciones del Gobierno sin pagar y vencidas, se resuelve dirigirse al señor Presidente de la República poniendo en su conocimiento este hecho y manifestándole en forma categórica que “esta Junta está considerando seriamente el cierre del hospital para el primero de enero, si antes no son giradas las subvenciones correspondientes”. Agregar también a Sr. Presidente que la Junta ha hecho gestiones, tanto ante la Secretaría*

de Salubridad Pública y Protección Social como ante el señor Secretario de Hacienda, quien no se ha dignado contestar la carta y telegrama que se le enviaran, que la situación de la Junta es ya insostenible, tanto por la carencia de crédito como porque no tiene con qué solventar sus necesidades más perentorias como son el pago de empleados, compra de víveres, suministro de medicinas, ropa de cama, etc., etc. Agregarle asimismo al Señor Presidente en forma respetuosa "que se sirva decirnos si el Gobierno no puede girarnos estas subvenciones antes de este mes, para dar el aviso y cesantía y cerrar el hospital el 1 de enero..."

Artículo 7 de la misma sesión:

Con noticias de que llegó una orden de la Dirección General de Obras Públicas, para que el guarda del hospital entregue a los camiones de Fomento 30.000 ladrillos, se acuerda en forma unánime respaldar el telegrama que nuestro Presidente don Aquileo Orlich dirigió a la Secretaría de Fomento y elevar, en forma escrita, una enérgica protesta ante el señor Presidente de la República por este hecho que ha levantado una verdadera polvareda en la localidad. Decirle al señor Presidente que, esta Junta ve con dolor que de un tiempo a esta parte está siendo víctima de un verdadero despojo, pues del hospital en construcción se han llevado, de orden de la Dirección de Obras Públicas, madera, implementos eléctricos, hierro, etc. Agregarle también que la decisión de la Secretaría de Fomento, al quitarnos el ladrillo que necesitamos para terminar de construir el hospital, ha levantado una ola de protestas entre el vecindario ramonense. Terminar finalmente esta comunicación diciéndole al señor Presidente que: Nosotros que somos leales a Usted ponemos en su conocimiento respetuosamente este hecho en la seguridad de que Usted dará las órdenes para la cancelación de esta injusticia."

A pesar de la preocupación de esta Junta y de toda su buena voluntad manifiesta, no fue posible en ninguna forma solventar la situación apuntada, y los trabajos para finalizar la construcción del hospital nunca fueron reiniciados.

No fue sino hasta el 3 de julio de 1948 que la nueva Junta, presidida por don Romano Orlich, comenzó a interesarse por

la conclusión del edificio y, en el artículo sexto de la sesión de ese día, se faculta a don Romano para que “converse con el señor Ministro de Obras Públicas sobre la terminación del edificio que fue dejado por el anterior Gobierno en completo estado de abandono”. En la sesión del once de ese mismo mes, don Romano informa a sus compañeros de Junta que “tanto el Dr. Blanco Cervantes como el Ministro Orlich B., lo recibieron, informándole el segundo que la Junta de Gobierno de la Segunda República y él particularmente, están verdaderamente empeñados en terminar el edificio en construcción, haciendo un hospital grande de zona para cubrir las necesidades de los cantones cercanos; agrega que el señor Ministro de Salubridad le manifestó que estaba muy bien dispuesto en servicio de los justos intereses de San Ramón”.

Por diferentes razones, esta última Junta se desintegró antes de un año de labores y fue así como en La Gaceta del 15 de marzo de 1949, y por acuerdo No. 103 del 15 de febrero de ese mismo año, se constituyó la siguiente Junta de Protección Social de San Ramón: Presidente, don Rodrigo Valverde Vega; Secretario, don Trino Echevarría Campos; Vocales, don Ernesto Caballero, don Ramón Herrera O. y don Juan Rafael Zúñiga Picado; Suplentes, don Jorge Mora Bustamante y don Teodoro Barrantes Villalobos; don Rodrigo Valverde, don Juan Rafael Zúñiga y don Teodoro Barrantes, quienes habían pertenecido a la Junta anterior. En el período comprendido entre 1949 y 1957 habían prestado servicio en la Junta los siguientes señores: D. José Alpízar Barrantes, don Arnulfo Carmona Benavides, don Alaín García Gamboa, y los señores Dagoberto Salas Guzmán, don José Valenciano Madrigal, don Mario Salazar Mora y don Rafael Caballero M.

Cupo a estas personas el privilegio de dotar a San Ramón de un grande y moderno hospital.

En sesión extraordinaria de esta Junta, el 23 de marzo de 1949, con la asistencia del señor Ministro de Salubridad

Pública, Dr. Raúl Blanco Cervantes, el señor Director General de Asistencia Médico Social, Dr. Fernando Escalante Pradilla, el Director del Hospital, Dr. Teodoro Evans C. y don Eduardo Losilla G., Tesorero de la Junta, se escribe lo siguiente en el acta respectiva:

*“Luego de un cambio largo de impresiones, el Dr. Blanco Cervantes y el Dr. Escalante Pradilla manifiestan que “es de felicitar a esta Junta por el cuidado y acuciosidad con que manejan los asuntos; es de felicitarla doblemente por la economía y amplio espíritu de servicio con que todos y cada uno de los miembros actuales ha cumplido con su deber. Agrega el señor Ministro que es conveniente llegar a algún arreglo con la Junta de Protección Social de Palmares para que pague a la de aquí por lo menos el valor de una estancia. Que el Gobierno ofrece por su medio a la Junta de San Ramón su más completo apoyo; que su interés y el de los demás compañeros es establecer en el país algunos buenos hospitales, unos cinco aproximadamente, con un costo de unos dos millones cada uno; que a San Ramón se le ha dejado un sitio preferente ya que, el primer hospital que se construiría sería el de esta localidad, que es a la vez centro de una zona importante de la provincia de Alajuela. Finaliza su interesante exposición el señor Ministro anunciando que tanto el señor Ministro de Obras Públicas, don Francisco J. Orlich, como él, están dispuestos a iniciar la construcción y terminación del hospital. Al terminar sus palabras, la Junta agradece las manifestaciones del Dr. Blanco Cervantes y de su compañero, Dr. Escalante Pradilla y les ofrece seguir con el mismo espíritu sorteando las dificultades y hacer e intensificar aún más el trabajo en servicio de nuestro hospital.”*

Privó la idea, en la mente del Dr. Blanco Cervantes y del Dr. Escalante Pradilla, de que no valía la pena la conclusión del Hospital Nicolás Orlich que estaba en servicio, por no llenar los requisitos indispensables para un centro de esa naturaleza y, por lo tanto, era preferible construir uno completamente nuevo, con todos los adelantos de la moderna arquitectura

hospitalaria. Fue así como la Junta, bajo la presidencia de don Rodrigo Valverde Vega, en sesión extraordinaria, efectuada el 4 de noviembre de 1949, acordó:

#### **“Artículo 1.**

*Nuestro Presidente, Dn. Rodrigo Valverde, informa que ya ha sido firmado el contrato entre el Ministerio de Salubridad y esta Junta para la construcción del hospital y compra de equipo para el mismo. Por consiguiente, nos hemos reunido en forma extraordinaria para dejar constancia escrita de toda nuestra gratitud a la Honorable Junta Fundadora de la Segunda República, por la valiosa ayuda que para mejor logro de nuestro cometido el hospital siempre nos ha proporcionado. Consideramos, por otra parte, que ha sido tan sostenida y tan valiosa la ayuda prestada por este Gobierno, que no queremos dejar sin un testimonio escrito en nuestro Libro de Actas, nuestras gracias a todos y cada uno de los integrantes de la Honorable Junta Fundadora de la Segunda República.*

**ACORDAMOS:** *que estas manifestaciones sean enviadas con las firmas de todos los miembros de la Junta de Protección Social de San Ramón y que este artículo sea copiado íntegro en este Libro de Actas, como manifestación constante de nuestro agradecimiento.*

#### **Artículo 2.**

*Al dejar constancia de la gratitud que debemos a la Honorable Junta de Gobierno, deseamos hacerla extensiva en forma muy especial a sus miembros, señores Dr. don Raúl Blanco Cervantes, don Fernando Valverde Vega y don Francisco Orlich Bolmarcich, así como al señor Director General de Asistencia, Dr. don Fernando Escalante Pradilla. La deuda de agradecimiento que el pueblo de San Ramón tiene contraída con tan esclarecidos ciudadanos es impagable y trataremos de reverdecerla en el futuro. La colaboración tan desinteresada dada por el señor Valverde Vega y por el señor Orlich B., fue tan decidida que esta Junta ha logrado ya hacer un depósito en el Banco Anglo de 75.000,00 para la construcción y compra de equipo del nuevo hospital. Deseamos dejar constancia escrita de nuestro agradecimiento y queremos pedir que este artículo total sea copiado en el Libro de Actas de la Junta de Protección Social de San Ramón para que las generaciones futuras*

*guarden estimación hacia varones que hicieron posible con la ayuda de Dios y con su esfuerzo la construcción del hospital, que en no lejano día abrirá sus puertas para los desvalidos y pobres enfermos costarricenses. En fe de lo cual, siendo la 19 horas del 4 de noviembre de 1949, estampamos nuestras firmas cubriendo los artículos 1 y 2 de esta memorable sesión."*

La Junta comenzó a dar los primeros pasos para iniciar la nueva construcción. Se trabajó en forma infatigable, bajo el decidido apoyo del señor Director General de Asistencia, Dr. Fernando Escalante Pradilla, quien se empeñó en que esa aspiración del pueblo ramonense fuera una realidad.

Los 75.000,00 colones cedidos por la Junta de Gobierno no era suficiente dinero para una obra como la que se quería llevar a cabo. Fue entonces cuando el Dr. Escalante Pradilla, que deseaba dotar a Costa Rica de una cadena de buenos hospitales que permitiera la descentralización de los servicios médico-asistenciales, logró obtener el contenido económico necesario.

Se comenzó a buscar el sitio adecuado para las nuevas instalaciones; en primer lugar, se pensó en la Plaza Rafael Rodríguez, idea que se desechó posteriormente por tener el terreno apenas una manzana. Se compraron entonces dos lotes donde actualmente está situado el hospital, uno por valor de 15.000,00 colones y otro por valor de 3.000,00 colones.

El contrato para la ejecución de la obra fue adjudicado a la compañía constructora Quirós y Ulate, y la primera licitación para compra de materiales fue publicada el 14 de enero de 1951. El plano arquitectónico fue diseñado por el Ing. don Lenín Garrido Llovera, quien lo presentó como tesis de incorporación a su colegio. Los trabajos se iniciaron en abril de 1952 y concluyeron en febrero de 1955.

En sesión extraordinaria efectuada por la Junta el 5 de julio de 1953, presidida por don Juan Rafael Zúñiga Picado, se

acordó:

**"Artículo único:**

*Considerando: Que Costa Rica entera ha señalado al Dr. Carlos Luis Valverde Vega como uno de sus más excelsos hijos; que sus actuaciones cívicas que llegaron hasta el sacrificio de su propia vida lo han hecho destacarse con relieves inconfundibles en la historia nacional; que su trayectoria de médico y cirujano fue noble y luminosa siempre, consagrada al servicio de sus actividades a las cuales prestó con alegría su talento y preparación científica; que el cantón de San Ramón tiene al Dr. Carlos Luis Valverde Vega como uno de sus más predilectos hijos; que es justo y conveniente que el nombre del distinguido ciudadano se perpetúe en la memoria de los hombres para ejemplo y enseñanza de los que vendrán después, por tanto, **acuerda:** Solicitar en forma atenta al señor Ministro de Salubridad Pública, por la mediación del señor Director General de Asistencia Médico Social, el nombre del DR. CARLOS LUIS VALVERDE VEGA para el nuevo hospital de San Ramón."*

Los servicios hospitalarios fueron inaugurados por el señor Presidente de la República, don José Figueres, el 1 de marzo de 1955. Ese día, el señor Obispo de Alajuela, monseñor Juan Vicente Solís, ofició una misa en la capilla del hospital; luego, frente a la entrada principal del edificio y en una mañana esplendorosa, se oyeron las notas del Himno Nacional que, ejecutadas por la Banda Militar de San José, abrían el programa de este histórico acto. Hicieron uso de la palabra, además del señor Presidente de la República, don Alain García G., en representación de la Junta de Protección Social; el Dr. don José Manuel Quirce M., por el Colegio de Médicos y Cirujanos; el Dr. Fernando Escalante Pradilla, por la Dirección General de Asistencia Médico Social. La niña María Elena Valverde Guardia descubrió el busto del Dr. Valverde Vega que, en mármol blanco, fue colocado en el vestíbulo del hospital. Don Fernando Valverde Vega, en representación de la distinguida familia, habló para agradecer el homenaje que se tributó a su ilustre hermano desaparecido, cuyo nombre quedó grabado para siempre en letras de bronce, en la entrada principal del edificio. La niña Carmen María Valverde

Acosta, en este mismo acto, y en representación de todo el pueblo de San Ramón, colocó una medalla de oro en el pecho del Dr. Fernando Escalante Pradilla, como símbolo del eterno agradecimiento de todos los moradores de este cantón por tanta ayuda que de él se recibió.

El costo del nosocomio, hasta el día de la inauguración, incluyendo capilla, casa para religiosas, casa para el médico director, casa para enfermeras, casa de máquinas y terreno, fue de ₡1.313.352,55; el equipo costó ₡236.691,90.

El 1 de marzo de 1954 fue llamado el Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier para que ejerciera la dirección del futuro hospital. Además, se nombró como administrador al señor don Edgar Córdoba Núñez. El personal estaba constituido por seis auxiliares de enfermería, previamente preparadas por la Junta de Protección Social y vecinas de su propia comunidad y varias misceláneas trasladadas del antiguo Hospital Nicolás Orlich; una enfermera obstétrica, dos enfermeras graduadas, un microbiólogo, un médico en radiología en visita semanal, un médico en gineco-obstetricia, dos médicos generales y seis religiosas de la Orden de San Francisco, dirigidas por la madre Sor Teresa de Jesús. Además se trasladó a la antigua administradora del mismo Hospital, cuyo nombre era Vitalina Esquivel, quien no solo se distinguió por su dirigencia como administradora, sino como enfermera práctica, dando un gran servicio al hospital (Uno de los pabellones del Hospital Carlos L. Valverde lleva su nombre).

Contaba el hospital con todos los equipos e implementos necesarios para atender eficientemente a los enfermos, tales como rayos x, laboratorio, cirugías bien equipadas, sistema moderno de llamadas de enfermera, sistemas de teléfonos automáticos. Además, poseía un magnífico personal técnico que, bajo la dirección del Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier, hizo posible colocar a este hospital entre los primeros del país. Se abrió con 60 camas y nueve años después llegó a tener 125. En 1978, se sacó a licitación la remodelación

integral del centro, la cual fue ganada por el Arq. José Luis Chasis, quien hizo los planos.

La primera etapa de la remodelación tuvo un costo de ₡48.000.000,00, dinero que fue asignado por orden del señor Presidente de la República de entonces, Lic. Rodrigo Carazo Odio, de su Ministro de Salud, Dr. Carmelo Calvosa y del Viceministro de Salud, Dr. Jorge Arias Sobrado, quien llevó el liderazgo. Esta fase contemplaba una casa de máquinas automática, calderas nuevas, comedor, cocina y lavandería; se concluyó en el citado gobierno y fue inaugurada en los primeros meses del año de 1982.

La segunda etapa comprendía remodelación total de los servicios de gineco-obstetricia, medicina y cirugía hombres y mujeres, y una nueva planta para urgencias.

Esta etapa la financiaría el Banco Centroamericano, pero en esos días hubo cambio de gobierno, el cual pasó a manos de don Luis Alberto Monge A. De tal modo que el Ministro de Salud, Dr. Juan Jaramillo Antillón y el Dr. Guido Miranda Gutiérrez, Presidente Ejecutivo de la Caja Costarricense de Seguro Social, acordaron que, cuando el hospital pasara a la administración de la Caja, se continuaría su remodelación.

Efectivamente, el hospital pasó a manos de la Caja, el 31 de diciembre de 1985. El Departamento de Arquitectura de dicha institución asumió la obra y terminó la remodelación del área de urgencias, la cual fue inaugurada por el señor Presidente de la República, Dr. Oscar Arias Sánchez, en 1990. Desde esa fecha, la C.C.S.S. ha continuado trabajando intensamente para concluir con todos los trabajos de remodelación. Se remodelaron los pabellones de hombres, mujeres, maternidad y pediatría, así como el Laboratorio Central y el Departamento de Rayos X, de 1990 a 1994, siendo Presidente, el Lic. Rafael Angel Calderón y Presidente Ejecutivo de la C.C.S.S., el Dr. Elías Jiménez F.

En el año 1962, pensándose en que la medicina preventiva y curativa debieran estar integradas, el médico director del

hospital, con el apoyo de la Junta de Protección Social, presentó un anteproyecto al Consejo de Gobierno, presidido por don Francisco Orlich B., con el objeto de construir la nueva Unidad Sanitaria de San Ramón, integrada totalmente al Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega, y un nuevo edificio del policlínico de San Ramón, también integrado al hospital. Esto fue apoyado también por el Dr. Fernando Escalante Pradilla.

No obstante los esfuerzos, la C.C.S.S. construyó su propio edificio para la Clínica al frente del Hospital. Y en el gobierno siguiente -de don José Joaquín Trejos- se construyó frente al hospital, el edificio de la Unidad Sanitaria. Consideramos que esto fue positivo, ya que actualmente el antiguo policlínico es la consulta externa del hospital y la antigua Unidad Sanitaria coordina todos sus servicios con el hospital y la consulta externa.

Finalmente, la Junta de Protección Social local donó parte de sus terrenos al Ministerio de Salud Pública, en los cuales, la Asociación Regional de Salud de la Comunidad, con dineros del pueblo, de la Junta, y el apoyo de la Universidad de Louisiana, construyó, con el respectivo permiso de la Procuraduría General de la República, las oficinas centrales para el Programa Extrahospitalario, y las Aulas Educativas del Pueblo, para preparar líderes comunales en salud y desarrollo. Todas estas construcciones fueron apoyadas también por el Ministerio de Obras Públicas. Actualmente, estos edificios siguen perteneciendo a la Asociación Regional de Salud Comunitaria de San Ramón, Palmares, Naranjo, Alfaro Ruiz y Valverde Vega, y son la sede de la Región Central de Occidente del Ministerio de Salud.

## HISTORIA DE LA ORGANIZACION

El Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega servía, en un principio, a un área hospitalaria de cuarenta mil personas, que constituyen las poblaciones de Palmares y San Ramón, donde había sendos dispensarios del Seguro Social, los cuales refieren a sus pacientes a esta institución para internamiento. Además, existía una Unidad Sanitaria en San Ramón que se dedicaba exclusivamente a la medicina preventiva, y enviaba toda la patología al hospital. Por su parte, la Unidad Sanitaria de Palmares tenía una consulta de enfermos que refería los casos delicados, tanto a la consulta externa como a internamiento del hospital.

Esta institución tenía un programa que coordinaba los servicios con los centros de salud del área, mediante reuniones semanales con los jefes respectivos.

El hospital contaba entonces con los siguientes servicios:

### **a.- Consulta externa**

Este departamento atendía un promedio de doce mil pacientes al año, y contaba con un jefe de servicio. Los servicios médicos eran prestados por todos los médicos de la institución, y se brindaba consulta de medicina general, pediatría, obstetricia, cirugía general y medicina interna.

El médico especialista en medicina interna veía los casos problemas que le refería la consulta general. El médico especialista en cirugía general veía los casos de cirugía general y los que refería la consulta general, así como la patología obstétrica de las unidades sanitarias de Palmares y San Ramón.

Esta consulta externa contaba con un excelente servicio auxiliar de diagnóstico y tratamiento, que comprendía los servicios de laboratorio clínico, radiología, anatomía patológica y electrocardiografía.

De Consulta Externa dependía el Servicio de Cirugía Menor, que contaba con una sala séptica y otra aséptica y facilidades para ortopedia.

El Departamento era atendido por el médico interno y el residente de guardia, supervisados por el médico especialista en Cirugía General. Este departamento también contaba con el Servicio de Odontología, brindado por un odontólogo, quien contaba con un equipo moderno donado por la comunidad ramonense a través de la Cámara Junior.

#### **b. Medicina Interna:**

Este departamento era atendido por un médico especialista que venía desde San José, una vez por semana, y estaba debidamente inscrito en el Departamento de Especialidades Médicas, ayudado por los asistentes del hospital, por los residentes y por los internos.

Este servicio contaba con cuarenta camas y tenía una sección en la Consulta Externa.

#### **c. Cirugía General**

Este servicio estaba a cargo del jefe, quien estaba debidamente inscrito en el Registro de Especialidades Médicas del Colegio como cirujano general, y contaba con los asistentes, residentes e internos.

Este servicio contaba con 15 camas, y todo tejido de cualquier intervención quirúrgica, era enviado al departamento de Anatomía Patológica del Hospital San Juan de Dios.

Tenía también un médico de consulta, especialista en cirugía, que era el Dr. Arnoldo Fernández Soto, quien regularmente venía a intervenir casos de cirugía gastrointestinal delicados, en forma gratuita. También colaboraba en forma gratuita el Dr. Claudio Orlich Carranza, quién venía una vez por semana y contaba con una técnica especial para tal labor.

El año 1961, se practicaron 45 hernioplastías, 21 safenectomías, 10 circuncisiones, 9 osteosíntesis, 7 colporrafias, 9 tenorrafias, 6 histerectomías totales, 5 colecistectomías, 7 laparatomías exploratorias, 4 amputaciones, 3 gastrectomías, 3 salpingectomías, 2 ligamentopexias, 1 ovariectomía; 1 criptorquidea.

#### **d. Obstetricia**

Este departamento, que contaba con 16 camas, estaba dirigido por el especialista en obstetricia y ginecología, Dr. Rudolf Ditner. Poseía también los servicios de asistentes, residentes e internos.

Estaba relacionado con las Unidades Sanitarias de Palmares y San Ramón; cuenta con un teléfono directo del Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega a la maternidad de Palmares, el cual fue instalado mediante una gestión promovida por la dirección de dicho hospital. Así, con esta coordinación, se obtuvo una mortalidad materna de cero en casi dos mil partos.

#### **e. Pediatría:**

Este departamento tenía 39 camas, cinco de las cuales se cuentan en el departamento de Cirugía General, por el servicio de cirugía que se daba a los niños.

En un principio venía un pediatra una vez por semana, hasta que se tuvo uno propio; luego logramos contar con 5 pediatras.

#### **f. Departamento Auxiliar de Diagnóstico y Tratamiento:**

Constaba de los siguientes servicios:

Servicio de Radiología: Su jefe era un médico radiólogo inscrito debidamente en el Departamento de Especialidades Médicas del Colegio de Médicos y Cirujanos y quién contaba con una técnica especial para tal labor.

Servicio de Anestesiología: Durante varios años venía una vez por semana, en forma gratuita, el Dr. Carlos Salazar

Esquivel; posteriormente, el Dr. Guillermo Hidalgo Solís y, luego, una enfermera anestésista, hasta que el hospital llegó a tener sus propios anestésistas.

**Servicio de Electrocardiografía:** Este servicio contaba con un electrocardiógrafo que fue donado por la Cámara Junior de la localidad.

**Servicio de Anatomía Patológica:** Todo tejido removido en Cirugía Mayor o Menor era enviado al Departamento de Anatomía Patológica del Hospital San Juan de Dios. Además, desde 1962 a 1985, el hospital contó con un médico patólogo que venía una vez por semana a realizar los estudios de casos y las autopsias. Fue el primer hospital rural que contó con este servicio.

#### **g. Departamento del Enfermo Crónico Senil:**

Este departamento atendía los pacientes crónicos seniles de la ciudad de San Ramón. El cuerpo técnico estaba constituido hasta 1963, por dos médicos de la Institución; una enfermera graduada, una trabajadora social del INVU, una voluntaria del Cuerpo de Paz, y una persona encargada de vigilar que los pacientes tomen sus medicamentos en la casa.

Los pacientes, antes de ingresar al programa, eran evaluados por la trabajadora social, por el cuerpo médico y por el departamento de enfermería. Luego, su expediente se pasaba al archivo del departamento respectivo.

Para la ayuda económica de este programa, se contaba con la colaboración de los siguientes organismos: Club Rotario, Garden Club, Cámara Junior, Mesa de Acción Social, Municipalidad, Sociedad de Damas Vicentinas, Unidad Sanitaria y el Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo.

Los enfermos recibían en sus casas o en la consulta externa de este hospital cuidados de enfermería, proporcionados por la enfermera graduada y por las enfermeras de la Unidad

Sanitaria de la localidad que los visitaba regularmente y, además, por el Cuerpo Médico que los atendía, ya sea en su casa de habitación o en la consulta externa y, cuando requieran hospitalización, en el departamento respectivo del hospital.

Un representante de cada organismo local citado anteriormente, se reunía con el cuerpo técnico una vez por mes, con el objeto de conocer las necesidades económicas o sociales de estos pacientes, y así poder ayudar de acuerdo con las necesidades.

El comité técnico se reunía semanalmente para evaluar, expediente por expediente y caso por caso, los cuidados médicos de enfermería y de trabajo social; de todas estas reuniones se llevaba un libro de actas. Este departamento contaba con cinco casas pertenecientes al INVU y alquiladas por la misma institución; se inició en esa forma el primer hogar de la tercera edad constituido en San Ramón, no sólo para ancianos, sino para crónicos y enfermos mentales. De esta misma organización que llegó a tener personería jurídica, llamada Asociación del Enfermo Crónico Senil y Minusválido, surgió la idea de comprar un terreno y construir el actual Hogar de Ancianos de San Ramón.

## **h. Departamento de Estadística y Archivo**

### **i. Departamento de Dietética:**

En este departamento, el hospital ha contado desde 1960, con una religiosa que tomó un curso de dietética, organizado por la Asociación Costarricense de Hospitales; ella organizó el departamento, y existe un formulario de dietas en cada servicio, con el objeto de facilitar al médico tratante la dieta que él quiera escoger.

Las condiciones sanitarias adecuadas, se han mantenido en la bodega, preparación y distribución de los alimentos. En este departamento trabajan además 5 empleadas misceláneas.

#### **j. Departamento de Farmacia:**

Este departamento estaba dirigido por una farmacéutica debidamente inscrita en el Colegio de Farmacéuticos del país, quien contaba con un asistente; se llevaba un libro de todas las recetas prescritas y un control especial de estupefacientes. Existía en este departamento buenas facilidades para guardar, preparar y despachar los medicamentos.

En esta farmacia se llevaba un inventario permanente con cifras tope, con el objeto de pedir con tiempo las drogas necesarias.

Existía un Comité de Farmacia, descrito en la organización del Hospital, en el cual figuraba la farmacéutica y dos médicos del Comité de Organización del Cuerpo Médico y servía de línea de comunicación y unión entre el Cuerpo Médico y el Departamento de Farmacia. Este Comité tenía funciones en cuanto a evaluación, selección, distribución, uso y procedimientos seguros relacionados con los medicamentos del hospital; además, su propósito era servir como grupo asesor para la escogencia de drogas o medicamentos nuevos, y de los que se debían quitar de la lista por peligrosos.

Eran funciones también de este Comité el evitar la innecesaria duplicación en el "stock" de drogas básicamente iguales; dar recomendaciones en relación con los medicamentos que debían estar disponibles en el botiquín de emergencia de la sala de partos, de cirugía menor y de otros servicios; hacer conciencia en el Cuerpo Médico acerca de la lista de medicamentos aceptada por la Dirección General de Asistencia. Este Comité se reunía cada dos meses.

#### **k. Departamento de Biblioteca Médica:**

La biblioteca médica contaba con libros básicos de medicina

y con la suscripción a las siguientes revistas: Acta Médica Costarricense, The Lancet, Surgery Gynecology & Obstetrics, The American Journal of Medicine, Pediatric Clinics of North America, The Journal of the American Medical Association. La planta física de la biblioteca es amplia, bien ventilada y actualmente se está construyendo una estantería que fue diseñada por una especialista en bibliotecas del Cuerpo de Paz.

En esta misma sección de planta física se instaló la biblioteca para pacientes, que era manejada por el Cuerpo de Voluntarias del Hospital, quienes llevaban a los pacientes diariamente lecturas de revistas, periódicos y libros. Existía también, en el Departamento de Niños, una biblioteca en un amplio solarío, donde hay juegos infantiles y tocadiscos. Esta sección era manejada por jóvenes voluntarias de la Escuela Normal de la localidad, que durante los cursos lectivos les daban lecciones a los niños para que no se atrasaran en la escuela.

### **1. Departamento de Enfermería:**

Este departamento lo formaban seis enfermeras graduadas, tres de las cuales tenían post-gradó en obstetricia, otra fue entrenada como enfermera anestesista. Había una jefe de departamento que fue entrenada por la Dirección General de Asistencia en supervisión. Además, se contaba con el servicio de 20 auxiliares de enfermería.

Este departamento tenía reuniones periódicas generales, con el objeto de revisar funciones administrativas y de dar conferencias educativas.

Se usaba el cárdex en todos los servicios. La jefe de este departamento pertenecía al Consejo Administrativo del hospital y a su vez formaba parte del Consejo Técnico de la Institución. Una de las enfermeras graduadas formaba parte del Cuerpo Técnico Senil y hacía visitas a domicilio a pacientes crónicos.

El Departamento de Enfermería ponía en práctica los siguientes principios en las diferentes salas del hospital:

1. Asistir al paciente en sus necesidades físicas, que él no pueda realizar por sí mismo.

2. Observar, prescribir y reportar al médico los síntomas físicos emocionales y mentales durante las 24 horas, pues tales síntomas tienen gran significado para el diagnóstico y para dirigir la terapia.

3. Preparar el equipo necesario para asistir al médico en sus exámenes para el diagnóstico y en sus medidas terapéuticas.

4. Dar medicamento y llevar a cabo los tratamientos prescritos por el médico.

5. Observar las reacciones del paciente que pueden seguir a los tratamientos, y tomar las medidas necesarias para combatirlas.

6. Brindar al paciente un medio ambiente de limpieza, orden y ventilación y protegerlo de infecciones, accidentes y peligros de incendio.

7. Ayudar al paciente a sentirse seguro de su nuevo medio y a ajustarse a su nueva condición de enfermo, y a cualquiera de las limitaciones que pueda tener como resultado de su enfermedad.

8. Enseñar al paciente cómo mantener y mejorar su salud y llevar a cabo sus tratamientos cuando él vuelva a la casa.

9. Establecer, con la familia del paciente y sus amigos, una buena relación.

10. Afrontar situaciones de emergencia imprevistas, con prontitud y buen juicio.

11. Hacer buenas relaciones y contactos con otras personas que tienen que ver con el cuidado del paciente, como la trabajadora social, la empleada miscelánea, entre otros.

Los recursos de cada unidad o sala deben estar organizados para llenar todas las necesidades del paciente, y éstas no deben ser exclusivamente las físicas ni las materiales, sino también las sociales y emocionales. Este departamento está ligado en cuanto a facilidades físicas y de equipo.

Se puede decir que el punto de partida del Programa de Medicina Comunitaria del Hospital sin Paredes, se inició en Palmares, en los años 1949-1950, con nuestra experiencia en el Servicio Social de esa localidad, ya que convertimos la Unidad Sanitaria y Maternidad en un pequeño hospital con camas también para niños deshidratados.

## Organización básica del Cuerpo Médico del Hospital Carlos Luis Valverde Vega

Una de las raíces más importantes fue la organización básica del cuerpo médico, aprobada por ellos mismos y la Junta de Protección Social de San Ramón. Consideramos de gran trascendencia esta organización porque también, de acuerdo con nuestro conocimiento, fue la primera que existió en un hospital en forma científica. El documento fue enviado al Colegio de Médicos y Cirujanos donde nunca tuvo respuesta. Copiamos parte de los artículos por considerarlo de gran importancia.

*Artículo I: La máxima autoridad médica del Hospital la constituye todo el personal médico del mismo, como cuerpo organizado, y el cual se denomina "CUERPO MEDICO DEL HOSPITAL DR. CARLOS LUIS VALVERDE VEGA".*

*Artículo II: Integran el cuerpo médico los citados profesionales de la medicina que hayan sido reconocidos como tales por la Universidad de Costa Rica y por el Colegio de Médicos y Cirujanos y que realicen funciones de prevención, asistencia médica a pacientes, rehabilitación, educación e investigación y que, habiendo sido aceptados por el Comité de Credenciales, hayan sido nombrados posteriormente por la Junta de Protección Social.*

*Artículo III: Corresponde al cuerpo médico de este hospital, el deber de autorregularse mediante el autoanálisis y la autocrítica llevados a cabo a través de una organización basada en la técnica de administración hospitalaria.*

*Artículo IV: Se establece en esta Institución la carrera hospitalaria con su escalafón respectivo, con el fin de regular y promover la incorporación de nuevos médicos y los ascensos correspondientes. El escalafón ascendente será el siguiente: Médico Interno, Médico Residente, Médico Asistente, Médico de Consulta y Médico Honorario. La promoción debe estar basada en méritos, los cuales deberán ser evaluados por los comités respectivos, como los de Registros Médicos, Auditorías y Tejido y Credenciales.*

*Artículo V: El cuerpo médico de este hospital contará con las siguientes*

divisiones:

- a. Cuerpo médico activo
- b. Cuerpo médico honorario
- c. Cuerpo médico consulta externa
- d. Cuerpo médico visitante
- e. Cuerpo médico de residentes e internos

*Artículo VI: El cuerpo médico activo de este hospital lo constituyen los Profesionales en medicina debidamente incorporados al Colegio de Médicos y Cirujanos de la República que trabajan en esta Institución y, además, los médicos residentes que están en Servicio Social.*

*Artículo VII: Para el nombramiento o remoción de los miembros del cuerpo médico activo será oída la voz autorizada del Comité de Admisión y Credenciales por la Dirección de esta Institución y la Junta de Protección Social de San Ramón.*

*Artículo VIII: Corresponde al Cuerpo Médico activo la responsabilidad de promover y efectuar la organización debida del cuerpo médico, manteniéndola siempre al día de acuerdo con las normas técnicas de administración hospitalaria, adoptando normas y regulaciones para su propio gobierno, elección de directiva, comités, etc., y manteniendo siempre la buena calidad y cuidados de tratamientos médicos en esta Institución, todo lo cual llevará la aprobación respectiva de la Junta de Protección.*

*Artículo IX: El cuerpo médico honorario estará constituido por aquellos médicos cuyos méritos los hagan acreedores a tal honor y cuyos nombres hayan sido aprobados por una mayoría en reunión general del cuerpo médico.*

*Artículo X: El cuerpo médico consultivo externo estará constituido por los médicos especialistas de otras instituciones o comunidades a quienes, por su preparación y capacidad, se consideren acreedores a ese nombramiento, siempre que estén de acuerdo en brindar su aportación cuando sean consultados por miembros del Cuerpo Médico de esta institución. La escogencia de tales nombres será hecha en reunión general del Cuerpo Médico, pasando estos nombres al conocimiento del Comité de Admisión y Credenciales, el cual comunicará por escrito a la Dirección del Hospital el resultado de su estudio y la Dirección de esta institución a la Junta de Protección Social para el respectivo nombramiento.*

*Artículo XI: Los miembros del cuerpo médico consultivo externo tendrán privilegio de atender a sus pacientes privados en esta Institución y podrán asistir a las reuniones del Cuerpo Médico con voz y voto.*

*Artículo XII: El cuerpo médico visitante estará formado por médicos que no ocupen cargo alguno en el hospital, que estén debidamente inscritos en el Colegio de Médicos y Cirujanos y el Comité de Credenciales, quien tramitará a la Dirección del Hospital el expediente y ésta a su vez a la Junta de Protección Social.*

*Artículo XIII: El cuerpo médico visitante podrá asistir a todas las reuniones del cuerpo médico del hospital, con voz, pero sin voto.*

*Artículo XIV: El cuerpo médico de residentes e internos estará integrado por todos los médicos residentes e internos de esta institución. Se considera como médico interno aquel que realice por primera vez internado en nuestro país y residente a quien haya realizado un año de internado rotatorio e ingresó en calidad de residente a esta institución. Ambos deben cumplir fielmente el reglamento específico para internos y residentes elaborado en este hospital, hace varios años.*

*Artículo XV: Los médicos residentes dedicarán el tiempo completo a esta institución como lo indica el reglamento respectivo y fuera de sus ocho horas se tratará de coordinar su horario con el objeto de que puedan laborar una o dos horas en el Dispensario de la Caja, siempre que no haya duplicidad de horarios y menoscabo en los servicios de la Institución, con el objeto de coordinar con la consulta de la Caja del Seguro para bien de los pacientes de la localidad, a fin de que puedan ser vistos durante su internamiento. Los médicos residentes gozarán del privilegio de participar en las reuniones del Cuerpo Médico, con voz y voto, con el objetivo de ir entrenándose y de que adquieran la debida experiencia con el cuerpo médico activo. En esta institución habrá solamente residencias en Medicina y Cirugía General, en vista de que los Jefes de Servicio se encuentran inscritos en el Registro de Especialidades Médicas del Colegio, pero por el momento presente no habrá ninguna residencia como especialidad, mientras el hospital no cuente con el número de pacientes y de especialistas que puedan llevar a cabalidad la enseñanza que garantice la especialidad respectiva. La duración de esta residencia en medicina general será de un año, por contratos renovables por un máximo de cuatro años, teniendo que prestar servicio en Medicina General en los siguientes departamentos del Hospital: Consulta Externa, Cirugía General, Ginecología, Obstetricia, Pediatría y Medicina Interna.*

*Artículo XVI: Los médicos internos dedicarán tiempo completo al hospital y compartirán con el Cuerpo Médico activo la asistencia a los pacientes y tendrán la obligación de cumplir fielmente los programas de adiestramiento y educación médica elaborados por esta Institución así como el reglamento interno respectivo.*

*La duración del internado será de un año, prorrogable solamente en el caso de que en el país no exista candidato para que pueda ocupar este puesto.*

*Artículo XVII: Todos los programas elaborados en esta Institución para internos y residentes, además de ser aprobados por el cuerpo médico necesitan la aprobación de la Dirección del Hospital, la Junta de Protección Social y el Colegio de Médicos y Cirujanos de la República, cuando éste elabore un plan básico.*

*Artículo XVIII: Todos los miembros del cuerpo médico activo, consultivo externo, visitantes y de residentes e internos, deben atender a las reuniones del cuerpo médico, cuando se les cite.*

*Artículo XIX: Las especialidades hospitalarios de prevención, curación, rehabilitación e investigación, estarán agrupadas en nuestra institución en los siguientes departamentos:*

- a. Departamento de Medicina Interna*
- b. Departamento de Cirugía General*
- c. Departamento de Obstetricia*
- d. Departamento de Pediatría*
- e. Departamento de Consulta Externa en el cual tendrán representación y servicio los enumerados previamente.*
- f. Departamento Auxiliar de Diagnóstico y Tratamiento que comprende los servicios de laboratorio clínico, Radiología, Anatomía Patológica, Anestesia y Electrocardiografía.*
- g. Departamento Médico Administrativo, dirigido por el médico director, que debe tener curso en administración de hospitales o conocimientos equivalentes.*
- h. Departamento del Enfermo Crónico Senil y Cuidados del paciente en la Casa.*

*Artículo XX: La asignación de puestos del Cuerpo Médico en cada departamento se hará con las autoridades respectivas oyendo previamente el parecer del Comité de Admisión y Credenciales.*

*Artículo XXI: En esta Institución, cada departamento debe estar organizado como parte armónica del todo y debe tener un jefe departamental que será responsable ante la Dirección del Hospital, por el funcionamiento de su departamento y deberá supervisar la labor clínica seguida dentro de su área de trabajo. El jefe de cada departamento debe ser el miembro mejor calificado por su entrenamiento, mayor experiencia y demostrada habilidad para su posición; su nombre debe ser recomendado por el Comité de Admisión y Credenciales.*

*Artículo XXII: Cada departamento puede tener separadamente sus reuniones las cuales no relevan a sus miembros de la obligación de asistir a las generales del Cuerpo Médico que en esta Institución se llevarán a cabo una vez por semana.*

*Artículo XXIII: Cada departamento contará, además del jefe de servicio, con un médico asistente, el cual debe tener un mínimo de un año de internado y un año de residencia y en su defecto un año de internado y estar realizando Servicio Social; además, cada servicio debe contar con internos y residentes adscritos.*

*Artículo XXIV: Los jefes de servicio son los responsables, ante la dirección del hospital, del funcionamiento de sus respectivas áreas.*

*Artículo XXV: Los médicos asistentes ocuparán en cada departamento el orden jerárquico, de acuerdo con su competencia, capacidad y antigüedad, las cuales deben ser evaluadas por el Comité de Admisión y Credenciales respectivos. Los asistentes dedicarán un mínimo de dos horas diarias de trabajo efectivo en el hospital y compartirán con el jefe respectivo las actividades correspondientes a cada departamento, desempeñando las funciones que le son asignadas y entre las cuales son fundamentales las de supervisión y enseñanza a los médicos residentes e internos.*

*Artículo XXVI: Los residentes adscritos a estos departamentos llevarán a cabo las actividades que se les asignen, además de las obligaciones correspondientes que están estipuladas en el reglamento de Organización de Trabajo de Médicos Residentes Internos de esta Institución.*

*Artículo XXVII: Los jefes de Departamento antes citados, junto con los otros jefes de departamentos técnicos del hospital, formarán el Consejo Técnico Asesor de la Dirección, cuyas funciones son de asesoría, supervisión por encargo, información y adoctrinamiento o infiltración de la política de orientación hospitalaria.*

*Artículo XXVIII: En este hospital, el cuerpo médico debe mantener y evaluar los estándares de los cuidados del paciente y asegurar las disciplinas del cuerpo médico, y se deberá llevar un análisis de la actuación profesional de cada uno de los miembros de esta institución.*

*Artículo XXIX: En esta institución habrá los siguientes comités:*

- a. Comité Técnico Ejecutivo*
- b. Comité de Registros Médicos, Tejido y Auditorías*
- c. Comité de Admisión y Credenciales, Biblioteca, Farmacia. El Comité Ejecutivo será también el del Programa y Conferencias.*

*Artículo XXX: El Comité Técnico Ejecutivo estará constituido por los siguientes miembros:*

- a. El médico director de la Institución quien presidirá.*
- b. Un miembro nombrado por el Consejo Técnico Asesor del Hospital.*
- c. Un miembro elegido en reunión general del cuerpo médico.*

*Artículo XXXI: Los miembros del Comité Técnico Ejecutivo durarán en funciones dos años, pudiendo ser reelectos. Este Comité se reunirá por lo menos una vez al mes, efectuando reuniones extraordinarias a solicitud de cualquiera de sus miembros, los cuales deberán dirigirse al director del hospital para que haga la convocatoria respectiva. Habrá quórum con la asistencia de dos de los miembros debiendo ser uno de ellos el director.*

*Artículo XXXII: Este Comité tendrá un secretario, quien levantará actas de todas y cada una de las sesiones, debiendo asentarse en ellas un libro especial y serán firmadas por el presidente y secretario y, además, por los otros asistentes que a bien lo tuvieren.*

*Artículo XXXIII: Son funciones del Comité Técnico Ejecutivo: determinar la política hospitalaria del cuerpo médico y actuar a través de los comités respectivos en determinadas áreas o funciones de trabajo. También actuará como Comité de Programa y, por lo tanto, será responsable por la preparación y presentación de programas para todas las reuniones, así como de conferencias y farmacia. Es deber de este comité elaborar los siguientes principios básicos:*

- a. Descripción completa de la organización del cuerpo médico con su organigrama respectivo.*
- b. Elaborar procedimientos para otorgar, quitar o garantizar privilegios a los médicos que trabajen en la Institución.*
- c. Elaborar una declaración de las clasificaciones mínimas para que un médico pueda trabajar en esta Institución.*

- d. Prever reuniones regulares del cuerpo médico.
- e. Estipular que los registros médicos sean llevados cuidadosamente y en forma completa.
- f. Establecer claramente que el médico encargado de un paciente, sea responsable de que todo el tejido que sea removido en una intervención quirúrgica se remita al Departamento de Anatomía Patológica y que su examen y reporte estén incluidos en la historia clínica del caso.
- g. Establecer que un examen de rutina se haga en la admisión de cada paciente y se formule un diagnóstico provisional de entrada. También un estudio completo de cada paciente debe ser hecho antes de las 24 horas después de su ingreso, salvo en casos de emergencia en que se debe hacer de inmediato.
- h. Prever para que antes de toda intervención quirúrgica se haya realizado un estudio completo del paciente, con un diagnóstico pre-operatorio, y que sigan las reglas y regulaciones según reglamento de quirófano de cada hospital.
- i. Estipular que toda intervención quirúrgica debe ser efectuada sólo con el consentimiento del paciente o su guarda legal, excepto en casos de urgencia muy calificados, y desde luego en los de emergencia.
- j. Establecer regulaciones, insistiendo en que las órdenes médicas sean escritas y firmadas; y que de abreviaturas sólo sean usadas las internacionalmente reconocidas.
- k. Procurar que se le preste al paciente la mejor atención posible.
- l. Supervisar funciones de docencia e investigaciones dentro del Hospital.
- m. Designar las otras comisiones de trabajo del Cuerpo Médico y designar específicamente los otros comités.
- n. Estudiar los informes que los comités de trabajo presenten y elaboren, con el objeto de llevar a efecto las recomendaciones pertinentes.
- ñ. Ejercer las funciones de todos aquellos comités de trabajo del Cuerpo Médico que correspondan a los que no estuvieron establecidos.
- o. Conocer las faltas de los miembros del Cuerpo Médico; levantar un expediente y recomendar a quien competa el establecimiento de las acciones a que haya lugar.
- p. Estudiar las normas y procedimientos del personal técnico paramédico y dar su opinión a la Dirección del Hospital cuando ésta los solicite, o cuando el Comité Técnico Ejecutivo lo estime necesario.

**Artículo XXXIV:** El Comité Técnico Ejecutivo tendrá a su vez redactadas las normas, reglamentos y regulaciones básicas a que se refiere el artículo anterior, que convoca a una reunión general del Cuerpo Médico para que éstos sean aprobados por una mayoría y luego pasados a la Dirección del Hospital, la que los pondrá en conocimiento del Cuerpo de

gobierno de la Institución respectiva, para que finalmente sean remitidos al Colegio de Médicos y Cirujanos para su aprobación.

*Artículo XXXV: El Comité Técnico Ejecutivo tendrá la responsabilidad junto con todos los Jefes médicos de departamento, de elaborar un manual de descripción de trabajo en el cual detalladamente se especificarán las diferentes funciones y actividades que todos y cada uno de los puestos médicos demanden, este manual pasará a conocimiento de la Dirección la que los comunicará al Cuerpo de Gobierno respectivo para su aprobación final. De este manual debe recibir copia autorizada el Colegio de Médicos y Cirujanos.*

*Artículo XXXVI: Será también función del Comité, velar por que los médicos de los diferentes servicios tengan la protección debida en las áreas de trabajo y en los respectivos Departamentos. Esta función puede ser ejercida por delegación que el Comité haga con los médicos jefes de Servicio.*

*Las quejas al respecto serán transmitidas a la Dirección del Hospital para que se tomen las medidas necesarias del caso.*

*Artículo XXXVII: El Comité de Registros Médicos o Historias Clínicas, Tejido y Auditoría será un solo comité, pero conforme el Hospital aumente su personal médico será dividido. Estará constituido por 4 miembros elegidos cada año; los nombramientos respectivos corresponden al Comité Ejecutivo o si este no resolviera podrá ser hecho por votación general del Cuerpo Médico. Este comité deberá supervisar que los registros médicos se mantengan a un alto nivel y completos.*

*La citada documentación se deberá revisar y evaluar la calidad de los cuidados médicos dados al paciente. Estudiará grupos de Historias Clínicas de hospitalizados, consulta externa y servicio a domicilio de acuerdo con su propio criterio o según lo indique la Comisión Técnica Ejecutiva.*

*Recibirá la lista de los registros o historias clínicas no completos que el Departamento de Estadística y Archivo le remita por no haber sido llenadas en forma satisfactoria. También podrá seleccionar categorías de enfermedad u operaciones las cuales revelen los cuidados médicos. Deberá reunirse por lo menos una vez al mes. Este Comité en lo que respecta a Tejidos hará un estudio científico de cada muerte ocurrida en el Hospital, revisando las historias clínicas y elaborando un estudio de cada caso. Además, revisará mensualmente la justificación de cirugía comparando los diagnósticos pre-operatorios y anatomo-patológicos. Podrá evaluar operaciones similares llevadas a cabo por diferentes cirujanos. La identidad*

del cirujano y el paciente debe ser protegida y los informes deberán hacerse en forma tabular más que narrativa.

Este comité en cuanto Auditoría se refiere debe realizar un adecuado estudio estadístico con el objeto de seleccionar las críticas que puedan ser constructivas para el Hospital; el propósito de este comité es el de coadyuvar en la educación del Cuerpo Médico para mejorar cada vez más el cuidado del paciente y no debe tener carácter o naturaleza hostilizante. Una buena y real organización del Cuerpo Médico, es sin duda la mejor forma de mantener en alto la calidad de servicios de los enfermos hospitalizados y para tal finalidad debe hacerse el mayor esfuerzo.

Debe ser también su propósito elaborar diversos reportes tanto para el Cuerpo Médico como para la comunidad, así pues enviará mensual, anualmente y cuando se requiera un informe al Comité Técnico Ejecutivo en el que se incluirá el número y porcentaje de muertes hospitalarias después de 48 horas, porcentajes de muertes de recién nacidos, número de muertes maternas y otros índices de interés. Debe informar de la efectividad de los servicios en lenguaje comprensible, del volumen y tipo de los que se han prestado y de los resultados generales obtenidos. Hacer además, una declaración narrativa de las actividades desarrolladas en los diversos departamentos y servicios prestados con la conveniente cantidad de información estadística, mostrando al fin alguna información básica.

**Artículo XXXVIII:** Comité de Admisión, Credenciales, Biblioteca y Farmacia. Este Comité está integrado por miembros del Cuerpo Médico activo y del Consultivo Externo en cuanto a la sección de Admisión y Credenciales y habrá dos representantes en esta sección y uno en cuanto a Biblioteca, que puede ser elegido entre cualquiera de los miembros del Cuerpo Médico.

Sus deberes consisten en investigar las credenciales a los candidatos a puestos del Cuerpo Médico del Hospital y hacer las recomendaciones pertinentes en tales casos así como también en las de promoción. Como punto fundamental todo nuevo aplicante a un puesto deberá estar debidamente autorizado por el Colegio de Médicos y Cirujanos de la república y asimismo tener buen record de ética profesional.

Este comité podrá hacer uso de los informes de los comités anteriores para tomar en cuenta cualquier promoción. Debe rendir un informe de caso particular al Comité Ejecutivo y éste a su vez a la Dirección para cualquier nombramiento, promoción y remoción. Debe delinear la extensión como apropiadas recomendaciones de acuerdo con las normas y recomendaciones establecidas por el Hospital. En cuanto a la Sección de Biblioteca deberá mantener la misma al día con revistas seleccionadas y libros adecuados.

*Finalmente deberá informar regularmente al Cuerpo Médico de sus actividades.*

*Artículo XXXIX: Con el objeto de mejorar los cuidados médicos así como la prevención, educación e investigación el Cuerpo Médico del Hospital efectuará reuniones científicas periódicas, generales o especiales, con el objeto de conocer, analizar, revisar y evaluar el trabajo de sus miembros en el Hospital y perfeccionar la formación profesional. El número exacto y frecuencia de las reuniones del Cuerpo Médico debe estar determinado por el Cuerpo Médico activo en reunión general y claramente expresado en las normas del mismo. Un registro de asistencia de cada médico a las citadas reuniones debe ser llevado cuidadosamente lo mismo que adecuadas minutas sobre cada reunión que se celebre.*

*Como mínimo deberá haber una reunión mensual del Cuerpo Médico en su totalidad y una semanal de los que trabajen diariamente con la Institución. Cada Depto. deberá celebrar una reunión cuando sus miembros sean suficientes para ser considerado un Departamento como una unidad.*

*Artículo XL: Las reuniones generales a que se refiere el artículo anterior serán de carácter obligatorio para el Cuerpo Médico activo, el visitante y el cuerpo de residentes e internos.*

*Artículo XLI: Las reuniones departamentales a que se refiere el artículo 39 entre otras actividades se destinarán a presentar y discutir casos clínicos de los diversos Departamentos. También podrán llevarse a cabo reuniones clínicas generales presentando en cada caso los más interesantes que el Cuerpo Médico señale. En esta Institución cuyo Depto. de Anatomía Patológica depende del Hospital San Juan de Dios, deben celebrarse un mínimo de cuatro reuniones anuales con el patólogo de ese Hospital. La asistencia del Cuerpo Médico a estas reuniones será obligatoria para todos sus miembros.*

*Artículo XLII: Las reuniones especiales tendrán lugar siempre que hay alguna conferencia o motivo científico de interés para el Cuerpo Médico.*

*Artículo XLIII: La falta de asistencia a las reuniones de carácter obligatorio, deberá ser justificada mediante la presentación de excusa escrita.*

*Artículo XLIV: Cuando un médico asista a menos del 50% del total de las reuniones de carácter obligatorio en un año, o tenga ausencias injustificadas a tres reuniones consecutivas, el Comité Técnico Ejecutivo*

pasará nota al Director del hospital y al Depto. de Personal, para los efectos consiguientes.

*Artículo XLV: Cuando un caso que hubiere sido atendido por cualquier médico del Hospital, vaya a ser presentado a una de las reuniones previstas, el médico tratante deberá ser notificado con tiempo suficiente, y su presencia será obligatoria. En caso de motivo justificado de no asistencia se pospondrá el caso para una próxima reunión. En cuanto a Farmacia, este Comité tiene funciones en cuanto a evaluación, selección, distribución, uso y procedimientos, seguros relacionados con los medicamentos del Hospital. Además, tiene como propósito y función, servir como grupo de consejo para la escogencia de las drogas o medicamentos nuevos para la Institución o para quitarlos de la lista por peligrosos. Son funciones también de este Comité el evitar innecesaria duplicación en el Stock de drogas básicamente iguales.*

*Para hacer recomendaciones en relación con los medicamentos que deben estar a disponibilidad en el Botiquín de Emergencias, en Sala de partos, en Cirugía Menor y en otros servicios. Finalmente para hacer conciencia en el Cuerpo Médico acerca de la lista de medicamentos aceptados por la Dirección General de Asistencia. Este Comité debería reunirse cada dos meses."*

Con esta Organización el Hospital llegó aproximadamente hasta 1963. Los médicos de Servicio Social que enviaba el Ministerio de Salud, a partir de 1971, eran advertidos previamente que debían laborar con mística no sólo en el Hospital sino según área de necesidades; además, se crearon algunas plazas nuevas como psiquiatría hospitalaria y comunitaria. Fue el primer hospital cantonal y de provincia que tuvo este servicio.

De 1954 a 1960 venía en forma gratuita un médico psiquiatra, quien fue el Dr. Fernando Quirós Madrigal, Director del Hospital Neurosiquiátrico. En 1954 se abrió el servicio para alcohólicos coordinando con Alcohólicos Anónimos y el entonces Instituto Nacional sobre Alcoholismo, hoy IAFA; además un Residente de Psiquiatría, cuando se abrió esta plaza en el Psiquiátrico vino en forma regular hasta crear la plaza de Psiquiatría, ocho horas diarias.

Al Departamento de Pediatría se le dio gran empuje hasta llegar a tener 5 especialistas, los que laboraban tanto dentro como fuera de la institución a fin de promover la prevención, curación y rehabilitación de niños; además, en coordinación con el Hospital Nacional de Niños, un Residente de Pediatría venía a aprender salud comunitaria y trabajar en su especialidad.

El Departamento de Gineco-obstetricia inicia con un médico obstetra hasta llegar a tener 4, que también trabajaban intra y extrahospitalariamente en los cantones vecinos acompañados de Enfermeras Obstétricas. Se crea el Servicio de Ortopedia hasta contar con dos especialistas laborando en forma interna y promoviendo la prevención de accidentes en el área hospitalaria. En Medicina Interna se llega a contar con dos especialistas que laboraron en enseñanza y coordinación con las otras especialidades del Hospital y llevando sus conocimientos a los médicos generales y a los internos que enviaba regularmente y por varios años la Universidad de Xochimilco de México.

En Cirugía General, hubo tres especialistas quienes realizaban, además de sus labores, auditorías de casos y enseñanza para los médicos generales e internos. El Laboratorio Clínico contaba con tres microbiólogos, además de los técnicos respectivos que trabajaban en área rural. La Farmacia llegó a contar con 3 farmacéuticos laborando en forma intrahospitalaria, y una farmacéutica en forma gratuita y por varios años realizando supervisiones en los Puestos de Salud y promoviendo el conocimiento de la medicina natural en nuestras poblaciones rurales; esta profesional vino apoyada por grupos católicos de Leischtentein.

Con toda esta organización y antes de que en Costa Rica hubiese el curso que creó la Caja del Seguro sobre Administración Hospitalaria, en la década de los ochenta, el hospital sirvió de enseñanza administrativa a más de una persona, ya que de aquí salieron varios administradores y

directores de hospitales para varios lugares de Costa Rica: Don Arnulfo Carmona V., de la administración del Hospital de San Ramón salió a administrar la Maternidad Carit y luego el Hospital Nuevo-psiquiátrico de Chapuí y luego el Hospital San Juan de Dios, donde la Junta de Protección Social de ese lugar le dio una beca para especializarse en la Universidad de Puerto Rico, sirviéndole al país en el Ministerio de Salud y en otras Instituciones hospitalarias.

El Dr. Otto Valverde Acosta, después de estar dos años en nuestro hospital, salió para ser director del Hospital de Puntarenas; de este pasó de Subdirector en el Hosp. San Juan de Dios y, finalmente, fue el director de esta institución hasta pensionarse.

El Dr. Róger Bernini, de nuestra institución pasó a ser el director del Hospital de Heredia, durante muchos años hasta pensionarse.

El Sr. Asdrúbal Miranda, de nuestra área administrativa salió a ser por muchos años el administrador del Hospital de Enfermos Crónicos Psiquiátricos de Tres Ríos, y administrador del Hospital de Quepos. El Sr. Jorge Rodríguez R., de nuestra institución también, pasó como administrador del Hospital de Puntarenas durante un año, y luego, del Hospital de Quepos, durante 12 años.

El Dr. Rodrigo Carballo Montero, hizo parte de su residencia en psiquiatría en nuestra institución y luego ocupó la dirección del Hospital Neuropsiquiátrico hasta pensionarse; pero antes de todo esto, trabajó como médico general en nuestro hospital.

Como se nota, creemos que la organización de este Hospital hasta cierto punto fue una pequeña escuela de administración hospitalaria cuando ésta no existía en nuestro país, ya que habíamos traído conocimientos de este tipo de la Universidad de Columbia, en New York, que se llevaron a la realidad y sirvieron de enseñanza.

## CAPITULO 2

# **DESARROLLO, DESCRIPCION Y PROYECCION DEL HOSPITAL SIN PAREDES**

Se puede decir que el Programa de Medicina Comunitaria del Hospital sin Paredes, se inició en Palmares, en 1950, con nuestra experiencia en el Servicio Social de esa localidad, ya que convertimos la Unidad Sanitaria y Maternidad local, en un pequeño hospital con camas para niños deshidratados; organizamos con la comunidad 15 camas, con los servicios necesarios para hidratación intravenosa y oral, y coordinamos con dos médicos pediatras que de manera gratuita venían semanalmente, en forma alterna, a ofrecer sus servicios de apoyo al médico general que laboraba allí, en coordinación con la comunidad organizada. Estos eran el Dr. Rodrigo Loría Cortés (que fungía como Ministro de Salud) y el Dr. Miguel Ortiz Martín. Además, se promovió el saneamiento ambiental en todo el cantón, con la recolección de basura, (servicio que no existía), y con la lucha contra las moscas en la broza del café.

Posteriormente se inauguró la nueva planta física del Hospital de San Ramón, llamado desde entonces Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega, cuyo primer director promovió, con visión, el desarrollo de una medicina integral con participación comunitaria y metodología creativa e innovadora. Se realizó desde entonces un gran esfuerzo tendiente a mejorar la atención intra-hospitalaria. Sobre todo, se luchó por integrar los servicios del hospital (entonces dependiente de la Junta de Protección Social) con los brindados por los centros de salud, dependientes del Ministerio de Salud y las clínicas de consulta externa dependientes de la Caja Costarricense del Seguro Social. Además, desde entonces y por los siguientes 15 años, se instaló una serie de programas que se proyectaron a la comunidad, como más adelante explicaremos.

La creación del primer puesto de atención primaria de salud en Costa Rica fue en 1971; sin embargo, fue necesario un período previo de 15 años para producir las condiciones necesarios para iniciar este programa.

En 1962, en un intento por proyectar la integración al resto de los servicios de salud del país, se presentó un trabajo escrito por el director del Programa, a una comisión formada por varios ministros de Estado y al entonces Presidente Orlich. Pero esta propuesta no fue aceptada en esa época para su implementación a nivel nacional; sin embargo, el ejemplo sirvió para integrar, en la ciudad de Quepos, el hospital y el centro de salud por primera vez.

También se produjeron diversos proyectos de salud de 1954 a 1970, con la participación directa de la comunidad, como fueron los siguientes:

- 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 diferentes campesinos.
- f. Programa comunitario y de investigación de hepatitis.
- g. Programa de vivienda.

El proyecto de alcoholismo abrió las puertas al paciente alcohólico por primera vez en el país, y promovió grupos de alcohólicos anónimos en toda el área. Anualmente estos pacientes hacen un homenaje a la institución por este hecho.

El proyecto del enfermo crónico, senil y minusválido, que se inició en 1962, promovió una asociación con personería jurídica, la cual adquirió viviendas para los que no tenían y brindó cuidados especiales con médicos, enfermeras y trabajadores sociales. Se pusieron a disposición casas individuales para pacientes que podían vivir solos y se fundó un hogar de ancianos en San Ramón y, a nivel rural, se formaron comités en todos los distritos del área para que este tipo de pacientes no viniera a un hogar centralizado a nivel urbano, sino que quedara en sus localidades cuidado por sus familiares y sus comunidades.

Este ha sido un modelo que las escuelas de trabajo social del país visitan con frecuencia.

El proyecto de psiquiatría intra-hospitalaria implicó que desde 1955 fuera el de San Ramón el primer hospital de Costa Rica que tuviera enfermos psiquiátricos, el primer hospital que tuvo residente de psiquiatría que venía del Hospital Psiquiátrico de San José, y el primer hospital que tuvo psiquiatra propio. En 1970 se consiguió integrar los servicios de la comunidad (Hospital de la Junta de Protección Social) con los Centros de Salud del Ministerio de Salud; también se logró la coordinación con las clínicas del Seguro Social de la zona, hasta que se trabajó como una sola unidad funcional. Con ello se evitó la duplicidad de servicios y se brindó 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 dio inicio a la etapa actual del Programa con la construcción de 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 una pequeña ayuda del Ministerio de Salud, las municipalidades de los cantones y el MOPT.

En 1986, se logró cubrir toda el área, con un total de 50 puestos de salud.

El Programa creció en profundidad, en organización y en 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 la cual se escogió al Programa "Hospital sin Paredes" para la preparación de responsables en salud en todo el país.

Siguiendo los postulados de la Organización Mundial de la Salud, 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 propuso brindar una medicina integral, que no solamente entregara atención curativa dentro del hospital, sino que tendiera a cubrir toda la situación vital que incide en el bienestar del individuo, las familias y la comunidad.

### **Principios orientadores:**

1. El éxito de la acción en salud no sólo se mide por las iniciativas emprendidas en el recinto hospitalario, sino que básicamente, por ellas, puestas en práctica en el área de su influencia. Por esto, fue responsabilidad del hospital y de sus autoridades sacar de las paredes del local hospitalario la acción en materia de salud.
2. La acción en salud, en estas condiciones, no solo involucró una adecuada dedicación a la medicina curativa y preventiva, rehabilitación y educación e investigación sino que comprendió necesariamente, que todas las orientaciones, en particular la segunda, fueran asumidas por la comunidad como algo esencial, inherente a su “modus vivendi”.
3. La acción en salud implica, no solo los aspectos de salud preventivo-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, implicó ocuparse de problemas tales como vivienda, tenencia de tierra, agua, electricidad, empleo y otros. Salud y enfermedad es un proceso colectivo nacido de una realidad social concreta, lo que supera la visión individualista y biologista sobre su verdadero origen.
4. La distribución de los recursos y servicios se ha dado más en relación con la demanda de las necesidades que las poblaciones presentan.
5. La racionalidad del modelo de atención dependió de

la integración de los diferentes niveles que lo componían, lo que significó aceptar, crear y consolidar la regionalización en salud.

6. La vinculación del hospital con la población que está ubicada en su área de influencia, ha tenido éxito porque dichas comunidades se organizaron con participación voluntaria, activa y plenamente en la acción de salud y desarrollo, lo que implicó poder de decisión para la comunidad en los máximos niveles del Programa (democratización).

Esta participación fue orientada por acciones educativas y concientizadoras, que permitieron a las comunidades tener una visión global y totalizadora sobre el real y verdadero origen de sus problemáticas nacidas del medio ambiente y la sociedad.

### **Aspectos generales del modelo:**

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

**1.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 al mero ámbito de la salud.

Asimismo, a 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, independientes de sus tendencias políticas y religiosas.

**2.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, conscientemente compartidos, que concentran y coordinan sus esfuerzos para alcanzar sus objetivos rápida y eficientemente, y al menor costo.

El método tiene varias características propias de una organización moderna:

a. En su operación, el modelo utiliza, tanto a nivel global como a nivel de puesto y comités de salud, toda una gama de metodologías, técnicas e instrumentos modernos, propios y creativos, aplicables a la prevención y curación de enfermedades, la capacitación y motivación de la población en el manejo y procesamiento de la información, la asignación racional de recursos escasos.

b. Se integraron plenamente las acciones de los diferentes entes públicos dedicados a tareas de salud y desarrollo y se coordinaron dichas acciones con todas las organizaciones comunales y cooperativas. Se logró así maximizar los recursos materiales y organizativos disponibles.

c. Se capacitó a dirigentes y participantes en materias relativas a la organización del trabajo y la gestión de programas de servicio y desarrollo.

d. Se desarrolló un eficiente sistema de información que permitió controlar en gran detalle la marcha de las actividades, realizaciones, seguimientos y evaluaciones.

e. Se planificó la acción del Programa y las organizaciones populares locales; se fijaron metas controlables y se realizaron evaluaciones.

f. Es de todos sabido que la centralización de recursos (humanos y materiales) se da en casi todas las instituciones y en todo nivel en la zona del Programa. Esta situación se ha procurado subsanar con algunas medidas como: atención médica directa de los diferentes puestos y subpuestos de salud.

g. Con el transcurrir del tiempo y la experiencia acumulada, se logró integrar y estructurar un equipo de trabajo en el cual se incluía la comunidad. Se hallaban imbuidos del quehacer de todos y muchas decisiones se tomaban en conjunto; esto es válido no solamente para el equipo central del programa, sino también para los equipos locales cantonales y locales distritales. Los objetivos y metas se basan en la salud como punta de lanza, para alcanzar desarrollo y justicia social. El éxito de la acción en salud se mide, no solo por los parámetros del interior del hospital sino por las iniciativas puestas en su área de influencia. Por eso, hay que llevar fuera de sus paredes, acciones en salud que no solo involucren una adecuada intervención en medicina curativa y preventiva, sino que la preventiva sea asumida en forma individual, familiar y colectiva.

**3.Participativo:** No menos de dos terceras partes de la población de la zona participa directa y activamente en las instancias de discusión del sistema; entre ellas, los 1,600 responsables de salud preparados por el Programa, Comités de Salud, las Asociaciones de Desarrollo Comunal y otros Comités, de acuerdo con las necesidades de cada población. Las Asociaciones de Desarrollo Comunal son las dueñas de las plantas físicas de los edificios, puestos de Salud y de salones comunales, y todos sus miembros tienen derecho a votar para elegir las directivas cantonales de salud. La Asociación Regional de Medicina Comunitaria, que 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 el uso de toda la población del cantón, con un valor de más de veinte millones de colones. Estos edificios fueron construidos con organización comunitaria, a través de la junta de Protección Social y, sobre todo, de la Asociación Regional de Salud, a la que le pertenecían los inmuebles.

## La organización en los cinco cantones

Es piramidal y la base es la comunidad, la cual se organiza en Asociación de Desarrollo Integral con personas adultas mayores de 15 años. También, la comunidad elige sus directivos, así como diversos comités como salud, agua, nutrición, biblioteca, vivienda, de minusválidos, culturales, deportivos, de parceleros y otros.

Además, en este mismo nivel, existen otras organizaciones populares como son: Juntas Edificadoras de la Iglesia, Patronatos Escolares, Juntas de Educación, Clubes 4-S, y el Programa siempre ha tratado de promover su evaluación como estrategia fundamental.

La Asociación de Desarrollo Integral es la que coordina todas las organizaciones populares o, en su defecto, un comité coordinador en general, con miembros de las diferentes organizaciones.

También, a este nivel, la comunidad elige responsables de salud que son voluntarios campesinos, quienes constituyen un nexo entre la auxiliar de enfermería, la familia y los diferentes grupos comunales. Detectan y refieren los problemas encontrados. También, colaboran en actividades misceláneas (preparación de material, limpieza de puesto y otras).

A nivel cantonal, tenemos la organización llamada Asociación Cantonal de Salud, cuya base está formada por todos los directivos, exdirectivos y cualquier persona que desee ingresar y que tiene derecho a voto para escoger la directiva de esta o de cualquier otra organización popular de bien común, de cada uno de los cinco cantones.

Toda esta organización empata con la organización de OFIPLAN, que tiene un Comité de Desarrollo Subregional compuesto por representantes regionales de los diferentes

sectores como salud, educación, sociales, Ministerio de Obras Públicas y Transportes, Agricultura y además, lo integran los presidentes de las Uniones Cantonales y de las Asociaciones Cantonales de Salud, el presidente de la Asociación Regional de Salud y un representante del Centro Regional Universitario.

Los miembros de comité eligen su representación a nivel de la región central del país de acuerdo con OFIPLAN.

## **Los Comités de Salud:**

Los comités de Salud son los responsables en la comunidad del funcionamiento de los puestos de salud, junto con el equipo de salud. Tienen atribuciones para formar subcomités, de acuerdo con las necesidades sentidas por la comunidad (agua potable, saneamiento ambiental, etc.). Las personas que forman parte de estos comités trabajan ad-honorem.

### **Los Responsables de Salud:**

Son campesinos voluntarios 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 de 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 subcomités

para solucionar los problemas del sector (agua potable, letrización, etc). Asimismo, se coordina con las Asociaciones de Desarrollo Integral, Alcohólicos Anónimos, y también con los Responsables de Salud.

**4. Se asigna un Auxiliar de Enfermería:** Este funcionario permanente tiene una vinculación formal con el sistema de salud y el hospital. Usualmente este funcionario es una persona de la localidad. Tiene instrucción básica en enfermería y recibe un salario.

El plan de trabajo del auxiliar de enfermería está compuesto de las siguientes actividades:

- Visitas domiciliarias casa por casa, 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. Se aplica especialmente a la embarazada y al niño recién nacido, pero también a púerperas, casos de enfermedades infecto-contagiosas, post-operados recientes, niños desnutridos y otras patologías como diabéticos, enfermos mentales, cardiacos, etc.

- Colaboración en consultas generales y de especialistas, tales como pediatría y ginecología.

- Vacunaciones que se realizan en el puesto donde se programan días especiales para ello, y las que se efectúan a nivel de hogar en casos prioritarios.

- Trabajo escolar, coordinado con los maestros y programado anualmente con actividades tales como: vacunaciones, desparasitación, supervisión de higiene, revisión de niños, charlas, consulta médica una vez al año; este trabajo es coordinado y realizado en muchas oportunidades por estudiantes de enfermería de años superiores.

- 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 éste 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 3º grado, patología crónica, higiene ambiental, negativa, etc.). Este tipo de trabajo también ha sido modelo para muchos países de América Latina.

- Archivo

Es el archivo para la identificación de la familia; en él aparecen 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 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 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 riesgo, en los casos ya indicados que sean seguidos por la enfermera a domicilio, indicando con distintos colores la gravedad del caso.
- De planificación familiar, marcando con diferentes colores el método de planificación que se está usando.
- Carné de control infantil, para uso de la madre, con las vacunaciones, peso, talla, factor Rh, y otros 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 desarrollaron fueron los siguientes:

- Programa Materno-Infantil y de Bienestar Familiar.
- Subprograma de Planificación Familiar.
- Programa de Atención Médica y Referencia de Pacientes.
- Subprograma de Salud Mental.
- Programa de Epidemiología.
- Subprograma de Enfermedades Prevenibles y de Vacunación.
- Subprograma de Control de Tuberculosis.
- Subprograma de Control de Zoonosis.
- Subprograma de Investigación Epidemiológica.
- Programa de Saneamiento Ambiental.

- Programa de Educación para la Salud.
- Programa de Capacitación de Personal.
- Programa de Organización y Desarrollo Comunal.

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 en la 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 cerca 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 letrinada en un 100%. Se ha formado una empresa, perteneciente a las comunidades organizadas, que administra una fábrica con el objeto de mantener 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 electricidad 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 promover y 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 y 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 se les ha ayudado en su organización. Hasta ahora se han construido cinco asentamientos y otros están en el 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 construido 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 (hoy día Coopemusas) y se ha estimulado la producción de artesanía local, promoviendo su venta a través de exposiciones.

### *9. Alimentación y nutrición*

En esta 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. Asimismo, el Programa fue pionero en el reparto de alimentos a las familias necesitadas de la localidad.

### *10. Nivel socio-económico*

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.

## **Componente Educativo en el Programa de Salud Hospital sin Paredes:**

A pesar de que tradicionalmente en los programas de salud se ha priorizado la medicina curativa, en este Programa, desde sus inicios, se ha incentivado una política de prevención, con una visión integral de la salud. Considerando lo anterior, es que el factor educativo juega un rol preponderante en el quehacer del Programa. Además de las actividades educativas en salud dirigidas a la comunidad, que son básicas, existe una política de constante educación en servicio para todo el equipo de salud. Así por ejemplo, el personal de campo ha recibido cursos de Crecimiento y Desarrollo, Técnicas Educativas, Psiquiatría Comunitaria, Salud Mental, Desarrollo Comunal y otros.

Otro logro importante del Programa fue la realización de seminarios para maestros de todas las escuelas de la jurisdicción, con el fin de informarles de su dinámica

organización y obtener su apoyo y colaboración para futuras acciones de coordinación.

Pero individualmente lo más relevante del aspecto educativo del Programa de Salud "Hospital sin Paredes" de San Ramón, es la realización de las Semanas Educativas en Salud y la capacitación de responsables de salud.

Este proceso se llevó a cabo con un equipo de salud multidisciplinario, siendo sus pilares fundamentales un grupo numeroso de auxiliares de enfermería entrenadas con gran mística, y una honda participación de la comunidad del área de atracción. Esta experiencia se desarrolló en los cinco cantones enumerados anteriormente.

Posteriormente, tuvo su influencia a nivel nacional, ya que este programa sirvió de modelo básico para desarrollar en el resto del país, la infraestructura basada en Puestos de Salud y la Organización Popular Campesina en Salud. También, dado su útil ejemplo, el Ministerio de Salud, a pedido de la Organización Campesina en Salud de la región, convirtió nuestra área de trabajo en una subregión, con autonomía propia, para que su enseñanza en gran parte original, por partir del hospital, se multiplicara en el resto de los hospitales del país.

Cuando nuestra patria fue conocida en el resto de América Latina por alcanzar los más altos índices de salud, las universidades de la gran mayoría de esos países, visitaron Costa Rica y, específicamente, mostraban interés en conocer la experiencia del Hospital sin Paredes. Además, dirigentes y participantes de nuestro Programa fueron también invitados a la gran mayoría de hermanos países a dar charlas y conferencias sobre el citado programa, ya que por su tecnología propia desarrollada en esta zona, se evidencia una gran creatividad en la metodología para abordar muchos problemas de educación al pueblo lo que motivó invitaciones para participar en congresos hospitalarios, asociaciones de

salud, federaciones de hospitales y ministerios de salud de muchos países de Latinoamérica.

Por la importancia que tuvo el Programa en América Latina, su director, Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier, fue invitado en representación del Programa Hospital Sin Paredes, a participar en la Gran Conferencia de Halifax, Canadá, en 1978, y que fue patrocinado por la Asociación Americana de Especialistas en Salud Pública. Este importante Congreso fue el preparatorio al Congreso Mundial de Alma Ata, en la Unión Soviética, en donde a nivel mundial se promovió la atención primaria de salud y el programa Hospital sin Paredes contribuyó con su experiencia. Precisamente, nuestro hospital tomaba parte intensa en la promoción del desarrollo y de la salud en su área y por los índices alcanzados en Costa Rica fue que en 1979 nuestro país y específicamente el Programa Hospital sin Paredes fueron llamados a una conferencia en Ginebra a la O.M.S., en donde participó una nación por continente para exponer al mundo los alcances obtenidos de cada uno de ellos y, en su oportunidad, también fue invitado el Dr. Ortiz Guier en representación de nuestra patria junto con el sociólogo Dr. Francisco Escobar. Ellos expusieron, junto con los otros cuatro continentes, los procesos por medio de los cuales se alcanzaron los logros hasta ese momento. Ello motivó una publicación al respecto en la Organización Mundial de la Salud, que le daba importancia al proceso de toma de decisiones del país en la relación con la atención primaria de Salud y con las raíces propias del plan de nuestra área que se proyectó a Costa Rica.

Posteriormente, por los mismos motivos y después de haber hecho un recorrido por América Latina, el Presidente de la Federación Internacional de Hospitales, señor Hardie, con sede en Londres, hizo invitación formal al Programa Hospital sin Paredes en la persona de su Director, para el Congreso Internacional que se llevó a cabo en Sidney Australia cuyo tema fue "El Hospital en la Atención Primaria de Salud y el Desarrollo". Consideramos esta participación como una

proyección del programa a nivel mundial, ya que la invitación fue para representar a América Latina en ese Congreso.

También consideramos la participación a nivel mundial cuando la Organización Mundial de Salud organizó, en la ciudad de Karachi, en Pakistán, una conferencia con más de 150 participantes del resto del mundo que tuvieran experiencia en la proyección de los hospitales a las comunidades, con el objeto de escribir un documento que se llama el "Papel del Hospital en la Atención Primaria de Salud". Esa conferencia fue presidida un día por el Aga Khan, el Presidente en ejercicio en ese momento. Otro día, por el Presidente de la Organización Mundial de la Salud. Otro día, por el Presidente de la Federación Internacional a nivel mundial y otro por nuestro exdirector, en representación de América Latina. La publicación de este documento "The Rool of Hospitals in Primary Heath Care", ha sido traducido a cinco idiomas y es uno de los más importantes para señalar el papel del hospital en la atención primaria; entre sus coautores está nuestro exdirector, Dr. Ortiz Guier.

También a nivel mundial, la Federación Internacional de Hospitales realizó un trabajo de investigación financiado por la Kellogg Foundation, con el objeto de encuestar los hospitales del mundo que tuvieran más experiencia en metodología innovadora, participación en la comunidad y los Programas de Atención Primaria. Se escogieron en una primera encuesta 1000 hospitales, de éstos se seleccionaron 400 y, finalmente entre los 14 que había en el mundo en ese momento con mayor participación comunitaria y tecnología innovadora, estaba el nuestro.

Posteriormente, la Organización Mundial de la Salud designó a nuestro distinguido exdirector para formar parte del Comité de Expertos en Hospital y Atención Primaria de Salud. En el marco del país, el programa Hospital sin Paredes dio un cambio profundo al convertir al hospital cerrado en un hospital abierto a la comunidad, para ejemplo de la patria

latinoamericana. Un programa con proyección nacional.

El citado programa con proyección nacional, latinoamericana y mundial no hubiese podido desarrollarse a plenitud sin el marco democrático y civilista de Costa Rica. En los últimos 50 años, la gran mayoría de los recursos económicos de este país, se ha invertido en salud, educación y desarrollo social en general, ocupando lugares distinguidos entre los países latinoamericanos, hasta alcanzar un promedio de vida de 76,6 años, mortalidad infantil 13,5/000 (datos 1989 Ministerio de Salud).

En los países del Tercer Mundo en general, incluyendo los latinoamericanos, el hospital ha sido una institución de puertas cerradas, en la cual se reciben los pacientes, sin preocuparse hondamente de lo que sucede en la comunidad o área de atracción; se gasta en la atención curativa la mayoría de los presupuestos nacionales en salud y, a pesar de concentrarse los mejores recursos humanos y multidisciplinarios en Salud, éstos no son utilizados en una proyección hacia el desarrollo y niveles de salud.

Por este motivo el Hospital de San Ramón, aprovechando los recursos intrahospitalarios, desarrolló un programa con la participación activa de la comunidad, el personal intra y extrahospitalario, con excelentes resultados que se observan en los índices de salud.

En 1974, dado al auge que nuestro programa tenía, el Ministerio de Salud de Costa Rica creó el Programa Nacional de Salud Rural, basado en nuestra primera experiencia y, de 1974 a 1978, se cubrió con puestos de salud prácticamente toda el área rural de Costa Rica, siendo nombrado su Director, Dr. Ortiz Guier, en esos cuatro años como Asesor del Ministerio de Salud, a cargo del Dr. Hermán Weinstok.

En el cuatrenio gubernamental de 1978 a 1982, el Dr. Ortiz continuó siendo Asesor del Ministerio de Salud y en

coordinación con el señor Viceministro de Salud, quien creó el Departamento de Organización Popular del Ministerio, recorrió todos los cantones rurales nacionales para promover una organización comunitaria en salud, que tenía como base la gran masa popular, y se crearon Asociaciones Cantonales Populares de Salud, Regionales y finalmente una Federación Nacional. Todo esto, acompañado también por líderes de salud de nuestra zona, sin inmiscuir la política y llevando mística y humanismo.

En el cuatrenio siguiente, de 1982 a 1986, el señor Ministro integró servicios de la Caja y del Ministerio en medicina preventiva y curativa en los cantones nacionales y, en una publicación suya, hace referencia al trabajo efectuado por su Director.

En 1962, se publicó uno de los primeros trabajos para Integración de Servicios Preventivos y Curativos a Nivel Nacional y que todavía tiene vigencia. Este trabajo fue presentado al entonces Presidente de la República, don Francisco J. Orlich y a su gabinete, pero se llevó solo parcialmente en Quepos en 1963, y en una forma nacional, de 1962 a 1986.

De 1970 a 1986, visitantes de la mayoría de los países latinoamericanos estuvieron en nuestro Programa tomando ideas para sus respectivos países.

Algunas de las investigaciones que se llevaron a cabo en nuestro programa tuvieron trascendencia mundial. Por ejemplo la Universidad de Lousiana, pudo descubrir que:

- a. La Hepatitis B se transmitía de persona a persona.
- b. Transmisión de la Hepatitis B por la saliva.
- c. Se inoculó por primera vez un Primate Marmoset con suero humano adquirido en nuestro programa. Todo esto contribuyó al descubrimiento de la vacuna de la Hepatitis.
- d. Se descubrió la Hepatitis no A no B, llamada también C.

e. Otros trabajos de investigación en relación con Hepatitis serán descritos más adelante.

Entre los trabajos de investigación mencionados por el Dr. Ortiz están los de 1958 a 1962, en donde el patólogo, Dr. Rodolfo Céspedes Fonseca, describe el Granuloma Eosinófilo hallado en varias piezas anatómicas de apendicectomías y de resección de colon practicadas en nuestra zona. Se demuestra que el parásito que los provocaba estaba en el Cantón de Palmares. Llevamos a este cantón al microbiólogo costarricense, Dr. Morera, quien describió el ciclo evolutivo del parásito. Observó que en nuestra área los niños afectados jugaban con tierra que tenía las llamadas "babosas", el cual es un caracol sin caparacho, en donde se desarrollaba la larva del *Estrongiloide Costarricense*.

Otro de los programas desarrollados fue el del Dr. Jaime Serra Canales, sobre auditorías de fallecimiento de niños menores de un año. En ella se hacía un análisis de la comunidad, la familia, la historia del niño y la anatomía patológica, así como el funcionamiento de los diferentes nivel de atención en salud.

También, el educador de la salud, Raúl Delgado Andrade, dada las características de nuestro programa, pudo desarrollar en nuestro país grupos de líderes comunales como responsables de salud para que sirvieran de vínculo entre la comunidad y el equipo de salud. Esta experiencia de capacitación de agentes multiplicadores, también fue retomada a nivel nacional para su implementación.

Otra importante investigación fue la realizada sobre salud ocupacional por trabajadores sociales. Esta investigación se efectuó con trabajadores agrícolas, con una metodología participativa y la trabajadora social Enid Cruz, escribió su tesis de licenciatura sobre este proyecto.

El Dr. Ortiz Guier ideó semanas educativas, con proyección a la comunidad. Muchos de los mensajes se difundieron a

través de un prestidigitador, un ventríloco y un orador, que iban a las comunidades en una forma creativa a pasar dichos mensajes con éxito. Esto lo tomó la Organización Mundial de la Salud, así como la Federación Internacional de Hospitales, con sede en Londres, y lo divulgaron al mundo.

Otra región muy importante fue la docencia, ya que médicos residentes del Hospital de Niños participaban regularmente en nuestro Programa, como parte de su entrenamiento; además, estudiantes de medicina de la Universidad Autónoma de Centro América (U.A.C.A.) vinieron y siguen llegando regularmente a nutrirse de nuestra enseñanza.

También, con México, se tuvo un vínculo muy valioso ya que cuando el Dr. Ortiz estuvo en el Programa, se firmó un contrato con la Universidad Metropolitana de Xochimilco y su facultad de medicina, y se realizó un convenio en el cual los mejores 16 alumnos de dicha escuela venían por espacio de un año a laborar y estudiar en nuestro programa intra y extrahospitalario, que fue cortado en 1986.

Finalmente, consideramos que es de un valor inapreciable promover en Latinoamérica y, en general, en los países del Tercer Mundo, las nuevas tecnologías que vengana a promover el desarrollo global de los seres humanos marginados en este planeta. Este programa utilizó la salud como punta de lanza para modificar, en primer término, el ambiente en que se mueve el ser humano, ya que se trabajó profundamente moviendo el saneamiento ambiental y desarrollando programas de vivienda digna.

Asimismo, se pasó de un 60% a un 98% en letrización. También, se promovió al servicio de la electricidad, el teléfono, la pavimentación de carreteras (como la de Peñas Blancas, que atraviesa todo el cantón de San Ramón), la tenencia de tierra con el Asentamiento Campesino llamado Valle Azul.

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 lleva a sentirse parte de la sociedad y se ven exigidos, ante las comunidades organizadas, a una mayor responsabilidad frente a sus semejantes. Por eso insistimos en este tema con los estudiantes de medicina.

El binomio comunidad organizada y personal de salud debe laborar en una constante corriente osmótica de doble vía, en cuanto a conocimientos, ideales y programación, basado en la realidad local y nacional, para obtener las metas de bienestar comunal, familiar e individual.

Pensamos que para lograr estas ideas debe promoverse la integración funcional de los diferentes niveles de atención, también en una corriente de doble vía.

En el nuestro, como en la mayoría de los hermanos países latinoamericanos, son pocas las áreas hospitalarias integradas funcionalmente y éstas deben estimularse para su mejoramiento y promoverse su multiplicación.

A las referencias de pacientes se les debe establecer canales fluidos, prácticos, preferenciales, que suban de los niveles inferiores hasta los de atención más compleja y, a su vez, éstos deben deslizarse hasta las propias comunidades y hogares con efectividad y precisión.

La educación del personal es piedra angular para el éxito de una salud integral.

Creemos que los hospitales rurales y regionales en Latinoamérica deben ser los pioneros que abran el nuevo camino en las comunidades latinoamericanas.

A los directores y administradores hospitalarios de América debe brindárseles la oportunidad de una nueva carrera en administración hospitalaria, que contemple en su currículum académico el conocimiento necesario de sociología y psicología de las comunidades, antropología y otras materias similares; con esto se les preparará para afrontar el problema

de la realidad socio-económica, donde el hospital actual está inmerso dentro de paredes de granito.

El personal intrahospitalario debe convertirse en una escuela de enseñanza constante para los habitantes que utilizan los servicios.

Finalmente, consideramos necesario legislar en el sentido de obligar a tomar nuevas responsabilidades por parte de las instituciones hospitalarias de nuestra América Latina.

Con esta forma de trabajo, se han producido logros muy significativos para las personas, tales como: cambios de actitud mental que las lleva 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 mayor bienestar colectivo. Se mejora el nivel de vida y se incentiva la investigación de los problemas sociales y enfermedades de las grandes mayorías.

En un principio fue indispensable promover acciones para tratar de solucionar problemas y necesidades verdaderamente sentidas. Las personas de la comunidad se agruparon y organizaron, ante la mortalidad infantil, provocada esencialmente por la gastroenteritis que se desenvolvía con gran número de casos, como producto de una sociedad poco justa y en proceso de desarrollo, en los años 50, 51, 52. En el cantón de Palmare, tanto en su cabecera cantonal como en los distritos rurales, la basura y los desechos tirados en los patios, así como los criaderos de moscas provocados por la brosa de café mal enterrada, fueron blanco de ataque del equipo de salud. Entonces, la Municipalidad local y las comunidades dieron los pasos necesarios para que la basura fuera enterrada o incinerada y la brosa de café bien enterrada, medidas con las cuales se obtuvieron resultados como la

recolección diaria de basura por un camión local. Esta misma disposición se siguió en el cantón de San Ramón.

También, el Centro de Salud se convirtió en un lugar de internamiento para la hidratación intravenosa y rehidratación oral, con participación de voluntarios de la comunidad, las pocas enfermeras con que se contaba, y un pediatra que viajaba una vez por semana a supervisar el programa de rehidratación, en forma voluntaria. Esta Clínica de educación, provocó una participación muy fuerte de voluntariado, que vio claramente el descenso en el número de muertos por este padecimiento. Esta campaña educativa tuvo la cooperación del sacerdote de la comunidad, Padre Oña, quien desde el púlpito promovió la higiene en general, la lucha contra las moscas y la basura y el apoyo para la Clínica de Rehidratación. Fue así como la comunidad palmareña, teniendo clara la importancia de esta labor y de esta campaña, brindó su apoyo a través de la Junta de Protección Local, con cada uno de sus miembros, así como de los señores munícipes, quienes dejaron oír su voz en forma permanente en el Ministerio de Salud, para que quien había iniciado tal campaña continuara un año más, y luego buscaron los médicos adecuados para que la continuara, como los Dres. Collado Martínez, Estrada Fernández, Simón, Cubero y otros. La propia comunidad buscó continuidad en la labor hasta el año de 1970, en que ese cantón oficialmente, después de 20 años, pasó a formar parte del Programa Hospital Sin Paredes, hasta el presente año 1991, junto con los cantones de Naranjo, Alfaro Ruiz, San Ramón y posteriormente Valverde Vega. Los que cubrieron los centros de salud de esos cantones, desde 1971 hasta 1986, fueron médicos en servicio social, pero la dirección del Programa se hacía presente todos los años mediante su escogencia. Se seleccionaban los médicos que tuvieran la mística necesaria para dedicar todo su esfuerzo al Programa que nosotros llamamos del pueblo. Fue así como se logró que, durante esos 16 años, la gran mayoría de los médicos dedicara más de doce horas diarias al Programa.

Por otro lado, la Dirección del Hospital de San Ramón, que era la Dirección Regional, propuso a la Junta de Protección Local de San Ramón, que actuaba como patrono de la Institución, que todas las plazas de médico general y especialistas del hospital, fueran ocupadas también por médicos idóneos, a través de un concurso efectuado por la Junta de Protección Social de San Ramón. Todo esto tenía el objeto de que el personal fuera escogido en la mejor forma, evitando así componendas políticas o recomendaciones personales. En esos concursos, quedaba claro el principio de que el profesional escogido, no solamente debía laborar dentro del hospital, sino también en el área de atracción donde fuera necesario, con el objeto de que colaborara con el desarrollo global de nuestra zona. Fue así como a lo largo de la mayoría de esos 32 años, del 54 al 86, la escogencia fue adecuada, salvo los primeros años, en que se hacía de acuerdo a la costumbre del resto del país.

Hubo hasta 14 médicos generales en el hospital, más los médicos internos de la Universidad de Xochimilco de México; eran asignados, además de su trabajo intrahospitalario, a áreas comunales específicas que generalmente correspondían a un puesto de salud. Estos médicos, laborando en conjunto con la enfermera del puesto de salud, la Asociación de Desarrollo, los Comités de Salud, eran responsables del desarrollo integral global de la comunidad, de mejorar los índices de salud locales y de luchar por las necesidades más urgentes.

De esta manera, los médicos y enfermeras tenían todas las familias de la localidad asignadas a su labor, así como cada uno de sus componentes. Estos médicos, no solamente estaban enterados de las enfermedades sino de su entorno total y tenían un conocimiento profundo de la situación socio-económica; de esta forma, cuando los pacientes llegaban al hospital, ya eran conocidos por ellos.

Esta forma de trabajo le permitía al médico ver a cada persona con un sentido integral, familiar y colectivo; además de la parte clínica, intrahospitalaria y extrahospitalaria, tenía

docencia intrahospitalaria, lo cual hacía más agradable su trabajo.

Esto nos proporcionó especialistas en pediatría, gineco-obstetricia, ginecología, dermatología y otorrinolaringología, que se desplazaban a los centros de salud, y los pediatras y los obstetras a los puestos de salud, en lugar de que cientos de niños o madres embarazadas, salieran de su residencia alejándose de sus hogares.

La escogencia de personal fue, pues, una adecuada estrategia que funcionó durante muchos años para brindar mística y trabajo a las comunidades, la cual vigiló en el hospital, en los centros y puestos de salud, con la autoridad necesaria para removerlo si fuera necesario, a través de la Junta de Protección Social Local. La junta era nombrada por el Ministerio de Salud cada dos años, pero cada vez que iba a haber nombramiento, se organizaba para proponer al Ministerio personas idóneas de diversos partidos políticos; esto se hizo así hasta el año 1984, en que fue nombrada una junta directamente por el Ministerio, de un solo color político y con la intención, al terminar en 1986, de que el hospital fuera traspasado a la Caja Costarricense de Seguro Social. Meta que fue lograda, y desde entonces, el Programa fue dividido en su dirección: se nombró un director de hospital y un director de programa, lo que provocó la destitución del segundo, que quedó solamente como director del hospital; y en febrero del 86, fue obligado a renunciar a la dirección del hospital, a pesar de que las comunidades organizadas y el Director de Programa estaban de acuerdo en el traspaso a la Caja, siempre y cuando se respetaran los principios del Programa Hospital sin Paredes, algunos de los cuales se irrespetaron en forma total.

Nosotros, previendo todo este problema, y que era indispensable crear una organización fuerte en el campo de la salud, con autoridad elegida en forma democrática y abierta por las comunidades, sin ninguna manipulación política, promovimos la creación de una Asociación de Salud para los

Cantones de Palmares, Alfaro Ruiz, Naranjo, San Ramón y Valverde Vega, basada en la Ley de Asociaciones del 1939; fue así como mediante asambleas populares se crearon esas cinco asociaciones, que vinieron a sustituir a las Juntas de Protección, abolidas prácticamente por decreto ejecutivo. Creamos también una Asociación Regional elegida democráticamente por los líderes comunales, la cual ayudó a promover muchos de los cincuenta edificios de los puestos de salud, y estableció la sede de la Regional. El impacto de estas organizaciones fue importante y con repercusión nacional, ya que en el gobierno de don Rodrigo Carazo Odio, el Viceministro de Salud, alumno del Programa, promovió la creación del Departamento de Organización Popular del Ministerio de Salud.

Además, el Ministerio de Salud de la época promovió asociaciones cantonales similares a la nuestra, en 50 cantones del país; a la vez en el área nuestra se prepararon cerca de 2.000 responsables de salud para el resto del país. Estos responsables de salud, escogidos por sus propias comunidades, vinieron a ser un nexo entre la comunidad y el programa, no solo de la zona sino del país, ya que estaban relacionados con la auxiliar de enfermería local y laboraban en sus comunidades y coordinaban con otras asociaciones existentes. Todo esto fue un factor muy importante para el desarrollo de nuestra patria, en cuanto a mejorar los índices de salud.

De 1982 a 1986, en el gobierno presidido por don Luis Alberto Monge A., su Ministro de Salud creó las Juntas de Seguridad Social, con el objeto de suplantar las anteriores, que eran de elección democrática y popular. Estas nuevas juntas ya no fueron en su totalidad elegidas democráticamente y, algunas de ellas, tuvieron connotaciones políticas. Pero en la zona del Hospital sin Paredes, la organización era tan fuerte que no pudieron suplantarla, y en el gobierno de don Oscar Arias, su Ministro de Salud y el gobierno, la reconoció oficialmente como representante en el campo de salud. Nosotros seguimos creyendo que la elección democrática es una excelente base

para que las comunidades se organicen, siempre y cuando haya una verdadera autoridad de salud y ejerza poder para el nombramiento y las destituciones.

Como dijimos anteriormente, con el objeto de establecer un verdadero vínculo entre la comunidad y el programa Hospital sin Paredes se crearon los Responsables de Salud del Pueblo quienes eran campesinos voluntarios elegidos por sus vecinos y capacitados en cursos especiales por el equipo de salud del programa y otros profesores, de acuerdo con las necesidades locales. Este grupo realizó acciones específicas, promovió el desarrollo global y la salud, y todavía sigue preparándose, no solo en nuestra zona sino en el resto del país.

En el gobierno de don José Joaquín Trejos, se creó el Movimiento de Desarrollo Comunal y en el Programa Hospital Sin Paredes laboramos en total coordinación con los promotores de DINADECO, en los cinco cantones, al grado que la sede central de esa entidad en San Ramón, está en los edificios de la Asociación Regional de Salud. Hemos ayudado en la creación de nuevas Asociaciones de Salud y en la promoción de comités de vivienda, de tierra, de minusválidos y del enfermo crónico senil. Siempre estuvo muy claro en nuestro programa que no podía haber salud sin desarrollo integral y nosotros apoyamos la idea, no solamente para que se crearan las Federaciones de Desarrollo Provinciales, sino también la Federación Nacional en 1982.

En nuestro Programa Hospital sin Paredes, apoyamos también la creación que hizo el Ministerio de Planificación de la sub-región San Ramón, en que estaban involucrados los cantones del Programa, salvo Valverde Vega, cantón que lanzó su propuesta con el objeto de pertenecer al área designada por el Ministerio de Planificación.

El distrito de San Isidro de Peñas de San Ramón, de acuerdo a la planificación de la sub-región de San Ramón, no pertenecía

★ a ésta. Hubo una protesta organizada sumamente fuerte ante el gobierno de don Oscar Arias Sánchez, el cual finalmente aceptó la determinación del pueblo. Todos estos movimientos fueron resultado de la propia organización popular que ha tenido fuerza suficiente para proponer, en los últimos nueve años, la destitución de dos directores del Programa y la remoción en 1991, del administrador del Programa quien actuó en forma inconveniente. Ante el problema de alcoholismo, de enfermos mentales, crónicos y de pacientes de tercera edad, en 1962 el Programa Hospital sin Paredes creó la Asociación del Enfermo Crónico, del Minúsválido y de la Tercera Edad, con personería jurídica. Desde entonces, se buscó terreno para construir algunas viviendas para personas de escasos recursos. El INVU construyó viviendas, parte de las cuales fueron adjudicadas -cerca de 10- a la citada Asociación, en donde se ubicaron pacientes de la tercera edad, algunos minusválidos y algunos enfermos mentales. Todas estas personas podían hacer uso particular de su vivienda e incluso, podían llevar a sus amigas o compañeras. Esta nueva política sirvió como material educativo para la Escuela de Servicio Social de la Universidad de Costa Rica.

★ También, de aquí salió la idea para comprar un terreno, con el fin de crear un Hogar de Ancianos, con casitas individuales. Este hogar existe actualmente y es un ejemplo para el resto del país.

★ Creamos comités de apoyo para los minúsválidos de los cinco cantones, liderados por la Sra. Cristina Zeledón; el programa pagaba tres trabajadoras sociales en San Ramón, Naranjo y Alfaro Ruiz para estos pacientes. Además, compramos una finca con el fin de hacer un taller agrícola para darle una atención especial a los enfermos mentales de la zona. Se localiza en Rosario de Naranjo, y tiene un valor de 14 millones de colones.

★ Otra estrategia muy importante fue captar dinero, con una organización católica del Condado de Leinsteinten, para hacer préstamos sin intereses a personas de muy escasos

recursos a través de las cinco trabajadoras sociales del programa; por ejemplo, una persona pedía un préstamo para comprar gallinas o pollitas y, lo pagaba cuando éstas producían; con estos préstamos se ha beneficiado mucha gente de escasos recursos económicos. Todo esto se hacía a través de la Asociación, que consiguió además una donación internacional para la construcción de un puente, en una zona muy alejada en San Antonio de Zapotal.

En relación con el alcoholismo, que es un problema muy serio en nuestro país, en 1954, el Hospital de San Ramón abrió por primera vez las puertas al enfermo alcohólico, en coordinación con asociaciones voluntarias contra el alcoholismo. Ofrecimos los puestos de salud para reuniones y en algunos lugares se dio el terreno para la construcción de su local, como en Zaragoza de Palmares y en Laguna de Alfaro Ruiz. Podemos decir que el Hospital sin Paredes es de los lugares del país donde existen más organizaciones contra el alcoholismo; además, el Hospital daba albergue y tratamiento a los pacientes, y un seguimiento con grupos voluntarios que tenían el permiso de ingresar al hospital a motivarlos para que, a su salida, se incorporaran a tales grupos. Además, las trabajadoras sociales de nuestra institución coordinaban este tratamiento con los hogares de los pacientes y los médicos generales o internistas; después del tratamiento de desintoxicación, referían a estos pacientes al psiquiatra de la institución, cuando lo ameritaba, a Tirrases o al Hospital Psiquiátrico de Pavas. Desde el punto de vista preventivo, los auxiliares de enfermería, recorriendo casa por casa, hacían seguimiento de los alcohólicos. Las enfermeras graduadas y los médicos daban charlas al grupo de alcoholismo o a la comunidad en general promoviendo, en diversas formas, una campaña contra el alcoholismo. En esta campaña celebramos bailes sin licor, para hacer ver a las comunidades que no es necesario tomar licor para bailar, y disfrutar plenamente como pareja. También, en la campaña preventiva, los comités de salud escolares en las 125 escuelas de la zona o en los colegios de secundaria, promovían la llegada de educadores de salud o de promotores contra las drogas pertenecientes al Instituto Nacional sobre Alcoholismo o profesionales, como psicólogos o médicos, con una visión

clara sobre el alcoholismo. También, a nivel escolar y comunal, el llamado "mago de la salud", que era un prestidigitador, ventríloco y orador, pasaba mensajes en las semanas educativas a las comunidades. Además, se promovieron grupos de teatro popular para representar problemas de la comunidad y se daban funciones en las semanas educativas también llamadas "Circo de la Salud".

En el campo de la nutrición, con el grupo de asistentes nutricionistas de nuestra zona hospitalaria, se llevaron a cabo y se desarrollaron varios programas. En cada comunidad rural más o menos grande, se crearon centros de nutrición y educación y se dieron cursos de educación nutricional ofrecidos a los escolares y a la comunidad en general. Además, se hacían concursos para premiar los platillos mejor elaborados y que proporcionaban una dieta más adecuada para esa comunidad. También, los grupos de teatro popular y los niños en las escuelas representaban obras de teatro.

En los distritos de San Juan y Los Angeles del cantón de San Ramón se vendieron a precios muy baratos pollitas del Ministerio de Agricultura y Ganadería para que en cada casa existiera un gallinero que produjera los huevos necesarios para el consumo diario.

Nuestros inspectores de salud organizaron en casi todas las comunidades de la zona lechera cursos para elaborar el queso adecuadamente. El Presidente de la Asociación Regional de entonces, don Miguel Arias Alpízar, en compañía de otros campesinos de estos cinco cantones, promovían la creación de una cooperativa de leche entre los pequeños productores, haciéndolos a su vez dueños de la misma cooperativa, hoy, un ejemplo para todas las zonas del país que se llama COOPELECHE de San Ramón; opera con gran éxito en nuestra zona produciendo, no solamente leche bien elaborada, sino también mantequilla, natilla y helados, productos que, no solamente se venden en nuestra zona, sino en la provincia de Puntarenas. También, la Asociación

Regional de Salud promovió una fábrica de leche de soya, financiada parcialmente por la Embajada de Holanda y que funcionó por varios años con gran éxito, ya que ofrecía leche de soya a un precio módico a todos los niños alérgicos de la zona y a otros que también la necesitaban. Asignaciones Familiares pagó hasta cierto momento parte del personal de esta fábrica, en la cual laboraban personas minusválidas o de muy escasos recursos.

Una de las cosas más importantes que nuestro Programa Hospital sin Paredes promovió en la zona, en relación con nutrición y pobreza, fueron los asentamientos campesinos, comprando fincas abandonadas de grandes terratenientes que no las utilizaban y ayudando a organizarse a los campesinos sin tierra, hasta conseguir en la zona norte de San Ramón, uno de los asentamientos más grandes, como fue el de Valle Azul, del distrito de Los Angeles, en que se repartieron 10 hectáreas por campesino y que hoy es uno de los emporios de riqueza del cantón de San Ramón. Como los productos necesitaban salida por carretera, las Asociaciones de Desarrollo Comunal ejercieron presión ante el Ministerio de Obras Públicas y Transportes y el gobierno de la República, para que se construyera. También, se ayudó a crear el Asentamiento Campesino de La Tigra, distrito que antes del año 60 perteneció a San Ramón. Incluso en zonas más alejadas, promovimos una de las bases más importantes de la nutrición, como es el agua potable, por medio de comités de agua que, con las asociaciones de desarrollo y la comunidad entera hicieron posible que en el distrito más alejado de San Ramón, el Servicio Nacional de Acueductos y Alcantarillados construyera un acueducto con dineros conseguidos a través de la organización del pueblo y el Programa Hospital sin Paredes. Además, se hizo una campaña intensa en los cinco cantones para quitarle los acueductos rurales a las municipalidades locales, que los administraba muy mal, y para que pasaran a manos de Acueductos y Alcantarillados.

Fueron administrados por las comunidades, ya que ellas mismas, con su propio esfuerzo, construyeron muchas zanjas,

como en Concepción de Naranjo, que en 15 días zanjearon más de 10 km para el acueducto en San Juanillo de Naranjo, Laguna de Alfaro Ruiz, en San Antonio de Barranca, donde el programa de salud rural apoyó el traslado de camiones de gente de la comunidad para que hiciera presión en la municipalidad local a fin de conseguir que ésta lo cediera a las propias comunidades.

En 1970 se realizó una reunión con el señor Ministro de Salud de entonces, Dr. José Luis Orlich y los diputados locales y la Municipalidad de San Ramón, para la construcción del acueducto para el centro de San Ramón, Palmares (centro) y varios distritos aledaños a ambas capitales cantonales.

En relación con el problema de vivienda en la región, el Programa Hospital sin Paredes se organizó en forma diferente cuando se trató de las ciudades capitales de cantón o de la zona rural. En los centros de las ciudades de los cantones respectivos. El problema de la vivienda fue tratado en conjunto con las parroquias respectivas, las asociaciones cantonales de salud, las Cámaras Junior, los Clubes de Leones y los Clubes Rotarios y otras agrupaciones populares que se formaron específicamente para promover vivienda a la gente de escasos recursos económicos. Todo esto lo coordinamos de 1954 a 1986, con el Instituto Mixto de Ayuda Social y el Instituto Nacional de Vivienda y Urbanismo. Fue así como, por ejemplo, en el centro de San Ramón, la Cámara Junior construyó, con nuestra colaboración y un donativo de un señor Badilla y el INVU, la Ciudadela Víctor Badilla con más de 70 casas; contiguo a ésta, se consiguió un terreno con dinero prestado por el Banco de Costa Rica y una fianza a nombre del presidente de la Junta de Protección Social de San Ramón, don Rodrigo Valverde Vega, de un miembro de la citada Junta, José Valenciano Madrigal y del Director del Programa sin Paredes, Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier. Con ese dinero se construyó, en coordinación con el INVU, 87 viviendas para gente de escasos recursos económicos. Esta ciudadela es llamada por el pueblo "Dr. Ortiz Guier", aunque

la Comisión de Nomenclatura no lo aceptó por tratarse de una persona viva.

Con donativos de toda la comunidad y el IMAS, se construyó otra ciudadela promovida directamente por el Programa de Salud Rural. Por otro lado, la Unión Cantonal de San Ramón, con la Parroquia de San Ramón y un comité organizado por el pueblo con el apoyo del Programa Hospital sin Paredes, promovimos la edificación del pueblo de La Unión, que hoy día es de los más grandes de la ciudad de San Ramón.

También, con el Sr. Arnulfo Carmona Benavides, diputado de San Ramón, durante la presidencia del Lic. Rodrigo Carazo Odio, se construyó una de las ciudadelas más grandes de San Ramón llamada Los Jardines. En La Unión y en Los Jardines, los propios beneficiarios pusieron gran parte de la mano de obra. Finalmente, del año 1986 a 1990, se organizó con COPAN, un grupo muy numeroso que utilizó siempre las aulas del Programa Hospital sin Paredes, para gestionar durante la administración Arias, y con el apoyo de la Unión Cantonal y la Municipalidad de San Ramón. Luego, a nivel rural, a través del puesto de salud y en coordinación con la Asociación de Desarrollo y comités de vivienda, ayudamos a promover arreglos de vivienda para personas de escasos recursos económicos.

Todo esto desarrollado por las comunidades, encendidas por la llama de mística del idealismo y del amor al prójimo.

La Directiva de la Asociación Regional, presidida desde 1982-1983 por don Miguel Arias Alpízar, y el Director del Programa, apoyados por el Vicepresidente de entonces, don José Miguel Alfaro y por el presidente Rodrigo Carazo, promovió en el Depto. de Planificación una reunión con personeros del BID con el objeto de crear en esta región la Asociación Profomento Económico del Area, hasta lograr que esta se llevara a cabo. El BID apoyó esta Asociación, a fin de dar apoyo a los agricultores de la zona. Esta Asociación ha

otorgado préstamos a más de 1,000 agricultores, por un monto de más de ¢ 250,000,000.00 .

La Trabajadora Social del Programa, Lic. Enid Cruz Ramírez, tuvo la idea ante la necesidad sentida de la comunidad de la zona y la marginalidad de la mujer en general de América Latina de crear una organización de Mujeres de la zona urbana y rural, creando MUSADE (Mujeres Unidas en Salud y Desarrollo), para lo cual coordinó con las organizaciones comunales de salud y desarrollo de la zona y algún personal del equipo central de salud como las enfermeras y el educador para la salud; dicha Asociación ha tenido gran éxito y ha contado con el apoyo de algunos organismos internacionales interesados en la misma meta.

También, se colaboró muy de cerca con las cooperativas existentes, como la de Coopesanramón y la de Caficultores.

## **CAPITULO 3**

### **Integración, investigación y docencia**

Sobre integración de docencia e investigación nos es indispensable referirnos a la magnífica oportunidad que nuestro campo de trabajo proporciona a la universidad y a diferentes escuelas de técnicos para la salud. La experiencia de campo que pueden vivir estudiantes, no solamente en las carreras de salud y desarrollo, sino de otras disciplinas, es vasta y sumamente útil. Nuestro Programa recibió estudiantes universitarios de la Facultad de Medicina de la Universidad Metropolitana de México y la Universidad Autónoma de Centroamérica de Costa Rica, durante 10 años; también recibió estudiantes de trabajo social, auxiliares de enfermería, enfermeras graduadas universitarias, estudiantes de postgrado en salud pública y de odontología; a nivel internacional, múltiples personas pertenecían al grupo de trabajo en salud de los diferentes ministerios y universidades de América Latina.

Los alumnos de la Universidad Metropolitana de México recibieron adiestramiento en los cuatro servicios básicos del Hospital y tuvieron experiencias en la comunidad, dando consulta y conociendo sus problemas.

El campo que ofrece un Programa integrado de Salud en la comunidad es vasto y profundo para estudiantes de diferentes disciplinas.

a. Estudiantes de Odontología de la Universidad de Costa Rica. Con el diseño de un nuevo currículum para la Facultad de Odontología, tanto el marco teórico como las estrategias para implementar el aprendizaje, condujeron a la utilización de ambientes reales donde completar el proceso de aprendizaje clínico y social. La utilización del componente docencia-servicio, que en este país se denomina Aprendizaje Servicio e Investigación (A.S.I.) hizo posible diseñar experiencias curriculares, sociales y clínicas en una comunidad con características favorables.

Dentro de una conceptualización teórica amplia, fue posible buscar que la comunidad tuviese cierto grado de organización en salud. Se escoge así el cantón de Palmares, por ser una

comunidad del área de influencia del Hospital sin Paredes, el cual ha desarrollado en la zona un concepto de salud con la participación activa de la comunidad.

Para el análisis del problema se utilizó la investigación descriptiva, entrevistas semiestructuradas, talleres con participación de la comunidad, estudio de documentos.

### Objetivos de Programas Comunitarios

1. Desarrollar el Programa de Odontología Comunitaria sobre la base de la organización y participación popular.
2. Fomentar en la comunidad la responsabilidad de procurarse salud.
3. Brindar participación a la comunidad para que por sí misma conozca, decida, actúe y mejore sus condiciones de salud.

## Objetivos docentes

### Objetivos generales

1. Introducir al estudiante de Odontología en un modelo de servicio odontológico simplificado, que le permita adaptarse al medio de acuerdo a los recursos existentes.
2. Desarrollar en el estudiante la capacidad de aplicar acciones preventivas en una comunidad, dentro de un concepto integral de salud.
3. Comprender que la estructura económica social determina la expresión e interpretación del fenómeno salud-enfermedad en una comunidad.
4. Ubicar el estudiante dentro de la comunidad, para que logre visualizar y comprender la importancia de la

participación popular dentro de un concepto integral de salud.

## **Objetivos específicos**

Que el estudiante sea capaz de:

1. Instalar y manejar el equipo odontológico simplificado. Llevar el recuento estadístico de las actividades clínicas efectuadas en su programación. Ampliar técnicas clínicas integrales según el nivel de formación recibida por el sistema de aprendizaje clínico. Referir al paciente cuando éste amerite ser atendido en otro centro de salud especializado.
2. Aplicar los conocimientos de prevención en una comunidad concreta.
3. Analizar y relacionar el proceso socio-económico de la comunidad, con los fenómenos de salud oral y la práctica odontológica.
4. Adquirir un conocimiento vivencial con los sectores populares.
5. Promover, conjuntamente con la comunidad, actividades dirigidas hacia la educación de la salud.
6. Estudiantes de Medicina de la Universidad Metropolitana de México y Universidad Autónoma de Centroamérica (UACA). Los universitarios de la UACA en su último año realizan un programa teórico-práctico que consiste en clases teóricas e incorporación a las diferentes comunidades, con las organizaciones populares campesinas.

Estos estudiantes realizaron un año de internado rotatorio como pasantes de medicina en los servicios básicos: cirugía general, medicina interna, pediatría y gineco-obstetricia; tenían un programa de enseñanza teórico en estas disciplinas, y práctico, intrahospitalario y extrahospitalario.

No cabe duda de que lo óptimo sería la incorporación del estudiante de medicina desde su primer año hasta el último, en el campo, luchando brazo a brazo por las comunidades en el desarrollo integral en todos los aspectos. Así se rescatará el enfoque más adecuado para el futuro de los países latinoamericanos, pues cuesta mucho cambiar la mentalidad de los estudiantes que han sido educados con un concepto poco social, en el que priva el ideal del médico científico o del médico famoso por su clientela, y no el verdadero ideal del que trabaja por sus comunidades, que debería ser el ideal del médico latinoamericano y que estamos lejos de alcanzar.

Los estudiantes de trabajo social se incorporaron al Programa en una forma más profunda que los estudiantes de medicina. Los estudiantes de enfermería tienen cada día mayor contacto con las comunidades organizadas; otros grupos que participaron son personeros que laboran en salud en otros países de América Latina y de nuestro propio país, que vienen unos días al Programa a conocer su proyección y estudiar los alcances para valorizar posibilidades de generalización.

En cuanto a la comunidad, tenemos programas en educación de adultos para responsables de salud y líderes de la comunidad, para mantener informados a nuestros líderes sobre desarrollo y salud.

Lo mismo realizamos con los Comités de Salud de las escuelas y colegios de segunda enseñanza, en donde actualmente se está formando un programa preventivo-curativo para la prevención de la drogadicción de los jóvenes.

El Programa de Enseñanza para la Minusvalía y la Tercera Edad con talleres de promoción para su incorporación laboral (Proyecto agroindustrial en el cantón de Naranjo), consta de una finca de café, que tiene más o menos doce manzanas con gran producción; en la colecta de café participan enfermos mentales, además de gente normal; la finca es propiedad de

la Asociación Regional de Salud de los cinco cantones del programa y tiene actualmente un valor de más de 14 millones de colones.

Establecimos un programa de enseñanza que funciona regularmente desde que se fundó la escuela, hace más de doce años y que consiste en que nos envían los estudiantes de último año durante 15 días al Programa. Durante una semana, se dan clases teóricas con todas las metodologías que se emplean en el Programa para llenar una mística a los futuros médicos de los hermanos países de Latinoamérica durante otra semana, los estudiantes son enviados a comunidades rurales alejadas donde forman parte del equipo de salud en el puesto respectivo, y tienen un convivio grande con la Asociación de Desarrollo Integral local y de todos sus comités, incluyendo el de salud, agua, vivienda, caminos, odontología, minusvalía y otros. Con esta pequeña práctica esperamos que esos futuros médicos se asomen a la ventana del idealismo de lucha por la justicia social y que también promueva intensamente la vocación de un médico nuevo, con verdadero deseo de ayuda al prójimo y de compromiso con la patria para que ésta continúe con un desarrollo integral de bienestar individual, familiar y colectivo, y para que las nuevas generaciones se formen en un medio adecuado para el desarrollo verdadero mental, físico y social, que es en esencia la filosofía del Programa Hospital sin Paredes.

El Programa, además de promover la salud preventiva, educar, curar y rehabilitar, utiliza el campo del desarrollo social para la verdadera investigación.

Como ejemplo concreto de la etapa en que ha estado la investigación y docencia en nuestra zona, mostraremos el estudio "Auditorías de fallecimiento de menores de un año por comunidad y equipo de salud con enfoque integral", que el que mejor sintetiza el actual estado del sistema de atención médica, su política, sistema informativo, diseño y manejo de indicadores, participación popular, y permite visualizar las

futuras etapas, en que la investigación y la acción deberán tener un papel clave en la producción del conocimiento, al servicio de los intereses populares.

### **Auditoría de fallecimientos de menores de un año por comunidad y equipo de salud con enfoque integral:**

Se pretendió que cada estudio de fallecimiento se hiciera en forma integral, incorporando a la comunidad, no solo como objeto de análisis, sino como actor importante. Pensamos que esta metodología puede llevar a la comunidad a no explicarse la muerte como un hecho natural, culturalmente aceptado, sino por el contrario, como una derrota superable si es que hay una conciencia clara de sus verdaderas causas, y una decisión solidaria de superarlas.

Esta metodología de trabajo rebasa, con mucho, los objetivos y las responsabilidades de una auditoría tradicional, ya que tiene las siguientes ventajas:

1. Investiga la causalidad de la mortalidad infantil, no solo en su aspecto físico y psíquico, sino dentro de un análisis histórico-social.
2. Analiza la atención prestada desde la concepción del niño, hasta su muerte, lo que le permite evaluar los servicios salud en los distintos niveles.
3. Es una experiencia docente, tanto para los trabajadores de salud como para la comunidad.
4. Es una expresión de participación popular, ya que pretende incorporar a la comunidad organizada como sujeto y no sólo como objeto de estudio.
5. Fomenta el trabajo en equipo de las distintas disciplinas de salud, buscando un lenguaje y objetivos comunes.

## Origen de la Auditoría

Este tipo de auditoría se implementó en San Ramón, de 1976 a 1982. El proceso se fue modificando y perfeccionando; se rompió con el esquema clásico de sesión anatomo-clínica y se llegó a alcanzar un enfoque muy integral del problema salud-enfermedad y sus determinantes sociales. Se estudió el 100% de las muertes ocurridas durante varios años en los cantones de San Ramón y Palmares, lo cual le dio una gran profundidad a esta investigación.

El siguiente cuadro resume las diferencias que existen entre la auditoría en equipo interdisciplinario y comunidad y la sesión anatomoclínica tradicional.

AUDITORIA EN EQUIPO INTERDISCIPLINARIO Y COMUNIDAD	REUNION ANATOMOCLINICA PATOLOGICA
Participantes: Equipo de Salud y comunidad	Equipo médico fundamentalmente
Se efectúa al 100% de todos los fallecidos intra y extrahospitalarios (domiciliarios)	Solo a los casos de interés clínico fallecidos en el hospital.
Se evalúa a todos los niveles del sistema de atención médica	Se evalúa la participación del hospital en el caso presentado.
Análisis que contempla el seguimiento del niño a través de toda su vida.	Enfasis en el último episodio.
Visión integral del paciente, la familia y comunidad.	Visión parcial social. Prioridad de la morbilidad individual.
Valoración y repercusión de la muerte en la familia afectada.	No se pide opinión a la familia.
Valoración y repercusión (opinión de la muerte en la comunidad afectada)	No se pide opinión a la comunidad.
Determinación de las muertes evitables y fijación de tareas futuras, con revisión de su cumplimiento.	En mínimo grado.
Transmisión de la familia y a la auditoría, con recomendación.	No se efectúa
Permite el conocimiento epidemiológico de la mortalidad infantil.	Imposibilidad de conocerlo por la visión parcial.
Análisis global colectivo, después de un tiempo dado.	No se efectúa.

Otra investigación importante fue Factores de Riesgo Perinatal y Destino de los Niños Recién Nacidos de bajo peso en todo el cantón de San Ramón, estudiando no sólo la mortalidad inmediata sino las secuelas de la misma, ya que los niños fueron seguidos y estudiados durante un período de diez años dejando gran enseñanza. Un resultado importante de las auditorías es saber que, aunque la mortalidad infantil es baja en nuestra zona, la del estrato social marginado es mucho más elevada. Otra investigación fue la determinación del nivel real de protección y de los factores que inciden en la producción de anticuerpos contra enfermedades prevenibles por vacunación.

Ha sido importante no sólo el número de niños nacidos que se enferman y fallecen, sino también el número de niños protegidos contra enfermedades infecciosas y el uso de indicadores positivos de salud.

Estas investigaciones sofisticadas que han producido alrededor de 100 trabajos de circulación internacional, han sido posibles por la existencia de un programa de salud en la comunidad, nacido y nutrido por el pueblo, que dejó como primera trinchera de combate al aislado hospital y que, en la actualidad, tiene una red de tentáculos que abarcan hasta los más recónditos rincones.

Producto de la mayor madurez conceptual, es la puesta en marcha desde 1983 del estudio sobre *"CORRESPONDENCIA ENTRE LAS CONDICIONES DE TRABAJO Y PROBLEMAS DE SALUD OCUPACIONAL Y CONDICIONES DE VIDA DE LOS TRABAJADORES AGRICOLAS Y SUS FAMILIAS"*.

El trabajo que incorpora a los responsables de salud como sujetos de la investigación, abre una nueva etapa investigativa y demuestra que las potencialidades que se han abierto a la docencia y a la investigación son enormes. Pero lo importante será seguir preguntándonos qué tipo de conocimientos queremos y necesitamos producir, pero especialmente, con

quiénes y para quiénes los queremos aprovechar. Mi respuesta es: para todos los seres humanos de este planeta que puedan utilizarlos, empezando por Costa Rica, a fin de elevar el bienestar de las personas más marginadas y necesitadas.

Otra investigación que se llevó a cabo fue sobre "epidemiología de la hepatitis viral". En 1964, por una llamada al Centro de Investigación de la Universidad de Louisiana con sede en Costa Rica, presidido por el Dr. Víctor Villarejo, para que investigaran la hepatitis en San Ramón, se realizó una investigación que dio como resultado varios hallazgos de repercusión a nivel mundial, tales como:

- Se probó la transmisión de hepatitis B de persona a persona.
- La transmisión de hepatitis se realiza por la saliva.
- Valoración de nuevos métodos de laboratorio.
- Conocimiento de factores endógenos y exógenos determinantes del estado de portador de virus de Hepatitis D.
- Estudio del rol de los portadores en la transmisión de la Hepatitis B.
- Estudio del rol de los portadores de virus B en el cáncer hepático primario.
- Aislamiento del virus de hepatitis A, e inoculación al Marmose.
- Desarrollo de nuevas técnicas serológicas para el estudio.
- Descubrimiento de un sistema antígeno-anticuerpo específico para hepatitis viral no A, no B.

En el marco de ese convenio con la Universidad de Louisiana, ésta envió al salubrista costarricense Dr. Jorge Arguedas Gamboa, y se decidió sacar del hospital a 6 auxiliares de enfermería para que trabajaran en el campo en acciones preventivas en la zona. Es importante destacar que solo en Venezuela, en el Programa de Medicina Simplificada, y en San Ramón, en esa década se laboraba intensamente en lo que más tarde se llamó Atención Primaria.

“No puede haber ni existir un programa de salud en la comunidad sin que exista verdadera integración del Hospital Regional de esa área” (Palabras del Dr. H. Mahler, Exdirector General de la Organización Mundial de la Salud).

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 emprenden en los niveles extrahospitalarios, donde se desarrollan actividades de salud, como consultas externas, centros y puestos de salud y los hogares campesinos. Asimismo, programando actividades de salud, haciendo partícipes a representantes de la comunidad de acuerdo a sus necesidades. Dichas áreas hospitalarias deben estar relacionadas 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 valorar 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 humanismo con que los miembros de salud se acerquen a la comunidad, la familia y los individuos, tanto en el aspecto educativo, como a la hora de brindar algún servicio. 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 divirtiendo 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 graven con mayor profundidad.

Las visitas casa por casa, de las auxiliares de enfermería, en que se da educación por medio del diálogo, motiva 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.

Muy poca literatura existía en el mundo sobre el papel del hospital en la atención primaria de salud, hasta que en el año de 1981, la Organización Mundial de la Salud reunió en Karachi, un grupo de participantes de 29 diferentes países del mundo, en el que había médicos administradores de hospitales, enfermeras, trabajadores sociales, administradores en salud y representantes de agencias internacionales; el número total de participantes fue de 117 que, trabajando en grupos, llegaron a importantes conclusiones para ser divulgadas a nivel mundial en diferentes lenguas (español, inglés, francés, italiano, portugués, árabe, alemán, finlandes, entre otros.).

En esta conferencia, el Programa Hospital sin Paredes expuso algunas de estas conclusiones que fueron aceptadas como metodología importante, ya que habían sido vividas por el propio Programa, de donde había brotado la extensión al campo de salud comunitaria.

La referencia de pacientes en un sistema más fluido desde la casa al puesto de salud, al centro de salud, al hospital local y de ahí al hospital más sofisticado, debe ser rápida, efectiva, concreta y fluida; el retorno del paciente, igualmente, debe llevar consigo en su regreso a la comunidad, una información

adecuada para los diferentes niveles, si se quiere promover en verdad la salud individual, familiar y colectiva.

El prestigio de los hospitales puede servir para combatir falsas informaciones sobre la salud y para dar luz a la tiniebla de la ignorancia. Otro nuevo elemento para promover el desarrollo global integral de la comunidad es la cooperación intersectorial con educación, agricultura, planeamiento, medio ambiente, suplemento de agua y otros sectores del desarrollo. Estos son algunos de los pocos caminos en los que podemos hacer énfasis, pero el futuro es amplio y la necesidad es grande, si queremos involucrar los hospitales en el desarrollo global de la patria.

Los hospitales especializados como psiquiátricos y las clínicas del Instituto Nacional de Seguros deben involucrarse en la atención primaria, como lo ha hecho el Hospital Nacional de Niños en nuestro país.

No cabe duda de que si no se reorienta a médicos y personal de los hospitales, muchas de las metas y logros para el año 2000 no se podrán llevar a cabo.

Finalmente, el papel del hospital para promover y usar la participación comunitaria en la atención de salud primaria es indispensable en los hospitales del mundo, y hay claros caminos que se pueden andar, partiendo del liderazgo que el hospital tiene en sus áreas de atracción.

Las necesidades sentidas de las comunidades, cuando el hospital tiene oídos para ellos, promueve cambios internos en el funcionamiento de un centro médico.

Hay que darle oportunidad a la participación comunitaria para que también opine y desaparezca el mito de que los profesionales son los últimos que pueden mejorar la salud.

Las comunidades abiertas a la investigación, cuando el área

del hospital está involucrada al mismo, puede producir logros no sólo para esa comunidad sino para el mundo entero. El Dr. Mahler decía que un sistema de salud basado en atención primaria no se puede desarrollar adecuadamente, si no existe un hospital funcionando y soportando la atención primaria en forma permanente, adecuada y con mística. Desgraciadamente, a nivel mundial y en nuestra patria, acontece que todavía muchos de los que tienen mandos en regiones hospitalarias no comparten nuestra tesis, ni esta mística que es un camino nuevo para obtener logros de mayor economía, mayor eficiencia y a un bienestar más integral: individual, familiar y colectivo.

El hospital se proyectó, asimismo al resto de América Latina y muchas otras partes del mundo. Durante los últimos 15 años, tuvimos visitas de casi todos los países.

El Hospital de San Ramón, Hospital sin Paredes, fue invitado a dar conferencias en Canadá, Estados Unidos, México, Guatemala, Honduras, El Salvador, Nicaragua, Panamá, Colombia, Venezuela, Brazil, Argentina, Uruguay, Bolivia, Ecuador, Paraguay, Cuba, República Dominicana, Francia, Israel, Pakistán, Australia, entre otros. Así pues, ningún hospital rural de Costa Rica se ha proyectado a tantos países por el esfuerzo de las comunidades. Fue reconocido públicamente por la Asociación Costarricense de Hospitales, mediante el Certificado de Honor y la Medalla del Mérito Hospitalario; por el Club Rotario Internacional, al otorgarnos la Medalla de Buen Servidor.

La Embajada de los Estados Unidos, otorgó una de las dos únicas Medallas del Bicentenario de ese país, reconociendo que el Hospital sin Paredes había dado un nuevo rumbo a la salud de Costa Rica.

También, se obtuvo un reconocimiento Internacional dado en el trabajo del Dr. Rufino Macagba y promovido por la Federación Internacional de Hospitales. Se estipula que,

después de una encuesta hecha en todos los hospitales del mundo, se encontró que entre los mejores 14 hospitales que trabajan más hondamente con la comunidad estaba el nuestro. Además, se han recibido muchos honores, como el de formar parte del Comité de Expertos de la Organización Mundial de la Salud en Atención Primaria y de Hospitales y un reconocimiento del Colegio de Médicos, por haber promovido mejor salud para este país.

El Dr. Sien Tjam, Secretario de Expertos del Comité del Papel de Hospital de Atención Primaria de la O.M.S. mandó a este hospital un cuestionario, cuando el director fue nombrado en el Comité de Expertos en Ginebra. Se transcribe la primera pregunta y la respuesta dada.

**¿Cuales son las políticas y prácticas nacionales e internacionales y el papel de los hospitales en relación con el hospital y la atención primaria de salud?**

“En nuestro país, Costa Rica, los hospitales nacionales tradicionalmente estuvieron desvinculados de un segundo y un primer nivel mundial a una atención preventivo-curativa. Los hospitales eran voluntarios, pertenecientes a las Juntas de Protección Social y al segundo nivel de atención estaba básicamente dividido en la parte preventiva, perteneciente al Ministerio de Salud, y la parte curativa, a las Clínicas del Seguro Social; y el primer nivel de atención primaria de salud entonces no existía. Dentro del proceso que se ha venido desarrollando de 1970 al presente, vino una ley por la cual todos los hospitales pasaron a manos de la Seguridad Social y, posteriormente, se integró el segundo nivel, o sea, la atención preventiva del Ministerio de Salud y la curativa de las Clínicas de la Caja en Centros de Atención Integral relacionados hondamente con la atención primaria.

Pero también en nuestro país hubo un área hospitalaria, la llamada Hospital sin Paredes que, después de un proceso de 15 años (de 1954 a 1970) fue la promotora de la atención primaria de salud. Después de haber recorrido la gran

mayoría de los países de nuestra América y haber visitado sus sistemas de salud, podríamos decir que en nuestro continente, como en el resto del mundo, ha habido un distanciamiento de los hospitales con los demás niveles de atención. Es por este motivo por el que nosotros queremos poner el ejemplo de nuestra área hospitalaria con sus cualidades y defectos y, apuntando hacia objetivos de mayor cooperación para promover nuevos caminos, a fin de que el hospital participe más plenamente en el desarrollo social del pueblo, interactuando con los sistemas de atención secundaria y primaria de salud, dentro de un esquema de desarrollo integral. Se debe proponer, para los países en vías de desarrollo, un solo sistema único de salud para poder involucrar en una forma efectiva las verdaderas acciones, uniendo e integrando los niveles de atención de salud, en una forma ordenada y regionalizada, con un menor gasto y una eficacia mayor. Otra estrategia es la de que interactúen el hospital, un segundo y un primer nivel de atención y la comunidad organizada en una forma democrática y con autoridad. Es indispensable una decisión política y una democratización en las bases populares, para que se pueda llevar a cabo un proceso de verdadera participación, ya que esta es la forma en que la comunidad siente, analiza y prioriza sus necesidades y problemas, decide y actúa para su solución y asume una responsabilidad definida que garantice la continuidad del proceso. La participación es transformadora, genera cambios sociales y surge para tomar decisiones en beneficio de los sectores postergados y de las grandes mayorías, llevando a la autogestión de la comunidad para mejorar el nivel de vida y la salud del pueblo. Para promover esta simbiosis de la participación comunitaria en la salud, es indispensable que la educación popular esté orientada a propiciar una participación responsable y comprometida de la comunidad y así promover el proceso de autogestión colectiva, a base de una metodología activadora que promueva el espíritu crítico, la creatividad y el cuestionamiento de su realidad. Respetando los patrones socio-culturales de los grupos, se debe pensar en evaluaciones

de programas en los que se involucre la participación de la comunidad, los técnicos y los evaluadores externos, todos en un solo equipo. Es importante también la cooperación internacional para lograr el desarrollo de los programas de atención primaria con educación y participación de la comunidad, en donde esté involucrado el hospital y se debe recomendar y aún presionar a los gobiernos, a través de la OMS, que se organice un sistema único de salud; que la cooperación internacional en estos campos respete la dignidad y los intereses, así como los valores propios de cada nación y se realicen cambios de experiencias entre diversas naciones. En vista de que en la mayoría de los países de América, los hospitales no han estado hondamente involucrados en la atención primaria, es indispensable la organización popular comunitaria a través de la salud y en una forma democrática. Esto, con el objeto de que interactúen en una forma armónica, el personal de los hospitales con el de la atención primaria de salud y la población, y se fomente la descentralización de servicios de salud en áreas hospitalarias en las que haya una participación popular y autoridad para planear en conjunto, como unidad, el equipo técnico y personal, de acuerdo con las necesidades del pueblo. Para que los hospitales se involucren en el sistema de atención primaria debe haber esa decisión política a la cual nos referimos y a la cual se puede llegar solamente a través de la concientización de las grandes mayorías de nuestros pueblos en el desarrollo.

## **El Hospital de primer nivel apoyado por la comunidad e involucrado con la atención primaria de salud dentro de su área de atracción en la experiencia "Hospital sin Paredes"**

El programa de Salud en la Comunidad de San Ramón compromete la atención de cinco cantones: San Ramón, Palmares, Alfaro Ruiz, Naranjo y el área rural del cantón de Valverde Vega. La población es de aproximadamente cien mil habitantes, que cubre una extensión de 1.460 Km<sup>2</sup>.

La atención en salud a la población se da a través del Hospital Base, 5 Centros de Salud, integrados con 5 Clínicas de la Seguridad Social y 46 Puestos de Salud distribuidos en toda la jurisdicción.

### **OBJETIVOS Y METAS**

El programa se ha propuesto brindar una medicina integral que tienda a cubrir la situación vital y colectiva del individuo y la comunidad en general, desde el punto de vista físico, mental y social, para proporcionarle, desde el momento de la concepción hasta su muerte, un ambiente más propicio para el desarrollo de todas sus facultades físicas y mentales.

Estos objetivos y metas se basan en la salud como punta de lanza, para alcanzar el desarrollo social. Para lograr los objetivos deseados, el Programa se ha guiado por los siguientes principios:

- El éxito de la acción en salud no sólo se mide por los parámetros del interior hospitalario sino, básicamente, por las iniciativas puestas en su área de influencia. Por ello es **RESPONSABILIDAD DEL HOSPITAL SACAR DE SUS PAREDES LA ACCION EN MATERIA DE SALUD** que, no sólo involucra una adecuada dedicación a la medicina curativa y preventiva, sino que comprende que la segunda, sea sobre todo asumida por la comunidad en forma individual y colectiva. Además, debe colaborar en las acciones tendientes

al mejoramiento de la salud y el nivel de vida de sus habitantes, ocupándose de problemas como vivienda, tenencia de tierra, electricidad, agua potable y caminos. La distribución de recursos y servicios debe darse de acuerdo con las necesidades que las comunidades presenten. La meta final es que el ser humano viva en las mejores condiciones de bienestar individual, familiar y colectivo.

Tiene desde su inicio los siguientes programas:

1. En 1955 se inició con un programa promovido por el Hospital para el saneamiento de la ciudad de San Ramón, en la que el viejo carretón que recogía basura tirado por un caballo fue cambiado por un camión de carga; a la vez, se resolvieron otros problemas más para la higiene de la ciudad y el control de alimentos y desechos.

2. Un programa de salida de médico los fines de semana a distritos alejados como Peñas Blancas y Zapotal, con médicos y enfermeras del Hospital y coordinado con el Centro de Salud.

3. Programa para el paciente crónico de la tercera edad y minúsvulos, creado en 1962, también con salida de médicos, enfermeras y trabajadores sociales a los pueblos del área.

4. Programa de psiquiatría y alcoholismo en el cual se organizaron grupos en las comunidades campesinas contra el alcoholismo; el hospital promovió en sus aulas reuniones con los Alcohólicos Anónimos y con comités sobre alcoholismo.

5. Programa de investigación sobre hepatitis con la Universidad de Lousiana. De 1964 a 1970, las enfermeras comenzaron a trabajar en el campo de la prevención, casa por casa. Posteriormente, se crearon los primeros puestos de salud en nuestro país, o sea, la atención primaria en toda el área del hospital. Esto lo realizamos antes que el Ministerio de Salud; por tanto, el hospital fue el promotor de la atención

primaria en nuestra área hospitalaria, en un solo programa preventivo-curativo, de educación, rehabilitación e investigación. Desde el inicio, se evitó que el hospital se convirtiera en una entidad ajena a la atención primaria. Se inició el Programa como una sola unidad, con gran éxito, aunque ha sido necesario luchar contra la incomprensión de instituciones tradicionales y viejas actitudes que aún hoy pretenden dividir en dos el Programa: por un lado, el sector extramuros y por otro el Hospital. En este proceso, se integró gran parte del personal del Hospital, aunque tuvimos problemas entre nosotros, ya que parte de ese personal no se unió. Hemos llevado al personal del Hospital para que se encuentre con la comunidad organizada formando equipos.

6. Lucha por la integración de Servicios de Salud a nivel local y a nivel nacional, iniciada en 1962, hasta conseguir, en 1970, la integración del hospital a los centros de salud del área y finalmente, la creación de la atención primaria de salud en el país por primera vez, hecha en el área hospitalaria a nuestro cargo, con puestos de salud de 46 comunidades campesinas.

7. Programas de integración entre hospital y el centro de salud para erradicar la tuberculosis en 1967.

8. Desde 1969, empezamos a ayudar desde el hospital a los promotores de DINADECO, para lograr que esas asociaciones buscaran el desarrollo integral de las comunidades. Se logró crear un total de 85 asociaciones de desarrollo.

Como se ve, estos 8 programas fueron promovidos por el Hospital, salvo el último, que fue impulsado a nivel nacional. En nuestra área, el personal de salud trabajó coordinando con las 85 Asociaciones de Desarrollo existentes. Actualmente, hay 575 directivos. En cada una de estas asociaciones, la comunidad elige también diversos comités como son, por ejemplo, salud, nutrición, bienestar, vivienda, agua potable,

odontología, minusválidos, biblioteca, caminos, cultura, deportes y otros.

Hemos estimado, conservadoramente, que hay un promedio de 7 y que cada uno lo forman 7 personas. Esto da un total de aproximadamente 49 personas por Asociación, o sea, 4.165 personas que laboran semanalmente en comités involucrados en el área. Además, de esos, muchos trabajamos en las 125 escuelas del área con los patronatos escolares y las Juntas de Educación, que tienen en conjunto un promedio de 10 personas; esto forma un total de 1.250 personas involucradas en este aspecto. Además, en cada una de las escuelas tenemos un comité de salud de niños escolares, con un total de 1.250 personas. Estos comités son apoyados por un profesor encargado y pagado por el Ministerio de Educación. Además, tenemos formados cerca de 800 responsables de Salud Pueblo, que son campesinos elegidos por las comunidades, y quienes se envían a entrenar en las aulas centrales de educación y que luego vienen a trabajar gratuitamente a las comunidades de nuestra área. Además, a nivel cantonal, existen 5 Uniones Cantonales de Desarrollo y 5 Asociaciones de Salud en el área y una Regional; las primeras, formadas por 7 personas en cada lugar. Si sumamos los directivos involucrados, tenemos un total mayor de 8.000 personas en puestos directos en esta zona. Estos 8.000 directivos promueven la educación y el desarrollo en toda el área de nuestro Programa; esta organización ha construido 46 puestos de salud de atención primaria y ha comprado equipo para todo ello, cuyo costo es cercano a los cien millones de colones.

La Directiva de la Asociación Regional de Salud, que es la máxima autoridad de la zona, ha promovido un taller protegido para enfermos mentales del área, sumamente importante.

## Breve resumen de lo que significa eficacia y eficiencia en la prestación de servicios en el Programa

Definiendo la eficacia como objetivos alcanzados y la eficiencia como la dinámica y metodologías para alcanzarla, se podría decir, en primer término, que la meta de eficacia fue dar o producir el mayor bienestar físico, mental y social a las personas, las familias y las comunidades del área de atracción de nuestro hospital. Luego, proyectarnos como ejemplo al resto del país en un área hospitalaria en la cual el sistema de salud está representado por nuestro hospital regional, 5 centros de salud ubicados en los distritos campesinos con sus respectivas familias, cuya comunidad total, incluida en ese sistema, podía, a través de una corriente de doble vía, llegar al hospital más sofisticado o el paciente podía ser referido después de su curación al lugar más alejado con una referencia adecuada.

Ya en 1963, varios indicadores de salud mostraban claramente acumulados y progresivos éxitos. Así, en sus primeros años se redujo casi a la totalidad las enfermedades infectocontagiosas por vacunación, con lo cual se pudo reducir la mortalidad infantil que se alimentaba con la muerte de niños por estas causas. En 1982 era de 12/1000, una de las

---

---

### INDICE PROMEDIO ZONA

---

Mortalidad Primera Semana .....	6,6
Mortalidad Neonatal Primer Mes .....	7,5
Mortalidad de 1 a 11 meses .....	4,9
Mortalidad Infantil .....	12,4
% de muertes de primer semana de muertes de primer año .....	53,3
% de muertes de primer mes de muertes de primer año .....	60,0
Mortalidad de 1 a 4 años .....	0,4
% de muertes de menores de 5 años .....	9,9
% de muertes de mayores de 50 años .....	77,1
Mortalidad materna .....	0
Mortalidad general .....	3,9

---

más bajas del país, a pesar de la restricción de recursos.

En un trabajo de investigación en el cantón de Palmarese se sangró el 95% de los niños escolares con un total de 2.200 menores, y se encontró lo siguiente:

### **Inmunizaciones contra:**

Rubeola	Difteria	Sarampión	Polio
99%	96%	98,6%	I-97% I-98% III-99%

Por lo tanto, se comprobó una verdadera inmunización. En relación con hepatitis, había 600 casos nuevos por cada 100 mil habitantes y de 1981 en adelante llegaron a menos de 35 los casos nuevos por cada 100 mil habitantes.

### **Parasitosis**

En 1974 por cada 100 muestras de heces, 83 eran positivas. En 1984 por cada 100 muestras de heces, 33 eran positivas.

### **Desnutrición**

En 1962, al 60% de desnutridos, el 2,5 corresponde III g. En 1984, el 10% de desnutridos, el 0,005 corresponde II g.

### **Recién nacidos de bajo peso**

En 1970 era del 11%  
En 1984 era del 6,5%

### **Parto institucional**

En 1970 era del 50%.  
En 1985 era del 99%

### **Defunciones infantiles en casa de habitación**

De 1972 a 1973 era del 24%  
De 1985 era de 11%

## Tasas de mortalidad infantil:

AÑO	COSTA RICA	AREA CUBIERTA
1973	43,4	19,4
1977	28,1	16,0
1982	18,0	10,7
1983	13,3	?

Pero estos indicadores son un reflejo parcial de las conquistas conseguidas, como la desaparición casi total de la desnutrición de tercer, la elevación de la estatura de los niños escolares, así como la experiencia acumulada por nuestras comunidades en resolver colectivamente sus problemas, que se ha transformado en conciencia social. Finalmente, la participación honda de la comunidad en todas las localidades de la zona promoviendo comités de salud, vivienda, tierras y otras organizaciones y comités de base.

3. La auditoría debe ser operativa y no sólo académica, para que retroalimente al sistema de atención médica al conocer los factores contribuyentes en las muertes. Así sirven para normar ciertos aspectos o evaluar el seguimiento de normas preestablecidas.

4. Debe conducir al conocimiento real de las causas de fallecimiento, con un enfoque epidemiológico que determine la distribución geográfico y por clase social de las muertes.

5. Debe hacerse un estudio integral, incluido el anatomopatológico, a la totalidad de los decesos tanto intrahospitalarios como domiciliarios (la etiología de la mortalidad infantil se conoce mínimamente en el hospital).

6. La auditoría debe llevar una adecuación de los recursos médicos, con el desplazamiento de éstos hacia donde existan las mayores necesidades.

Todas estas metas de eficacia se consiguieron a través de eficientes metodologías y dinámicas adecuadas según las necesidades de cada localidad y con un funcionamiento de atención primaria de salud a nivel de las comunidades rurales, que no solo promovió el desarrollo social y la organización comunitaria para producir salud, sino que cambió mentalidades en los centros de salud del área y en el propio hospital comunitario, reorientando personal médico, paramédico, técnicos, hacia una concepción más clara de la problemática de la zona y la problemática a nivel nacional, ya que este programa estuvo siempre imbuido en el sistema de salud de nuestra patria: Caja Costarricense de Seguro Social, Ministerio de Salud Pública, Instituto Nacional de Seguros, Acueductos y Alcantillados, gobiernos municipales locales de los 5 cantones, cooperativas de caficultores, agroindustriales de leche y otras organizaciones de productividad agrícola zonal y otras instituciones básicas de la zona, como las municipalidades.

La Asociación Regional de Salud Comunitaria y el médico Director del Hospital expusieron en el Ministerio de Planificación, la necesidad de que existiera una organización financiada para promover el desarrollo económico del área, que abarca Hospital sin Paredes y que corresponde a la subregión del Ministerio de Planificación llamada San Ramón. Se obtuvo el total respaldo del Ministro de Planificación y su equipo, así como del señor Presidente de la República, Lic. Rodrigo Carazo Odio y del señor Vicepresidente de entonces, Lic. José Miguel Alfaro J. Con el BID, se consiguió el dinero necesario para comenzar con ese plan, manejado directamente a nivel local de subregión citada. Hubo tanto éxito, que actualmente cuenta con 48 millones para préstamos agrícolas a nivel de la zona, y el presidente de la Asociación Regional de entonces, en 1980, que fue uno de los principales promotores, es actualmente directivo del grupo Regional que administró este dinero fabulosamente bien.

En 1986, el Hospital pasó a manos del Seguro Social y su Programa Comunitario, departamento de hospital, pasó a

manos de la administración directa del Ministerio de Salud; es decir, se separó el Programa preventivo del curativo. Para 1986 había desaparecido la desnutrición de tercer grado y las enfermedades infectocontagiosas.

Las estadísticas en cuanto a diarreas, por ejemplo, nos hacen pensar que se han debilitado los programas preventivos desde que dejaron de tener el inmenso apoyo que les daba el Hospital, además del deterioro económico nacional al cual hemos venido asistiendo en la última década.

No obstante, de 1986 a 1990, ya el hospital, en manos de la Caja Costarricense del Seguro Social, continuó con la remodelación que se había hecho en San Ramón, en nuestro hospital en 1982. En relación con la historia de la planta física, agregamos aquí que se remodeló totalmente en ese cuatrenio la farmacia, el centro de equipos, el salón de mujeres tanto de cirugía como de medicina interna y se construyó toda una área nueva para urgencias, con un costo total aproximado de 50 millones de colones. Estos trabajos fueron efectuados bajo la dirección del Dr. Rodrigo Fernández Alpízar.

En 1990, hubo un cambio de director y se nombró al Dr. Gonzalo Ramírez B., quien ha impulsado de nuevo la salida de algunos médicos al campo y ha promovido un reconocimiento al médico director del Programa Hospital sin Paredes, homenaje que fue avalado por el jefe regional y altas autoridades de la Caja Costarricense de Seguro Social; además, continuó impulsando en esta ocasión la remodelación de la consulta externa y la remodelación del servicio de hombres (cirugía y medicina).

## BIBLIOGRAFIA

1. *Revisión de Actas Municipales de San Ramón, Municipalidad de San Ramón, desde 1890 a la fecha.*
2. *Carmona, Arnulfo. "Reseña de la Historia Hospitalaria de San Ramón". Editado por el propio autor. San Ramón. 1957.*
3. *Ortiz, Juan Gmo. "Consideraciones sobre la Integración Hospitalaria en Costa Rica". Asociación Costarricense de Hospitales. San José. Costa Rica. 1962*
4. *Serra, Jaime; Barboza Olger "Consideraciones sobre el Crecimiento y Desarrollo del Niño en la zona de San Ramón" Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud, N° 7 (275-279), 1977.*
5. *Valerín, Carlos "Extensión de la cobertura de Salud y cambios en la mortalidad". Ministerio de Salud. 1982.*
6. *Serra, Jaime; De Keizer, Benno. "Auditoría de Fallecimientos de Menores de un año con enfoque integral, por equipo de Salud y Comunidad". Primera Jornada de Salud. Managua, Nicaragua, 1982.*
7. *Jara, Rose Mary. "Odontología Comunitaria en el Cantón de Palmares". Edición Propia. San José, Costa Rica. 1983*
8. *Ortiz, Juan Gmo.; Serra, Jaime; Jara, Rose Mary. Integración de la Investigación, Docencia - Servicio en el Programa de Salud en la Comunidad "Hospital sin Paredes". Edición personal. México, 1983.*
9. *Ortiz, Juan Gmo. "Metodología empleada y desarrollada del Programa "Hospital sin Paredes" en diversos campos. INCAP-OPS. 1991.*

## ANEXO I

## Trabajos publicados

1. Director Médico y sus relaciones con la Junta de Protección Social. Presentado al Congreso Médico Hospitalario y publicado en la memorias del Congreso, 1958.
2. Técnicas Quirúrgicas de Hernia Inguinal Indirecta; Congreso Médico Nacional, publicado en la memoria del mismo congreso en 1961 (Técnica propia original).
3. Técnica Quirúrgica de Hernia Inguinal Indirecta y Directa, utilizando el Peritoneo del Sacro Herniario. Congreso Médico 1964 (original).
4. Tratamiento de Toxoplasmosis en Emetina, trabajo presentado al Congreso Médico nacional 1961, publicado en las Memorias del mismo (trabajo de investigación).
5. Anteproyecto del reglamento para la Organización del Cuerpo Médico en los Hospitales de Costa Rica. Trabajo entregado a la Directiva del Colegio de Médicos para su estudio y posterior aprobación, por la Asamblea General, 1962.
6. Integración de Servicios Médico-Asistenciales en Costa Rica. Trabajo presentado a la Comisión de Ministros de Estado del Gobierno de la República, presidente don Francisco Orlich, que nombró el Poder Ejecutivo para estudiar el problema, publicado posteriormente por la Asociación Costarricense de Hospitales.
7. Contestación a la encuesta elaborada por el Colegio de Médicos y Cirujanos con el objeto de valorar el Internado Hospitalario en Costa Rica. Trabajo publicado por la Dirección General de Asistencia del Ministerio de Salud. 1964

8. Programa del Enfermo Crónico y Senil del Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega, presentado al Congreso Médico Nacional, en 1963.
9. Investigación Epidemiológica de un brote de Hepatitis Infecciosa en San Ramón y Palmares, realizado en colaboración con la Sección de Epidemiología de la Universidad de Loussiana y el I.C.M.R.T., en 1965.
10. Historia de la Integración de Servicios Preventivos y Asistenciales en el mundo. Trabajo elaborado por el Curso de Post-Grado de Epidemiología y dado a médicos centroamericanos por la Universidad de Loussiana, en la República de Costa Rica.
11. Cesárea Segmentaria Posterior. Congreso Médicos Nacional. 1966 (trabajo de investigación original).
12. Análisis de los últimos diez mil partos en el Hospital de San Ramón y el Centro Rural de Asistencia de Palmares. Congreso Médico Nacional, 1976.
13. Cinco casos de rompimiento total de pedículo renal traumático con recuperación total. Congreso Médico Nacional, 1966.
14. Programa de Salud Rural con proyección del hospital a la comunidad y presentado a los señores Ministro y Vice-ministro de Salud. 1970.
15. Programa materno Infantil de Area Programática de San Ramón, Palmares y Alfaro Ruiz. Presentado al IX Congreso Nacional de Hospitales. 1974.
16. Experiencia de un Programa de Medicina Comunitaria. Seminario Centroamericano, Teoría y Práctica de la Medicina Comunitaria, C.S.U.C.R., Heredia, Costa Rica. 1975. Publicado en Revista Centroamericana de Salud 151-178, mayo-agosto 1975.

17. Experiencia Educativa del Programa de Medicina Comunitaria de la zona de San Ramón, Palmares, Alfaro Ruiz y Naranjo. Seminario Centroamericano de 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, C.R., del 12 al 17 de julio, 1976.
18. Algunas consideraciones del Programa de Medicina Comunitaria en relación con la política de Planificación Familiar. Conferencia: Recursos Humanos en la Planificación Familiar. Santo Domingo, República Dominicana. 17-20 octubre 1976.
19. Nuevos Alcances del Hospital sin paredes "Dr. Carlos Luis Valverde Vega". Programa Hospital sin Paredes que se desarrolló en el Hospital y su área de atracción. X Aniversario de la Federación Brasileña de Hospitales y XX Aniversario de la Federación de Hospitales del estado de Minas Gerais, Brasil. Dic. 1976. Publicado en Vida Hospitalaria Brasileña, Español y Portugués.
20. Técnicas Quirúrgicas utilizando peritoneo residual del saco herniario en hernias inguinales indirectas. XVIII Congreso Hemisférico del Colegio Internacional de Cirujanos, San José, C.R., del 7 al 12 de febrero, 1977 (técnica original del Dr. Ortiz, presentación de 500 casos).
21. Proyección de los Departamentos Médicos a la Comunidad. Colegio Internacional de Cirujanos. San José, Costa Rica. Del 7-12 febrero 77.
22. Epidemiología de la hepatitis viral. XXV Aniversario del Hospital "Dr. Carlos L.V. Vega", del 5 al 9 de marzo 1980. San Ramón, Costa Rica.
23. Auditorías de Fallecimiento de Menores de un año por comunidad y equipo de salud, Primera Jornada, Depto. de Salud, 17 de mayo 1980. Rivas, Nicaragua.

24. Auditorías de Fallecimiento de Menores de un año con enfoque integral por Equipo de Salud Comunitaria.
25. Sistema de Salud. Participación Popular en Centroamérica. VII Seminario del Programa Centroamericano de Ciencias de la Salud del CSUCA, Heredia, Costa Rica. Octubre 1980.
26. "Investigación en Centroamérica". Grupo de consulta de PASCAP-OPS. Nicaragua, Octubre 1980.
27. Salud Integral: Algunos aspectos para un nuevo enfoque. XI Congreso Nacional de Hospitales, del 26 al 28 de noviembre 1980, San Ramón, Costa Rica.
28. Rol del Médico en los Equipos de Salud en la Comunidad. XI Congreso Nacional de Hospitales, del 26 al 28 de noviembre 1980. San Ramón, Costa Rica.
29. "Los Hospitales y la Asistencia Sanitaria Primaria" XXII Congress of the International Hospital Federation Congress. Del 18 al 23 de octubre 1981. Sydney, Australia. Por Dr. Ortiz invitado a representar América Latina, por la Federación Internacional de Hospitales.
30. "The rote of Hospitals in Primary Health Care". Aya Khan Foundation and the World Health Organization. 22-26 november, 1981. Kareche, Pakistan.
31. Programa de Salud en la Comunidad "Hospital sin Paredes", San Ramón, Costa Rica. Documento para Seminario de Integración a la Investigación y Docencia a los modelos de la Atención Primaria en América Latina, junio 1984.
32. "Integración de la Investigación Docencia-Servicio en el Programa de Salud en la Comunidad, Hospital sin Paredes". San Ramón, C.R. Documento para Seminario

de Integración de la Investigación-Docencia a Modelos de Atención Primaria en América Latina. Oaxtepec, Morelos, México. 25-29 junio 1984.

33. Anteproyecto de Ley para desconcentrar Servicios de Salud en Costa Rica, en áreas hospitalarias que deben ser coincidentes con las regiones del Ministerio de Planificación y en las cuales se otorga verdadera autoridad a las organizaciones comunales en salud y desarrollo para llevar la cúspide de su representación al gobierno central, con voz y con voto. Este proyecto se llevó a la Asamblea Legislativa, en mayo 1990.
34. El Hospital sin Paredes y la Participación Comunitaria. Congreso Andino en La Paz, Bolivia.
35. El Papel del Hospital y los Médicos en Atención Primaria de Salud. Conferencia expuesta en Congreso Médico Nacional de Guatemala en 1987.
36. Historia del Hospital Dr. Carlos L. Valverde Vega y su Programa Hospital sin Paredes, con lo cual se obtuvo el tercer premio del Curso Nacional de Historia de Hospitales, convocado por la Caja Costarricense del Seguro Social en el Cincuentenario de la misma; además, se obtiene un certificado haciendo mención al honor conferido entre todos los hospitales del país.
37. Metodologías empleadas para la participación de la Comunidad en el Programa Hospital sin Paredes, escrito para el INCAP y la Organización Panamericana de la Salud.

## **ANEXO II**

## Algunos datos en relación a las visitas recibidas por el Programa "Hospital sin Paredes"

Prácticamente en un período de nueve años, registraron sus impresiones sobre el Programa "Hospital sin Paredes" un total de 469 personas, todas ellas de diferentes nacionalidades, profesiones y cargos que desempeñan en sus respectivos países, en un libro de visitas.

Es importante destacar que por diversos motivos, más de la mitad de los visitantes al Programa no han dejado consignado por escrito sus impresiones en el libro mencionado; por motivos obvios no se transcriben todos los datos y comentarios, pero lo haremos con algunos. Por ejemplo:

En julio de 1978, nos visita el Dr. Héctor R. Acuña, Director Organización Panamericana de la Salud, con sede en Washington. Comentario: *"Quedo muy impresionado por las características del Programa de San Ramón. Incluye algunos de los mejores de otros Programas similares en otros países. Lo único y ejemplar es además, la mística y entusiasmo del Dr. Ortiz, de las Asociaciones de Salud y los Comités Locales, así como de todo su personal"*.

En 1981 nos visitó Julieta Pinto, escritora costarricense quien dejó plasmado en nuestro libro de visitas lo siguiente: *..."Agobiada por la situación crítica que atraviesa el país; conocedora de los problemas del hombre y desocupación que existe entre las clases pobres del país vine a conocer "Hospital sin Paredes", buscando inconscientemente otra esperanza de solución a todos estos problemas. La realidad superó mis expectativas. Lo que se gesta aquí es la única solución a los problemas que padecemos y que si no se atacan rápidamente pueden conducirnos a una grave crisis. Es necesario, urgente, que las personas que van a dirigir el país en los próximos años conozcan y comprendan este programa, para que contribuyan a extenderlo en todo el país. Desde ya, cuéntenos como una más en el trabajo que debe realizarse para que el*

*"Hospital sin Paredes" sea una realidad que cubra hasta el último rincón del país. Felicitaciones Dr. Ortiz y a todos los miles de colaboradores".*

En setiembre de 1982 recibimos la visita de la Princesa Nora de Leichenstem. Comentario: *"A Fantastic program work a lot of future"*.

En julio de 1976 recibimos al Sr. David Werner, biólogo, Director Proyecto Piaxtla de nacionalidad norteamericana. Y su comentario fue: *... "Estoy muy impresionado del programa, sobre todo por el entusiasmo de todos los participantes, y por la participación de las comunidades. Mi experiencia es que el programa del Dr. Ortiz tiene más impacto sobre la salud y el bienestar de la gente rural que cualquier otro programa que hemos visitado en América Latina. Estoy convencido que el mérito de cualquier programa depende en gran parte de la personalidad y carisma de sus líderes y el programa de San Ramón refleja mucho la humanidad, sinceridad y energía de su fundador"*.

En setiembre de 1985, nos visita de la Universidad de Sorbone en Francia, el Sr. Hervé Fischer. Comenta: *... "Mucha admiración por la experiencia originado del Dr. Ortiz y de todo su equipo. Me parece muy importante promover este tipo de medicina social y espero que podrá continuar y desarrollarse en muchos países del tercer mundo"*.

En enero de 1983, el Sr. Luis F. Bojalil, Profesor Universitario Asesor, de México, comenta: *... "El programa lo han plantado con imaginación. Es un modelo importante cuyas repercusiones en el campo de la salud deben estudiarse con camino porque es una referencia indispensable para el establecimiento de otros programas dentro del país y en otros países. Es muy importante la participación de las organizaciones populares. A las enfermeras de los Puestos de Salud, a los médicos del Hospital, al Director Dr. Ortiz, los felicito, queremos manifestarles nuestro agradecimiento por sus atenciones"*.

## **ANEXO III**

## RECOMENDACIONES PARA EL TRABAJO CON ASOCIACIONES CANTONALES DE SALUD

La Asociación Regional de Salud Comunitaria y el equipo de salud del Hospital sin Paredes, realizó un taller llamado "Rescate Histórico de la Participación Comunitaria", en el cual se dieron las siguientes recomendaciones:

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 politiquería 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 las 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.

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 comunidades que más lo necesitan.

7. Denunciar irregularidades y tratar que se corrijan.

8. Apoyar el trabajo de rescate del Programa de Salud.

9. Luchar por nuestro derecho de decisión para exigir los servicios de salud que las comunidades necesiten.

10. Estar muy bien informados y ser conscientes de su importancia en el papel de lucha por mantener el Programa.

11. Hacer reuniones permanentemente con la Asociación Regional.
12. Hacer selección de líderes, no con base en color político, sino en la capacidad de trabajo, 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.

## **ANEXO IV**

## Hospital sin Paredes

Autor: Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier

*En la profunda hondura humanitaria  
de la mente y del espíritu  
se gestaron las corrientes sociales  
en forma natural  
y así se expresaron:  
como el agua, como el sol, como el aire;  
que aclaran, iluminan y dan vida  
porque todos vivimos en el mundo común...  
Así también de mi íntimo torrente,  
surgieron mis ideales, vigorosos y firmes  
como tanques de paz  
a romper las paredes del clásico hospital  
abrazando en su amor toda el área rural  
y quedaron sembradas enfermeras en toda su extensión  
como trombas de amor corrieron el mensaje  
cambiando la actitud  
pasiva y conformista  
de nuestro campesino  
por la lucha constante  
de energía sin desmayo  
con la frente despierta e incisiva  
como llama encendida en noche oscura.  
Y toda la niñez se protegió  
contra los monstruos vivos  
de la enfermedad infecciosa,  
la parasitosis intestinal  
y la desnutrición  
en la nueva actitud comunitaria  
sigue la mujer desde su cuna,  
y la prepara para ser ser la madre responsable  
y vigila a su hijo  
desde que fue en su vientre  
pensando en su futuro ciudadano  
más feliz y a completo desarrollo.  
Tu campesino luchador  
se organizó en tu pueblo  
con todo su derecho  
a respirar salud!*

## Los hospitales y la marginalidad social existente

Autor: Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier

*Los hospitales de la Patria  
deben romper sus muros de castillo  
como la presa del Arenal  
que se desborda a fecundar el  
campo.*

*Campesinos compatriotas!  
la bandera Tricolor  
les llama a despertar la mente  
y a romper las murallas  
de la clásica medicina,  
sólo reparadora  
y egoísta.*

*El corazón abierto de mi pueblo,  
palpite y se desborde  
conmoviendo médicos,  
enfermeras y equipo de salud  
para que juntos fecundemos el campo  
en circulación perfecta,  
organizados con mística e ideales  
y florecerá el bienestar  
individual, familiar y colectivo  
como el romper de las semillas todas  
al nutrirse de vida con el agua.*

*Aquí desde la Plaza de la Cultura,  
nace el grito que llama a nuestra Patria,  
singular, especial,  
democrática y libre  
para que todos los costarricenses  
desarrollados, plenos y sanos  
abonen el camino  
de las flores marchitas,  
de las semillas secas,  
marginadas, injustas  
desnutridas y tristes*

*crezcan todas por igual  
como los campos mismos  
del Arenal fecundo.*

*Seguridad social  
más segura y más social  
con el concepto armonioso  
de Medicina Integral  
preventiva y curativa  
educativa y profunda.  
Es simbiosis completa  
Ministerio y Seguro  
y una nota tan fuerte  
que abra más caminos  
al desarrollo infinito  
produciendo salud  
en cafetal maduro.*

*Que mi grito se adentre  
en los átomos de oxígeno  
que llenan los pulmones de la tierra  
y que los seres se sonrían felices  
con la igualdad armoniosa y completa  
que tenemos derecho  
al alcanzar y beber a plenitud  
para crecer en todos los sentidos  
con el impulso propio  
que nos dio la creación universal.*

## La salud rural

Letra: Dr. Juan Guillermo Ortiz G.

Música: Dres. Olger Barboza Ruiz y Alejandro Pérez Avila

¡Viva la Salud Rural!  
¡Viva la Salud Rural!

Empezamos en San Juan  
el año setenta y uno  
y seguimos con Piedades  
hasta terminar con todos  
los distritos ramonenses  
el año setenta y tres.

¡Viva la Salud Rural!  
¡Viva la Salud Rural!

En un quince de Setiembre  
se inauguró San Isidro  
con las notas del Rosario  
cantadas por todo el pueblo  
dándoles gracias a Dios  
porque había llegado el Puesto  
¡de nuestra Salud Rural!  
¡de nuestra Salud Rural!...

Sudando en el barrial  
y abriendo brecha en la selva  
sembramos la tierra un día  
y la lucha comenzó  
con ideales verdaderos  
para alcanzar la armonía.  
Viva la Salud Rural  
Su bregar y su poesía.

Cual semilla necesaria  
estás creciendo en el campo  
del área rural dispersa  
y con nombre distinguido  
te asomaste a San José  
de enagua comunitaria.

¡Viva la Salud Rural!  
¡Viva la Salud Rural!

El esfuerzo comunal  
encontró respuesta un día  
y el Hospital sin Paredes  
dijo la verdad desnuda:

Nosotros los campesinos  
debemos luchar unidos  
con razón por la justicia  
de nuestra tierra querida.

¡Viva la Salud Rural!  
"Con carácter nacional".

Palmares y Alfaro Ruiz  
cantaron Salud Rural  
y el Programa echo raíces  
como fuego en el cañal  
y entre el color de tus campos  
de guarías, café y maizal.

¡Viva la Salud Rural!  
¡Adornada de Clavel!

Naranja se incorporó  
a luchar por el Programa  
de Desarrollo Social  
por su propia voluntad  
y se creó la Asociación  
de Salud Comunitaria.

¡Viva la Salud Rural!  
¡que en tu pueblo floreció!

Ya despertó el campesino  
quien pide más cada día  
que le cumplan de verdad  
a lo que tiene derecho. BIS

¡Viva la Salud Rural!  
¡Viva la Salud Rural!

# Hospital sin paredes

*Comentario al editorial publicado en el periódico LA REPUBLICA el día 15 de enero de 1995, comentado y publicado en el mismo diario el 22 de enero de 1995 y dirigido al señor director Lic. Carlos José Gutierrez.*

El viernes 13 de enero tuve el agrado de leer en la página editorial del periódico La República, el artículo titulado: "Comienza la acción de los EBAIS". Coincido con el editorialista en que desgraciadamente han habido deterioro en los servicios de salud que prestan las instituciones y, sobre todo, en el área rural, a partir del 82 hasta el presente.

Al mismo tiempo, se hace mención que en la década del 70 se inició un amplio plan de salud rural y de centralización hospitalaria y que se llevaron a la práctica ideas muy novedosas como el "Hospital sin paredes", de San Ramón, dirigido entonces por un servidor; finalmente, que a partir de 1995 habrá apertura de equipos básicos de atención integral en salud llamados actualmente EBAIS, y que en el 96 habrá en el territorio nacional por lo menos 800. Todo esto último me complace hondamente y así deseo que suceda. Además, agradezco sinceramente el que se haya mencionado mi nombre en relación con ellos, ya que efectivamente es poca gente que reconoce y recuerda que en el programa "Hospital sin Paredes", que tuvo un proceso desde 1950 a la fecha y en el cual en el decenio del 70 desarrollamos en los centros de salud de Palmares, San Ramón, Naranjo, Alfaro Ruiz y finalmente Valverde Vega, un programa desplazando los equipos médicos, enfermeras, laboratoristas, nutricionistas, auxiliares de enfermería y trabajadores sociales a los puestos de salud rural de sus áreas de atracción.

Además, en un puesto de salud muy rural como es el de Chachagua, del distrito de San Isidro de Peñas Blancas, del cantón de San Ramón, ubicamos dos médicos generales, una enfermera graduada, auxiliares de enfermería y de laboratorio, un jeep y un chofer para que se desplazaran regularmente a los puestos de San Isidro de Peñas Blancas, Los Criques, Los Angeles, Bajo Rodríguez y Poco Sol, todos del cantón de San Ramón, en lo que viene siendo el primer equipo básico llamado actualmente EBAIS.

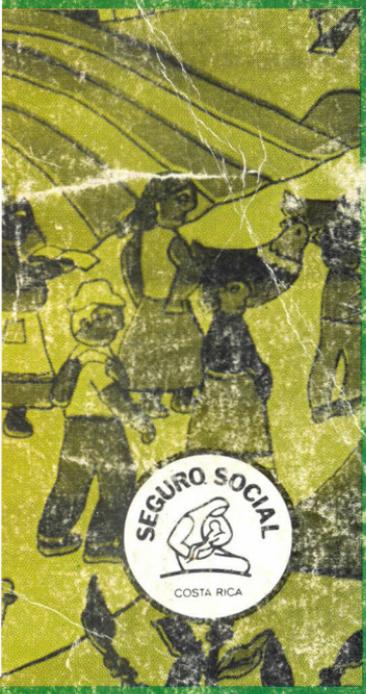
Todos estos equipos básicos de los centros de salud del distrito de

Peñas Blancas estaban apoyados por un equipo central, desde el hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega, de San Ramón, con educador para la salud, médicos especialistas sobre todo en ginecoobstetricia, pediatría, otorrinolaringología y siquiatría, sin dejar de tener proyección desde todos los departamentos hospitalarios de la comunidad en una comunicación fluida de doble vía. En ella, las comunidades organizadas y los funcionarios de los equipos de salud estaban profundamente involucrados, participando activamente sin distinciones políticas, religiosas ni raciales, y con gran mística, llevando en su corazón el bienestar a los individuos, las familias y las comunidades a través del desarrollo integral para producir salud, bienestar y justicia social con descentralización económica. Muchos dineros los manejaba la comunidad a través de una Junta de Protección Social local o a nivel de los distritos, también con autoridad de las mismas, ya que ellos fueron los artífices en la construcción de cerca de 60 puestos de salud, cuyo aporte económico en su gran mayoría fue a través de su esfuerzo con apoyo de todos los gobiernos hasta el año 1985. Toda esta proyección de los cantones que formaron el "Hospital sin Paredes" en la provincia de Alajuela fue un ejemplo nacional, ya que el Programa de Salud Rural Nacional con jefatura nació en 1974, en el Gobierno del Lic. Daniel Oduber Quirós. Con este gran ejemplo la zona se proyectó al resto de los países de América Latina, de donde vinieron altos representantes a nuestra patria y al Programa, para conocerlo y llevar ideas. También gente de nuestro equipo fue invitada a muchos países de América, desde Canadá hasta Argentina. La OMS, desde Ginebra, reconoció nuestro esfuerzo y nos invitó a su sede central a exponer el Programa y formar parte del equipo que escribió el libro "El hospital y la atención en salud en Pakistán", el cual fue traducido en siete idiomas. En la celebración de su cincuentenario, la CCSS realizó un concurso para que se escribiera la historia de cada hospital de Costa Rica y se otorgaron tres premios consistentes en la publicación y edición en un libro. La historia del "Hospital sin Paredes" de San Ramón saldrá publicado y en él se podrá encontrar descrito pormenorizadamente el proceso, logros y tropiezos del mismo. Nos despedimos, deseando gran éxito a los EB AIS y a los esfuerzos que se hacen para retomar estas ideas para bien de nuestra querida patria, agradeciendo de nuevo la mención de nuestro "Hospital sin Paredes" y la gentileza del editorialista.

**Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier.**



Juan G. Ortiz Guier



El libro Historia del Hospital Dr. Carlo Luis Valverde Vega de San Ramón Hospital Sin Paredes fue el ganador del tercer lugar del certamen que patrocinó la C.C.S.S. denominado Reseña Histórica de Hospitales, en 1992. La importancia de dar a conocer a la comunidad nacional la información aquí contenida para comprender los procesos evolutivos de la salud en Costa Rica, motivó a EDNASSS a publicar los documentos ganadores de dicho concurso.

El Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier, autor del texto, fue director del Hospital desde 1954 hasta 1986 y protagonista en el desarrollo del programa Hospital Sin Paredes, en San Ramón, cuya razón de ser fue la efectiva participación popular en la toma de decisiones relacionado con la salud de aquella zona.

El Dr. Ortiz Guier se graduó en la Universidad Autónoma de México, e hizo estudios de posgrado en Orugía, en el American Hospital de Chicago, y en la Universidad de Illinois, además tiene una especialidad en Administración de Hospitales, en la Universidad de Columbia, de Nueva York. También realizó un curso de Salud Comunitaria y Rural, en Bersheva, Israel. Fue participante en el Congreso de Alma Ata. Perteneció al Hospital and Primary Health Care Comitee, de la Organización Mundial de la Salud, en Ginebra. Es coautor del libro El hospital y la atención primaria, editado por la Organización Mundial de la Salud y por la Internacional Hospital Association, el cual ha sido traducido a cinco idiomas.

Además, es autor del libro Proceso de participación popular del hospital sin paredes, y tiene una importante cantidad de publicaciones a nivel nacional e internacional relacionadas con la salud comunitaria.