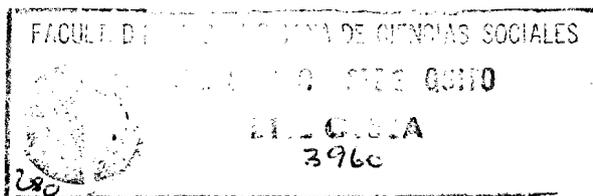


2(972.8)
R165
c.2

CENTROAMERICA: indicadores socioeconómicos para el desarrollo

R. Ramalinga Iyer – Gonzalo Ramírez
Carlos Raabe – Guillermo Molina Chocano
Sergio Reuben – Et Al

Edición: Francisco Rojas Aravena



ediciones
FLACSO

San José, Costa Rica, 1983.

Primera Edición:
Ediciones FLACSO
Agosto de 1983

© Ediciones FLACSO

Este libro es editado por la Secretaría General de la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, FLACSO. Las opiniones que en los artículos se presentan, así como los análisis e interpretaciones que en ellos se contienen, son de responsabilidad exclusiva de sus autores y no reflejan necesariamente los puntos de vista de la Facultad.

301:018.2
C-397c

Centroamérica: indicadores socioeconómicos para el desarrollo. -- R. Ramalinga Iyer y otros. -- Ediciones FLACSO (a cargo de Francisco Rojas Aravena). -- San José, C. R. : FLACSO, 1983.

328 p. 21 cm.

ISBN 9977-68-000-0

1. América Central - Aspectos sociales. 2. Ciencias sociales - Estadística. 3. Ciencias sociales - metodología. I. Título.



Impreso en Costa Rica
en los Talleres Gráficos de la Editorial EUNED
Reservados todos los derechos
Prohibida la reproducción total o parcial
Hecho el depósito de ley

1414

1096

CONTENIDO

<i>PREÁMBULO</i>	7
<i>PRESENTACIÓN</i>	
DANIEL CAMACHO	11
Indicadores Socioeconómicos: Qué medir, Para qué Medir, Para quién Medir	
GONZALO RAMÍREZ	17
Resumen de las Actividades de la UNESCO en Materia de Indicadores Sociales	
R. RAMALINGA IYER	27
El problema Metodológico en la Elaboración de Indicadores en Ciencias Sociales	
JORGE CISNEROS	43
Principales Dominios del Acontecer Social en el Subdesarrollo y sus Indicadores	
SERGIO REUBEN SOTO	53
Indicadores Sociales	
DIEGO PALMA	77
Notas sobre la Evolución del Desarrollo Social del Istmo Centroamericano hasta 1980	
CEPAL. Comisión Económica Para América Latina	93

Construcción, Usos y Posibilidades de Redefinición de Indicadores Sociales en Centroamérica VINICIO GONZÁLEZ	127
Consideraciones Generales Acerca de los Indicadores Económicos y Sociales HUGO MOLINA	151
Notas Teórico- Metodológicas Acerca de la Medición de los Componentes de las Políticas Sociales. GUILLERMO MOLINA CHOCANO	175
Notas sobre Estadísticas e Indicadores Sociales: Referencia al Caso de Costa Rica JORGE E. BARBOZA - CARLOS RAABE	199
Indicadores Socioeconómicos en la Revolución Popular Sandinista HANS GUTIÉRREZ	225
Indicadores Socioeconómicos en el Estudio de las Estrategias de Desarrollo: la Agroindustria y el Campesinado. TERESA QUIROZ MARTIN - CARMEN LEÓN NUÑEZ - JEMMY VALVERDE ROJAS . . .	257
Recuperación crítica de Indicadores Socioeconómicos: La Experiencia del Programa de Salud Comunitaria "Hospital sin Paredes" JAIME SERRA - CARLOS BRENES	269
Informe Final del Seminario "Uso y Diseño de Indicadores Socioeconómicos en Centroamérica" (FLACSO / UNESCO) GONZALO RAMÍREZ - SERGIO REUBEN SOTO	315

RECUPERACION CRITICA
DE INDICADORES
SOCIOECONOMICOS :
LA EXPERIENCIA
DEL PROGRAMA
DE SALUD COMUNITARIA
"HOSPITAL SIN PAREDES"

Jaime Serra
Carlos Brenes

**“CUANDO EN UN TIEMPO NO LEJANO,
SE RECUPEREN LOS PROTAGONISTAS,
CONCRETOS DEL ‘HOSPITAL SIN PAREDES’ ,
APARECERA EN PRIMER LUGAR JUAN
PUEBLO, QUE CONSTRUYO CON SUS MANOS
LOS PUESTOS DE SALUD, Y JUNTO A EL
JUAN GUILLERMO, TAMBIEN PUEBLO,
QUE LE AYUDO A LEVANTARLOS”.**

1. PROPOSITO

El propósito de esta ponencia, es efectuar un recuento y recuperación crítica, de una práctica médica que durante años se viene desarrollando en los cantones de San Ramón, Palmares, Alfaro Ruíz y Naranjo ubicados en la provincia de Alajuela, Costa Rica.

Quisieramos poder, partiendo de esta experiencia, derivar todos aquellos elementos, que contribuyan a determinar, qué medir, para qué medir y para quién medir.

Reconocemos que no seremos neutros en este último punto, sino que lo haremos desde la perspectiva de los sectores populares para cuyo beneficio y legítimos intereses, deben acumularse los conocimientos transformadores, que faciliten el imprescindible cambio de las injustas estructuras actuales.

No por inexplicable casualidad, esta ponencia será presentada formalmente por un médico y un sociólogo, los que están expresando el momento presente, de un programa de Salud, en su búsqueda consecuente de relacionar lo social con lo biológico.

Pero en estricta verdad, lo señalado aquí, es el fruto colectivo, de un equipo de salud interdisciplinario de lo que este ha aprendido en el diario contacto con su pueblo.

2. ACLARACIONES CONCEPTUALES

2.1 INDICADORES ECONOMICOS Y SOCIALES

Dado que la ponencia que presentamos a ustedes se inscribe en el marco de un seminario sobre indicadores económicos y sociales, y sobre todo desde la perspectiva de los sectores populares, de las clases subalternas, consideramos obligado hacer algunas formulaciones preliminares, algunas preconcepciones acerca de la categoría "indicador económico-social". Esperamos que el presente encuentro nos enriquezca, nutra y forme científicamente en cuanto a este instrumento científico particular. Decimos con honestidad que aunque hemos estado envueltos en un mar de indicadores, nuestra reflexión sistemática y ordenada apenas empieza; más aun, la apropiación de lo esencial estamos muy lejos de alcanzarla. Tómese pues estas notas y el conjunto de la ponencia como una aproximación que sirva de contribución y materia prima para un trabajo en beneficio de los sectores populares.

1. El indicador presupone ser expresión, manifestación, al nivel de la apariencia, de procesos esenciales que ocurren en la realidad. Su expresión y la manifestación pueden darse como sedimentos, como huellas o como síntomas. Supone entonces en el caso del tema de nuestro seminario hablar de procesos socioeconómicos cuya dinámica, tendencias y contradicciones, queremos dilucidar valiéndonos precisamente de sus expresiones aparentes. Obsérvese que hablamos de sus expresiones aparentes, de manera que esto implica conjuntos articulados de expresiones que forman una totalidad. El campo del proceso de salud enfermedad es rico en este sentido. El desarrollo de la medicina viene acompañado del desarrollo teórico-instrumental de cuadros patológicos que se manifiestan por conjuntos de signos y síntomas que dados en determinada forma, orden, momento y lugar, indican-sugieren la presencia, ocurrencia y desarrollo de un proceso anormal. Por ejemplo, la aparición y aumento progresivo del color amarillo en la piel del recién nacido, supone la ocurrencia de la acumulación de un pigmento llamado Bilirrubina.

El aumento progresivo e intenso en la primera semana de vida, su magnitud anormal, constituye una hiperbilirrubinemia cuyos efectos en el futuro del niño podrían llevarlo a lesiones graves a nivel del sistema nervioso central. Ahora bien, aunque la coloración amarilla y la hiperbilirrubinemia indican la ocurrencia del proceso, no necesariamente nos indican la causalidad o factores que la determinan o provocan.

2. Podemos identificar algunos componentes básicos de los procesos que supondrían expresiones y manifestaciones a nivel de la apariencia: El movimiento del proceso, las fuerzas que los impulsan y retienen, el peso de las distintas fuerzas, las huellas del proceso, (daños neurológicos en ejemplo del

punto 1) las variaciones del fenómeno (intensidad del color amarillo en ejemplo del punto 1), “reflejos” del fenómeno en otras áreas del conjunto a que pertenece. (Anemia, Edema, compromiso general,...).

Aunque lo anterior aparece muy claro, y se ubica especialmente en lo biológico, queda por resolver si sus manifestaciones son tan nítidas en el área social. Pero el hecho del cual no dudamos, es que a pesar de su aparente menor concreción, lo social tendrá también su expresión, la cual es necesario identificar, descodificar. Sabemos también que su rostro tiende a ocultarse, disfrazarse, mostrarse de manera desigual, pero que este hecho implica la presencia de fuerzas que actúan en esa dirección, pero no la ausencia de un proceso social con expresión biológica.

3. Consideramos que la expresión de los procesos a nivel de la apariencia tiende a ser agrupada, agregada o desagregada con una intencionalidad determinada, ya sea por el registro parcial de conjuntos de manifestaciones o bien, por la agregación a niveles excesivamente amplios, ambas formas de expresión son parte de la utilización y uso que se les quiere dar por quienes realizan esa tarea. Véase por ejemplo la tasa de mortalidad infantil que presenta una agregación para el conjunto de una x región o espacio geográfico, no nos permite vislumbrar la contribución diferencial por sectores o clases sociales en la ocurrencia del fenómeno. No menospreciamos el valor a nivel general, pero se vuelve necesario completarlo, con lo particular a fin de tener la unidad entre lo general y particular.

Otro ejemplo de este proceso del manejo de indicadores en el área de la salud en cuanto al movimientos de agregar desagregar podríamos extractarlo de un estudio realizado en el cantón de Palmares sobre hepatitis denominado “Rol de los factores sociales como posibles determinantes de la condición y tipo de portador del virus de hepatitis B” (16).

En este estudio se ha querido valorar el peso que estos factores sociales podrían eventualmente jugar como determinantes del estado y tipo de portador, en un análisis en que las unidades de estudio, son la familia y el grupo social, y no los individuos aislados.

Al atenerse exclusivamente a los valores promedios encontrados en el 100 % de los portadores y sus familias del cantón de Palmares, que se comparan con los de un grupo control, constituido por un cercano 100 % de las familias no portadoras de la misma zona, se podría concluir que el factor social no es determinante de la condición de portador, porque estos tienen en conjunto un mejor nivel de vida que el grupo control, expresado por múltiples parámetros socioeconómicos.

Pero semejante afirmación, parte de una falacia, que es suponer artificialmente que la población de portadores es homogénea, y que no existen sub-grupos, dentro de ella, que participan cuanti y cualitativamente en forma diferente para dar ese promedio final.

Porque si en base a la experiencia serológica e histopatológica acumulada, se divide a los portadores en activos e inactivos, las conclusiones son diametralmente opuestas, comprobándose, que el 100 % de los portadores activos pertenecen a un grupo social de bajo nivel socioeconómico, formado por jornaleros, asalariados, cesantes en un casi 30 %; con alto analfabetismo, bajo nivel escolar, con escasos bienes materiales y deplorables condiciones higiénicas y de vivienda, que viven en un 50 % en un tugurio ubicado en el distrito central del cantón estudiado.

Al estudiar sus ingresos económicos y gastos en alimentación se constata que las familias con portadores activos tenían en 1979 un ingreso familiar de 1602 colones (299 percapita) versus 4035 colones en las familias con portadores inactivos (874 percapita). El gasto semanal en alimentación, consumo calórico y proteico mostraba igual abrupto comportamiento diferencial.

Estos datos estadísticos sugieren que el ser portador probablemente no dependa obligatoriamente de la pertenencia a un grupo o clase social, pues en este estudio hay portadores en un porcentaje significativo, en los grupos que tienen acceso a la tierra, o que poseen alta calificación.

Pero a su vez que se adquiere la condición de portador, el camino que se sigue, el tipo o destino de éste, sí que está marcado por una clara ubicación social.

Pero lo importante no es decir vagamente que la "pobreza" decide el destino de los que ya son portadores, y este estudio para este fin es solo una primera aproximación, o establecer correlaciones estadísticas entre variables que operarían mecánicamente y aisladamente unas de otras, sino definir qué factores críticos, concretos y específicos de su modo de vida, en relación a sus particulares e históricas condiciones, dentro de una totalidad social interrelacionada, son las que determinan este mayor riesgo y peor destino.

Porque, concordando con Cristina Laurell (3), las condiciones socioeconómicas no siempre son agentes "en sí" directos de daño en salud, sino que se combinan en complejas y dinámicas interrelaciones para conformar la estructura que desencadena y transforma los fenómenos biológicos.

Las conclusiones anteriores, nacidas de una desagregación social de una supuesta homogeneidad irreal, tiene una dramática consecuencia vital, que se va a expresar en los sectores populares en una alta frecuencia de cáncer hepático, una vez que han adquirido la condición de portador, mientras en los sectores no populares, el ser portador no pasará en la mayoría de los casos, de una amable y cariñosa convivencia con el virus de la hepatitis B.

4. El punto de partida para la definición de indicadores, ha de ser el problema dentro del proceso que esta desarrollando y donde éste adquiere sentido. Será necesario entonces precisar, identificar los distintos problemas y de ahí derivar y seleccionar indicadores.

Este aspecto a considerar es extremadamente delicado. Supone el ligamen entre los fenómenos en sí y los fenómenos para nosotros. Veamos:

Para nuestro campesinado el color amarillo de los niños en los primeros días de vida del recién nacido en un hecho absolutamente natural y normal, en lo cual tienen razón, ya que este proceso ocurre en una alta frecuencia de recién nacidos normales constituyendo el cuadro denominado: ictericia fisiológica.

Pero el aumento de la magnitud, y las consecuencias de la hiperbilirrubinemia en caso que pase de 20 mg ⁰/₀, no es indicador para ellos de peligro de daño neurológico. Aunque paradójicamente, hallan experimentado en la vida de sus hijos las consecuencias de este daño (hasta de muerte) asociándolo y encontrándole una explicación mística o religiosa, como “el no haber bautizado el niño” y su bautizo como terapia derivada posiblemente de la correlación en el tiempo entre el número de niños bautizados y la rápida pérdida del color amarillento (que sabemos es parte del proceso normal y coincide con la fecha de bautizo y el esperado descenso de la curva de bilirrubina).

Vale decir, los indicadores tendrán un componente subjetivo, ideológico o científico, que producirá un nivel de conciencia y conocimiento en quienes se enfrentan a distintas situaciones y a la práctica de la vida cotidiana, lo que les permitirá la correcta o incorrecta valoración, y por consiguiente su acción de movilización en el enfrentamiento de la situación. Estas alternativas permiten pues el salto de fenómeno en sí en fenómeno para nosotros; con su mayor nivel de conciencia y potencialidad política.

5. Cabe advertir nuevamente, el riesgo o probabilidad de ocultamiento, de disfrazamiento de los procesos, incluso, la tendencia a adquirir “vida propia” “independiente”, hasta convertirse en una pseudoconcreción al decir de Kosik (6). Incluso el área de salud ha sido prolífera en aportar “eficientes” respuestas y soluciones a nivel de la apariencia, de los síntomas, de los indicadores. Son muchos los tratamientos y medicamentos que actúan directamente sobre los síntomas, teniendo como consecuencia el ocultamiento de sus manifestaciones, pero no del proceso en sí. Incluso en algunos tipos de patologías ocurren procesos que no se expresan aparentalmente a lo largo de toda su vida o hasta que sea muy tarde, necesitando de instrumental y tecnología muy especial para lograr develarlos. Por ejemplo el ser portador activo de hepatitis B, podría conducir a una cirrosis y cáncer hepático, y tener consecuencias graves en terceras personas (transmisión de la infección). La pregunta que surgiría, es ¿cómo cerciorarse que la desaparición de un conjunto de indicadores realmente expresa la desaparición del fenómeno? (En el caso de la hepatitis, después de un ataque agudo con notorios síntomas, se puede pasar silenciosamente a la condición de portador activo, el que habitualmente no mostrará huellas visibles de daño solo hasta muchos años después).

6. Finalmente, por el reconocimiento que los indicadores son parte de una unidad entre apariencia y esencia, es que cada indicador supone su correspon-

diente categoría, y la unidad de lo universal con lo particular. Asimismo, la expresión de tendencias y contradicciones. De manera que a nivel del proceso salud-enfermedad se expresarán, se manifestarán procesos sociales, con las tendencias y contradicciones correspondientes a una determinada formación económica y social. Vale decir, la alta mortalidad infantil por enfermedades infectocontagiosas expresa un momento determinado del carácter y desarrollo de una formación social regional o nacional.

Sería quizás oportuno preguntarnos entonces, si la opción por los sectores populares, el ubicarse desde la perspectiva e intereses populares, como parte del reconocimiento científico de la lucha de clases, implica una opción transformadora, en que habrá que relacionar lo táctico y lo estratégico, para facilitar la construcción conciente de la historia hacia el futuro. Por esto los indicadores no pueden dejarse a "la libre", hay que estar atentos a lo que vaya ocurriendo (?) no gracias al efecto de una mano invisible, sino producto de leyes objetivas identificables, susceptibles de ser transformadas. No es sólo tomar nota de la realidad determinada, sino ese algo más que implica al hombre conciente transformándose. El criterio de la acción concreta en una dirección popular de donde derivar indicadores, no es sólo lo posible entonces, lo cual implica conciencia y organización, educación y politización, tecnología para la transformación, saber y ciencia, para la transformación creadora del hombre.

El problema de los indicadores se amplía en la perspectiva de no sólo ver el pasado y presente, sino también de ver el futuro, de identificar aquellas manifestaciones y expresiones que nos evidencian que el proceso realmente camina a favor de los intereses populares, lo que nos obliga a pertrecharnos del conocimiento necesario, para fortalecer y mantener las fuerzas y factores positivos, y para combatir y transformar las fuerzas y factores negativos.

2.2 PROCESO DE SALUD-ENFERMEDAD

Dado que nuestra ponencia sobre diseño y utilización de indicadores socio-económicos parte del campo de la salud, queremos brevemente caracterizar el proceso de salud-enfermedad sintetizando al respecto el pensamiento de Ana Cristina Laurell (3) (4) (22).

- 1-) Salud-enfermedad son dos momentos de un mismo fenómeno (Unidad dialéctica).
- 2-) Es un fenómeno colectivo con expresión concreta individual.
- 3-) Muestra un comportamiento diferencial por países, regiones, clases sociales; por lo tanto tiene un carácter histórico.
- 4-) Tiene un componente biológico, al que se llega por efecto directo, de lo social o por "eslabones intermedios".

- 5-) Posee una dimensión ideológica (se necesita una interpretación del fenómeno, lo que depende de valores socialmente determinados).
- 6-) Salud-enfermedad tienen una causalidad social. Es parte dinámica de una formación económica-social, por lo tanto, no se entiende al margen de la sociedad, ni del proceso histórico general.
- 7-) Salud-enfermedad dependen de cómo el hombre se apropia de la naturaleza y la transforma, lo que se relaciona con el grado de desarrollo de las fuerzas productivas y de las relaciones de producción y cambio, los que a su vez se originan en el modo de producción, que se expresará por condiciones de vida y trabajo diferentes, de acuerdo a la clase social a que se pertenezca.
- 8-) Salud-enfermedad, saber médico y práctica médica se interrelacionan entre sí y son partes inseparables de una totalidad social.
- 9-) El saber médico es el cuerpo de conocimientos, ideas y creencias que se tienen en un momento histórico dado, respecto a los fenómenos de salud enfermedad. Es la forma del pensamiento social que se ocupa de entender y proponer soluciones al problema que representa la salud enfermedad, dentro de un contexto social determinado. Este saber puede ser tanto científico como lego o popular.
- 10-) La práctica médica es la forma social en la cual se organiza la respuesta a la enfermedad.

2.3 *LOS SECTORES POPULARES EN LA REGION DE SAN RAMON-PALMARES-NARANJO Y ALFARO RUIZ*

El conjunto de la ponencia obliga a hacer un esfuerzo por caracterizar los sectores populares por lo que hemos considerado necesario precisar conceptualmente la abstracción “sectores populares” y concretizarlos para el caso de la región de donde derivaremos nuestras propuestas.

La categoría sector popular:

Conceptualizamos como “sectores populares” aquellos sectores sociales que en la dinámica económico social y política, se ubican en un polo de la relación de explotación y dominación como explotados y dominados, frente a los sectores sociales que se ubican en el polo opuesto de dicha relación como explotadores y dominadores.

“Estos sectores estarían formados por:

- a-- aquella parte de la población que vende su fuerza de trabajo como forma de obtener su subsistencia y reproducción, con independencia del uso que se le dé a esta fuerza de trabajo (sea productivo o improductivo) y;

- b— por todas aquellas personas que sin vender su fuerza de trabajo, realizan un trabajo en el cual no explotan trabajadores extrafamiliares y cuyo producto apenas cubre las necesidades de subsistencia y reproducción de la fuerza de trabajo involucrada”. (9)

Además “estos sectores no sólo son la mayoría de la población, sino que tienen los peores ingresos y padecen las muchas manifestaciones de la pobreza, a pesar de que producen la riqueza de la sociedad que unos pocos disfrutan, siendo además permanentemente mantenidos al margen de la participación política y/o manipulados y dominados” (9).

2.4 LA DIALECTICA SECTORES POPULARES EN SI / SECTORES POPULARES PARA SI

En el proceso contradictorio en que se hace distinguible los sectores populares (sectores populares en sí) que no tienen conciencia de sus características y actúan inconcientemente o manipulados en función de los explotadores/dominadores, y los sectores populares, y/o porciones de ellos, que actúan concientemente en función de sus intereses, con plena conciencia de sus características, situación y sus causas. De manera que su praxis salta de ser sectores en sí a sectores para sí. La salud ocupacional puede mostrar ejemplos de actuación en función de los patronos, (inseguridad industrial con desgaste de la fuerza de trabajo), versus actuación en función de sus intereses (lucha por una mejor alimentación que permita alargar la esperanza de vida de los trabajadores). En esta dialéctica juegan un papel determinante los mecanismos de dominación que operan en la formación económica y social, en la cual es altamente significativa la probabilidad del manejo y uso de las acciones en salud, (la práctica en salud) como mecanismo de dominación. He aquí otra de las razones de la pertinencia de nuestra ponencia en el presente seminario.

Los sectores populares concretos en la región:

Con base en la conceptualización anterior podríamos identificar hipotéticamente como sectores populares en la región de San Ramón, Palmares, Naranjo y Alfaro Ruíz los siguientes:

- a— Los pequeños productores de café, caña y granos básicos.
- b— Los obreros agrícolas.
- c— Los cogedores de café y braseros de la caña.
- d— Los obreros de fábricas y manufacturas (textiles y alimentos)
- e— Los trabajadores del sector público y comercio.
- f— Los pequeños comerciantes.
- g— Los trabajadores de la región que laboran fuera de ella.
- h— Los pequeños intermediarios comerciales del campo.
- i— Los desocupados, subempleados y desempleados.*

* Este sector es particularmente significativo en la coyuntura presente, cada día son más los grupos en esta situación.

La organización, participación y articulación de los sectores populares:

A lo largo de nuestra ponencia cobra especial importancia el concepto de organización y articulación al modelo dominante. Los sectores populares a lo largo del proceso histórico han creado o han hecho surgir espontáneamente alternativas y marcos de organización, de agrupamiento para el alcance de determinadas metas principalmente de infraestructura física, donde son clásicos ejemplos la organización de carácter religioso en torno a la edificación del templo y más recientemente en torno a algunos servicios comunitarios, como la escuela, centro de nutrición, centro de salud, salón comunal; su objetivo y proyecto nace, crece, se desarrolla y muere en la infraestructura, lo cual no niega la posibilidad de que potencialmente contengan el germen de objetivos que trasciendan la infraestructura, pero hasta ahora son contadas las ocasiones de intento de ir más allá, y prácticamente nulos su desarrollo y crecimiento. También aparecen alternativas y marcos de organización inducidos, controlados y manipulados desde los programas estatales siendo el caso típico las Asociaciones de Desarrollo Comunal. De manera particular en la experiencia que analizaremos surgen los comités de salud, fundamentalmente en el área rural pero que se adscriben a las directrices, tareas y acciones que el programa define en los niveles más altos donde su concurso es limitado, complementario y hasta "decorativo". A este fenómeno es el que hemos llamado articulación a un modelo que en la práctica corresponde al modelo de dominación, es funcionalmente congruente con las intencionalidades básicas de mayor cobertura y eficiencia de las acciones de salud (la atención primaria en salud, en algunos países capitalistas forma parte de su política, ya que es funcional al sistema).

Lo anterior no descarta el surgimiento de alternativas de organización propia de los sectores populares que se debaten entre la independencia y dependencia, o articulación al modelo de dominación tal es el caso de las cooperativas y en algunos casos de sindicatos que terminan las más de las veces también articulados al modelo de dominación.

En síntesis, organizaciones cuya composición es de carácter popular, su dirección formal en manos o protagonizada por miembros de los sectores populares, pero que sus cabezas o niveles de dirección política y de toma de decisiones globales, corresponden funcional e ideológicamente a los sectores dominantes y explotadores.

2.5 LA INVESTIGACION / ACCION

Nuestra ponencia apela de manera especial a la investigación/acción, concepto con el que se conoce en América Latina el desarrollo de una experiencia metodológica de producción de conocimiento al servicio del movimiento popular*. Dado

* Vease por ejemplo: *Causa Popular-Ciencia Popular*. Bonilla-Castillo-Fals Borda-Libreros, Edit. La Rosca, 1972. o *Crítica y Política en la Ciencia Sociales* (simposio mundial de Cartagena) Edit. Punta de Lanza. 1978.

que el problema de los indicadores económico-sociales al servicio de los intereses populares se inscriben dentro del marco de la ciencia popular, o sea del desarrollo científico que respalda la propia acción de las masas populares, y “que la investigación social y la acción política con las masas populares, pueden sintetizarse e influirse mutuamente para aumentar tanto el nivel de eficacia de la acción como el entendimiento de la realidad” * hemos considerado pertinente recoger sus principales propuestas y rescatarlas a la luz de nuestro propósito general. Consideramos que el desarrollo y puesta en práctica, contribuiría de manera significativa a dar un salto de calidad en el alcance de los objetivos del presente seminario.

De manera breve y sintética recogeremos algunas de sus principales tesis y recuperaremos algunos elementos en función de nuestra ponencia.

- a— Hasta ahora la ciencia ha jugado un papel significativo en la producción y reproducción de la dinámica del poder.
- b— No basta conocer, es preciso transformar.
- c— Conocimiento y transformación al servicio del movimiento popular.
- d— Valorar el aporte de los grupos populares en cuanto a información e interpretación así como el derecho al uso de los datos.
- e— La metodología y el investigador no son casos separados.
- f— Metodología inseparable de los grupos sociales con que se trabaja.
- g— Comenzar en el nivel real de conciencia política de las gentes.
- h— Ir a las comunidades a aprender de sus realidades “su malicia”.
- i— No generar dependencia, ni producir un colonialismo intelectual.
- j— Saltar del método del consenso al método de la contradicción.
- k— Interacción entre la práctica diaria y la reflexión, formándose en las técnicas de observación científica y en la práctica social y política.
- l— Ajustar las herramientas a las necesidades de los sectores populares, y no a las de los investigadores.
- m— La validación de los efectos del trabajo investigativo sólo puede hacerse de manera definitiva mediante el criterio de la acción concreta.
- n— La inserción en el proceso social que permita captar información fidedigna que contribuya al proceso de cambio social.
- o— Investigador consecuente, sujeto y objeto de su propia investigación y experimentador directo del efecto de sus trabajos, acercarse y distanciarse, acción y reflexión, saber y hacer, práctica y conocer, practicar otra vez y conocer de nuevo en infinitos ciclos.
- p— Tener conciencia de para quién se actúa.
- q— La praxis como acción política para cambiar estructuralmente la sociedad.
- r— Papel significativo de las organizaciones de base en la obtención y utilización del conocimiento y en la ejecución de la praxis.

* Fals Borda, Orlando. *Por la praxis. El Problema de como investigar la realidad para transformarla*, en *Crítica y Política en las Ciencias Sociales*. op. cit.

- s-- Papel significativo de la sabiduría popular, el sentido común y la cultura del pueblo para obtener y crear conocimiento científico. No seguir subyugados a los intelectuales, incorporar sus cuadros más avanzados a las tareas de investigación y análisis.
- t-- Armar ideológicamente e intelectualmente a los sectores populares para que asuman concientemente su papel como actores de la historia.
- u-- Devolver sistemáticamente a los sectores populares información no exclusivamente periodística o educacional formal, sino conocimiento científico que les cree conciencia de clase revolucionaria y disuelva la alienación que les impide entender la realidad y articular su lucha y defensa colectiva.
- v-- Saltar de la realidad objetiva como cosas en sí, fenómenos en sí, a cosas para sí, fenómenos para nosotros. El conocimiento entonces como la transformación de las cosas en sí, en cosas para nosotros.
- w-- La recuperación crítica de la historia, que permita detectar la historia de las luchas, los mecanismos y formas de dominación.

El conjunto de esas tesis nos permite entresacar dos planteamientos centrales, a) que los indicadores económicos-sociales en función de los intereses populares son parte inseparable de una metodología de investigación acción de los sectores populares, y b) que no se puede por lo tanto tener validez científica de qué medir, para qué medir y para quiénes medir sin el concurso sistemático de los sectores populares.

Reconocemos también que hasta ahora existen sectores cuyos esfuerzos investigativos están y han estado centrados alrededor de la construcción y mantenimiento de una estructura social y económica de dominación explotación, articulados entonces a los problemas y necesidades de los grupos dominantes, sus aliados y sus mecanismos e instrumentos de dominación.

En ese sentido el proceso de salud/enfermedad se constituye en una "porción" de la realidad, que como tal expresa la contradicción y estructura económico social subyacente, y que por lo tanto requiere ser conocida, ser investigada para determinar cómo afecta tanto a los sectores dominantes como a los sectores dominados.

Investigar y transformar los procesos, fenómenos y hechos del proceso de salud enfermedad que afectan los mecanismos de dominación y explotación se vuelve políticamente imperativo, especialmente por los sectores dominados. Es prescindible investigar los procesos de reproducción de la fuerza de trabajo, su desgaste, y la dinámica demográfica. Su reto es conservar, mantener versus "transformar" los procesos que se le oponen. A mayor conocimiento científico de las leyes que rigen dicha contradicción mayor probabilidad de actuar e incidir, o de mantener. Esta última alternativa es a nuestro juicio la característica central del desarrollo científico dominante y su consecuente formación "científica".

Ahora bien imponer ese desarrollo científico, ese desarrollo investigativo como "el" desarrollo de "la" ciencia, a las clases dominadas, lograr la hegemonía al decir de Gramsci, (8), es parte del proceso de dominación, haciendo creer que es para el beneficio del conjunto de la sociedad.

Frente a esto, se impone entonces investigar y transformar los procesos, fenómenos y hechos del proceso de salud/enfermedad que afectan el proceso de explotación y dominación, lo que es imperativo para los sectores dominados.

Nuestro reto será entonces transformar los procesos que mantienen y conservan esa dominación, mantener y desarrollar los que se le oponen. A mayor conocimiento mayor efectividad transformadora, de manera que podamos romper la hegemonía de la ciencia dominante.

No se trata entonces de un sujeto investigador (trabajador del sector salud) que estudia un objeto investigado (enfermo o población expuesta a x riesgo), sino que se trata que esta población expuesta a x riesgo, población en sí se convierte en población para sí y enfrente orgánicamente el riesgo, donde los sectores populares recobrarían su papel de protagonistas principales y concientes de hombres haciendo su historia.

Se trata entonces de crear y poseer conocimiento en salud en la propia acción de los responsables de salud, de los comités de salud, de las organizaciones populares. Se recobra el papel significativo de las organizaciones populares en salud, se recupera el papel de la medicina popular.

De esta manera poder disolver la alienación que les impide entender su realidad en salud como parte de su realidad social y articular su defensa en torno a la lucha por la salud colectiva.

En esa perspectiva es que vislumbramos objetivamente como una contribución significativa para los sectores populares la posibilidad de la realización de una experiencia de investigación/acción en salud, de manera que con ellos y por ellos, en el contexto concreto de su acción, sus metas y sus luchas, se defina qué medir, para qué y para quién.

La experiencia que analizamos muestra algunas posibilidades de respuesta, pero más que todo, el riquísimo potencial de un aporte significativo a un proyecto popular, si se desarrolla y se enriquece con una experiencia de investigación acción.

Después de estas aclaraciones conceptuales pasaremos a caracterizar la región en que se desarrolla la experiencia de salud comunitaria "Hospital sin paredes".

3.— CARACTERISTICAS GENERALES DE LA REGION DE SAN RAMON, PALMARES, NARANJO Y ALFARO RUIZ

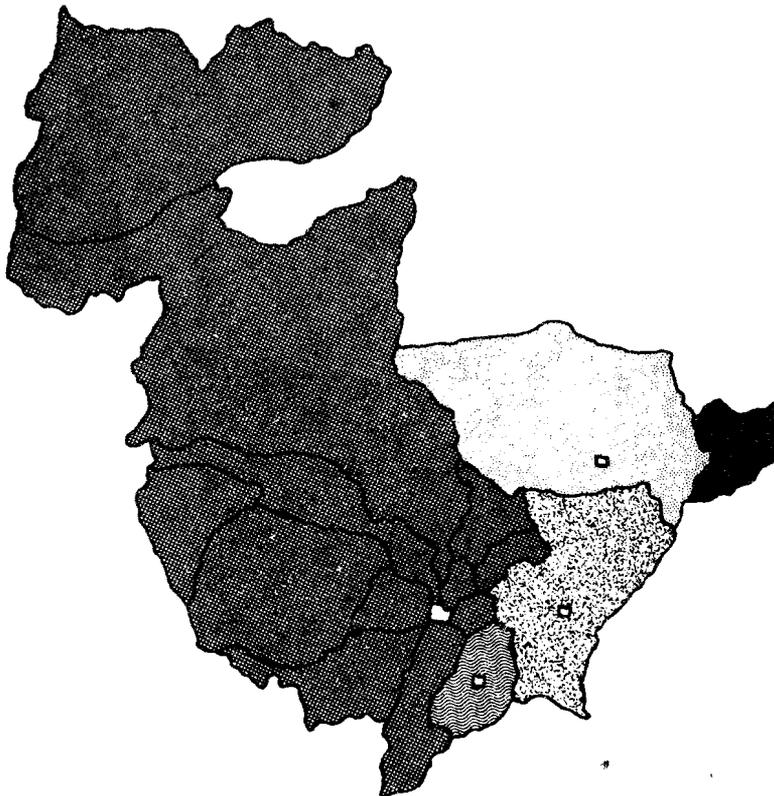
La región abarca cuatro cantones de la provincia de Alajuela, San Ramón, Palmares, Naranjo y Alfaro Ruíz. Además el distrito de Toro Amarillo del cantón de Valverde Vega.

En su conjunto tiene una superficie de 1351 km², lo que en enero de 1982 daba para sus 89.000 habitantes una densidad promedio de 66 personas por km².

Compartivamente incluye un 2.6% del territorio nacional y el 4% de su población total. Pertenece a la región central de planificación de OFIPLAN y a la región Huetar Norte de las áreas programáticas del Ministerio de Salud.

GRAFICO 1

COBERTURA DEL PROGRAMA DE SALUD EN LA COMUNIDAD "HOSPITAL SIN PAREDES"



Cantón		Población No.	Superficie Km	Densidad Hbts/Km ²
San Ramón		38917	981	39,7
Palmares		16737	38	440,4
Alf. Ruíz		7306	156	46,8
Naranjo		23088	126	183,2
T. Amarillo		411	50	8,2
TOTAL		86457	1351	64,0

DATOS AL 1 DE ENERO DE 1981.

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA REGION: ALGUNOS INDICADORES

CANTONES Y REGION				
	SAN RAMON	PALMARES	NARANJO	ALFARO RUIZ
INDICADORES				
°/o seg. rurales	76	79	74	84
Densidad	43	322	154	49
P.E.A.	44	41	43	47
°/o PEA Sector I	56	49	59	65
°/o PEA Ocup. Cuenta propia	24	17	18	26
°/o PEA. Ocup. Trab. sin remuner.	13	9	9	14
°/o PEA. Ocup. Trab. remuner.	59	67	68	56
DESEMPLEO	7	11	11	5
SUBEMPLEO	5	6	5	5
Jornales por Ha al año (estimado)	25	89	72	10
tamaño x de las fincas. Ha.	23	6	11	25
°/o área en fincas > 500 Ha.	17	14	21	6
°/o No. Total Fincas en fincas < 5 Ha.	52	78	70	49
Uso de la tierra área total en fincas LABRANZA °/o	5	6	6	5
Uso de la tierra área total en fincas Cultivos Permanent.	10	47	37	1.
Uso de la Tierra área total en fincas PASTOS °/o	53	33	43	83
°/o total del área en producción	44	98	97	90
°/o del total de fincas en café	8	54	40	0.2
°/o del total de fincas en Caña	4	0	3	0
°/o del total de fincas en maíz arroz y frijol	5	7	3	2
SALDO MIGRATORIO	-6	-9	-7	-6
NIVEL EDUCATIVO	85	100	75	69

Este cuadro fue elaborado con base al documento de OFIPLAN "La dimensión de la pobreza" de Febrero 1981, para efectos de la ponencia sobre indicadores socioeconómicos a presentar en el Seminario presente.

La región tiene un crecimiento anual de 1.8^o/o, producto del aumento vegetativo y del saldo migratorio negativo.

El nivel educativo de los cantones es considerado por OFIPLAN como bastante alto entre los cantones rurales estudiados en "el mapeo de la pobreza".

La estructura etaria está distribuida aproximadamente de la siguiente manera: 53^o/o a menores de 19 años, 43^o/o de 20 a 64 y 4^o/o mayores de 65 años.

Todos los cantones son significativamente rurales, en los 4 cantones el porcentaje de segmentos rurales es más del 70^o/o

Debido a que la agregación de datos puede ocultar diferencias significativas dentro de la misma región hemos considerado importante elaborar un cuadro que muestre un conjunto de indicadores para cada uno de los cuatro cantones.

Véase cuadro en página anterior (N. del E.)

NIVEL DE SALUD

El nivel de salud de la zona del programa ha mostrado significativos logros en los últimos años.

El cantón que mejor expresa los avances obtenidos, es el de San Ramón, que fue el primero en incorporarse al Programa de Salud en la Comunidad.

Si comparamos su nivel de salud, medidos por indicadores de mortalidad, veremos que respecto a Costa Rica su nivel en el trienio 1970-1971-1972 era similar o levemente mejor, pero los avances posteriores han sido más prococes y de mayor magnitud, como lo demuestra el cuadro siguiente;

**Tasas de Mortalidad para Costa Rica y en el Cantón de San Ramón
Trienios 70-71-72- y 78-79-80.**

TASAS DE	1970-71-72		1978-79-80	
	San Ramón	Costa Rica	San Ramón	Costa Rica
Mortalidad 1er Semana			7.5	10.0
Mortalidad 1er Mes	23.8	24.36	9.6	12.3
Mortalidad infantil	54.0	57.5	14.7	21.2
Tanto por ciento 1er Mes Muertes 1er Año.	44.0	42.4	65.1	57.9
Mortalidad 1-4 Años	2.98	4.75	0.57	1.07
Tanto por ciento Muertes menores de 5 Años	35.4	38.7	12.65	19.1
Tanto por ciento Muertes Mayores de 50 Años.	48.4	43.3	66.7	59.8
Mortalidad General	5.0	6.05	3.56	4.1

Analizando este nivel de salud la mortalidad infantil vemos que en el caso de San Ramón, la mortalidad infantil ha descendido en un 73 por ciento desde el trienio 1970-71-72 al Trienio 1978-79-80. Para igual tiempo el país en su conjunto ha tenido un descenso del 63 por ciento.

Persiste en la mortalidad infantil, el desplazamiento de los decesos al grupo neonatal y especialmente a los menores de una semana. El antecedente de ser de bajo peso de nacimiento está presente en más del 80 por ciento de estos fallecimientos.

La clase social que concentra estas muertes infantiles son los campesinos pobres y grupos marginados de las ciudades, como lo demuestra el estudio de Auditoría de Fallecimientos de menores de un año, con Enfoque Integral, que se realiza desde 1976 en San Ramón, al 100 por ciento de los decesos institucionales y domiciliarios, que comprueba que estas muertes corresponden en un 90 por ciento a hijos de familias sin acceso a la tierra, y otros medios de producción, peones con alto número de migraciones, baja escolaridad, altas tasas de hijos Recién Nacidos de bajo peso.

En general, se comprueba en la gran mayoría de estas muertes, que el destino de estos niños está determinado por la pertenencia a una clase social, que es la que produce el contexto social que define sus oportunidades de vida y desarrollo, y que los indicadores negativos encontrados no operan aisladamente sino son expresión de una totalidad social que habrá que profundizar.

Por esto, es necesario conocer la distribución por lo menos urbano rural de la mortalidad infantil, pues los promedios ocultan en quienes se presentan los problemas de salud.

En nuestra zona a diferencia de lo que ocurre en gran parte del país, la realidad es la siguiente:

Mortalidad Infantil según procedencia Urbano Rural Cantón de San Ramón Trianos 70-71-72 y 78-79-80.

Procedencia	Nac.	1978-79-80 Def.	Tasa tanto por ciento
Urbano	1009	19	18.8
Rural	1921	24	12.5
Total	2930	43	14.7

De acuerdo a este cuadro, un niño campesino de San Ramón tendría más posibilidades de vivir que un niño de la ciudad, aunque sabemos que muchas de estas muertes ocurridas a nivel urbano son expresión de los problemas del campo trasladados a la ciudad (migración urbano rural con alta mortalidad en familias campesinas que viven en tugurios).

Las principales causas de muerte de los menores de un año del cantón de San Ramón en el último trienio analizado fue el siguiente:

Causas de Muerte de los Menores de un Año de San Ramón Trianio 1978-79-80.

Causa de Muerte	Número	Porcentaje
Inmaduridad Anorexia Perinatal	19	44.2
Malformaciones congénitas	11	25.6
Neumonía-Bronconeumonía	9	20.9
Septicemia	3	7.0
Cirrosis hepática hipertensión	1	2.3
Portal.		
Total	43	100.0

Destaca el alto porcentaje de muertes de menores de un año por inmadurez y anorexia perinatal y de malformaciones congénitas, causa esta última que ocupa un segundo lugar, mientras en el país lo está como tercera causa proporcional.

No hay muertes por gastroenteritis (segunda causa en Costa Rica), pero todavía se presentan fallecimientos por Neumonía, Bronconeumonía y septicemia, muertes seguramente evitables en un alto porcentaje.

En resumen, el nivel de salud medido por la tasa de mortalidad infantil, y por otras tasas, ha mejorado significativamente aunque persiste una brecha importante entre las diferentes posibilidades de enfermar y morir, según la clase social a que se pertenezca.

En la etapa actual, superados los problemas primarios de enfermedad, las tasas de mortalidad a nivel global no son discriminativas, para medir la presente situación ni los hipotéticos nuevos avances, aunque desagregadas por sectores o clases sociales son de gran significado científico y social.

Siendo tarea actual y futura para el Programa de Salud el uso simultáneo de indicadores positivos de salud (Mejoraría en el crecimiento y desarrollo, rendimiento escolar, etc), pero más que estos la necesidad de investigaciones continuas permanentes y operativas, que alimentándose de la realidad, y producidas no sólo por un Equipo Técnico, sino por los propios afectados determine el mecanismo como los factores sociales, se encadenan e interactúan, para producir finalmente alteraciones biológicas cuya expresión visible se ha mostrado con los indicadores aquí señalados.

Se hace perentorio entonces producir estudios que proporcionen un contexto más amplio de análisis, que superando los tradicionales enfoques Biologistas sobre factores o variables, aisladas, inserte al individuo en su modo de vida y en el proceso social de la producción pues son éstos, los que finalmente explican las diversas patologías que afectan a las diferentes clases y grupos sociales (28)

CARACTERISTICAS GENERALES DEL PROGRAMA:

El Programa de Salud en la Comunidad "Hospital sin Paredes", depende del Ministerio de Salud y de la Junta de Protección Social, pero funcionalmente constituye una región de salud, lo que le ha dado una relativa autonomía de trabajo.

El sistema de atención médica local, está constituido por diferentes niveles, que guardan relaciones de coordinación e interdependencia, permitiendo el flujo de pacientes de los de menor a los de mayor complejidad (integración funcional).

El nivel primario de atención está formado por los puestos de Salud, que en número de 46, cubren los diversos distritos rurales de la zona (1 por cada 1265 habitantes).

Se han construido más que por rígidos cálculos técnicos, de acuerdo a las necesidades locales y por las presiones de las propias comunidades, quienes han aportado mayoritariamente los recursos para su construcción.

El recurso humano eje, de estos Puestos de Salud, son las auxiliares de enfermería que han sido adiestradas por el Ministerio de Salud, pero pre-seleccionadas por sus propios pueblos.

En número de una o varias (promedio 1 por cada 1265 habitantes) atienden a la totalidad de las familias, recorriendo sus comunidades por sectores en forma rotatoria, visitando el 100% de las casas, alrededor de 3 veces al año.

Si bien se trabaja con el 100^o/o de la población, hay especial énfasis en los grupos que socialmente y biológicamente han sido definidos como de alto riesgo (recien nacido de bajo peso, embarazo alto riesgo, niños desnutridos, familias con deficientes condiciones socioeconómicas, etc.)

Todo lo anterior, significa una atención con cobertura universal, no discriminatoria, y en el mismo domicilio de las familias, las que han sido definidas como las unidades básicas de trabajo.

Se suma a estas auxiliares de Enfermería, que nacieron y viven en sus comunidades, un equipo de salud interdisciplinario, formado por médico general, pediatra, gineco-obstetra, psiquiatra, odontólogo, trabajadora social, enfermera, educador en salud, promotor de desarrollo, los que periódicamente de acuerdo a un programa anticipado, dan consultas en el puesto de salud (médico general 1 vez por semana, pediatra cada 15 días, gineco-obstetra 1 vez por mes). Con estos recursos se implementa una atención de alta calidad técnica (desplazamiento de los especialistas al campo) rompiendo la secular desigualdad en su distribución a nivel rural. La política que orienta estas medidas, es que los recursos deben usarse de acuerdo a las necesidades y no solo a la demanda de ellos.

Este equipo debe ser responsable de las enfermedades y muertes que ocurren en sus sectores asignados. (Ver metodología de auditoría de fallecimiento de menores de un año por comunidad y Equipo de Salud con enfoque integral, (18) por trabajar la mayoría de ellos también en el nivel Hospitalario regional, pueden seguir a sus pacientes en caso que estos se internen (continuidad de la atención, con seguimiento de la casa, al puesto de salud y Hospital y en sentido inverso al ser dados de alta).

La descentralización de estos recursos, permite el seguimiento de los individuos en todas las etapas del desarrollo, con una atención integral, precoz, oportuna y periódica.

En este contexto, las actividades de fomento y protección en salud, son básicas, por lo que la educación es un componente inmerso en todas ellas.

Las actividades desarrolladas a este nivel primario, contemplan además de acciones sobre las personas, las que se efectúan sobre el medio ambiente (letrinización, vivienda, caminos, etc. . .).

Las organizaciones comunitarias que están articuladas a este equipo, y a todos los niveles del Programa, son el puente entre este grupo "técnico" y los habitantes de la zona.

La comunidad organizada, está representada, por los responsables de salud (cuatrocientos dieciocho en total), que son voluntarios capacitados por el programa, pero escogidos democráticamente por sus bases.

Siguen en orden jerárquico los comités de salud (ochenta y dos en total), de los que a veces forman parte los responsables de salud.

Después estarían las Asociaciones de Desarrollo integral (setente y dos), Asociaciones cantonales de salud (cuatro) y Uniones Cantonales de desarrollo (tres).

Máxima expresión de esta pirámide organizativa comunitaria articulada en torno a salud, es la Asociación Regional de Medicina Comunitaria, elegida cada 2 años por todos los grupos anteriormente mencionados.

Esta Asociación es la dueña de la planta física de las oficinas centrales del Programa. Jurídicamente no tiene definido su rol ni ámbito de influencia.

Los otros niveles institucionales del sistema de atención médica, están geográficamente localizados a nivel Urbano, y los constituyen los 4 centros de Salud, ubicados en las capitales cantonales. Son dependientes del Ministerio de Salud y están al igual que los Puestos, dedicados prioritariamente a labores preventivas.

En cada cantón a nivel del distrito central, existen cuatro Dispensarios de la Caja de Seguro Social, cuyas actividades son fundamentalmente curativas. Solo parcialmente coordinan con los otros niveles, pero institucionalmente no tienen relación de dependencia.

Finalmente el nivel más complejo de referencia, es el Hospital regional Carlos Luis Valverde Vega de San Ramón.

Consta de 125 camas, con los cuatro servicios básicos y algunas especialidades (psiquiatría, dermatología).

Dispone en 1982 de 328 funcionarios (20 médicos y 22 Internos de medicina, 18 enfermeras, 53 Auxiliares, 5 Trabajadores sociales, 3 Microbiólogos, etc. . .).

Referente al organigrama relacionado con la toma de decisiones, a nivel extrahospitalario, está el consejo técnico (antiguamente llamado equipo central) al que se le ha señalado un papel asesor de la dirección del Programa.

A nivel del Hospital, está como máxima instancia la Junta de Protección Social, que es elegida cada 4 años por el Poder Ejecutivo (Ministerio de Salud).

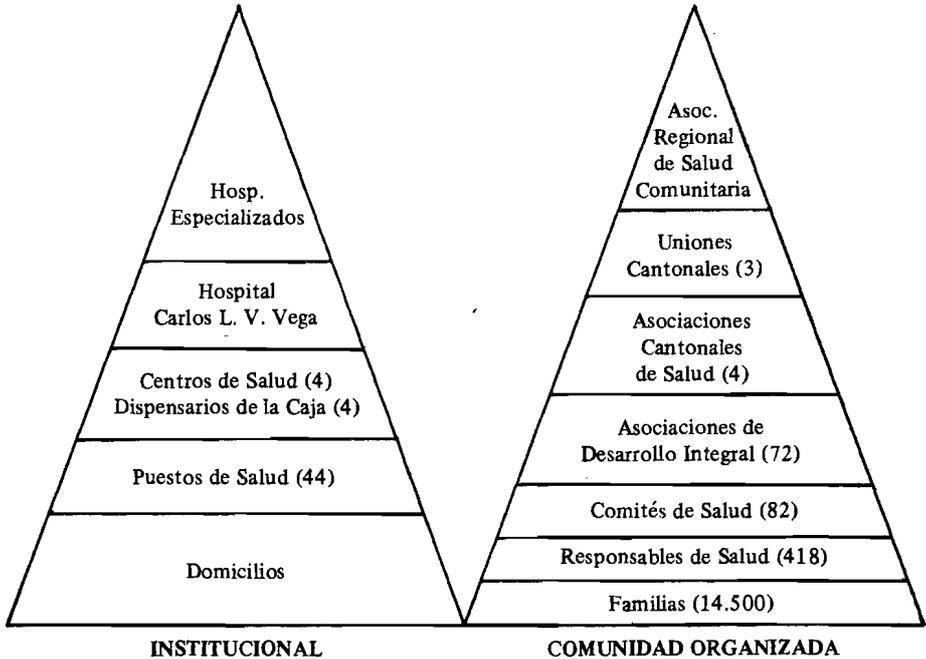
Esta Junta decide sobre el uso de los recursos económicos y materiales del Hospital, y sobre la contratación de personal intra y extrahospitalario. Administra a su vez, los fondos económicos derivados del Ministerio de Salud, para el financiamiento de los Puestos rurales de Salud.

La Dirección ejecutiva, está a cargo de una misma persona, que es director del Hospital, y del Programa de Salud Comunitaria en su conjunto.

El siguiente gráfico ilustra acerca del sistema de atención médica, con sus vertientes institucional y comunitaria.

GRAFICO 2

NIVELES DEL SISTEMA DE ATENCION MEDICA, INSTITUCIONALES Y DE LA COMUNIDAD ORGANIZADA



4.— PERIODIZACION INTERPRETATIVA DEL PROGRAMA

4.1 *ANTES DEL SURGIMIENTO DEL PROGRAMA (1955-1971)* *"HOSPITAL CON PAREDES"*

Las principales características podrían resumirse en las siguientes:

El Hospital se encuentra aislado de los otros niveles (centros de salud y Dispensarios). La atención médica es en base a la demanda y sólo para los cantones de San Ramón y Palmare. Prácticamente el nivel Hospital funciona solitariamente. Su existencia por lo tanto, va a matizar y caracterizar el tipo de respuesta social al proceso de salud-enfermedad.

Este proceso se encuentra caracterizado por el predominio de una patología de origen fundamentalmente ambiental (infecciones; sarampión, diarrea, respiratorias, hepatitis viral, desnutrición, parasitosis, . . .). Aunque los problemas perinatales proporcionalmente empiezan a cobrar más importancia .

La mortalidad infantil en la década del sesenta es alrededor de 50 a 60 por mil.

La política de salud es eminentemente curativa. Aún así aparecen los primeros germenés de lo que será el futuro Programa.

En 1962, la Dirección del Hospital presentó al Ministerio de Salud un proyecto de Integración de Servicios que fue rechazado.

Desde 1962 surgen Programas que insinúan un nuevo enfoque, con aun tímidos contactos con las comunidades (Proyecto sobre Alcoholismo, Tuberculosis, Enfermo Crónico, Senil e inválido, Psiquiatría. . .)

Empieza un estudio longitudinal en conjunto con la universidad de Louisiana sobre la Epidemiología de la Hepatitis Viral, importante problema Endemo-Epidémico de Salud Pública en la zona.

En 1970 se consigue una parcial coordinación funcional entre el Hospital y los Centros de Salud.

Un paso adelante en la parte final de esta etapa, es la construcción del primer Puesto de Salud en el Distrito de San Juan de San Ramón (noviembre 1971).

El sistema de información se caracteriza por estar orientado a medir la eficiencia hospitalaria en términos de índice ocupacional, giro camas y estancia total por paciente en el Hospital (El índice ocupacional del año 1956 llega a su máxima cifra de un 2100/o, las camas de pediatría están "Abarrotadas" y el promedio de estancia para todos los servicios alcanza en 1956 el record de 21 días promedio por paciente.

La información que se produce es fundamentalmente para el nivel central de salud, busca entregar datos al Ministerio de Salud y Junta de Protección de San José.

4.2 *EL ARRANQUE DEL PROGRAMA (1971 - 1973)*

HACIA UNA MEDICINA PREVENTIVA: CAEN LAS PRIMERAS PAREDES

El sistema de atención médica, comienza a adquirir otra característica, al aparecer en el sector rural, los Puestos de Salud integrados al nivel hospitalario. Se comienza a romper el aislamiento.

El proceso de salud-enfermedad en términos generales es el mismo que en la etapa anterior, aunque en el año 1973 se inicia un brusco descenso de la mortalidad infantil, con un marcado desplazamiento de las problemáticas del menor de un año al período neonatal. Las enfermedades infectocontagiosas prevenibles con vacunas empiezan a perder fuerza en este mismo año.

Las actividades más relevantes en este momento son la *Creación de Puestos de Salud*, la formación fuera de los marcos tradicionales de *personal* para la atención primaria (auxiliares de enfermería), y desde luego el *arranque del Programa*.

La política de salud comienza a aspirar a un sistema único de salud, se plantea la regionalización, la cobertura universal, atención médica integral, la acción preventivo curativa, y acciones interinstitucionales.

El sistema de información se amplía con encuestas familiares en los lugares donde se han abierto Puestos de Salud (16 en 1973), tomando en cuenta variables sociales y de mortalidad. La información es para el nivel médico y de dirección del Programa, siendo incipiente el uso de información para uso local.

Potencialmente valoramos como positivo la salida de información del nivel hospitalario y como principal acierto, la visión empuje del Director del Hospital, como catalizador social de las fuerzas sociales que empujan hacia un tipo de programas de salud distinto.

Hay un reticente apoyo por parte del Ministerio de Salud a esta nueva experiencia.

La principal limitación podría ser que no se maneja el universo completo a nivel informativo.

La política estatal para el Hospital de San Ramón es la misma que para el conjunto del país.

4.3 *EL DESARROLLO DEL PROGRAMA (1974 - 1980)* *(DEMOLIENDO PAREDES Y AMPLIANDO ESPACIOS)*

En el sistema de atención Médica continúa el proceso de conformación de sus distintos niveles, y de integración de los mismos, lográndose esto funcionalmente a nivel del Hospital, Centros y puestos de Salud.

Los dispensarios de la Caja, siguen trabajando aisladamente, con sólo una discreta coordinación con el Hospital.

Se enriquece la participación comunitaria, creándose comités de Salud en gran parte de las localidades, aún en las que carecen de puesto de Salud. Estas organizaciones se articulan al sistema de Atención Médica.

El proceso de Salud enfermedad, por la disminución de la morbimortalidad de enfermedades infecciosas como diarrea, bronconeumonía, sarampión y la baja apreciable de los desnutridos de grado II y III, adquiere características más relevantes alrededor de los problemas perinatales, muy ligados con los niños de bajo peso, tanto prematuros como desnutridos (El 80% de los fallecidos menores de un año tienen el antecedente de haber sido Recien Nacidos de bajo peso).

La detección de la magnitud de este problema no sólo a nivel de mortalidad, sino del ulterior destino de los sobrevivientes, fue el fundamento de una investigación operativa que se realiza longitudinalmente, al universo de niños menores de 2.500 gramos, nacidos en 1972 y 1973 en el cantón de San Ramón, que ha significado determinar el contexto sociobiológico que precedió su gestación, definió el parto y explicó la posterior evolución física y psicomotora. La mortalidad infantil varía entre 20 a 30 por mil de los años 73 a 77, para luego descender y estacionarse alrededor de 15 por mil.

Indicador de esto es el espectacular cambio en el índice ocupacional de pediatría, que de una sobresaturación de camas con un 93% de ocupación en 1973, se baja a 35% en 1980, asistiéndose al insólito hecho de un servicio con sus camas parcialmente vacías.

Las actividades más relevantes podríamos resumirlas en la formación de equipos de salud interdisciplinarios y de un equipo técnico a nivel central, además la consolidación de una región que amplía su zona de influencia, con la incorporación de dos nuevos cantones, al programa, los de Alfaro Ruiz y Naranjo.

Otros importantes avances, son el crecimiento cuantitativo y cualitativo de los grupos comunitarios.

Empieza la formación de los Responsables de Salud, y nace la Asociación Regional de Medicina Comunitaria.

También se da un rescate de la Medicina Popular, más bien de su uso através "Valeriano Pueblo", quien pasa a ser el anexo de la Medicina mágica, folklórica, religiosa y a veces llamada Medicina "Científica".

La Educación en Salud adquiere un papel relevante llevando mensajes por medio de las Semanas Educativas hasta los más pequeños pueblos.

Se organizan seminarios con los maestros de todas las escuelas de los cuatro cantones, los que multiplican la infraestructura del Programa.

Las auditorias de fallecimientos se comienzan poner en práctica, permitiendo un salto cualitativo en el uso de indicadores en Salud y en el manejo reflexivo e interpretativo de la mortalidad infantil.

En 1977 como culminación de este avance general del Programa, los actores de este proceso Equipo de Salud y Comunidad en forma paritaria hacen un alto en el camino, para hacer una evaluación conjunta del programa por medio de un Seminario cuyo propósito es "Aumentar el nivel de conciencia de las causas últimas, que determinan el nivel de Salud de las poblaciones".

En las conclusiones se plantean "que las decisiones finales del Programa sean tomadas por el Equipo Central previamente definido y en el que estén integradas las comunidades, através de la Asociación Regional de Medicina Comunitaria. En caso de discrepancias estas decisiones sean resueltas através de votación democrática".

Pero este acuerdo queda hasta la fecha en el papel.

Se da en todo este período un continuado reconocimiento internacional al Programa, que se objetiviza por los numerosos visitantes que vienen a conocer sus experiencias, por los Seminarios a que es invitado, por la escogencia por la Asociación de Especialistas de Salud Pública de los EE.UU. para evaluación como Programa relevante en Medicina Comunitaria.

El Programa se convierte en lugar de práctica para la Universidad y variadas Instituciones; lo que facilita por la infraestructura montada, un encuentro con la realidad y eventualmente el compromiso en su transformación. (Escuelas de trabajo y promoción social de la Universidad de Costa Rica y Nacional, Hospital Nacional de Niños, etc. . .)

A su vez las investigaciones sobre hepatitis viral alcanzan gran repercusión fuera de Costa Rica, con hallazgos que las sitúan entre las pioneras acerca de esta enfermedad. (10 a 17)

La política de Salud en esta etapa esta caracterizada por una descentralización de los recursos (Humanos, materiales, . . . etc). Se distribuyen los recursos de acuerdo a las necesidades. Comunidades lejanas y aisladas como el distrito de Peñas Blancas cuentan con Médicos permanentes. La atención médica es más cercana al domicilio.

Medicina preventivo y curativa y la participación popular se dan con énfasis en el área Materno Infantil y en los grupos de Alto Riesgo.

El sistema de información se mejora. Se lleva un registro muy fiel, fruto de variadas fuentes sobre nacimientos y defunciones (a nivel central se tienen fotocopias del 100^o/o de los decesos de los habitantes de la zona, ocurridos en cualquier parte del país).

Se desarrolla una encuesta a la totalidad de la región cubierta, se usan mapas en que se colocan espacialmente los problemas encontrados, lo que se busca metodológicamente es la visión epidemiológica que "recupere el movimiento y distribución de los fenómenos de Salud-Enfermedad".

Se llevan tarjeteros con registros permanentes. Se abren expedientes a la totalidad de las familias fijas de lugar y se comienzan a detectar grupos de alto riesgo por zona geográfica y por grupos comunitarios.

Adquieren mayor importancia la relación entre lo social y lo biológico. Las estadísticas vitales se desarrollan a nivel local.

La información ya es para el uso del Equipo de Salud, tanto centralizado como descentralizado. Se afina el sistema de flujo de información, entre los diferentes niveles (referencia y contra referencia) especialmente para embarazo, parto, y recién nacido. Gran parte de la información se maneja a nivel del puesto de Salud. Se da el germen de la entrega parcial de esta información a la comunidad articulada al Programa.

A nivel estatal, se presentan características de tolerancia y/o bloqueo al Programa, por ejemplo el no envío de médicos de Servicio Social el año 1975. Por otra parte se da desde 1978 un franco y público apoyo al Programa, en la línea de la "Promoción Humana". El Programa se convierte en la Escuela formadora de Responsables de Salud para el resto del país.

En 1979 se proyecta internacionalmente al dar su apoyo solidario tanto en recursos humanos como materiales, a las brigadas de salud, que promueve el CSUCA, en la ciudad de Rivas, para la reconstrucción de Nicaragua, después del triunfo de la revolución.

En esta etapa se comienza a dar la necesidad de una teoría social del proceso de Salud-Enfermedad; vislumbramos esto como la principal potencialidad del Programa. El surgimiento de la práctica misma de esta necesidad científica es realmente positivo.

Como acierto del Programa en esta etapa volvemos a valorar la conducción y manejo que del mismo hace su director, permitiendo el desarrollo de las condiciones anteriormente planteadas.

Las principales limitantes en una realidad contradictoria son la verticalidad en la toma de decisiones del Programa. La existencia de áreas descubiertas como la de Salud ocupacional. Tampoco se actualiza la información registrada, ni se la analiza permanentemente. Se trabaja fragmentariamente. Quizá la principal limitación es que se traspasa la información parcialmente a la comunidad.

Se hace más evidente como limitación el hecho que los profesionales de la Salud están formados para una medicina curativa y no para una medicina preventiva, de manera que el proyecto de Hospital sin Paredes, no es un proyecto del colectivo de los profesionales de la salud, les es ajeno y quizás hasta impuesto.

Comienzan entonces a expresarse, a manifestarse de forma más clara la contradicción entre Medicina tradicional y Medicina Social.

Como ejemplo concreto de esta etapa está la investigación de "Auditoría de fallecimientos de menores de un año por comunidad y equipo de Salud con enfoque integral", la que sintetiza el actual estado del sistema de atención médica, su política, sistema informativo, diseño y manejo de indicadores, participación popular,... y permite visualizar la futura hipotética etapa de consolidación, en la que investigación-acción debería tener un papel clave en la producción del conocimiento al servicio de los intereses populares.

La metodología de la auditoría se hace posible por la existencia de un avance previo en el sistema informativo, y a su vez su puesta en marcha potencializa el ya existente. (Mostraremos algunas de sus características)

AUDITORIA DE FALLECIMIENTO DE MENORES DE UN AÑO

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

Metodología y desarrollo

- Se constituyen equipos de trabajo (interdisciplinarios).
- Afinamiento del sistema informativo para lograr la captación precoz de cada muerte, ocurrida tanto en domicilio como en cualquiera institución asistencial. Entre las fuentes informativas cabe mencionar: las auxiliares de enfermería destacadas en los diferentes Puestos de Salud, los Servicios de Pediatría y Estadística del Hospital Base y de los otros hospitales, Registro Civil y Dirección General de Estadísticas y Censos (al finalizar cada semestre se revisan y fotocopian todos los certificados de defunción reportados oficialmente). Otra fuente informativa la constituyen los Responsables de Salud, ubicados en poblados y sectores tanto urbanos como rurales.
- Convencimiento de los padres del niño fallecido de la necesidad de realizar el estudio anatomopatológico, y coordinación oportuna con el servicio especializado correspondiente.

Estudio integral en terreno, para recolectar la información pertinente: visitas al domicilio, comunidad, o lugares de interés relacionados con el caso. Por otro lado se obtienen, en cualquier nivel del sistema de atención médica, todos los datos referentes al caso: antecedentes familiares y personales, crecimiento y desarrollo físico y psicomotor, episodios de morbilidad y episodio final, etc. Especial énfasis se pone en el estudio socioeconómico de la familia y de la comunidad.

— Recolección de la opinión de la familia sobre la interpretación que da a la muerte y juicio sobre la atención médica recibida por el niño.

— Recolección de la opinión de la comunidad sobre iguales puntos, expresada por vecinos cercanos, Responsables de Salud del sector, Comité de Salud y otros líderes locales.

— Elaboración y entrega, a los participantes a la reunión de Auditoría, de un informe escrito conteniendo el estudio total, al que se le agrega un resumen y comentario para orientar la discusión posterior.

— Reunión semanal a la que asiste todo el equipo de salud comprometido en el caso: personal de salud de la zona (auxiliares de enfermería, médicos, enfermeras, odontólogos, trabajadores sociales, microbiólogos, inspectores de saneamiento, educador en salud, nutricionistas y otros) y miembros de la comunidad (Responsables y Comité de Salud del sector, inspectores de trabajo, educadores).

— Foro amplio que centra la discusión en los grandes factores causales del deceso, buscando la interacción de ellos, y estableciendo los diferentes niveles de participación y responsabilidad.

— Definición por el grupo de las causales principales de muerte.

— Presentación anatomopatológica de los resultados encontrados.

— Definición de si la muerte era evitable y las medidas recomendadas para que casos similares no vuelvan a presentarse.

— Fijación por escrito de tareas concretas a las partes responsables.

— Revisión del cumplimiento de estas tareas después de un tiempo dado.

— Reunión del grupo, responsable de la presentación del caso, con la familia afectada, explicándole las causas del fallecimiento y recomendaciones de medidas a tomar.

— Transmisión a la comunidad afectada, del resultado del análisis.

— Procesamiento global y periódico de datos y su información a todo el equipo de salud y a la comunidad (Edición de Boletín Informativo).

Resumen de los puntos principales de la auditoría

1.— Establecer la responsabilidad del equipo interdisciplinario frente a la enfermedad y la muerte que ocurran en su sector geográfico asignado.

2.— La comunidad debe participar en el análisis porque la enfermedad y la muerte son hechos sociales que la comprometen.

3.— La Auditoría debe ser operativa (no sólo académica), para que retroalimente al sistema de atención médica al conocer los factores contribuyentes en las muertes evitables.

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

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

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

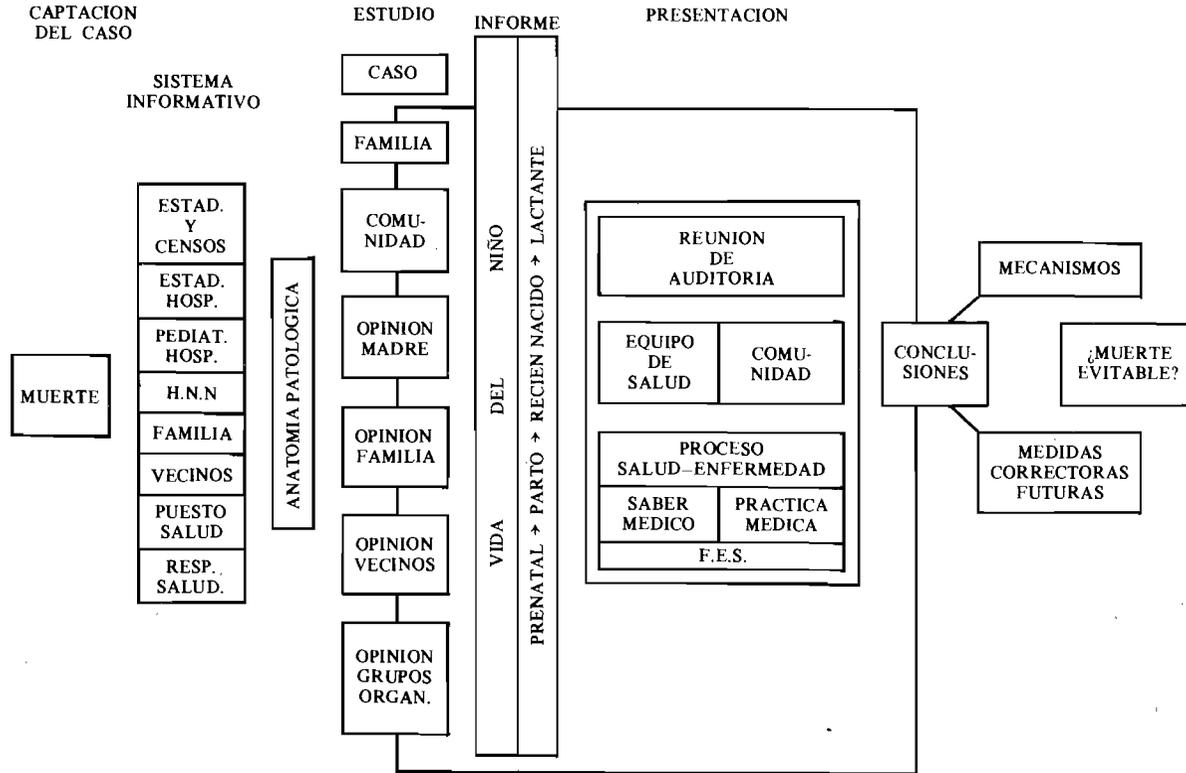
Quisiéramos hacer una comparación entre una clásica reunión anatomoclínica patológica y la reunión de auditoría que hemos descrito:

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

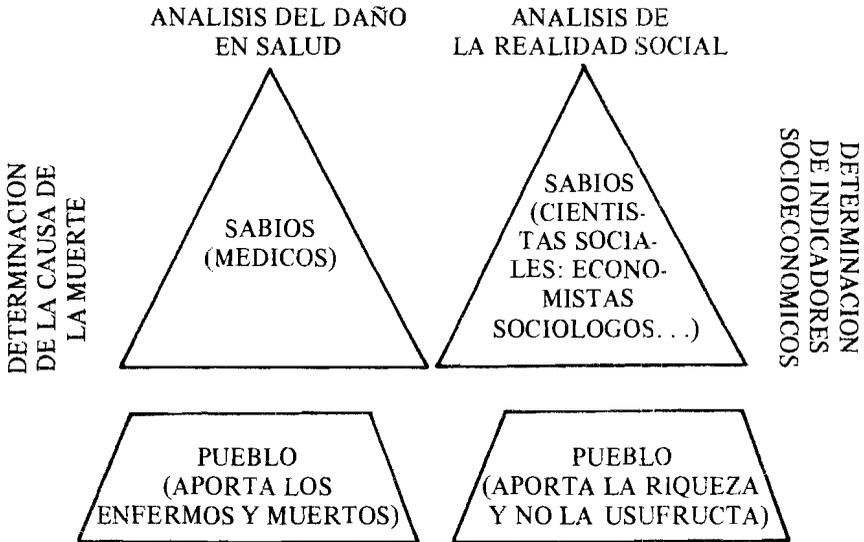
El esquema siguiente muestra los pasos que se siguen en el estudio de cada muerte infantil, en el que se visualiza la importancia asignada al análisis integral de la vida del niño, no solo a "trozos" de ella, con participación de los afectados en la determinación de la relación del proceso de salud enfermedad con saber médico, práctica médica y formación económica social, y en el conocimiento específico de los mecanismos productores de la muerte y de las medidas correctoras futuras, además en la determinación si la muerte fue evitable, y a qué grupo o clase social comprometió.

Finalmente, se destaca la necesidad de comunicar el conocimiento adquirido sociabilizando su acceso.

ESQUEMA GENERAL DE LA METODOLOGIA DE LA AUDITORIA



En la auditoría de fallecimiento, existe una búsqueda conciente, de la ruptura del monopolio de conocimiento, concentrado en los “sabios”, los que en el campo de la salud, al igual que en las ciencias sociales, establecen frecuentemente una “brecha” entre los que analizan los problemas y los que lo sufren.



Lo frecuente (y que se pretende superar) es que no haya contacto permanente, ni el flujo de información necesaria, entre los que ubicados en lo alto de la pirámide, determinan las causas de muerte o diseñan los indicadores socioeconómicos, y los que están ubicados en la base de ella (sectores populares).

Retomaremos a manera de síntesis final el ejemplo que hemos analizado a lo largo de la ponencia, la mortalidad infantil.

Basados en la experiencia de las auditorías de fallecimientos, vemos que si bien ha ocurrido un descenso significativo de las tasas de mortalidad infantil, el 90 % de los casos pertenecen a los sectores populares.

Las auditorías muestran que un porcentaje elevado pudieron ser evitados con medidas a nivel social.

PRESENTE (1980 – 1982) (PAREDES QUE SE RESISTEN, GERMENES DE NUEVAS CONQUISTAS)

El sistema de atención médica en el momento presente se ha conformado de manera más clara y completa, pero aún se da una separación entre el marco institucional y el marco de participación comunitaria.

Ha sido positivo este avance que tiende a ir en "beneficio" de los sectores populares, pero la interrogante es si lo ha sido desde la perspectiva de los sectores dominantes, ¿eficiencia del sistema en la reproducción de la fuerza de trabajo?

Las actividades más relevantes podrían resumirse en el creciente reconocimiento y apoyo internacional, ¿acaso por ser un espacio donde tiende a resolverse la contradicción entre una medicina social articulada a los grupos dominantes, funcional a sus intereses de clase, y por lo tanto laboratorio para valorar en forma controlada sus potencialidades?; además de su evidente manejo y aprovechamiento ideológico; versus, una medicina social articulada, orgánica a los grupos dominados, a las clases subalternas y por lo tanto también laboratorio y espacio para su desarrollo y fermentación de posibilidades, instrumentos y recursos; además, también, de su aprovechamiento ideológico. Dentro de esta misma dinámica se inscribe el beneficio del Programa como centro de práctica Universitaria tanto para el nivel nacional como internacional, (la Universidad se sale del campus. Inserta en esta perspectiva la Universidad Autónoma Metropolitana de México -Unidad Xochimilco- envía a San Ramón desde 1982 a internos de medicina a vivir la experiencia de salud comunitaria.) y como marco para tesis de investigaciones integrales.

Obsérvese que no es casual que el tipo de actividades más relevantes se centra alrededor de actividades que tienden a mostrarlo como vitrina.

Pero, ¿han mejorado las condiciones de Salud/enfermedad en los grupos populares? ¿Han ascendido en su nivel de percepción social de la salud/enfermedad? Y por lo tanto, ¿se ha elevado sus niveles de organización y su cuota de poder? ¿La potencialidad de generar mayor incidencia de los grupos populares en la dinámica económico social se ha desarrollado? ¿La potencialidad de profundizar y alcanzar una verdadera democracia se ha dado?

Evidentemente las respuestas a estas preguntas están por elaborarse y estamos trabajando en esa dirección. De hecho esta ponencia se inscribe en ese proceso.

La política de salud se mantiene con las mismas características alcanzadas con la etapa que hemos denominado de desarrollo, pero en la práctica misma, las barreras y limitaciones que topa el Programa en su quehacer cotidiano hacen surgir al germen de una búsqueda más profunda de la causalidad social, que requiere de una teoría científica social del proceso salud/enfermedad, por lo que se hace necesario la articulación de intelectuales orgánicos a un proceso cuya práctica exige a gritos su surgimiento y concurrencia. Aún más, muestra de manera transparente y clara la necesidad de profundizar la educación en salud para los sectores populares, y sobre todo, su participación efectiva en el proceso, quizás, como única garantía de consolidar en el futuro una experiencia de medicina social articulada a los sectores populares.

El proceso de salud/enfermedad continúa desarrollándose con las características ya enunciadas. Sigue "oculto" la dimensión de salud ocupacional, aunque se introduce en 1981 el tema en los cursos de responsables de salud y en 1982 se inicia una tesis sobre este problema. Reaparece de manera alarmante, quizás como una de las tantas secuelas de la presente crisis, la desnutrición (Auditoría 95).

A nivel estatal continúa el apoyo al Programa. Apoyo no como concesión bondadosa del estado mismo, tal vez como punto de equilibrio funcional a la fuerza social del Programa mismo, su histórica pasada y a la funcionalidad y singularidad al modelo dominante.

El sistema de información en el presente, sigue discriminando a nivel local y regional la información por grupos de riesgo, pero se empieza desagregar la información por grupos y clases sociales. La determinación de lo que es evitable, tanto a nivel técnico médico, como a nivel social, se profundiza y se arraiga como aspecto esencial del proceso. Continúa, la parcial descentralización de los datos, la determinación de factores correctivos, pero no necesariamente su puesta en práctica (tendrían mayor factibilidad a nivel técnico). Se continúa el accionar en función de enriquecer la percepción del proceso de salud/enfermedad por parte del pueblo (aquí se necesita un mayor aprovechamiento de la información específica que se genera en cada localidad y en la región en su conjunto).

La muerte de un niño por desnutrición nos debe de recordar la obligación de mantener registros periódicos y continuos de su prevalencia, y velar por el traspaso por el puesto de Salud de los datos, (que sobre este problema se producen localmente) a los comités de Salud y Nutrición, para que éstos implementen medidas que vayan más allá de la ayuda asistencial individual (ejemplo: lucha contra el desabastecimiento, especulación y control de precios, etc...).

El uso de la información sigue siendo mayoritariamente para uso del equipo de Salud, y de algunos intelectuales vinculados a los sectores populares con incipiente entrega parcial a las organizaciones articuladas al programa, desde una perspectiva de conseguir mayor eficiencia del programa.

Este trabajo de información no debería excluir el que los grupos organizados de la comunidad, tengan su propio sistema informativo sobre los problemas de salud de su localidad.

Las potencialidades que percibimos en la presente etapa es la de persuadir más sub-sistemas y avanzar hacia acciones más integrales, y fundamentalmente la comprobación en la práctica de áreas correctas de acción (la práctica como criterio de verdad). El acierto principal es el trabajo creciente por elaborar una teoría social del proceso salud-enfermedad, aunque no se cuenta con recursos permanente de profesionales y de ciencias sociales ni hay un proyecto colectivo interdisciplinario.

Las limitaciones principales del presente serían la "pugna" entre salud asistencial y salud preventiva, manifestación de esto es el rechazo de los médicos y otro personal intrahospitalario por la atención descentralizada y al programa en su conjunto (Ocasionalmente hay compromiso con acciones integrales. La consulta médica a pesar del tiempo disponible no mejora en calidad técnica ni se "humaniza").

Las propias auditorías de fallecimientos de menores de un año se han visto frenadas por su imposición a que la comunidad o representantes no médicos participan en ellas.

Se tiende a separar, aún por el personal no médico, lo intrahospitalario de lo extrahospitalario, como dos mundos contrapuestos.

Igualmente existe un espacio “conflictivo” entre el programa, con los niveles jerárquicos superiores, tanto del Ministerio de Salud como con la Caja de Seguro Social.

Otras limitaciones son: la falta de politización, la participación limitada en el proceso de toma de decisiones en la mayoría de los niveles. Otra limitación significativa es la no participación de las propias organizaciones comunales en el programa sino de organizaciones creadas y articuladas deliberadamente en función del programa. El carácter de programa piloto se vuelve también en una limitación significativa, por un lado porque no se recuperan sus aciertos para el conjunto del sistema de salud nacional, aunque algunos funcionalmente útiles quizás sí (formación de auxiliares de enfermería y responsables). Y por otro, el hecho de la coyuntura histórica-social que lo hace posible en esta región, que tiende a ser no reproducible en otras regiones y resto del país. Además, tal como lo hemos venido planteando, la ausencia de una teoría social de mayor alcance, también se presenta como limitación.

Limitante potencial, propiciada por los médicos y la actual Junta de Protección Social, es la petición del traspaso del Hospital a la Caja del Seguro, lo que fragmentaría el sistema de atención médica, al desconectar este nivel con el de los puestos y centros de Salud. Se rompería el útil “mando único” que ha permitido homogenizar la política de salud en la región.

La comunidad no desea este paso al que se ha resistido en anteriores intentos, pero, en la actualidad está siendo un actor pasivo frente a este posible peligro.

La actual crisis económica repercute en el programa con una menor llegada de recursos. Pero, a diferencia de otras zonas del país, esto no implica el cierre de los puestos de Salud, y el no abastecimiento de medicamentos, ya que éstos son comprados por las comunidades, “gasto injusto”, pero asumido concientemente como necesario, para la defensa de las conquistas logradas.

La contradicción principal se expresa a nuestro juicio entre las potencialidades sociales de carácter e interés popular del programa y el carácter del Estado costarricense.

Gran peligro es la medicalización, “ver todo desde la óptica de la medicina”, y la preventización como panacea y única solución, desconectada de la necesaria visión política para nuevos y más profundos avances.

¿RETROCESO?

¿ESTANCAMIENTO?

(1982.....)

¿CONSOLIDACION?

(¿HOSPITAL CON PAREDES?)

(¿HOSPITAL SIN FRONTERAS?)

Este aspecto es quizás el de mayor perspectiva. Hemos llamado consolidación a una etapa futura donde estarán presentes algunas tendencias que observamos en el proceso.

A nivel del sistema de atención médica, la expresión de esa consolidación será el establecimiento de un sistema único de Salud donde los sectores populares y sus organizaciones asuman tareas de dirección del programa de manera significativa compartida con el personal técnico Médico Social del Programa (democratización).

De lo anterior se derivaría que *todas aquellas acciones medidas y decisiones que apunten en esta dirección se convierten en indicadores de la evolución de un proceso en función de los sectores populares.*

En este sentido vislumbramos como tendencia coherente con dicha aspiración e interés el desarrollo de la investigación acción, como una de las actividades más relevantes que permite por sus características elevar tanto el nivel científico de las acciones en Salud, en todos y cada uno de sus niveles, de manera que posibilite evolucionar a los grupos populares de grupos populares en sí, a grupos populares para sí (5).

La política de Salud tendería entonces, a tener características de democratización, de un manejo fundamental de causalidad social, desde una perspectiva global con acciones de totalidad.

Uno de los aspectos más significativos y quizás uno de los indicadores de esta fase, será la recuperación de la Salud ocupacional como uno de los factores centrales de la política de Salud. Además se profundizará la articulación de las acciones del sub-sistema de salud con las acciones en los otros sub-sistemas, sectores y dimensiones de la totalidad social.

El nivel del sistema de información lo caracterizaríamos como un sistema permanente, dinámico articulado a los sectores populares, sus organizaciones y proyectos de transformación social. Será especialmente importante que el producto del sistema informativo tenga capacidad explicativa y alcance transformador, tanto a nivel general particular y singular, a corto y largo plazo.

La información será para los sectores sociales, sus organizaciones y sistema único de Salud.

Quizás la contradicción principal se presentará entre la dinámica propia de Salud, sus alcances y limitaciones versus la dinámica del resto de la totalidad social, tanto de la formación económica-social costarricense en particular, como de la formación económico-social centroamericana en general. Esta dinámica social aún no resuelta en favor de los sectores populares, se convertirá en el principal obstáculo para la consolidación del proyecto. Lo que implicará el riesgo o de un estancamiento, o de un retroceso si las realidad local y regional se define en contra de los intereses de los sectores populares.

5.— UN ANALISIS DE LAS TENDENCIAS EN BUSCA DE INDICADORES

Al mirar la periodización interpretativa que hemos desarrollado es posible inferir un conjunto de indicadores de carácter económico y social que en el área de la salud parecen presentarse embrionariamente.

- 1- Las luchas que apuntan hacia una transformación del sistema de salud en función de los sectores populares (sistema único de salud).
- 2- La articulación orgánica de los trabajadores de la salud a las acciones de las organizaciones populares en dicha área.
- 3- La tendencia a normar las actividades, procedimientos y la adecuación entre el saber y la práctica en salud.
- 4- La tendencia a una mayor evaluación y control por parte de los niveles de base en las acciones en salud.
- 5- La tendencia a la entrega o devolución sistemática de conocimiento científico acerca del proceso de salud/enfermedad que afecta directa o indirectamente a los sectores populares.
- 6- La tendencia a incluir contenidos programáticos referentes al proceso de salud enfermedad en las organizaciones populares.
- 7- La tendencia a una mayor capacidad de respuesta y acción preventivo curativa de los sectores populares.
- 8- La tendencia a la descentralización y control de los recursos del sistema de atención médica por los sectores populares.
- 9- La tendencia a las acciones conjuntas de los sectores populares y trabajadores de la salud tendientes a transformar la realidad social que los rodea y que determina la resolución del proceso salud/enfermedad.
- 10- El reconocimiento importantísimo de que el destino de una enfermedad es determinada socialmente.
- 11- La tendencia al rompimiento de la tutela ideológica, la hegemonía de la ciencia de la salud de los sectores dominantes.
- 12- La tendencia de un salto de una concepción biológica a una concepción social del proceso salud enfermedad.
- 13- La tendencia de una mayor participación conciente y significativa de la organización popular en la conducción definición y toma de decisiones en salud.

6.- QUE MEDIR EN EL PROCESO DE SALUD ENFERMEDAD

—HECHOS DEMOGRAFICOS:

- Nacimientos, muertes, natalidad, migración, etc...
- Tasas por distribución geográfica (cantón, distrito)
- Tasas por procedencia urbano-rural
- Tasas por regiones geo-económicas
- Tasas por sectores sociales.

--MORBILIDAD:

- Por tipo (definir principales problemas de salud y patología de la vida diaria, de la cotidianidad).
- Por distribución geográfica, procedencia urbano-rural, por regiones geoeconómicas y por sectores sociales.
- Destino y desarrollo de la enfermedad.

--GRUPOS DE RIESGO (DEFINIDOS SOCIOBIOLOGICAMENTE):

- Menores en situación irregular.
- Mujeres que trabajan.
- Ancianos.
- Impedidos.
- Otros.

--SALUD OCUPACIONAL:

- Contaminación ambiental.
- Riesgo de enfermedad (invalidez temporal o permanente y muerte de la población económicamente activa).
- Desgaste de la fuerza de trabajo.

--SALUD MENTAL:

- Alienación. Alteración de la personalidad.
- Stress.

--EVOLUCION EN EL TIEMPO Y LUGAR DE LAS DIFERENTES PATOLOGIAS DE ACUERDO A SECTORES SOCIALES (Recuperación histórica de las enfermedades por sectores sociales).

Cuando se ha logrado por la gran mayoría de la población, un nivel primario de salud (caso de la zona del Programa "Hospital Sin Paredes"), pasa a ser relevante el uso simultáneo de indicadores positivos de salud, que tienen en estas etapas mayor capacidad discriminativa (valor científico y social).

INDICADORES POSITIVOS DE SALUD

- Crecimiento y desarrollo. (Peso de nacimiento
Desarrollo físico
Desarrollo Sicomotor)
- Número de muertes evitadas.

- Enfermedades erradicadas.
- Enfermedades evitadas.
- Porcentaje de recién nacidos a término.
- Porcentaje de recién nacidos de más de 2.500 gr.
- Meses de lactancia materna.
- Aceleración secular del desarrollo físico y sicomotor.
- Centímetros de altura ganados por año.
- Desarrollo cultural.
- Rendimiento escolar.
- Recreación.
- Esperanza de vida al nacer.
- Conciencia social.

Al igual que los otros indicadores deben manejarse desagradadamente e históricamente (en especial por sectores sociales).

Tenemos claro que el nivel de salud no sólo lo mediremos por las muertes evitadas, objetivo que en algunos países capitalistas se ha logrado con una mayor eficiencia en el uso de los recursos, lo que éstos no podrán conseguir es resolver la alienación y el desgaste de la fuerza de trabajo.

QUE MEDIR EN EL SABER MEDICO (Saber en salud)

- Normas sobre morbimortalidad.
- Determinación de lo evitable (rescatar lo evitable es rescatar la contradicción social en salud).
- Interpretación de los fenómenos de salud-enfermedad.
- Conciencia, conocimiento de los problemas.
- Interpretación mágica, religiosa, unicausal, multicausal, social.
- Alienación, enajenación, desarrollo de la personalidad.
- Estructura jurídica.
- La medicina popular.

Determinar este saber en salud para los diferentes sectores sociales (populares y no populares), tanto en los sujetos, grupos sociales más cercanos, organizaciones y sistema de atención institucional que lo representan.

QUE MEDIR EN PRACTICA EN SALUD

-RECURSOS:

Su captación, distribución y uso,
institucional – no institucional
por sectores sociales.

—GASTO MEDICO:

- Por región geográfica.
 - Por región geo-económica.
 - Por sectores sociales.
 - Público y privado.
 - Por nivel de atención.
 - Por medicina curativa y preventiva.
 - Por programas.
- Relación de la práctica médica con el saber médico.
 - Cumplimiento de normas de atención médica sobre morbilidad y mortalidad.
 - Servicios (actividades) entregadas en salud.
 - Satisfacción de necesidades materiales y no materiales.
 - Coordinación e integración institucional.
 - Protagonistas concretos.
 - Relaciones del subsistema de salud con los otros subsistemas.
 - Evaluación y control por los niveles de base del sistema de atención médica.
 - Sistema de comunicación e información (referencia y contrareferencia) (“de las masas a las masas”)
 - Participación popular (papel de las organizaciones populares, representatividad, articulación a modelo dominante (dominados) .
 - Cuota de poder.
 - Toma de decisiones.
 - Las luchas que se dan en el proceso (práctica médica) Laboral, institucional, etc...
 - A nivel local y nacional.

QUE MEDIR EN LA FORMACIÓN ECONOMICO SOCIAL Y EN LOS SECTORES POPULARES

- Desarrollo de las fuerzas productivas.
- Relaciones de producción.
- Clases y grupos sociales.
- Lucha de clases.
- Conciencia de clase.
- Pertenencia a los sectores populares.
- Lugar concreto del sector popular en la dinámica de explotación y dominación.

CUADRO A ELABORAR

Estamos presentando adjunto un cuadro resumen que hemos llamado “cuadro a elaborar”. La idea central es que sirva de borrador inicial como base para construir un instrumental que recoja nuestra ponencia. Cada una de las casillas superiores son ideas tentativas pequeñas “intuiciones” realmente necesita mucho mayor discusión y análisis. Esperamos que el presente seminario nos ayude a determinar aquellas intuiciones sobre las que sería necesario seguir trabajando.

CUADRO A ELABORAR

Indicadores	SALUD - ENFERMEDAD						SABER EN SALUD				PRACTICA EN SALUD						
	SOCIAL ←			→ BIOLOGICO			Sujeto mismo	Grupos sociales más cercanos	Organizaciones	Sistema de atención institucional	Sistema de atención			RECURSOS		Dinámica de la enfermedad	Servicios.
	Tendencia daño en menores	Tendencia patologías endémicas mortu/morbi	Tendencia patología ambiental	Niños con retraso físico-mental	Menor resistencia a las agresiones externas	alienación					Oficial	No oficial		Captación	Distrib.		
Sectores Populares de la región										Sujeto	Grupos cercanos	org.					
Pequeños productores de café, caña y granos básicos																	
Obreros agrícolas																	
Cogedores y brazaeros																	
Obreros de fábricas y manufacturas																	
Trabajadores del sector público y comercial																	
Pequeños comerciantes																	
Intermediarios comerciales del campo																	
Desempleados Subempleados																	
Trabajadores fuera de la región																	
Sectores no populares																	

FORMACION ECONOMICO SOCIAL

7.-- CONCLUSIONES

1. *EL DAÑO EVITABLE EN SALUD, SU DETERMINACION SOCIOECONOMICA:*

Entendemos el daño en salud como aquellas manifestaciones que se dan tanto en la aparición, desarrollo a destino final de la enfermedad (incapacidad temporal o transitoria y hasta muerte). Ahora bien, daño-evitable es aquel daño que ocurre pese a que existe el conocimiento, los recursos económicos y sociales capaces de enfrentarlo de manera positiva y superarlo.

En este sentido hemos recuperado en nuestra práctica el hecho evidente que la evitabilidad o no, va a mostrar la desigualdad social. Este fenómeno se manifiesta de manera diferencial al existir sectores que por poseer recursos y conocimientos, o bien el control y poder sobre ellos, logran de hecho, incluso hasta sin ser conscientes de ello, estar menos expuestos al daño en salud. Frente a estos sectores se encuentran precisamente los sectores populares, que no tienen acceso ni a los recursos ni al conocimiento, o bien, no tienen el poder y control sobre éstos con los que podrían evitar su daño en salud.

Vislumbramos entonces de manera clara la presencia de lo social, la dinámica socioeconómica como la determinación fundamental en la ocurrencia diferencial del daño en salud. El cómo se conforman y articulan los distintos componentes socioeconómicos que tendrán su expresión en salud mediante el daño y es precisamente en los sectores populares donde tomará la mayor magnitud y fuerza.

En este contexto cabe recuperar también 2 elementos. Primero. En el grado que este daño en salud afecte las bases de la dinámica del poder de los sectores dominantes (decrecimiento de la reproducción de la fuerza de trabajo) estos articularán una respuesta tomando decisiones tendientes a evitar el daño hasta un límite "permisible". Segundo. En el grado que su esquema de dominación les permita tenderán a "facilitar" una respuesta social al daño desde los sectores populares y hasta con los propios recursos de los sectores populares.

Frente a esto, los sectores populares estarán en posibilidad de construir su respuesta al daño en salud, su evitabilidad, en tanto crezca su poder y control sobre el conocimiento y recursos económicos y sociales.

Esta respuesta se expresará en tendencias decrecientes de los distintos niveles del daño en salud.

2.— Se hace necesario generar una teoría social de la salud para nuestra región concreta, y desde la perspectiva popular.

La definición de indicadores entonces contribuiría en la producción de dicha teoría, y ésta a su vez generaría nuevos indicadores, los que a su vez, en movimientos constantes de aproximaciones sucesivas, en un ir y venir entre práctica y teoría, permitirán conocer la realidad y transformarla.

3.— Es posible a nivel descentralizado (“Periférico”) innovar creativamente con pocos recursos, en la producción de indicadores, socioeconómicos la construcción y manejo de ellos, no obligatoriamente requiere de un sofisticado aparataje.

4.— El indicador en salud no puede verse fuera de una totalidad social a la que pertenece, y en la que está inscrito.

El proceso de definición de indicadores para los sectores populares, así como su uso y manejo, debe contar con la participación activa y conciente de los mismos sectores.

5.— Se hace necesario impulsar las acciones en salud con una perspectiva y práctica interdisciplinaria que recupere en su totalidad lo biológico con lo social.

6.— Reconocemos un papel significativo a la lucha cotidiana concreta técnico profesional y social que se desarrolla como laboratorio para verificar, recuperar y aprender de la realidad aquellos elementos y planteamientos, que se inscriban en la perspectiva popular.

7.— Es imperativo para los sectores populares la defensa y ampliación de aquellos espacios en los que se esté desarrollando una práctica que contiene los gérmenes y avance en su beneficio. (El programa de Salud comunitaria es un “espacio” como igualmente podrían serlo una asociación de desarrollo, una fábrica, un sindicato. . . .)

8.— Consideramos el modelo de la investigación-acción como un instrumento metodológico de excelentes potencialidades para definir qué medir y para qué medir desde la perspectiva popular. En ese sentido proponemos la realización de un proyecto de investigación-acción en esa dirección.

9.— Se necesita acercar teoría y práctica, facilitando un descenso a la base de los intelectuales comprometidos con los cambios. La generación de indicadores socioeconómicos se potencializará con una permanente articulación con los sectores populares. La sociabilización del conocimiento adquirido es una obligación implícita en esta relación.

BIBLIOGRAFIA

- (1) De la Peña, Sergio. *El modo de producción capitalista*. Siglo XXI. 1979.
- (2) Mayntz, Renate. *Métodos de Investigación en la sociología Empírica*.
- (3) Laurell, Ana Cristina. *Notas para un Marco teórico para investigación en Sociología Médica*. Mimeo.
- (4) Laurell, Ana Cristina. *Algunos problemas teóricos y conceptuales de la epidemiología Social*. Revista de Ciencias Sociales de la Salud No. 6 CSUCA.
- (5) Fals Borda, Orlando. *Por la praxis: el problema de como investigar la realidad para transformarla* en Crítica y Política en las Ciencias Sociales (Simposio Mundial de Cartagena) Edit. Punta de Lanza. 1978.
Causa Popular-Ciencia Popular Ediciones la Rosca 1972.
La Ciencia y el Pueblo. Mimeo 1981.
- (6) Kosik, Karel. *Dialéctica de lo Concreto*. Edit., Grijalbo, México, 1976.
- (7) UNESCO. *La investigación participativa y colectiva* en Intercambio de conocimientos para un desarrollo endógeno. Boletín de Información No. 3-4 Enero 1981.
- (8) Gramsci, Antonio. *Apuntes sobre la historia de las clases subalternas* en Antonio Gramsci. Antología Siglo XXI.
Cuadernos de la Carcel. 1-2-3-4-5- Juan Pablo. Editor. México 1975.
- (9) Herrera, Margarita y otros. *Los Sectores populares y el proletariado*. Ceaspa 1979 Panamá.
- (10) Serra Jaime, Víctor Villarejos. *Trends in the incidence of virus hepatitis infection in relation to an improving enviroment viral hepatitis*. (The 1981 international symposium) Pág. 738.

- (11) Villarejos, Víctor, Jaime Serra, Visona Kirsten. *Epidemiological observations on the relations between the non-A, non-B and hepatitis B virus* Viral hepatitis (The 1981 International symposium) pág. 745.
- (12) Serra, Jaime, G. Hernández, K. Visona, V. Villarejos. *Epidemias localizadas de diferentes subtipos de hepatitis viral*. PROC: Pág. 241. Congreso latinoamericano de parasitología, 1976.
- (13) Villarejos, Víctor, J. Serra, K. Visona, G. Frósner, F. Deinhardt *Anti-DNA; Anti HBC correlations with tria-detectec HBC A and anti HBC in chronic HBC A and carries*. Journal of medical virology. 5:265-271 (1980)
- (14) Serra, Jaime, K. Visona, V. Villarejos. *Inmunidad pasiva contra hepatitis A B por anticuerpos maternos*. Pag. 91, Proc. VII Jornadas Latinoamericanas de hepatología, 1981.
- (15) Serra, Jaime, V. Villarejos *Endemoepidemic non parental TypeB hepatitis in Costa Rica*. The American Journal of the medical Sciences. 270:309-312, 1975.
- (16) Serra, Jaime, V. Villarejos. *Relación entre condiciones socioeconómicas y tipo de portador de hepatitis viral tipo B*. pg. 65. Proc. VII jornadas latinoamericanas de hepatología, 1981.
- (17) Villarejos, Víctor, J. Serra, K. Visona, C. Eduarte. *Antibodies to single strandep DNA: A diagnostic aid in chronic hepatitis B virus infections*. Journal of Medical Virology. 4:97-101 (1979).
- (18) Serra, Jaime, O. Barboza. *Consideraciones sobre crecimiento y desarrollo del niño en la zona de San Ramón*. Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud. No. 7275-289. 1977.
- (19) Ortiz, Juan Gmo, O Barboza, J. Serra, R. Delgado. *Experiencia de un programa de medicina Comunitaria en Costa Rica*. Revista Centroamericana de Ciencias de la Salud. No. 1151-177. 1977.
- (20) Escobar, Francisco; J. Serra; C. Brenes; C. Valerín; J. Ortiz; M. Gutiérrez. *El proceso de toma de decisiones para el Cuidado Primario de la Salud, en Costa Rica*. OMS. 1980.
- (21) Ortiz, Juan; O. Barboza; J. Serra, R. Delgado. *Programa Hospital sin Paredes que ven desenvolvido no hospital "Dr. Carlos Luis Valverde" e na sua area de de influencia*. Vida hospitalaria Brasil. 11(2)66-73. 1977.

- (22) Laurell, Ana C. *Enfermedad y desarrollo; Análisis sociológico de la morbilidad en dos pueblos Mexicanos. Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales. No. 84, 131-158.*
- (23) Breilh, Jaime. *LA MEDICINA COMUNITARIA ¿Una nueva policía médica? Revista Mexicana de Ciencias Sociales y Políticas. No. 84. 57-81.*
- (24) Vasco Uribe, Alberto. *Salud, Medicina y Clases Sociales.* Colombia Edit. La Pulga. 1975.
- (25) Breilh, Jaime. *EPIDEMIOLOGIA: Economía, Medicina y Política.* Ed. Sepas R. dominicana. 1981.
- (26) Aloisi y otros. *Medicina y Sociedad.* Ed. Fontanella. 1972.
- (27) Samaja, Juan. *Lógica, Biología, y Sociedad.* Revista de Ciencias Sociales de la Salud. No. 6 al No. 12.
- (28) Ortiz, Juan, J. Serra, R. Delgado; M. Chávez, O. Barboza. *Hospital sin Paredes "Una experiencia de Desarrollo Social Integral"* Revisión 81.
- (29) Becker, Luis Felipe; P. Castiglioni. *Reflexiones para reconceptualizar el proceso salud-enfermedad.* Cuadernos del Csuca.
- (30) Brenes, Carlos. *Mortalidad infantil en el cantón de Naranjo. Un intento de explicación sociológica de la relación salud sociedad.* Mimeo. 1981.
- (31) OFIPLAN. *LA DIMENSION DE LA POBREZA. Estudio de la pobreza rural en Costa Rica.* 1981.
- (32) Orozco Luz Hannia. *Estadísticas de los XXV Año del Hospital Carlos Luis Valverde Vega (1955 - 1981)* Mimeógrafo
- (33) Delgado Raúl. *"Participación de la comunidad en el nivel primario de la salud: factor importante para el desarrollo de los pueblos"*
(Propuesta presentada en el grupo de trabajo "Desarrollo de tecnologías apropiadas en el cuidado primario materno infantil" Montevideo, Uruguay, Octubre 1978)
- (34) Alvarez Mayra Espinoza, Felicia Jiménez Mirna. *"Participación popular en programas de salud en la comunidad hospital sin paredes"* (Tesis para optar a Licenciatura de trabajo social).