

10044.00
C. 2 ^{Per} 0053

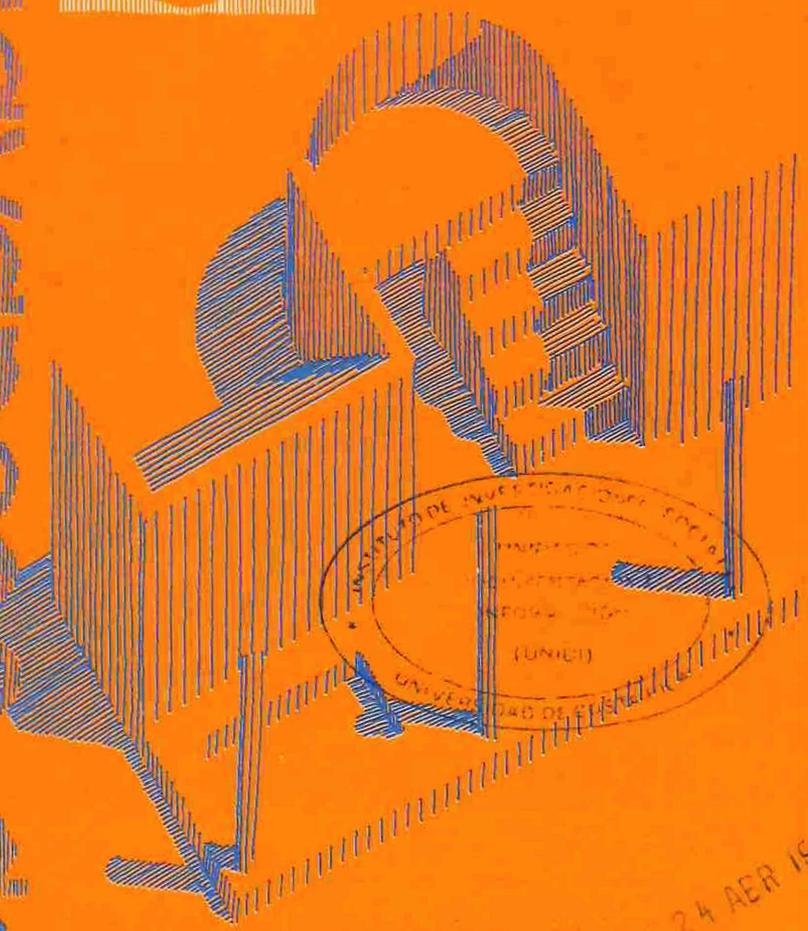
Nº 73

instituto de investigaciones sociales

73

U.C.R.

avances de
investigación



24 AER 1991

**LA SALUD COMUNITARIA:
El rol del Estado y las organizaciones
no gubernamentales**

**Dina Krauskopf Roger
Xinia Picado Gatgens**

En la serie "Avances de Investigación" se publica los trabajos del Instituto de Investigaciones Sociales con el propósito de suscitar debates y críticas que permitan mejorarlas antes de su publicación definitiva.

CONSEJO EDITORIAL

Dr. Jorge Rovira Mas
Dr. Daniel Camacho Monge
MSc. Mario Fernández Arias
Lic. Luis Fernando Mayorga Acuña
Dr. Héctor Pérez Brignoli

Diseño de la carátula:
Arq. Franz Beer

Correspondencia y canje dirigidos a:
Unidad de Investigación Documental e Información (UNIDI), del Instituto de Investigaciones Sociales de la Universidad de Costa Rica. Ciudad Universitaria "Rodrigo Facio", Código 2060, San Pedro de Montes de Oca, San José, Costa Rica.

Teléfono 24-67-81

Interno 448

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIALES

SALUD COMUNITARIA:
EL ROL DEL ESTADO Y LAS ORGANIZACIONES NO
GUBERNAMENTALES

Dina Krauskopf

Xinia Picado

INDICE

	Pág.
PRESENTACION	ii
INTRODUCCION	1
1. OBJETO Y OBJETIVOS	3
1.1 Objetivos	3
2. METODOLOGIA GENERAL	5
3. CARACTERIZACION DE LAS POLITICAS SOCIALES	7
3.1 El Estado Benefactor	7
3.2 El Desarrollo Social Costarricense	8
3.3 Las políticas de Salud	13
3.4 Organización de los servicios de Salud	15
4. LAS POLITICAS DE SALUD EN EL CONTEXTO DE LA CRISIS	17
5. PARTICIPACION POPULAR EN SALUD	19
5.1 El Rol del Estado	19
5.2 Las organizaciones no Gubernamentales	21
6. TALLER DE PARTICIPACION SOCIAL Y COMUNITARIA EN SALUD	23
6.1 Metodologia del Taller	23
6.2 Resultados del Taller	26
7. CONCLUSIONES	33
BIBLIOGRAFIA	35
ANEXOS	37

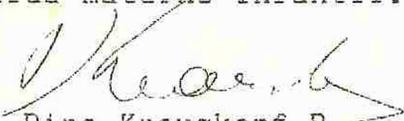
PRESENTACION

El Avance que presentamos es el producto de una investigación participativa desarrollada en el Instituto de Investigaciones Sociales, con la valiosa colaboración de la Escuela de Trabajo Social, sobre el Rol de las Organizaciones no Gubernamentales en Costa Rica en el área de Salud. Las autoras son la Licda. Xinia Picado, docente de la Escuela de Trabajo Social e investigadora del Instituto de Investigaciones en Ciencias Económicas y la Licda. Dina Krauskopf, Psicóloga, Coordinadora del Programa de Población y Desarrollo del Instituto de Investigaciones Sociales. Contaron además con el permanente apoyo de la Licda. Ana I. Rodríguez, Socióloga. Se trata, pues, de un trabajo interdisciplinario que se orienta a la acción social focalizada en la atención de la salud de sectores de la población altamente necesitadas de interlocutores para la discusión de estos problemas así como, de estímulo y apoyo en la búsqueda de soluciones pertinentes.

El trabajo se inició con el estímulo y patrocinio de la Universidad Academia de Humanismo Cristiano de Chile como parte de un proyecto comparativo entre cinco países de América Latina: Argentina, Bolivia, Chile, Costa Rica y Perú sobre "El aporte de las organizaciones de la sociedad civil en las acciones de supervivencia y bienestar infantil: perspectivas para la planificación social en América Latina" y coordinado por el Dr. Giorgio Solimano y el Dr. Luis Zúñiga.

Las perspectivas de la participación comunitaria, su relación con las políticas gubernamentales, la experiencia de las organizaciones no gubernamentales, sus posibilidades de desarrollo, problemas, así como las vías para fomentar esfuerzos conjuntos, son aspectos cruciales que se analizan en este documento.

Las actividades que dieron como producto este avance han recibido una positiva respuesta de los grupos de base comunitaria y representantes gubernamentales lo que ha permitido contar desde el inicio con el apoyo del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá (INCAP)-Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria de Centroamérica y Panamá (PASCAP)-Organización Panamericana de la Salud (OPS) y continuar con el desarrollo de talleres que profundizan cada vez más el análisis y perspectivas de la participación social y comunitaria en pro de la salud materno-infantil.


Dina Krauskopf R.
Directora

INTRODUCCION

El rol de las Organizaciones no Gubernamentales en Costa Rica en el área de salud, es un aspecto del cual se ha revelado escasa información. A nivel gubernamental, se han desarrollado tradicionalmente políticas sociales que buscan incorporar la participación comunitaria. Con la reforma a la Constitución de 1949 se institucionalizó la intervención estatal en este campo. En las últimas dos décadas, con la universalización del Seguro Social y el propósito de operacionalizar el concepto de salud integral, el Estado ha promovido una organización sistemática de las comunidades en este campo. Sin embargo, al acentuarse la crisis económica, e incrementarse los índices de inflación y de deuda externa, las acciones estatales de expansión en salud comunitaria se han visto restringidas.

Para prevenir un posible deterioro en los niveles de salud alcanzados, es necesario revertir hacia las comunidades una responsabilidad e iniciativa crecientes. Es en esta encrucijada que el papel de las Organizaciones no Gubernamentales de promoción social se perfilan con un potencial fundamental.

Se hace necesario indagar sobre las formas que toma la participación comunitaria, la existencia de organizaciones de base y no gubernamentales que cumplan un papel estratégico por su potencial de incorporar la salud a sus luchas, defender los logros del Estado frente a la crisis, proponer y desarrollar nuevos enfoques y alternativas que garanticen la calidad de vida alcanzada.

Interesa analizar las actuales prácticas del sector gubernamental y no gubernamental, y dar atención a las vías de construcción institucional que fortalezcan la participación de las comunidades y de los profesionales comprometidos con las acciones colectivas al servicio del bienestar de los sectores más vulnerables.

Con el objetivo de caracterizar el papel de las organizaciones no gubernamentales en Salud se realizó un taller en el que participaron distintas organizaciones como se detalla en los siguientes capítulos. El esfuerzo de este trabajo debe verse desde una doble perspectiva, por un lado, avanzar en el desarrollo teórico de esta temática en relación con las características particulares del caso costarricense, y por otro conocer de la propia fuente estudiada (ONG) lo que ha sido su experiencia y como vislumbran su participación en el campo de la salud.

La primera parte de este trabajo contiene la delimitación del objeto de estudio así como los objetivos del mismo y una breve explicación de la metodología general de la investigación.

Seguidamente, como tercer punto esbozamos un análisis de las políticas sociales del país y de cómo estas se constituyen en uno de los factores que afectan en mayor medida el crecimiento de las organizaciones no gubernamentales y las organizaciones comunitarias que desarrollan acciones en el área de la salud. Seguidamente se hace una breve descripción de la organización de los servicios de salud.

En el cuarto punto se hace un análisis de cómo ha repercutido la crisis económica en las instituciones de salud generándose una disminución en la calidad de los servicios.

En el último apartado se hace una reflexión acerca del desarrollo de la participación popular en salud, del surgimiento de las organizaciones no gubernamentales y el papel del Estado en el desarrollo de las mismas. Finalmente en el punto sexto se hace una reseña de el taller de participación Social y Comunitaria.

1. OBJETO Y OBJETIVOS

El objeto que se propone este estudio es indagar sobre la participación comunitaria y su contribución al bienestar, salud materno-infantil con énfasis en el aporte que emerge de las Organizaciones no Gubernamentales (ONG).

1.1 Objetivos

- a. Caracterizar el papel y perspectivas de las organizaciones de participación comunitaria en el campo de la salud materno-infantil.
- b. Identificar los mecanismos y vinculaciones institucionales que influyen en las modalidades de participación comunitaria.
- c. Analizar el rol de las organizaciones en relación a las respuestas institucionales y la participación comunitaria.
- d. Intercambiar experiencias de participación comunitaria en salud entre diferentes sectores.
- e. Generar información de utilidad común para el desarrollo de éstas experiencias e impulsar su intercambio.
- f. Contribuir al desarrollo de los recursos humanos involucrados.

2. METODOLOGIA GENERAL

Para llevar a cabo la investigación "El rol del Estado y las organizaciones no gubernamentales de la salud en Costa Rica" se realizó la búsqueda de fuentes bibliográficas existentes sobre el tema, se procedió a seleccionar la bibliografía pertinente que sirvió de insumo con los resultados del taller "Participación Social y Comunitaria en Salud", cuya metodología se describe en páginas posteriores para llevar a cabo dicha investigación.

3. CARACTERIZACION DE LAS POLITICAS SOCIALES

3.1 El Estado Benefactor

En el ámbito de la región centroamericana y aún en el de América Latina, Costa Rica ha presentado en las últimas décadas avances notables en el mejoramiento del bienestar de la población. Estos avances se han alcanzado gracias a la extensión de las políticas en el campo social, la creación de instituciones dirigidas a combatir los problemas de desigualdad desde diversos ángulos. La salud, alimentación y nutrición, la vivienda, son indicadores de la intervención del Estado en esta problemática.

En el caso costarricense estos aspectos adquieren particular relevancia, por cuanto es precisamente el desarrollo de la política social uno de los factores que afectan en mayor medida el crecimiento de las organizaciones comunitarias en salud, impulsadas por la sociedad civil. En otras palabras, consideramos que el rol del Estado, su participación o no en el mejoramiento de las condiciones de vida de la población, afecta directamente el crecimiento y desarrollo de organizaciones no gubernamentales en ese campo.

Se caracterizará el proceso de la política social costarricense con el fin de dilucidar los principales condicionantes que han afectado su desarrollo. Con este propósito se destacan algunas variables como el crecimiento institucional y el gasto público en el campo social. Se hace necesario, además, ubicar estos aspectos en el contexto de la crisis económica que atraviesa el país en la actualidad y cómo estos factores condicionan el desarrollo e impacto de las políticas sociales. Circunscritos estos aspectos en el marco de referencia de las organizaciones no gubernamentales en salud, su desarrollo debe entenderse como respuesta a demandas de la población que las políticas estatales no alcanzan a satisfacer. Las organizaciones no gubernamentales en salud, podrían ser posibles vías de contención del conflicto social, mediante la institucionalización de la participación comunitaria en una perspectiva heterogénea. No se trata ya únicamente de instituciones de base comunitaria promovidas por el Estado para impulsar el desarrollo de las políticas sociales, sino de diferentes modalidades de acción bajo los que la sociedad civil busca satisfacer nuevas necesidades.

Como veremos más adelante, el desarrollo de las organizaciones no gubernamentales en Costa Rica, debe analizarse sin obviar la influencia trascendental del

Estado. El desarrollo social alcanzado en el país, sus avances en los niveles de salud de la población, son producto de la influencia decisiva de la acción estatal. Con esta idea queremos apuntar que para el caso costarricense, es casi imposible deslindar el crecimiento de las organizaciones comunitarias en salud y Organizaciones no Gubernamentales de la influencia o contacto que en algún momento de su desarrollo alcanzan con el Estado. Bajo muy diversas formas (cooptación, clientelismo o cooperación por nombrar algunas), el Estado y la comunidad establecen contacto y esto puede afectar el proceso de la organización comunitaria. Con la precaución necesaria para no caer en generalizaciones, deseamos destacar que solo en casos muy excepcionales el Estado no afecta el desarrollo de las organizaciones de base comunitaria.

El Estado costarricense por los niveles de sofisticación alcanzados en lo que a dominio ideológico se refiere, constituye una presencia fuerte que la organización de base comunitaria no puede ignorar, y con la que en algún momento establece contacto.

No es que querremos aquí "omnipotenciar" al Estado costarricense, pero su amplia cobertura en política social, es un factor a considerar para entender el incipiente desarrollo de las organizaciones no gubernamentales en el país.

3.2 El Desarrollo Social Costarricense

Con la Constitución de 1949 se pone en marcha el proceso de intervencionismo y tecnificación del aparato estatal. Ya desde 1943 con la introducción del capítulo de las Garantías Sociales en la Constitución, se da un avance muy importante en la protección a la familia, y a la infancia, modificándose las relaciones obrero-patronales con el Código de Trabajo. La introducción de estas reformas sociales obedece, desde una perspectiva histórica-política a una coalición de intereses y alianzas de distintos grupos políticos y religiosos, que imprimen junto con otros factores, una mutación al papel del Estado como lo veremos más adelante.

Con la nacionalización bancaria el Estado canaliza los recursos para la inversión dando continuidad y sostén a políticas de carácter social amplio. Se fortalece la

educación y se da acceso en los diferentes niveles del Estado a nuevos grupos sociales mediante la generación de empleo.

Entre los años 1950-1980 se expande la estructura institucional significativamente, situación que podemos apreciar en el cuadro 1, el cual muestra el crecimiento institucional entre los años 1950, 1962, 1974, 1980 y 1987.

Cuadro 1

COSTA RICA: EVOLUCION INSTITUCIONAL DEL SECTOR PUBLICO
POR GRANDES NIVELES, 1959-1980
(Número de entidades)

NIVELES INSTITUCIONALES	1950	1962	1968	1980	1987
GOBIERNO CENTRAL					
- Poder Legislativo	2	2	2	2	2
- Poder Ejecutivo	10	13	17	15	19
- Poder Judicial	2	2	2	2	2
- Organismo Electoral	2	2	2	2	2
GOBIERNOS LOCALES					
- Municipalidades	69	72	75	85	86
- Juntas Cantonales de Camino Vecinales	69	72	73	--	--
INSTITUCIONES PUBLICAS DE SERVICIO	13	33	33	46	75(*)
EMPRESAS PUBLICAS NO FINANCIERAS	7	9	13	28	25
EMPRESAS PUBLICAS FINANCIERAS	6	7	7	13	16

FUENTE: -Picado G. Xinia. Elaboración propia en base a:
-De la O.J. El crecimiento de la Administración Pública en el desarrollo: El caso de Costa Rica. IDELA, 1982.

-Contraloría General de la República, Listado de Control de Presupuesto de las Instituciones del Sector Público. 1987.

La explicación en relación a los términos empleados en ese cuadro es necesaria. Las instituciones públicas de servicio son aquellas cuyo principal objetivo es la canalización de recursos hacia la satisfacción de necesidades sociales (salud, niñez, alimentación, vivienda) y aquellas otras que promueven la ciencia, la tecnología, la educación.

Las empresas públicas no financieras son aquellas entidades públicas cuyo objetivo principal -de acuerdo con su ley orgánica- está centrado en la producción, distribución y venta de bienes y servicios en las cuales su motivación fundamental es el servicio a la sociedad y no la obtención de lucro, aunque reciben retribución por ello. Entre estos bienes podemos citar el suministro de agua potables, la producción y distribución de energía eléctrica.

Las empresas públicas financieras están constituidas por los bancos comerciales del Sistema Bancario Nacional, el Banco Popular y de Desarrollo Comunal, el Instituto Nacional de Seguros, el Instituto de Fomento y Asesoría Municipal entre otros.

Esta estructura institucional que se fue ampliando progresivamente desde 1950 muestra toda una gama de actividades que fue asumiendo el Sector Público, el número y especialización de los ministerios fue creciendo.

Los gobiernos municipales han venido jugando un papel importante en el mejoramiento de la administración pública a nivel local en el impulso a proyectos de saneamiento ambiental y servicio público fortaleciendo de esta forma políticas de salud.

El número de empleados públicos aumenta casi nueve veces absorbiendo para 1980 un 18.5% de la población económicamente activa. Un importante sector de la población se incorpora como personal del Estado, se expande la clase media, el Estado brinda posibilidades de trabajo e ingreso a la población. Si bien hasta los años ochenta hay una tendencia de crecimiento institucional, ésta se ve fuertemente limitada después de 1982 por la crisis económica y los condicionamientos de la deuda externa. La década del setenta corresponde a una proliferación de instituciones de carácter social. La creación de instituciones como el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), el Fondo de Desarrollo Social y Asignaciones

Familiares es el reconocimiento por parte del Estado de que existe un sector de la población que es indigente y "que hay que combatir la pobreza para combatir la lucha de clases"(1). Por eso se denomina a las políticas de los años setenta como "cierre de la brecha social".

Ha sido característico del Estado costarricense, una marcada intervención en el campo económico y social. Nuestras instituciones sociales han sido producto de un gasto público creciente, que aún cuando haya sido cuestionado por una administración no siempre eficiente, ha contribuido al bienestar social de la población.

El gasto público total alcanza para 1984 los 67 mil millones de colones (MIDEPLAN, 1985) como se observa en el cuadro 2. Las instituciones de carácter social (públicas de servicio y no financieras) son las que realizan un gasto mayor.

(1) Figueres F. J. "La pobreza de las naciones". San José. 1974 ps. 114-115

Cuadro 2

COSTA RICA: GASTO PUBLICO TOTAL
1975-1984
-miles de colones-

AÑO	TOTALES	GOBIERNO CENTRAL	GOBIERNOS LOCALES	INST. PUBLICAS DE SERVICIOS	INST. PUBLICAS NO FINANCIERAS	I.N.S.
1975	5.963.973,2	2.331.685,1	141.039,6	2.058.504,7	1.370.030,7	60.328,1
1976	7.491.577,7	2.919.088,9	236.772,0	2.734.580,9	1.520.472,2	61.536,7
1977	10.114.577,6	3.524.764,5	266.188,0	2.909.505,3	3.209.086,9	104.972,9
1978	11.901.288,4	4.306.945,3	300.647,8	3.983.123,4	3.223.181,9	67.160,2
1979	14.725.895,4	5.302.497,5	325.756,0	5.334.778,0	3.646.571,7	116.289,8
1980	18.537.985,0	6.615.771,6	423.444,7	6.707.956,0	4.643.737,0	147.075,7
1981	21.987.410,4	7.340.566,9	467.769,6	7.313.850,1	6.679.933,1	185.266,7
1982	34.544.030,2	11.324.132,6	596.055,2	10.896.244,1	11.480.394,5	247.203,6
1983	53.751.502,1	17.365.973,1	900.168,9	15.628.233,9	19.129.986,6	727.119,6
1984	67.067.093,2	24.078.182,6	1.281.728,3	19.739.551,5	20.939.565,4	978.065,4

Únicamente los programas de Servicios Médicos y Riesgos Profesionales.

FUENTE: Sistema Indicadores Sociales. El gasto público en los sectores sociales.
MIDEPLAN, Doc. de Trabajo # 9, 1985

3.3 Las políticas de salud

Costa Rica situado en América Central, tiene 2.416.804 habitantes, de los cuales más de la mitad es población rural. Según datos correspondientes al año 1980 los servicios de agua potable se extienden al 84% de la población. La esperanza de vida es de 74.7% y la mortalidad infantil es de 13.9 por 1000 (Memoria Anual, 1988).

La mortalidad infantil declinó marcadamente entre 1972 y 1980 (34% en contraste con 5% entre 1955-1972). Todas las categorías de causa de mortalidad infantil particularmente enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias, descendieron aceleradamente a excepción de complicaciones de embarazo y parto y anomalías congénitas. La intensificación del control de infecciones y los progresos en los servicios de neonatología, prenatal y planificación familiar parecen haber contribuido fuertemente a estos resultados. Además cabe tomar en cuenta el nivel educacional de madres, el que aumentó de un 17% en 1960 a un 65% en 1980 (LAING: 1986).

El Estado costarricense se ha caracterizado por la atención de los problemas de salud, ya mediante la cooperación con organismos privados o religiosos, Hospital San Juan de Dios (1826), Junta de Protección Social de San José (1852) o por el surgimiento de políticas concretas en este campo. Una de las primeras medidas de carácter estatal fue el establecimiento del Ministerio de Salubridad Pública (posteriormente Ministerio de Salud) en 1870, con el que se realiza una importante labor en los niveles preventivo y curativo como destacaremos más adelante.

Con la Caja Costarricense de Seguro Social en 1943, se institucionaliza por parte del Estado, un sistema de seguridad social para un sector considerable de la población laboral. El sistema se financia mediante el aporte de cuotas obreras y patronales en los regimenes de Enfermedad y Maternidad y posteriormente de Invalidez, Vejez y Muerte.

En 1971 con la aprobación de la Ley 4750 se estableció la universalización de los seguros sociales. Esta medida es significativa ya que de la cobertura al sector laboral que podía pagar sus servicios, el Estado pasó a brindar cobertura a los grupos de trabajadores por cuenta propia (trabajadores sin patrono) y a la población indigente.

Esto constituye un hecho de trascendencia extraordinaria, si se toma en cuenta que en algunos países, el Estado no cubre más del 10% de la población en servicios de salud.

En 1973 se transfieren los Hospitales al Sistema de Seguridad Social (CCSS), se promulga la ley de General de Salud y se establece el programa de Salud Rural. En 1976 se desarrollan los programas de Salud Comunitaria. Estos dos Programas son los instrumentos básicos para la atención primaria de la salud. En 1980, el 60% de la población recibía servicios domiciliarios, tanto en el área rural como urbana (ROSEÑO; 1983). La Caja Costarricense de Seguro Social duplicó el número de servicios de consulta externa y triplicó los médicos contratados entre 1970 y 1980 (LAING; 1986). En 1983 se constituye el Sector Salud cumpliendo propósitos de integración institucional a través de un modelo de regionalización, que, si bien puede perfeccionarse, ha logrado ampliar la cobertura de los servicios médicos. (JARAMILLO; et al, 1985).

En 1986 bajo la administración Arias Sánchez se estableció el Programa Nacional de Participación Comunitaria para promover dentro de otros objetivos "la definición de una estrategia de participación comunitaria acorde con los programas de atención primaria" impulsados por el gobierno. Se proponía además con este plan mejorar las acciones de diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación de los programas comunales en Salud.

Integran el sector salud, el Ministerio de Salud, la Caja Costarricense de Seguro Social, el Instituto Nacional de Seguros que tiende los riesgos profesionales y la salud ocupacional y el Instituto Costarricense de Acueductos y Alcantarillados que se proyecta a todo el territorio nacional con obras de infraestructura y manejo de aguas.

A su vez, el Instituto de Investigaciones de Salud de la Universidad de Costa Rica promueve investigaciones que son fundamentales en esta área.

El sistema de atención en salud tiene una proyección de cobertura total en todo el país con modalidades de acciones diferentes en cada nivel. El nivel central en donde se establecen las políticas y acciones programáticas; el nivel regional donde se atienden los problemas de salud teniendo en cuenta las características y necesidades de las regiones y el nivel local que insertó directamente en las comunidades mediante puestos de Salud, brinda atención directa y de manera continua a los problemas de salud en el mismo lugar en donde éstos se originan.

Para cada nivel de atención hay personal especializado y permanente. Desde 1978 mediante el Sistema de Información y Nutrición (SIN) y el Sistema de indicadores Sociales (SIS) del Ministerio de Planificación Nacional se han venido identificando las zonas prioritarias de intervención en lo que a problemas económicos, sociales y de salud se refiere.

3.4 Organización de los servicios de salud

Para lograr un mejor desarrollo del Sistema Nacional de Salud y garantizar la adecuada coordinación de los servicios y sobre todo el uso racional de los recursos con el mayor grado de beneficio, los servicios se han organizado por niveles de atención, donde intervienen la Caja Costarricense de Seguro Social y el Ministerio de Salud.

"Por niveles de atención debe entenderse la distribución organizada de los recursos selectivos en cantidad y calidad, de acuerdo con los diversos grados de complejidad de la atención médica específicamente y de la salud en general" (Jaramillo, 1985).

3.4.1 El primer nivel. El hogar (familia)

La educación para la salud en este nivel debe comprender costumbres, medidas de higiene, alimentación, lactancia materna, conservación de alimentos, vacunación.

No se espera que la población solicite los servicios, sino que se va al hogar a evitar los problemas de salud. Esta acción es impartida por Promotores de Salud, Auxiliares de enfermería.

3.4.2 El segundo nivel: El puesto de salud

Unidades que están bajo la acción de Asistentes de Salud Rural o Comunitaria y Auxiliares de Enfermería. Ahí se ofrecen servicios de medicina preventiva, promoción de la salud, educación en Salud y primeros auxilios. Atiende comunidades menores de 2.000 habitantes. Dependen del Ministerio de Salud.

3.4.3 El tercer nivel: Centros de Salud y Clínicas de Consulta Externa

Es un nivel intermedio de atención, especialmente dado por médicos, odontólogos, enfermeras, auxiliares de enfermería, inspectores de saneamiento, etc. Brinda atención médica de enfermedades y prevención de algunos aspectos. Llegan a ellas las personas referidas de los Puestos de Salud o espontáneamente y, si es necesario, son enviadas a los hospitales regionales o periféricos. Los centros lo conforman el Ministerio de Salud y las Clínicas de la Caja Costarricense de Seguro Social.

3.4.4 El cuarto nivel: Hospitales Periféricos

Este nivel es responsabilidad de la Caja Costarricense de Seguro Social, ya que involucra atención del enfermo internado, curaciones, rehabilitación, docencia e investigación. Las Unidades a cargo de este nivel cuentan con especialidades básicas de medicina, cirugía, ginecoobstetricia y pediatría. La población que atienden es referida por los Puestos de Salud y las clínicas integradas de Salud.

3.4.5 El quinto nivel: Hospitales Regionales

Los Hospitales Regionales funcionan como V nivel de atención y en él, la Caja Costarricense de Seguro Social brinda el servicio de Asistencia para patologías difíciles. Desde este nivel se coordinarán investigaciones científicas.

3.4.6 El sexto Nivel: Hospitales Nacionales

Estos hospitales nacionales son centros de referencia de Patologías altamente complicadas y también de apoyo técnico diagnóstico de alto nivel y comprenden todas las especialidades médico-quirúrgicas. Tienen responsabilidades docentes en la formación de recursos humanos para el Sistema Hospitalario Nacional de todo tipo de personal profesional y auxiliar en unión con la Universidad de Costa Rica.

4. LAS POLITICAS DE SALUD EN EL CONTEXTO DE LA CRISIS

Pese a que se mantiene un progreso significativo en algunos de los índices de salud, como es la esperanza de vida y la disminución de la tasa de mortalidad infantil que alcanza el nivel de países desarrollados, existen indicios que sugieren el riesgo de un deterioro aún no identificado plenamente. Con el impacto de la crisis económica de los últimos años que aceleró el proceso de empobrecimiento y la caída de los salarios reales. Con las presiones para contraer el gasto social y reducir de esta manera el peso de la deuda externa que para 1987 alcanza ya casi los cuatro mil millones de dólares (MIDEPLAN). Los niveles de pobreza creciente contribuyeron a incrementar los índices de enfermedad "Algunos índices de enfermedades infecciosas mostraban un incremento a principios de los años ochenta. La malaria - que había sido bien controlada durante los años setenta- comenzó a subir alarmantemente, de 189 casos reportados en 1981 a 569 casos en 1984 (LYN, Morgan; 1987).

A finales de 1985 la Caja Costarricense de Seguro Social reportó aumentos importantes en enfermedades infecto-contagiosas, anemia, psicosis, drogadicción y alcoholismo. Aún cuando la intensificación de estas enfermedades se atribuía en gran parte a la afluencia de refugiados, el informe de la Caja señaló que las causas podrían estar relacionadas con condiciones sociales y de salud de la población costarricense.

Los efectos de la crisis en las instituciones de salud han repercutido en forma diferenciada pero afectan siempre la prestación de la oferta.

En el caso de la Caja Costarricense de Seguro Social, algunos estudios han venido señalando (Morgan) la reducción en la cobertura y la disminución en la calidad de los servicios.

En el Ministerio de Salud, la crisis afectó las metas de cobertura en la prevención de la salud como función sustantiva de la institución. Se redujeron los programas de salud ambiental, construcción de letrinas y acueductos rurales, entre otros.

Indicadores de este deterioro se empezará a manifestar en una reducción en la calidad de los servicios institucionales como la provisión y suministro de medicamentos.

En 1984 el Colegio de Médicos y Cirujanos denunció algunos de los problemas que se estaban presentando en las clínicas y hospitales:

- Falta de medicamentos básicos y esenciales para tratamientos intrahospitalarios y de consulta externa.
- escasez y agotamiento de medicamentos
- Uso de medicamentos vencidos y cuya efectividad no puede asegurarse (Colegio de Médicos)

En 1986, los colegios de dentistas, enfermeras y la Unión Médica Nacional señalaron como las mal atendidas políticas de ahorro aplicados a equipo y materiales básicos o a plazos indispensables y peligroso deterioro en el servicio que se presta a los asegurados (La Nación).

Este fue el inicio para alcanzar la eficiencia en la reducción de los gastos de salud.

5. PARTICIPACIÓN POPULAR EN SALUD

5.1 El Rol del Estado

El esfuerzo por incorporar a la comunidad en el proceso de obtener mejores niveles de salud ha sido una constante en las políticas del Estado y se expresa en los numerosos programas de salud comunitaria que han sido promovidos desde años atrás, como también en la legislación jurídica que para ese efecto se ha emitido.

Con el gobierno de Rodrigo Carazo (1978-1982) se dió impulso a el Programa de Participación Popular. Este programa contemplaba la coordinación de las "fuerzas vivas" de las comunidades, (asociaciones cantonales de salud, asociaciones de desarrollo, comités de salud y otros) en todo el país. Personal del Estado en el campo de la salud y del desarrollo comunal se dedicó en esos años a elaborar diagnósticos integrales de las comunidades y a elaborar planes de trabajo con la participación comunal. Este programa generó muchas expectativas que no pudo cumplir, en gran parte por la escasez de recursos económicos del Estado para responder a las demandas planteadas. Como ha sido ya analizado este fracaso condujo no sólo a la frustración de las comunidades involucradas, sino también a debilitar el proceso de participación que se buscaba impulsar.

El cuadro 3 ilustra los diferentes programas impulsados por el Estado a partir del año 1951.

Cuadro 3

CUADRO SINOPTICO DE ACCIONES ORGANIZATIVAS Y PROGRAMAS DE PARTICIPACION POPULAR EN SALUD

1951	Se crean los comités de nutrición
1954	Programa de parteras empíricas
1955	Comités pro-Unidades Sanitarias
1957	Colaboradores voluntarios
1963	Comités de bienestar comunal
1967	Comités de proyectos de tratamiento colectivo (malaria, etc.)
1969	Programas de antecedentes y normas técnicas
1969	Programas para reforzar comités de bienestar comunal
1973	Responsables de Salud
1973	Comités de Salud
1978	Plan Nacional de Participación popular en salud
1978	Asociaciones cantonales de salud, Federaciones y confederaciones.
1983	Juntas de salud y Seguridad Social
1984	Comités de Puestos de Salud del Programa de Salud Rural
1986	Comités de Salud
1986	Programa Nacional de participación comunitaria en Salud.

FUENTE: Programa de adiestramiento de Salud Comunitaria de Centroamérica y Panamá (PASCAP). "Participación Popular en Salud". Documento inédito 1987.

5.2 Las Organizaciones no Gubernamentales

El surgimiento de Organizaciones no Gubernamentales ha sido incipiente en Costa Rica. Es a partir de la mitad de la década de los 70 que empiezan a proliferar una serie de Centros de Educación popular y Desarrollo como el Centro de Educación y capacitación para el desarrollo (CECADE), el Centro de estudios para la Acción Social (CEPAS) y el Centro Nacional para la Acción Pastoral (CENAP), entre otros; así como organismos cuyo objetivo principal es fomentar en los sectores de escasos recursos, proyectos productivos en un marco micro-empresarial (ACORDE) y así canalizar recursos financieros de organismos internacionales.

Muy recientemente aparecen organismos que toman en cuenta la salud en sus planes de trabajo como el Centro de documentación y capacitación para la Acción Social (CEDCAS) y Centro feminista de información y acción (CEFEMINA).

En el surgimiento de los ONG a partir de la década de los 70, parece haber influido en la situación Centroamericana. En ese periodo los Organismos Internacionales vuelcan su atención sobre Centroamérica a raíz de la revolución nicaraguense y los indicios de un posible conflicto de carácter regional. En un primer momento la cooperación es más vigorosa para otros países de la Región que para Costa Rica. El apoyo a nuestro país en materia de cooperación internacional se vio luego influido por el giro que tomó el gobierno de Costa Rica al incursar activamente la política de paz en Centroamérica que hizo acreedor al Premio Nobel de la Paz al Presidente de la República en 1987.

Estos factores son los que hacen que los organismos institucionales de cooperación se interesen en orientar su ayuda hacia la paz a través del funcionamiento de organizaciones que impulsen principalmente proyectos productivos y en menor medida proyectos de promoción Social.

Las Organizaciones no Gubernamentales, además, se han ido consolidando principalmente alrededor de áreas de desarrollo social como son: la tenencia de la tierra, el pequeño productor, la vivienda y últimamente el tema de la mujer en el cual influye el interés de las agencias de cooperación internacional e iniciativas feministas que han recibido apoyo gubernamental como es la lucha por la Ley de la Igualdad Real de la Mujer. Salud y Educación no

aparecen con datos alarmantes que movilicen las luchas populares lo cual parece influir en que no sean preocupaciones prevalentes de la mayor parte de las ONG.

A partir de los nuevos apoyos que en el último periodo reciben las ONG en Costa Rica, la madurez de su crecimiento y experiencia les han generado, alcanzan mayores niveles de organización y en noviembre de 1988 constituyen una instancia de Coordinación operativa que actualmente reúne cerca de la mitad de las ONG existentes (15 de aproximadamente 30). La vinculación Internacional de esta instancia se establece con 3 redes:

- a) El Programa Coordinado de Educación Popular, (ALFORJA)
- b) La Asociación Latinoamericana de Organizaciones de Promoción (ALOP)
- c) La Coordinadora Regional de Investigación Económica y Social (CRIES) que cubre el área Centroamericana.

Nota: Las autoras agradecen la información brindada por el Lic. José Manuel Valverde, observador participante por ALFORJA, al Taller sobre Participación Social y Comunitaria en Salud

6. TALLER DE PARTICIPACION SOCIAL Y COMUNITARIA EN SALUD

6.1 Metodología del Taller

Para llevar a cabo el taller "Participación Social y Comunitaria en Salud", fue necesario investigar sobre las organizaciones de base y no gubernamentales de promoción Social existentes en el país, con el fin de seleccionar aquellas que por sus objetivos, acciones desarrolladas, forma de organización y características de sus miembros se pudieran tomar en cuenta en la investigación y a la vez lograr su participación en el Taller. Con base en un listado obtenido de 300 organizaciones investigadas se realizó una preselección, a partir de los siguientes criterios establecidos en el plan de investigación:

- a. Organizaciones que tuvieran una relación no sostenida ni promovida por el gobierno.
- b. Organizaciones de participación Social orientadas hacia la Salud y prioritariamente que desarrollen acciones en el área materno-infantil.
- c. Que complementen acciones estatales en un contexto de estrategias de sobrevivencia popular.

Procurando cumplir con lo anterior se escogieron preliminarmente 27 organizaciones, las cuales representan las diferentes provincias del país "Anexo 1".

De ellas se escogieron 11 organizaciones de mujeres, localizadas en las provincias de: San José, Guanacaste, Limón y Puntarenas; dos organizaciones campesinas de la Zona Atlántica; dos Emisoras de Radio Católica, una en San Carlos de Alajuela y otra en Guanacaste; siete organismos que ofrecen apoyo a organizaciones de base comunitaria, cuya sede se ubica en San José; tres organizaciones cuyo objetivo fundamental es el trabajo de salud comunitaria, dos en San Ramón de Alajuela, una en Limón, una en Turrialba y una de jóvenes en Paso Ancho, San José.

Seguidamente, se procedió a seleccionar aquellas organizaciones que se plantean en algunos de sus objetivos el desarrollo de acciones en el campo de la salud.

Así se escogieron las siguientes organizaciones:

- Proyecto Hospital Sin Paredes. San Ramón
- Asociación Regional de Salud Comunitaria. San Ramón
- Mujeres unidas en Salud y Desarrollo (MUSADE). San Ramón
- Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia (CEFEMINA), proyecto Salud Vivencial. San José
- Comités de Salud de Grano de Oro y Tayutic. Turrialba.
- Radio Santa Clara. San Carlos
- Centro de Orientación y Capacitación para la Acción Social (CEDCAS). San José
- Caravanas de Buena Voluntad. San José
- Movimiento Juvenil de Paso Ancho. San José.

Luego se procedió a realizar visitas a cada una de las organizaciones y se obtuvo un perfil con las características más importantes.

Se les explicaron los objetivos de la investigación y se les invitó a participar en el Taller, para el cual se les solicitó que elaboraran una presentación con base en una guía que se les entregó a las organizaciones.

Considerando las características diversas de los grupos seleccionados en cuanto a: Tipo de organización, organización de sus miembros, financiamiento, y para lograr profundizar en su análisis se procedió a separar las organizaciones en dos grupos de acuerdo a los siguientes criterios:

i. Organizaciones de Base Comunitaria

- Que promuevan acciones de salud y promoción social.
- Con financiamiento propio, externo y apoyo gubernamental en forma coyuntural.
- Que surjan por iniciativa comunal o promovidos por el estado complementando acciones en que actúa el gobierno pero sin apoyo permanente.
- Que su base comunitaria esté integrada por obreros, campesinos, intelectuales, amas de casa.

ii. Organizaciones no Gubernamentales ONG

- Que no dependan de decisiones gubernamentales ni cuenten con apoyo financiero estatal
- Que sus acciones estén dirigidas a una base comunitaria, cuyos miembros se tipifiquen como campesinos, obreros, profesionales.
- Que sus líneas de acción se orienten al bienestar social y de salud incluyendo la organización, capacitación y promoción. Pueden incluir áreas en que el estado no actúa.
- Que la coordinación o asesoría esté dirigida por profesionales.

Finalmente de las organizaciones seleccionadas, participaron en el taller 7 grupos:

- Proyecto Hospital sin Paredes.
- Asociación Regional de Salud Comunitaria.
- Mujeres unidas en salud y desarrollo
- Centro Nacional para el desarrollo de la mujer y la familia, proyecto Salud vivencial (CEFEMINA).
- Comités de Salud de Tayutic y Grano de Oro.
- Radio Santa Clara.
- Centro de Orientación y Capacitación para la Acción Social (CEDCAS).

También participó en el Taller la Msc. Antonieta López Gómez encargada del "Programa Nacional de Participación Comunitaria en Salud", del Ministerio de Salud Pública. La participación del Ministerio en el Taller fue de gran importancia debido a que existe una fuerte presencia del gobierno en las organizaciones que trabajan en Salud.

El Centro de Estudios para la Acción Social (CEPAS), y ALFORJA participaron en calidad de observadores participante, tomando en cuenta su nivel de conocimiento y experiencia en aspectos de participación comunitaria. También participó el Director del Proyecto generador Dr. Giorgio Solimano y un consultor del Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá INCAP y del PASCAP.

El Taller se desarrolló a través de una dinámica de participación donde cada organización hizo una presentación y posteriormente se dio un periodo de reflexión y de intercambio de experiencias finalizando con las conclusiones.

La organización de las representaciones se hizo de acuerdo al rol de las Organizaciones primero aquellas de

base comunitaria, seguidas de las organizaciones no gubernamentales y por último el rol gubernamental.

Para valorar las condiciones en que se desenvuelve la participación comunitaria en salud, se efectuó en San José Costa Rica, en mayo de 1989, un Taller sobre Participación Social y Comunitaria en Salud.

Previamente se investigaron 330 organizaciones, en su mayoría de base comunitaria, procurando seleccionar aquellas que se ubicaran en un contexto de estrategias de sobrevivencia popular, que incluyeran acciones orientadas a atender la salud y de preferencia el área materno infantil y que no estuvieran sostenidas por el Estado. No se encontraron organizaciones dirigidas a la promoción social con una específica orientación al área materno infantil.

Se invitaron al encuentro organizaciones de base comunitaria y organizaciones no gubernamentales que incluían acciones en salud en su quehacer y que pertenecían a diferentes provincias del país. (Ver anexo 1). Participó también la representación del Programa Nacional de Participación Comunitaria en Salud del Gobierno.

6.2 Resultados del Taller

Presentamos un resumido análisis de los factores que surgen como conclusiones del encuentro y los ilustramos con algunos ejemplos textuales.

6.2.1 La participación comunitaria en Salud promovida gubernamentalmente presenta una dinámica que limita su desarrollo. Por un lado consolida ciertos logros y por otro se distorsionan. Entre los factores que conducen a esto último, está la racionalidad burocrática y la necesidad de mantener el control sobre las decisiones y políticas, lo que presenta serias limitantes para la flexibilidad que requiere la actividad comunitaria. Así se pueda dar la cooptación de las reivindicaciones de los grupos que se organizan. Además el principio de uniformidad en los servicios y programas y su estructura centralizada es, en ocasiones disfuncional para la articulación de las acciones comunitarias. Lo ilustran algunos comentarios sobre el traspaso del Programa Hospital sin Paredes, en el cual el Hospital pasó a la Caja Costarricense de Seguro Social, el Programa Comunitario al Programa de Salud Rural del Ministerio de Salud, y la actividad comunitaria se apoyó en la ONG "Asociación Regional de San Ramón". (Ver anexo 3).

"El Programa no pasó a la Caja, sino al Ministerio de Salud. Ventajas de este proceso son lograr que se lleven a cabo los objetivos para los cuales se dió la ley de la universalización de los servicios de salud. Otra ventaja es el hecho que el programa en la zona de San Ramón se halla inmerso en este momento en toda la maquinaria de trabajo de otro organismo importante del país".

"La desventaja, un estado de paternalismo estatal e individualismo. Ya no se lucha como antes por el desarrollo comunitario. Muchos de los recursos que antes se lograban con el esfuerzo comunal, hoy día se logran de los recursos propios del Ministerio, de la Caja o de partidas específicas. Es muy difícil hacerle ver a la comunidad que la salud no es solamente el hospital, los médicos; que la salud tiene que ver con todas las condiciones de vida y de desarrollo de la comunidad. No podemos trabajar en equipo, bajó el nivel de servicios del sector rural que era la esencia y la base de su integración al programa. Cuando la Asociación Regional ha planteado medidas administrativas, como destituciones de profesionales, tiene un fondo político institucional y (los organismos gubernamentales) tienen una concepción formal que existan organizaciones medidas en sus normas".

6.2.2 El Programa de Participación Comunitaria del Ministerio de Salud está a cargo del departamento de Trabajo Social. Se plantea el cumplimiento de estrategias de Atención Primaria y desarrolla gran cantidad de actividades procurando incorporar la perspectiva de desarrollo comunitario. Enfrenta limitaciones diversas, entre ellas, la dificultad para modificar las restricciones burocráticas de horarios de funcionarios, días de uso de locales, vehículos, etc.

Pese a la fuerte consideración que hacen los programas gubernamentales de la participación comunitaria, ésta se ve limitada por el impacto de los cambios de poder en el gobierno, pues requiere cambiar las estructuras de participación y modificar algunos cuadros directivos existentes. "Se asignó el Programa al departamento de Trabajo Social con la idea que no fuera un programa político, sino técnico y sobreviviera los cambios del gobierno. Hay un equipo técnico básico. Se han identificado áreas de trabajo, capacitación, seguimiento, asesoría y divulgación. Hay una buena cobertura a nivel nacional". Además el volumen de las responsabilidades que el aparato estatal tiene en el campo de la asistencia médica de la salud, concentra a la amplia mayoría de los funcionarios y profesionales. Sus derechos y deberes

enfatan dicha orientación y su perspectiva de la comunidad es, básicamente, facilitar la acción médica en salud, con economía de recursos y ampliación de cobertura.

6.2.3 Las organizaciones de base comunitarias así como las ONG manejan en sus programaciones específicas un concepto social de salud, con un énfasis en el plano educacional y preventivo. En el taller es reconocido así: "Hay una proyección social y humanista, diferente, o por lo menos más social de la salud que no la tenían las otras instituciones". La mayor parte de las organizaciones cubren un espectro amplio, poco sistematizado de acciones en salud. De los grupos investigados sólo el Proyecto de Salud Vivencial (Ver anexo 4) se orientaba específicamente a la salud de la mujer.

Cuando las organizaciones de base comunitarias y ONG consideran acciones de prevención secundaria deben obtener la autorización o aval del Gobierno, lo que garantiza la regulación estatal. Buscan la articulación con los entes estatales, para establecer apoyos mutuos. Diversas ONG relatan estos vínculos durante el taller: "Queremos formalizar nuestra relación con la Caja Costarricense de Seguro Social como proyecto de Salud. Nos interesa muchísimo mantener nuestra independencia. Lo que queremos es recibir los servicios que creemos están obligados a brindarle a toda la población". "En diferentes proyectos hemos apoyado a grupos comunales en salud física, salud mental y en aspectos sociales. También promovemos la coordinación interinstitucional en el campo de la salud, tenemos la Caja y el Ministerio pero a nivel de ONG son muy pocos los que están trabajando. En la atención primaria por primera vez logramos coordinarnos con Ministerio de Salud, lo veo como un logro muy grande que se obtuvo por los contactos con el nivel más bajo. Es difícil coordinar al nivel más alto."

La relación con el poder local, municipalidades, es de poco vigor. La compartimentalización de los objetivos y tareas de las instancias gubernamentales divide las diferentes competencias y debilita las posibilidades de respuesta de los gobiernos locales. Por otro lado las políticas de sectorialización y regionalización buscan la superación de este problema.

Se espera que las municipalidades marquen las pautas para los programas, pero su rol es sentido como pasivo, reducido por la escasez de recursos económicos con que cuentan y por la prioridad que dan a los intereses político electorales. Pese a ello, se mantiene la búsqueda

permanente de compromisos de apoyo, que alcanzan, generalmente, un valor más bien representativo.

6.2.4 Los aspectos médicos de la atención materno infantil parecen estar identificados por la comunidad como una responsabilidad cumplida por el sector Salud del gobierno y las ONG no la abordan sistemáticamente. Sin embargo existen algunas experiencias, como la de un curso de capacitación que organizó una ONG, para promotores de salud de una zona indígena y donde el aspecto considerado prioritario por ellos fue el área materno-infantil, en particular parto y embarazo, con un enfoque ampliamente fundamentado de las acciones.

La acción comunitaria orientada a la salud materno infantil enfatiza la educación de la mujer para dar los mejores cuidados a su niño. Esto tiene profundas raíces en la tradición costarricense, que implantó hace 100 años la educación primaria obligatoria para mujeres y hombres, enfatizando que éstas lo requerían para cumplir mejor su papel de madres. Actualmente inclusive en Costa Rica hay más hombres jóvenes analfabetos que mujeres y éstas asisten en un porcentaje algo mayor que los varones a la educación secundaria. Concordante con estos valores, la organización de base comunitaria Mujeres Unidas en Salud y Desarrollo (MUSADE) organizó guarderías y jardines infantiles bajo el lema de "Toda Madre es Maestra". Las actividades desarrolladas son descritas así por una compañera del grupo: "en este momento la Asociación de padres o guarderías infantiles está trabajando con la modalidad de "Toda madre es Maestra", con apoyo de unos compañeros de la Universidad. Se trata de desarrollar la capacidad de la mujer como educadora y de una alternativa para la atención socializada de los niños en edad pre-escolar y en aquellas comunidades que son marginales dentro de la zona. También en el área materno-infantil se trata de apoyar y motivar el trabajo en las consultas de planificación familiar, desarrollo del niño y en actividades formales como son los programas de salud del Ministerio".

6.2.5 Existe una valiosa búsqueda en algunas organizaciones de base comunitaria y ONG para romper las barreras en la comunicación e intercambio de información. Ha quedado en evidencia que antes de valorar la participación, es necesario reconocer cuáles son las vías genuinamente apropiadas para permitir la interacción. Sin recursos para una buena comunicación no puede promoverse la participación. Se apreció un mayor

6.2.7 Las diferentes Organizaciones no Gubernamentales han cumplido, principalmente dos tipos de roles en el campo de la salud: Asesoría para los grupos de base comunitaria y desarrollo de proyectos propios de las ONG en beneficio de comunidades prioritarias.

- a) del aparato institucional de salud
- b) de los pobladores de zonas más alejadas para apoyar las escasas acciones de salud del sistema gubernamental
- c) de profesionales de las ramas feministas de movimientos de lucha política por la vivienda y la salud de las jerarquías de la Iglesia
- e) de profesionales vinculados a grupos religiosos
- f) de organizaciones populares.

6.2.6 Se encontraron distintos orígenes en la generación de grupos que fomentan la participación comunitaria. Así están los que surgen:

El uso de medios audiovisuales y cassettes tanto para difundir mensajes, módulos educativos, como para hacer que las personas desarrollaran sus concepciones y luego las sometieran a discusión, ha sido un elemento muy efectivo para vencer inhibiciones y adquirir fluidas en la expresión de las ideas. Otro recurso muy apreciado es el teatro y la presencia de magos o personajes de este tipo que, de modo ingenioso, hacen énfasis en la educación y prevención. Un ejemplo dado en el taller lo ilustra: "por las características de las compañeras, las cuales apenas si logran obtener su primaria, es un tanto difícil desarrollar el trabajo educativo de modo formal, por lo que se trabaja en módulos a través de cassettes, por medio de los cuales las mujeres se ponen a hacer una redacción donde exponen todo lo que piensan, por ejemplo el tema del niño mal nutrido. En una reunión ellas mismas escuchan el cassette y después comentan la idea, así pierden el miedo y se logran desarrollar. A estas reuniones no asisten profesionales".

a. Asesoría para los grupos de base comunitaria:

Capacitación en el aprovechamiento de recursos, planificación de las acciones y normas de organización. Esta valiosa colaboración ha sido breve, discontinua, sin seguimiento, por falta de recursos económicos lo que conduce a la búsqueda de nuevos proyectos para encontrar financiamiento. Se plantean de continuidad a la asesoría, pero su incipiente desarrollo requiere de consolidación. Un breve extracto que refleja parcialmente las actividades de un Centro lo ilustra: "hemos coordinado con MUSADE y Radio Chorotega en plantas medicinales. En publicaciones hemos sacado varios folletos de estimulación temprana, etc. En el caso de la asesoría, le damos mucha importancia porque tiene que ver con la ayuda que se da a las comunidades para escribir proyectos".

Las acciones de apoyo que se orientan a grupos rurales de zonas muy alejadas de los centros de salud y que son generalmente los más pobres, requieren de mayor permanencia. La ausencia de una infraestructura (un comité de base campesina indígena, que asistió al taller, sólo podía comunicarse una vez al día por radio y a una hora determinada) hace que las bases de desarrollo para la organización sea extraordinariamente difícil, casos en los cuales la presencia del aparato estatal en salud no deja de considerarse. Las siguientes expresiones lo ejemplifican. "También hay un espacio muy grande, el de los Comités y de las Asociaciones en salud, ese espacio debe abarcarlo la Asociación pero hay limitaciones objetivas, económicas. La Asociación como tal no tiene funcionarios y se apoya en el trabajo paralelo con el Ministerio. Tenemos que ver donde separamos Ministerio y ver las propias áreas de intervención de la Asociación pero también empezamos a salir de un esquema en cierto modo paternalista sentarnos a negociar con el Ministerio de Salud, crep que hay un gran camino por recorrer, tenemos una gran base comunitaria".

b. Desarrollo de proyectos propios de las ONG en beneficio de comunidades prioritarias

Tales acciones ganan mayor estabilidad, por cuanto están técnica y políticamente conducidas por los profesionales. Estos poseen los conocimientos específicos del manejo administrativo tanto de las organizaciones comunitarias, los entes gubernamentales, agencias de cooperación internacional y el aparato político o religioso con el que corresponda relacionarse de acuerdo a sus estrategias. El caso de Radio Santa Clara (Ver anexo 5) muestra estas características: "La zona en que estamos

ubicados nos exigió a utilizar este medio que teníamos en nuestras manos, convencidos de que es una alternativa en todos los campos. La emisora duro tres años respondiendo a un motivo comercial, después el Director recibió un curso pastoral y vino con muchas inquietudes, aprende a planificar. Comenzamos a plantearnos un proyecto alternativo en comunicación, analizamos las emisoras comerciales, el evangelio y el modelo nuestro que es Jesús, nos inspira a llevar el micrófono a la gente para que sea la protagonista, a darle participación a los campesinos. Estamos compartiendo con otras emisoras de la red, hemos trabajado muy fuerte en planificación del personal. La gente con su participación ha ido asumiendo la radio como propia, es la fuente para ir capacitando el personal del futuro, campesinos, obreros. La cohesión interna, la relación con otros organismos internacionales nos va fortaleciendo".

Su relación con las bases comunitarias se orienta a la incorporación de éstas a las acciones y al fomento de las iniciativas y a la organización, procurando pasar de la conducción profesional a la asesoría. La limitante de este tipo de estrategia es que, aunque se procure eliminar la dependencia de profesionales, éstos son siempre imprescindibles para la mantención del programa. Los genuinos propósitos de entregar un real rango de decisiones e iniciativas a la participación comunitaria permiten que las bases ganen conciencia, autonomía y fuerza, para definir las acciones necesarias y establecer valiosos equipos de trabajo.

7. CONCLUSIONES

Como señalábamos al principio, en el caso costarricense es casi imposible deslindar el crecimiento y desarrollo de la participación comunitaria en salud, de la acción estatal.

El Estado tiene una presencia fuerte y determinante en la salud, a un punto en que los niveles y acciones en este campo se consideran producto y responsabilidad del Estado. Es el responsable de mantener altos los índices de salud, de organizar la cobertura geográfica de los programas, de brindar alimentación a los indigentes y de proteger y fortalecer al sector materno-infantil, entre otros.

Esta ha sido la modalidad de acción desde principios de siglo, sólidamente sustentada por una política social amplia y vigorosa especialmente a partir de 1950.

A diferencia de otros países de América Latina, en Costa Rica, el Estado ha tenido un papel que penetra toda la sociedad. Hasta ahora ha desarrollado la capacidad de dar más respuesta en el plano de las reivindicaciones dificultando el espacio para las organizaciones que plantean el cambio social. En los casos de que satisface las reivindicaciones, maneja con habilidad el conflicto reduciendo las tensiones sociales.

La tradición y valoración que se ha dado a las actividades comunitarias muestra la presencia de respuestas de la sociedad civil desde el siglo pasado. Además se aprecia igualmente las iniciativas del Estado para promover y orientar su participación en el desarrollo nacional. Si bien la vida de las organizaciones comunitarias no una continuidad vigorosa, tampoco sufre enfrentamientos frontales, sino que los conflictos se dirimen de modo sutil y pueden así desarticular sus acciones. Las comunidades son un semillero permanente de organización. Muchas veces se agota una forma organizativa, pero se desarrollan otras. Sólo recientemente la vivienda ha sido asumida como un problema por el Estado y por los grupos afectados.

La salud aún no ha sido socialmente problematizada. Más bien, los logros alcanzados prestigian los enfoques médicos, por lo cual las concepciones y prácticas de salud se orientan a procurar una atención individualizada, derivada de acciones institucionales o del sector privado. Es difícil, en las actuales condiciones, percibir la salud como una necesidad que debe preocupar de modo acuciante a las comunidades para actuar en los niveles primarios de

atención y prevención. Por esta razón, no existe en Costa Rica una presencia fuerte de las ONG en salud. Su desarrollo es realmente incipiente y su participación podría aumentar en la medida que el Estado no pudiera seguir satisfaciendo las demandas y necesidades de la población en este campo. Para ello es necesario que las Organizaciones No Gubernamentales existentes en Costa Rica consideren a la salud como un objetivo específico de sus acciones, y se fortalezcan a aquellas que ya se han definido prioritariamente para trabajar en el campo de la salud. Una activa reconceptualización de la salud que conduzca al reconocimiento de los indicadores menos visibles del riesgo, pero cruciales en garantizar la protección de la infancia, la gestación de las condiciones para un sano desarrollo y necesario bienestar permitirán a las comunidades proyectarse en acciones articuladas para sostener su consecución y generar respuestas propias con creatividad, autonomía y solidaridad social.

Las ONG pueden estimular, apoyar, y facilitar la permanencia de las iniciativas y responsabilidades de la organización comunitaria así como vincularse cooperativamente con los entes estatales para promover el avance de los procesos de democratización de la salud para los sectores más vulnerables y contribuir a defender los logros del Estado de Bienestar frente a la crisis. equipos de trabajo.

BIBLIOGRAFIA

Libros y Revistas

- ASOCIACION REGIONAL DE SALUD COMUNITARIA. El responsable de salud y las técnicas educativas de Participación Popular. San Ramón, Costa Rica. 1985.
- CONTRALORIA GENERAL DE LA REPUBLICA. Listado de Control de Presupuesto de las Instituciones del Sector Público. San José, Costa Rica. 1987.
- CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL. Indicadores de salud. Registro nacional de tumores. San José, Costa Rica.
- COLEGIO DE MEDICOS Y CIRUJANOS. Colegio de Médicos y Cirujanos la opinión pública. San José, Costa Rica. 1984.
- DIRECCION GENERAL DE ESTADISTICAS Y CENSOS. Censo Nacional de Población 1984. San José, Costa Rica.
- DE LA O, J. El crecimiento de la Administración Pública en el desarrollo: el caso de Costa Rica. Tesis de Maestría. IDELA. Universidad Nacional Autónoma. Heredia, Costa Rica. 1982.
- FIGUERES F., J. La pobreza de las naciones. Editorial Surco. San José, Costa Rica. 1974.
- JARAMILLO, J. Los problemas de la Salud en Costa Rica. Ministerio de Salud. 1984.
- La integración de los servicios de salud en Costa Rica. Ministerio de Salud. 1985.
- Características de organización de la atención médica en Costa Rica. Ministerio de Salud. 1985.
- LAING, R. Good health at low cost. Bellagio Conference Center. Bellagio, Italy. 1985.
- LOPEZ GOMEZ, A. Programa Nacional de Participación Comunitaria en Salud. Trabajo presentado en el Taller Participación Social y Comunitaria en Salud. Departamento de Trabajo Social. Ministerio de Salud. San José, 1989.

PROGRAMA HOSPITAL SIN PAREDES. "Nuestra historia sin paredes". San Ramón, Costa Rica. 1986.

ROSERD. L. "Determinantes de la fecundidad en Costa Rica". En: Notas de Población, No. 22. Latin American Demographic Center, San José, Costa Rica. 1983.

SETHA M., LOW. Culture Politics and Medicine in Costa Rica. 1985.

VALVERDE. J.M. Reseña Histórica de las Organizaciones y el Movimiento Comunal en Costa Rica. CEPAS, 1987.

Periódicos

LA NACION. 19 de octubre 1986.

MCHUGH, A. Los programas de Salud Rural y el impacto de las políticas de Ajuste Estructural en Costa Rica. Instituto de Investigaciones Sociales. Universidad de Costa Rica. 1989.

MIDEPLAN. Sistema de Indicadores Sociales. El Gasto Público en los sectores sociales. Documento de Trabajo No 9. San José. Costa Rica. 1985.

MINISTERIO DE SALUD. Memoria Anual. San José, Costa Rica. 1988

MORGAN, L. "Salud sin riqueza. El sistema de salud en Costa Rica bajo la crisis económica". En: Revista Centroamericana de Administración Pública. No 12. ICAP. San José, Costa Rica. Enero - Junio 1987.

PASCAP. Proyecto de Investigación sobre Participación Popular en Salud. 1987 (inédito)

PICADO G. Ximena. "La política social en la encrucijada" (inédito)

ANEXOS

ANEXO 1

LISTADO DE ORGANIZACIONES PRE-SELECCIONADAS

1. ORGANIZACIONES DE MUJERES

- Asociación de Mujeres de Acosta (AMA). San José
- Asociación femenina generaleña. San Isidro del General. San José.
- Asociación de Mujeres de Hatillo. San José
- Mujeres Unidas en Salud y Desarrollo (MUSADE). San Ramón, Alajuela.
- Asociación de Mujeres de Ciudad Quesada, San Carlos, Alajuela.
- Grupo de Mujeres de Cóbano, Paquera, Puntarenas.
- Asociación de Mujeres de Home Creek, Limón.
- Asociación de Mujeres limonenses. Limón.
- Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia (CEFEMINA). Heredia y Cartago.
- Asociación de Mujeres de Nicoya. Guanacaste.

2. ORGANIZACIONES CAMPESINAS

- Coordinadora campesina limonense. Limón
- Unión de pequeños productores del Atlántico. (UPAGRA). Limón.

3. EMISORAS DE RADIO CATOLICA

- Radio Santa Clara, San Carlos. Alajuela.
- Radio Chorotega. Guanacaste

4. ORGANISMOS QUE OFRECEN APOYO A ORGANIZACIONES DE BASE COMUNITARIA

- Asociación Costarricense para las Organizaciones de Desarrollo (ACORDE).
- Centro de Documentación y Capacitación para la Acción Social (CEDCAS).
- Asociación Integral de Refugiados (ASIAR).
- Fundación de Desarrollo Juvenil Comunitario (FUDEJUC).
- Centro de Estudios para la Acción Social (CEPAS).
- Asociación Caravanas de Buenas Voluntad.
- Asociación de Nuevos Alquinistas.

5. ORGANIZACIONES DE SALUD

- Proyecto Hospital sin Paredes, San Ramón, Alajuela
- Asociación Regional de Salud Comunitaria, San Ramón, Alajuela.
- Comité de Salud de Cieneguitá, Limón.
- Comités de Salud de Tayutic y Grano de Oro, Turrialba, Cartago.

6. ORGANIZACION DE JOVENES

- Movimiento Juvenil de Paso Ancho, San José

ANEXO 2

CUADRO SINOPTICO DE LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES QUE PARTICIPARON EN EL TALLER

GRUPO	HISTORIA	OBJETIVOS	ESTRUCTURA ORGANICA
<p>TAYUTIC DE TURRIALBA</p> <p>MARINO ALEGRIA</p> <p>Mensaje a través de radio cultural. Telf. 56-62-62 o platanillo. Telf. 56-17-20</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se inicia en 1987. - A iniciativa de la comunidad - Con apoyo del Ministerio de Salud. - Apoyo en capacitación de OEF. - Actualmente no tienen apoyo permanente gubernamental ni de instituciones permanentes 	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliar y remodelar el local del Puesto de Salud. - Mejorar los servicios médicos existentes. - Realizar campañas educativas sobre el medio ambiente. - Mejorar los servicios de agua - Promover la salud integral 	<ul style="list-style-type: none"> - Está integrada por una junta directiva de cinco miembros: Presidente, secretario, tesorero y vocales, elegidos por una asamblea general de la comunidad.
<p>DEFEMINA - SAN JOSE</p> <p>(PROYECTO SALUD VIVENCIAL)</p> <p>MARTA MARQUEZ</p> <p>Teléfono 53-55-81 24-46-20</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se inicia FENEMINA en 1974 como un proyecto de la organización COOPAN. - A iniciativa de un grupo de mujeres profesionales. - En 1987 se inicia el proyecto de salud vivencial. - A iniciativa de DEFEMINA y como resultado del "V" encuentro de mujer y salud. - Actualmente tienen apoyo de organismos no gubernamentales 	<ul style="list-style-type: none"> - Mejorar el bienestar global de las mujeres. - Proponer soluciones para eliminar la brecha social de la mujer. - Promover en las comunidades una actitud hacia la vida sana - Promover la organización en barrios. - Desarrollar actividades educativas en salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Jurídicamente es una asociación no gubernamental sin fines de lucro. - DEFEMINA tiene una junta directiva de cinco miembros. - El proyecto de salud vivencial tiene una junta directiva que la elige la comunidad.
<p>CEDCAS - SAN JOSE</p> <p>LILLIAN SOLT</p> <p>Teléfono 21-98-09</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se inicia en 1985. - A iniciativa de un grupo de profesionales de salud. - No contaban con apoyo gubernamental ni de organizaciones no gubernamentales. - Actualmente tienen apoyo de varias agencias no gubernamentales internacionales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Crear un Centro de Documentación al servicio de las comunidades y fomentar así la elaboración de materiales costarricenses, ajustados a nuestra realidad y necesidades - Dar capacitación continua que parta de las necesidades de los grupos, que promueva la reflexión crítica y que posibilite una acción ligada a los intereses de las propias comunidades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se constituye jurídicamente como una asociación sin fines de lucro. - Tiene una junta directiva de cinco miembros, que la elige una asamblea general donde participan todos los miembros de CEDCAS.
<p>RADIO SANTA CLARA</p> <p>SAN CARLOS</p> <p>MARCO TULIO ARAYA</p> <p>Teléfono 47-51-51 47-50-50</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se inicia en 1984. - A iniciativa de las autoridades de la iglesia como parte de una red de emisoras que fundaron. - Actualmente cuentan con el apoyo de la iglesia y de un club de amigos de la comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Consolidar una alternativa de comunicación. - Promover espacios radiales participativos a través de programas educativos en salud y religiosos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Se constituye jurídicamente como Radio Católica. - Tiene una estructura administrativa compuesta por un director nombrado por el Obispo, un director administrativo y un director de programación.

GRUPO	HISTORIA	OBJETIVOS	ESTRUCTURA ORGANICA
<p>HOSPITAL SIN PAREDES SAN RAMON</p> <p>ENID CRUZ</p> <p>Teléfono 45-53-10 45-58-72</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se inicia en 1981. - A iniciativa del Director del Hospital Valverde Vega de San Ramón. - Con el apoyo de la Junta de Protección Social y de la comunidad. - Actualmente como proyecto no existe. 	<ul style="list-style-type: none"> - Trabajar con una visión integral de la salud. - Lograr coordinación inter-institucional. - Lograr descentralización de los recursos. - Lograr el trabajo en equipo y con participación multidisciplinaria. - Desarrollar aspectos educativos. - Lograr la organización y participación comunitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Un director del Programa Hospital Sin Paredes y sub-directores por áreas de trabajo.
<p>ASOCIACION REGIONAL DE SALUD COMUNITARIA - SAN RAMON</p> <p>LUIS ALBERTO SOTO</p> <p>Teléfono 45-53-10 45-58-72</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se inicia en 1975. - A iniciativa del Programa de Salud Rural que apoyaba el Hospital Sin Paredes. - Actualmente sólo cuentan con el apoyo de la comunidad y del Programa de Salud Rural del Ministerio. - Apoyo financiero externo 	<ul style="list-style-type: none"> - Velar porque los pueblos tengan una real y activa participación en el mejoramiento de los índices de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Jurídicamente está constituida como una asociación. - Tiene una junta directiva de cinco miembros, que se elige en una asamblea de la comunidad.
<p>MUSADE - SAN RAMON</p> <p>ADITA RODRIGUEZ CARMEN SOTO</p> <p>Teléfono 45-53-10 45-58-72</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se inicia en 1984. - A iniciativa de la Asociación Regional de Salud Comunitaria. - Con apoyo del Ministerio de Salud y de la Asociación Regional. 	<ul style="list-style-type: none"> - Promover la unión y la organización de las mujeres. - Luchar contra todo tipo de agresión y violencia contra la mujer. - Lograr que la mujer se capacite en aspectos de salud para bienestar de ella y su familia. - Incorporar a la mujer a proyectos productivos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Jurídicamente está constituida en una asociación con una Junta Directiva de cinco varias comunidades. - Se elige en una asamblea de mujeres.
<p>GRANCO DE ORO - TURRIALBA</p> <p>LUCRECIA MORA-MA. ELENA AGUERO</p> <p>Mensajes a través de Radio Rumbo. Teléfono 56-62-62</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se inicia en 1988. - A iniciativa de la Asociación de Desarrollo Comunal. - Apoyo organizativo de OEF. - Actualmente no tiene ningún apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tratar de hacer llegar a la comunidad los servicios de Salud. - Organizar a la comunidad. - Realizar jornadas educativas - Promover la Salud integral. 	<ul style="list-style-type: none"> - Está integrado por una Junta Directiva elegida a través de una Asamblea de la Comunidad.

GRUPO	CARACTERISTICAS Y POBLACION	ACCIONES QUE REALIZA	ORIENTACION
<p>TAYUTIC DE TURRIALBA</p> <p>MARINO ALEBRIA</p> <p>Mensajes a través de radio cultural.</p> <p>Teléfono 56-62-62 o platanillo. Teléfono 56-17-20</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La población campesina de las localidades de Tayutic de escasos recursos económicos 	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar un diagnóstico de salud en las comunidades. - Elaboración de un plan de trabajo. - Educar a la comunidad en aspectos de salud. - Apoyar los servicios de salud que ofrece la C.C.S.S., colaborando en la organización de la consulta. 	
<p>CEFEMINA - SAN JOSE</p> <p>(PROYECTO SALUD VIVENCIAL)</p> <p>MARTA MARQUEZ</p> <p>Teléfono 53-55-81 24-46-20</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La población de los barrios de Guararí de Heredia, Corina Rodríguez de la provincia de Alajuela y Cocorí de la provincia de Cartago, constituida por obreros y amas de casa, familias de escasos recursos económicos. Estos barrios tienen una población aproximada de 14.500 personas más o menos 3.200 familias. 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacitar en cada barrio a personas que se conviertan en responsables de salud. - Capacitar a los comités de salud. - Darle consulta a las comunidades de Guararí, Cocorí, Corina Rodríguez a través de un consultorio ubicado en las comunidades donde llega un médico 	<p>- Feminista.</p>
<p>CEDCAS - SAN JOSE</p> <p>LILLIAN SOLT</p> <p>Teléfono 21-98-09</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Comunidades y grupos de sectores populares, urbanos y comunidades campesinas. - En la comunidad de Talamanca CEDCAS tiene una cobertura 6.914 habitantes, población campesina y obrera de escasos recursos económicos de la provincia de Limón. - Capacitación en Zona Sur, Delgado de Buenos Aires, la población campesina de escasos recursos económicos. 	<ul style="list-style-type: none"> - En el campo de la salud integral desarrollan un programa de atención primaria en Talamanca ofreciendo cursos de capacitación en el área materno e como promotores de salud. - Programa de psicología en estimulación temprana y publicación de documentos. - Asesoría a las comunidades en elaboración de proyectos. - Capacitación en plantas medicinales. 	
<p>RADIO SANTA CLARA - SAN CARLOS</p> <p>MARCO TULIO ARAVA</p> <p>Teléfono 47-51-51 47-50-50</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Tiene una cobertura de 3.370 kilómetros cuadrados, con una población de 75.576 habitantes en el Cantón de San Carlos, de la provincia de Alajuela, esta población está constituida por campesinos, obreros, amas de casa y profesionales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Participación comunal a través de la radio. - Programas educativos en salud a través de cassettes con temas relacionados con la salud - Programas religiosos. - Programas para los campesinos 	<p>- Religiosa.</p>

GRUPO	CARACTERISTICAS Y POBLACION	ACCIONES QUE REALIZA	ORIENTACION
<p>HOSPITAL SIN PAREDES SAN RAMON</p> <p>ENID CRUZ</p> <p>Teléfono 45-53-10 45-58-72</p>	<p>- La población campesina del Cantón de Acosta.</p>	<p>- Diagnóstico de las comunidades. - Capacitación - Comunicación popular.</p>	<p>- Promoción integral</p>
<p>ASOCIACION REGIONAL DE SALUD COMUNITARIA - SAN RAMON</p> <p>LUIS ALBERTO SOTO</p> <p>Teléfono 45-53-10 45-58-72</p>	<p>- La población de los cantones de Palmares, San Ramón - Alfaro Ruiz, Valverde Vega y Naranjo.</p>	<p>- Organizar a la comunidad y luchar por mejorar los Sistemas de Salud del Ministerio y de la D.C.S.S.</p>	
<p>MUSADE - SAN RAMON</p> <p>ADITA RODRIGUEZ CARMEN SOTO</p> <p>Teléfono 45-53-10 45-58-72</p>	<p>- 473 asociaciones de diferentes comunidades de San Ramón de escasos recursos económicos de la provincia de Alajuela, Palmares, Alfaro Ruiz Valverde Vega y Naranjo.</p>	<p>- Investigación. - Promoción y organización. Educación en salud a las mujeres y niños. - Atención directa a la mujer agredida.</p>	<p>- Feminista.</p>
<p>GRANO DE ORO - TURRIALBA</p> <p>LUCRECIA MDRA-MA. ELENA AGUERO</p> <p>Mensaje a través de Radio Rumbo. Teléfono 56-62-62</p>	<p>- Población campesina de escasos recursos económicos de la localidad de Grano de Oro</p> <p>- Actividades educativas.</p>	<p>- Construcción de un puesto de salud. - Organizar la visita del médico. - Actividades educativas.</p>	

GRUPO	OBSTACULOS	APOYO GUBERNAMENTAL	APOYO NO GUBERNAMENTAL
<p>TAYUTIC DE TURRIALBA MARINO ALEGRIA</p> <p>Mensajes a través de radio cultural.</p> <p>Teléfono 56-62-62 o plataniño. Teléfono 56-17-20</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La cobertura de los servicios de salud no es permanente. - Dificultad de acceso a las comunidades por malos caminos. - Deficiencia de servicios de agua, luz, vivienda. - Problemas económicos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Al inicio recibieron apoyo del Ministerio de Salud, asesorándolos en la organización. - Actualmente tienen apoyo de la C.C.S.S recibiendo atención médica esporádicamente. 	<p>El Comité al inicio contó con el apoyo de un organismo internacional OEF que los asesoraba en aspectos organizativos</p> <p>Actualmente no tienen apoyo de organizaciones no gubernamentales.</p>
<p>DEFEMINA - SAN JOSE (PROYECTO SALUD VIVENCIAL)</p> <p>MARTA MARQUEZ</p> <p>Teléfono 53-55-81 24-46-20</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Obstáculos económicos. - Dificultad de contar con los servicios del Sistema de Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - En ocasiones de manera informal de parte de la C.C.S.S. a través de medicamentos y exámenes de laboratorio. 	<p>Tuvieron financiamiento de la Asociación Demográfica Costarricense y de la Embajada de Holanda.</p> <p>Tienen apoyo de COOPAN en la parte organizativa.</p>
<p>CEDCAS - SAN JOSE</p> <p>LILLIAN SOLT</p> <p>Teléfono 21-98-09</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Económicos, tienen escaso financiamiento para desarrollar los proyectos. - Tienen dificultad para coordinar con las instituciones de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reciben un apoyo informal a través de la colaboración del personal de los puestos de Salud en las zonas donde desarrollan acciones, por ejemplo en Talamanca y la Zona Sur. 	<p>Cuentan con apoyo de Agencias no Gubernamentales de Norteamérica en el financiamiento de proyectos.</p> <p>tienen vínculos con ALFORJA, ALFALIT, CEPAS, Clínica Bíblica que los apoyan en la producción de materiales au-</p>
<p>RADIO SANTA CLARA - SAN CARLOS</p> <p>MARCO TULIO ARAYA</p> <p>Teléfono 47-51-51 47-50-50</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Económicos. - Ingerencia de la Iglesia en la toma de decisiones con respecto a la orientación de la radio, en ocasiones la obstaculiza. 	<ul style="list-style-type: none"> - No reciben apoyo gubernamental. 	<p>Inicialmente para la compra de equipo y para la instalación de la radio recibieron ayuda económica de Advenit (Institución de la Iglesia Católica Alemana).</p>

GRUPO	OBSTACULOS	APOYO GUBERNAMENTAL	APOYO NO GUBERNAMENTAL
<p>HOSPITAL SIN PAREDES SAN RAMON</p> <p>ENID CRUZ</p> <p>Teléfono 45-53-10 45-58-72</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Individualismo y rencillas interpersonales en las comunidades. 	<ul style="list-style-type: none"> - No cuentan con apoyo gubernamental. 	<p>Se financia con la colaboración directa de agencias extranjeras.</p>
<p>ASOCIACION REGIONAL DE SALUD COMUNITARIA - SAN RAMON</p> <p>LUIS ALBERTO SOTO</p> <p>Teléfono 45-53-10 45-58-72</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Económicos. - Las instituciones de Salud les obstaculiza el trabajo, no aceptando las peticiones que se hacen. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoyo económico y organizativo del Programa de Salud Rural del Ministerio de Salud. 	<p>Aporte de la comunidad.</p>
<p>MUSADE - SAN RAMON</p> <p>ADITA RODRIGUEZ CARMEN SOTO</p> <p>Teléfono 45-53-10 45-58-72</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Económicos. - Poca ayuda de otras organizaciones. - Falta de recurso humano profesional. - Falta de capacitación 	<ul style="list-style-type: none"> - Reciben apoyo del Ministerio de Salud, a través de los profesionales que les dan asesoría organizativa. 	<p>Reciben apoyo de ALFORJA en aspectos organizativos. Asociación Regional de Salud. Apoyo económico de la Embajada de Canadá para la compra de un vehículo y de equipo audiovisual.</p>
<p>GRANO DE ORO - TURRIALBA</p> <p>LUCRECIA MORA-MA. ELENA AGUERO</p> <p>Mensajes a través de Radio Rumbo. Teléfono 56-62-62</p>	<ul style="list-style-type: none"> - El médico realiza visita cada tres meses. - Malos caminos. - Falta de recursos económicos - Falta de capacitación 	<ul style="list-style-type: none"> - Reciben atención médica esporádicamente. 	<p>El Comité se inició con el apoyo de OEF, que les ayudó en aspectos organizativos.</p>

FUENTE: Elaborado por Licda. Ana Rodríguez, Licda. Dina Krauskopf y Msc. Xinia Picado.
Instituto de Investigaciones Sociales, Universidad de Costa Rica.

ANEXO 3

LA EXPERIENCIA EN SALUD COMUNITARIA EN SAN RAMON

INTRODUCCION

En el años 1955 se inaugura en San Ramón el Hospital Dr. Carlos Luis Valverde Vega patrocinado por el Junta de Protección Social, institución gubernamental. En ese mismo año cuando llegó como Director del Hospital Valverde Vega el Dr. Juan Guillermo Ortiz quien se empieza a gestar la idea del Proyecto Hospital sin Paredes.

En 1970 se consolida el Hospital Sin Paredes y nace como un proyecto específico del Hospital Valverde Vega. El Ministerio de Salud apoya el Proyecto Hospital sin Paredes a través del Programa de Salud Rural de San Ramón, a su vez este Programa promovió la creación de la Asociación Regional de Salud en 1975.

En el año 1985 cuando el Hospital Valverde Vega se integra al sistema de universalización de los servicios de salud de la Caja Costarricense de Seguro Social, este Hospital pasó a regirse por los mismo lineamientos de los demás hospitales del país, desaparece el Proyecto Hospital sin Paredes. No así la Asociación Regional de Salud comunitaria que continúa existiendo y mantiene vigentes sus postulados.

Esta Asociación en el año 1986 le da apoyo al desarrollo comunitario a través de la creación de la organización de Mujeres Unidas en Salud y Desarrollo (MUSADE).

Actualmente el Programa de Salud Rural del Ministerio de Salud, la Asociación Regional de Salud Comunitaria y MUSADE coordinan las acciones que desarrollan en el campo de la salud en los Cantones de Alfaro Ruiz, Valverde Vega, Naranjo, Palmares y San Ramón de la Provincia de Alajuela.

Objetivos del Hospital sin Paredes

1. Trabajar con un visión integral de la salud tomando en cuenta aspectos biológicos y psicosociales.
2. Lograr una coordinación interinstitucional de manera que se compartan la responsabilidad del cuidado y mejoramiento de la salud de la población.
3. Lograr una descentralización de recursos a través de medidas como el desplazamiento de especialistas a los diferentes puestos de salud del cantón.
4. Lograr el trabajo en equipo y con participación multidisciplinaria, donde se logre involucrar a la comunidad.
5. Desarrollar el aspecto educativo a través de: a) semanas educativas en salud con participación de la comunidad dirigidas a la población preescolar y alumnos de primer ciclo, segundo ciclo y a la población joven y adulta. b) jornadas y días educativos, desarrollando programas especialmente para localidades alejadas y de difícil acceso.
6. Realizar investigaciones operativas, analizando integralmente los problemas de salud de la comunidad.
7. Organización y participación comunitaria

Lograr la participación comunitaria en forma horizontal, es decir que la comunidad sea un sujeto de acción y no un objeto de trabajo. Se plantea que para lograr un verdadero cambio en el nivel de salud y desarrollo de cualquier comunidad, es necesario que ella participe real y efectivamente.

Es bajo este postulado que se funda en 1975 la Asociación Regional de Salud Comunitaria e iniciativa del Programa de Salud Rural del Ministerio de Salud.

Es la máxima representación de salud comunitaria del programa. Representa a las comunidades organizadas de salud de los cinco cantones. Su Junta Directiva es electa cada dos años. Es la única Asociación Regional de Salud existente en el país.

Esta Asociación recibe todos los años de parte de entidades privadas, por ejemplo del Principado de

Lechtenstein aportes económicos para apoyar actividades educativas.

Su principio fundamental es velar porque los pueblos tengan un real y activa participación en el mejoramiento de los índices de salud.

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

Limitaciones de la organización comunal

- La diferencia entre una medicina tradicional curativa y asistencial promovida por profesionales y personas (principalmente a niveles superiores) y la salud social preventiva, comunitaria e integral que quería desarrollar el Programa y las comunidades.
- La respuesta del Estado ante la crisis económica, disminuyendo los servicios y recursos que atienden las necesidades de los sectores populares.
- El rechazo de una parte del personal hospitalario a la labor en las comunidades.
- La organización y participación comunal no logra una real autonomía y desarrollo propio, lo que limita la toma de decisiones que superaran el paternalismo y liderazgo.

Mujeres Unidas en Salud y Desarrollo (MUSADE)

Mujeres unidas en salud y desarrollo, se constituyó en una Asamblea el 6 de diciembre de 1986, se establecen como "Organismo no Gubernamental", sin fines de lucro políticos o religiosos y que por su naturaleza será de tiempo indefinido.

Musade surge a partir del trabajo comunitario desarrollado por el Hospital Sin Paredes, donde ese estimuló el papel activo de la mujer en proyectos de desarrollo comunal.

Objetivos

1. Promover la unión y organización de las mujeres para superar su condición de discriminación y dependencia y alcanzar su plena participación en la sociedad.
2. Luchar contra todo tipo de agresión y violencia en contra de la dignidad de la mujer.
3. Promover la incorporación socio-productiva de la mujer.
4. Impulsar proyectos alternativo en las comunidades que les permita identificar sus problemas y posibles formas de resolverlos.

Areas de trabajo

Para un mayor aprovechamiento de los recursos y una planificación de las acciones, Musade ha organizado su trabajo por áreas.

a. Investigación

Sobre aspectos organizativos, características sociales de las mujeres y actualmente una sobre el problemas de agresión de la mujer en la zona.

b. Promoción y organización

Para crear más grupos de apoyo y fomentar la afiliación a la asociación, se realiza fundamentalmente con la formación de filiales y nombramientos de grupos para diferentes proyectos.

c. Educación

Rescata el saber popular para reinvertirlo en un proceso de reflexión sobre los problemas como actuar para superarlos, busca a través de la publicación de folletos y otro material educativo. Desarrollo de talleres, cursos y seminarios.

d. Capacitación y producción

Promover proyectos productivos para la participación de la mujer y diferentes cursos de capacitación para desarrollar destrezas y habilidades manuales de las mujeres.

e. Atención directa a

- mujeres por medio de un centro de atención integral a la mujer agredida.
- niños promoviendo programas de atención directa a niños menores de seis años (jardines infantiles, bajo la modalidad de "toda madre es maestra").

Metodología

Se utiliza una metodología participativa con la modalidad de aprender haciendo, para ejecutar las diferentes actividades. MUSADE tiene como línea central la promoción social, aunque desarrolla algunas acciones de sobrevivencia y salud.

Para ejecutar las diferentes actividades se nombran comisiones de trabajo en donde no solo participan las mujeres socias, sino también los hombres socios y otras personas que colaboran con la Asociación.

Estructura organizativa

- Junta Directiva Regional con representantes de cantones.
- Filiales en cada zona con su respectiva Junta Directiva.
- Equipo técnico asesor.
- Comisión interdisciplinaria para proyecto Mujer agredida.
- Se ampara en la personería jurídica de la Asociación Regional de Salud Comunitaria.

Financiamiento

- Apoyo de la Asociación Regional de Salud comunitaria.
- Donación de la Embajada de Canadá.

Funcionamiento

La participación de mujeres de diferentes cantones en la Asociación se logró a través de un proceso de promoción y motivación que realizaron los funcionarios del Ministerio de Salud a través del puesto de salud en cada comunidad.

Tienen representación de los cantones de San Ramón, Palmares, Valderde Vega y Alfaro Ruiz en la Junta directiva. Actualmente hay 12 filiales. Cada miembro de la Junta Directiva: Presidente, Secretaria, Tesorero, Vocales y Fiscales, está representando un cantón, tienen cuatro comités: Educación, Organización, Mujer Agredida y de Capacitación y Producción.

Apoyo instituciones

Dinadeco apoya dando cursos de organización y materiales educativos.

Embajada de Canadá, efectúa donaciones como apoyo para la compra de un vehículo y equipo audiovisual.

La enfermera del Ministerio de Salud colabora en los cursos de educación en salud.

La actividad de Musade en el Área Materno-infantil es un complemento muy importante a las actividades que realiza el Ministerio de Salud.

Coordinación otras organizaciones

- Asociación Regional de Salud Comunitaria.
- Asociación cantonales de salud.
- Comités de salud, nutrición y otros.
- Responsables de salud.
- Asociación de Desarrollo Comunal.

-Otras instituciones coordinan acciones Ministerio de Salud, Guardia Rural, Alcaldía, IMAS, Patronato Nacional, Municipalidades.

Limitaciones

Infraestructura, malos caminos, transporte inadecuado, población dispersa.

- Poca experiencia de las mujeres del área rural en organizaciones.
- Individualismo, paternalismo y apatía.
- Falta de sensibilidad institucional a la problemática de la mujer.

ANEXO 4

1. CARACTERIZACION DE LA ORGANIZACION

a. Breve reseña histórica

El Centro Feminista de Información y Acción (CEFEMINA) es una asociación sin fines de lucro fundada hace 10 años, por mujeres de diversas profesiones con el objetivo común de mejorar el bienestar de las mujeres. Si bien al comienzo de la organización tuvo gran importancia la teoría feminista, poco a poco nuestras acciones se han venido haciendo cada vez más concretas, y dejando de lado muchas veces lo teórico, nos hemos centrado en lo que para el conjunto de las mujeres es la vida y los problemas cotidianos.

b. Origen (el por qué de la organización)

CEFEMINA se originó a partir del conocimiento y convencimiento de sus fundadoras de la situación de desventaja en que se encuentra la mujer en muchos campos de la vida. Partiendo de esta base, hemos organizado esta instancia en que nos interesa trabajar para mejorar la situación de la mujer. SALUD VIVENCIAL es un concepto sobre salud y en especial sobre salud comunitaria, al que hemos podido dar vida concreta, en nuestro proyecto de salud en comunidades marginadas. Comenzó como un análisis teórico sobre salud con motivo del 5º Encuentro de Mujer y Salud que CEFEMINA organizó en 1987, y fue en esa circunstancia que nos dimos cuenta de que las cosas no tienen que seguir siendo como son, que a través de la organización comunitaria, es posible mejorar la salud de nuestros pueblos, sin necesariamente depender siempre, en forma completa, de los que el Estado nos da.

c. Problemática inicial

Las comunidades en las que CEFEMINA ha trabajado siempre, son barrios socialmente marginados del Área Metropolitana. Desde hace muchos años CEFEMINA se ha inquietado por saber cuáles son los problemas que las mujeres de estos barrios sienten como prioritarios. Al principio el gran problema era el de la vivienda. Esto, en gran medida ha estado resolviéndose gracias a la organización y lucha de esta gente, especialmente de las mujeres. Sin embargo, después del problema de la vivienda,

las mujeres sentían como inquietud fundamental la salud, especialmente la salud de los niños y el asunto de la planificación de la familia. El problema de vivienda lo engloba todo. Se trata de resolver el problema de la vida y no sólo de un techo donde dormir. Fundamentalmente para las mujeres, donde vivir, de crear mejores condiciones para una forma de relaciones humanas sanas.

d. Principales impulsores: líderes o sectores gubernamentales, profesionales no gubernamentales, comunitarios, iglesia, etc.

Los principales impulsores de las actividades y organizaciones de CEFEMINA y de SALUD VIVENCIAL hay un equipo de profesionales que se interesan por la problemática social y los líderes comunitarios, especialmente los de vivienda.

e. Clasificación de la organización: sobrevivencia o promoción social como línea principal de la organización

Nuestra línea principal es la promoción de una vida más sana y más satisfactoria y feliz. Pensamos que en nuestro medio, a diferencia de otros lugares del Tercer Mundo, el problema principal ya no es la supervivencia, sino la calidad de vida. No intentamos entonces salvar vidas humanas, sino ayudar a que éstas sean más felices y satisfactorias para todos. No nos quedamos con la teórica y utópica definición de que salud es el "total bienestar físico, mental y social", sino que queremos mostrar que es posible lograr mejoras concretas en la vida de todos, que a través de la organización y la solidaridad comunitaria, es posible vivir mejor y en forma más sana, al mismo tiempo que se evitan o previenen las enfermedades.

f. Estructura formal y legal

CEFEMINA es una asociación no gubernamental, independiente, sin fines de lucro y declarada de utilidad pública. Nuestra organización cuenta con alrededor de 10 profesionales de varias ramas trabajando a tiempo completo, muchas veces en forma gratuita, y un gran número de centenares de colaboradores y contactos voluntarios que se nos unen para trabajar en actividades específicas. SALUD VIVENCIAL es un proyecto iniciado hace un año, dirigido por el equipo central de CEFEMINA y por los comités de salud formados en cada comunidad.

g. Tipificación de los miembros (campesinos, obreros, etc.)

Los miembros del equipo central de CEFEMINA y de SALUD VIVENCIAL son profesionales y estudiantes de varias carreras y mujeres, generalmente amas de casa u operarias industriales de barrios marginados del área metropolitana. CEFEMINA está compuesta por hombres y mujeres de distintos sectores sociales, profesionales y ocupaciones: estudiantes universitarios, profesionales de varias ramas (sociología, psicología, medicina, enfermería, trabajo social, economía, antropología, etc), empleados públicos, amas de casa y sectores populares de menor nivel económico. Contamos con el apoyo ocasional de un gran número de mujeres y algunos hombres que si bien no están dedicados tiempo completo a nuestro trabajo, nos ayudan y apoyan cuando les solicitamos alguna acción específica.

h. Objetivos de la organización

El objetivo general de CEFEMINA es mejorar el bienestar global de las mujeres buscando soluciones integrales a los problemas de la vida cotidiana, proponiendo soluciones de consenso social que permitan a la familia, la comunidad, y al pueblo en su conjunto eliminar las brechas de desventaja social en que se encuentra la mujer permitiendo su plena incorporación al desarrollo del país, así como su participación igualitaria con relación al hombre en espacios de responsabilidad en todas las esferas de la vida social, económica y política. Buscamos lazos de solidaridad entre todos los seres humanos, ayudando a mejorar las relaciones dentro de la comunidad y fortaleciendo así los pilares de la democracia y de la idiosincracia nacional: pluralista, respetuosa, consensual y pacífica. El objetivo de SALUD VIVENCIAL es promover en las comunidades una actitud hacia la vida sana, a través de la educación, la organización de los barrios y el fomento de la solidaridad entre las personas.

i. Fuentes de financiamiento (interno - externo)

CEFEMINA se financia como puede en cada momento. Nuestra base financiera son nuestras propias campañas económicas que realizamos pidiendo contribuciones monetarias voluntarias o actividades económicas específicas, siempre que tengan éstas un objetivo consecuente con nuestros objetivos generales. Así, organizamos cine foros, festivales para niños, rifas, etc. El proyecto de SALUD VIVENCIAL ha recibido el apoyo de

Holanda, y hasta hace poco, también de la Asociación Demográfica Costarricense. Esta agencia nos donó también todo lo necesario para montar tres consultorios médicos en las comunidades. Ahora, no tenemos financiamiento de ningún tipo, y estamos trabajando solamente con voluntariado. Nuestros comités de salud están tratando de recoger fondos para seguir manteniéndonos, y CEFEMINA corre con los gastos más imprescindibles para mantener el proyecto.

j. Papel de la iglesia u organizaciones nacionales e internacionales en el proceso de consolidación de la organización. Relación y coordinación con otras instituciones o programas

Varias iglesias de Estados Unidos y Europa conocen nuestro trabajo y ofrecen su solidaridad para algunas actividades específicas de CEFEMINA, como por ejemplo, para la Revista Mujer que nosotras publicamos o el trabajo en pro de la lactancia materna. Algunas instituciones gubernamentales o estatales del país colaboran en ciertas actividades o campañas específicas. Por ejemplo, El Centro Nacional para el Desarrollo de la Mujer y la Familia ha colaborado con algunas de nuestras actividades. Con la Caja Costarricense del Seguro Social estamos en este momento tratando de hacer un convenio que permita que el Proyecto de Salud Vivencia siga adelante en forma más independiente pero en coordinación con la Caja Costarricense del Seguro Social.

2. CARACTERIZACION DEL CONTENIDO

a. Otras organizaciones existentes y actividades principales

CEFEMINA impulsó la creación del Sindicato de Mujeres, abriendo un nuevo espacio en nuestra sociedad donde las mujeres puedan acudir para aprenderse, educarse, discutir, solucionar conflictos, y hasta recrearse y divertirse ellas y sus hijos, tocando variados temas de salud y autoestima. CEFEMINA también promovió la creación del Comité Nacional por la No Violencia a la Mujer y en la Familia, con el objetivo de enfrentar el problema de la violencia doméstica a la mujer y al niño. En el campo de la salud, nuestros comités de salud han creado subgrupos, como por ejemplo, un grupo de apoyo a los hipertensos, un comité de lucha contra la basura, se está capacitando continuamente a comités de salud para hacer grupos de apoyo

a mujeres agredidas y otras actividades de campaña contra la violencia. También está en proceso la formación de grupos de adolescentes.

b. Demandas de las comunidades

Las principales demandas de las comunidades donde trabajamos han sido con relación a vivienda: la mayoría de las veces demandas para que las instituciones encargadas cumplan sus compromisos y en una forma informal, hemos hecho algunas peticiones a Ministerio de Salud y Caja Costarricense del Seguro Social. Sin haber llegado a acuerdos o convenios formales, se ha logrado algunos servicios de las clínicas y centros de salud, pero esto no tiene una base formal, sino que se hace casi "por favor".

3. ACCION QUE REALIZA

a. El trabajo de CEFEMINA está basado en las comunidades de barrios marginados:

CEFEMINA trata de atender cualquier problema que las mujeres en su conjunto sientan como importantes: vivienda, saneamiento ambiental, educación informal, escuela para los niños, problemas de agresión a mujeres y niños dentro y fuera del hogar, proyectos productivos, todo englobado en el concepto de Salud y Vivencial. En salud tenemos dos formas de acción:

i. Los consultorios médicos comunitarios, donde el médico atiende los problemas típicos de medicina general (niños, control prenatal, planificación familiar, enfermedades más frecuentes) pero intentando un acercamiento más humanitario y de respeto al paciente, aprendiendo de éste, informando y dando el tiempo necesario, fomentando la autoestima.

ii. Los comités de salud en cada barrio, donde se capacitan en salud a los promotores, capacitación alrededor del problema de la violencia en el hogar, se atacan situaciones concretas como el problema de la contaminación del agua, la recolección de la basura, el alcoholismo y la drogadicción, la delincuencia juvenil, la organización de cursos, cursos de preparación al parto, etc.

b. Breve descripción del trabajo realizado

El primer paso fue llamar a la formación de comité de salud en cada barrio. Después, en una forma más o menos expedita, montamos un consultorio médico. Se da consulta médica dos veces por semana en cada lugar, durante las tardes. Se comenzó en junio de 1988 en Corina Rodríguez y La Guápil, en Alajuelita, seguimos en Cocorí, de Cartago, luego comenzamos con Guararí, en Heredia, y estamos comenzando a formar comités de salud en la urbanización El Pró, de San Ramón y Gregorio José Ramírez, de Alajuela. El trabajo más importante que hemos realizado ha sido el de capacitación en salud de los comités ya que este proyecto no tiene intenciones de tener al médico como eje, sino la educación para la salud de las comunidades y sus dirigentes. Nos reunimos semanalmente para organizar actividades específicas y en esa misma reunión se hace una actividad de capacitación, que puede ser charla, discusión en grupo, película, o simplemente hacer dinámicas de grupo. Hemos organizado, jornadas de toma de talla y peso de los niños, festivales de la salud y la expresión, jornadas para aprender y divertirse con la familia en Guararí (actividad organizada por el proyecto de ludotecas de CEFEMINA, con la cual colaboramos) y otras más.

c. Número y características de las personas que se benefician:

En total, alrededor de 3.200 familias, o sea, alrededor de 14.500 personas están siendo beneficiadas directa o indirectamente por el proyecto de Salud Vivencial. Todo el trabajo de salud lo hacemos en comunidades pobres de personas organizadas alrededor de la lucha por vivienda y en la construcción de nuevas comunidades. Todas son familias pobres muchos vienen de tugurios pero gracias a su organización y a su lucha conjunta hoy gozan de vivienda propia y de un alto nivel de esperanza que da la mutua ayuda.

d. Acciones realizadas en el área materno infantil

El consultorio médico que ofrece servicio de control prenatal, planificación familiar (se dan los métodos de planificación en forma gratuita después de dar la información que permita tomar una decisión a la mujer), toma de citologías, control del niño sano, en fin, consulta de medicina general. Fuera del consultorio, hemos hecho varias campañas y jornadas entre ellas de toda de Papanicolaous, jornadas de toma de pesc de niños, etc. A

las madres de los niños que se encontró con desnutrición o con sobrepeso, se les ha organizado para que enfrenten el problema. Esto fue una actividad importante, por varias razones: pudimos evaluar el estado nutricional de los niños de Cocori, los promotores de salud aprendieron a usar la balanza, y a dar los consejos a las madres de niños malnutridos, y se puso en control médico a estos niños. En fin, estas jornadas aumentaron mucho la popularidad del proyecto de salud. El eje más importante desde hace muchos años, aun antes de que tomara cuerpo el Programa Salud Vivencial, ha sido el fomento de la lactancia materna y la lucha contra el biberón.

e. Métodos de trabajo

Los comités de salud son formados por vecinos del barrio, y dirigidos en conjunto por personal de CEFEMINA y líderes comunales. El comité se reúne semanalmente para organizar actividades y para recibir capacitación. Hasta hace poco, la capacitación era dada por el médico y por la enfermera (que vive en una de estas comunidades), pero hace poco tiempo decidimos que todas las personas que trabajan en CEFEMINA pudieran prepararse para ofrecer esta capacitación. Esto contribuye a una visión mucho menos médica de la salud y ofrece variedad en los temas. La meta de la capacitación de promotores es dar la oportunidad de que las comunidades sepan que la mayoría de las veces, ellos mismos, sin tener que depender de un profesional de la salud, pueden resolver los problemas de salud más frecuentes. Sólo se necesita algo de educación sobre los aspectos más comunes de las enfermedades y prevención, y una gran dosis de confianza en sí mismo, en nuestras capacidades y sabiduría.

f. Limitaciones encontradas: acceso, comunicación, financiamiento

Financiamiento: no es urgente.

Trabas institucionales: Ministerio de Salud, Caja Costarricense de Seguro Social. Debemos trabajar con mandos bajos para no tener obstáculos burocráticos, aunque en altas esferas hemos encontrado mucha simpatía.

g. Logros

Podríamos resumir los logros obtenidos en:

- Formación de comités de salud en cinco comunidades
- Capacitación de promotores en cada comité de salud
- Montaje de tres consultorios médicos
- Mejoría de las condiciones en general en la Corina, Guapil, Cocorí, Guararí
- Elaboración de diagnóstico de salud de nuestras comunidades con Asociación Demográfica.

ANEXO 5

RADIO SANTA CLARA

La Radio se inicia en 1983 a iniciativa de la jerarquía de la Iglesia Católica con la idea de ampliar la red de emisoras católicas existente y a la vez tratar de crear una emisora que compitiera con las nicaraguenses, que por su economía con ese país, la población de San Carlos se estaba viendo afectada "ideológicamente".

Ya desde el inicio se puede palpar la correspondencia que empieza a generar el Proyecto Radio Santa Clara. El director Presbítero Marco Antonio Solís, empieza a detectar el impacto de la nueva emisora en las comunidades que visita. En las misas que celebra, invita a escuchar la emisora católica, pide la opinión con respecto a la programación, ofrece la radio a grupos organizados que necesitan comunicarse y solicita ayuda económica para el mantenimiento de la radio.

Este medio radiofónico empieza a acercarse a la comunidad y a generar confianza y un sentimiento de pertenencia.

Por otra parte, un grupo de campesinos organizados de la zona analizaron el crecimiento echo por el director de la radio en el sentido de aprovechar el medio para comunicarse, de tal forma realizaron el primer programa llamado Abriendo Surco. Así la radiorevista campesina poco a poco se fue consolidando en la audiencia, en el grupo y en otros grupos.

Esta experiencia participativa, este proceso, genera otras experiencias como la capacitación asumida por el grupo para capacitar a otros campesinos que se convierte en colaboradores del programa.

Así han realizado talleres cuya planificación, ejecución y evolución han estado a cargo del grupo que se ha ido formando y capacitando en la práctica.

Nuevos proyectos se abren como la realización de otro espacio en el que se dan a conocer las canciones grabadas, entrevistas, noticias que promocionan sus valores, también se mira como un reto realizar un programa especial dedicado a la mujer cuya producción esté a cargo de mujeres que deseen expresar su propia palabra.

En los primeros 3 años de funcionamiento de la radio se puede decir que se trabajaba "al día", sin mayor proyección, planificación y evaluación. Varias circunstancias provocan esa situación: poco personal, exceso de funciones, alto costo de operación, novedad del proyecto. En estos primeros años se da la imagen de una emisora católica diferente. Se rompe el esquema tradicional en el sentido de que para algunos la programación debía ser de música sacra y los programas de predicación; así en la programación inicial se mezcla la música popular con programas religiosos y pequeños mensajes cristianos.

Otro aspecto importante de señalar es que desde el inicio se seleccionó a personal joven, que no tenía experiencia en el medio pero que se empieza a formar en la práctica. Esta característica le fue dando originalidad a la experiencia.

Algunos programas empiezan a desarrollar experiencias participativas convirtiéndose en pioneros, sin embargo, el proyecto general de la radio aún es indefinido falta claridad y coherencia.

A partir de 1987 se inicia un proceso de reflexión y análisis de lo que se había hecho hasta ese momento, de lo que se estaba haciendo y del futuro de la radio. De este planteamiento y de las reflexiones surge el programa de comunicación, participación y comunión que viene a fundamentar doctrinalmente las acciones. Es el marco teórico que sustentará las acciones futuras y explica parte de los éxitos logrados hasta ese momento aunque fuera sin planificar.

1. OBJETIVOS

Consolidar una alternativa de comunicación al servicio de la evangelización por medio de espacios participativos.

Promover espacios radiales participativos a través de programas educativos, de salud, religiosos, noticiosos, deportivos.

2. ACCIONES QUE REALIZA

a. Programas

- Mundo de Colores

Siguiendo el principio de participación que impulsa la emisora, se abrió un espacio especial para niños. Este programa es semanal y se realiza con la participación de doce niños que realizan secciones de: canciones, cuentos, adivinanzas, trabalenguas, chistes, concursos, etc.

- Abriendo el Surco

Lo realizan los campesinos,

b. Educativos

- Prendiendo fuego

Dedicado a la comunidad estudiantil que se prepara para ir a las escuelas y colegios.

- Rutas para el desarrollo

Busca transferir tecnología y conocimiento a los campesinos.

c. Salud

- Consultorio de Psicología

Orientaciones prácticas en el campo de la salud mental.

- El doctor de su familia

Consejos prácticos en el campo de la salud física.

- El alcoholismo es una enfermedad

Testimonios y consejos para evitar el alcoholismo.

También la radio ha editado 3 cassettes denominados "Un niño es un niño" los cuales llevan el siguiente encabezado: Sus alimentos preferidos son el amor, la comprensión y el cariño.

3. PROYECCIONES

La radio busca acentuar la participación de los agentes por medio de programas de:

- Radioteatro

A cargo de estudiantes y profesores del Colegio Nocturno de Ciudad Quesada. Se analizan temas sociales, familiares y religiosos.

- Opinión

Programa abierto a los agentes para que traten temas y situaciones que se viven en la región.

- Revista de la mujer

Dedicado a las amas de casa con participación de mujeres especializadas en diversos campos.

- Festivales culturales

Transmitidos desde las comunidades

4. ESTRUCTURA FORMAL Y LEGAL

Está constituida jurídicamente como una Radio Católica. Tiene una estructura administrativa compuesta por un Director Administrativo y un Director de Programación.

5. TIPIFICACION DE LOS MIEMBROS

Los miembros de la radio están compuestos por sacerdotes y dos técnicos. Este equipo lo han amañado con la participación de campesinos y jóvenes de la zona que se han ido capacitando para desarrollar programas.

6. TIPO DE ORGANIZACION

Es una organización que promueve la participación comunitaria a través de la comunicación. La radio tiene como cobertura la Región Huetar Norte, pero la principal audiencia es la del cantón de San Carlos con una población de 75.576 habitantes y una extensión de 3.370 Km2.

7. FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Para iniciar el proyecto de la radio se contó con el financiamiento de Advenit (Institución de la Iglesia Católica Alemana de Solidaridad con el Tercer Mundo). También cuenta con apoyo económico de la comunidad a través de un Club de Amigos que tiene 12.000 socios que brindan un aporte mensual de \$140 cada uno.

Otro medio de financiamiento es la publicidad.

```
#####  
#  
#  
# Impreso en el Taller del #  
#  
# INSTITUTO DE INVESTIGACIONES SOCIALES #  
#  
# Responsable: Jorge Oconitrillo #  
#  
#  
#####
```



