



Más allá del Hospital Clínica Bíblica: ASEMECO y su Programa de Acción Social

I. Perfil organizacional de ASEMECO

Cuadro 1:
Ficha técnica de ASEMECO, 2008

Año de Fundación	1921, Hospital; 1968, ASEMECO
Tipo	Organización costarricense sin fines de lucro.
Servicios remunerados	Alquiler de instalaciones hospitalarias, alquiler de consultorios médicos, parqueo, farmacias, manejo de EBAIS, manejo de desechos tóxicos, servicios de financiamiento para la salud.
Servicios gratuitos	Acción Social: Programas de salud médica, dental y psicológica. Iniciativas de organización comunal.
Entorno	Hospital Clínica Bíblica; tres EBAIS: Escazú, La Carpio y León XIII; Edificio de Acción Social; SITERE; ASERSA; ANVECO
Colaboradores	750
Ingresos Anuales	US\$2,5 millones

Fuente: Elaboración propia, con base en entrevistas a ASEMECO.

El Hospital Clínica Bíblica lleva casi 80 años de operación. Este Hospital lo fundó en 1921 la Misión Latinoamericana, un grupo cristiano, encabezado por los esposos Enrique y Susana Strachan, de origen escocés e irlandés, respectivamente. En 1968 la administración fue asumida por la Asociación de Servicios Médicos Costarricenses (ASEMECO), una asociación sin fines de lucro. La vocación social de ASEMECO es tangible mediante sus acciones. Como muestra de ello, el porcentaje de sus rentas que no son reinvertidas, son dirigidas hacia su pilar de Acción Social; ninguno de los asociados percibe utilidades ni dividendos. Para comprender mejor cómo trabaja ASEMECO y el porqué de sus acciones, es necesario empezar por conocer la génesis del Hospital.

Al llegar al país, la Misión Latinoamericana identifica un gran déficit en la atención hospitalaria, pues el Hospital San Juan de Dios era el único en ese entonces. El cuadro de salud del país en los años veinte se caracterizaba por una esperanza de vida corta, por el predominio de las enfermedades transmitidas por vectores y por una baja cobertura de salud y ausencia de seguridad social. Por ello, el Hospital Clínica Bíblica abre sus puertas y atiende a grupos poblacionales de

toda clase, religión o estatus. Sin embargo, para el año 1968 las condiciones de salud en el país habían mejorado¹ y el financiamiento de la Misión disminuido, por lo cual decide retirarse del país. Ante ello, la Misión –apoyada por la intervención de varias personas, entre ellas, el Ministro de Salud, y el presidente de la República, José Joaquín Trejos Fernández (1966-1970)–; busca opciones para que el hospital prosiga con su labor y se pueda continuar apoyando las acciones sociales de la Misión.²

De este modo, un grupo de costarricenses asume este compromiso social, fundando así la ASEMECO. Vía la administración del Hospital, dicha asociación apoya el mejoramiento del cuadro de salud integral de la población en general (aspectos físicos, mentales o psicológicos, espirituales o teológicos, las relaciones humanas y lo ambiental o ecológico)³, a partir del arrendamiento de las instalaciones a médicos (consultorios y salas de cirugía).

“La Clínica es un medio, no un fin. El fin de ASEMECO es ayudar en aspectos de salud a quienes lo necesitan... y salud entendida como salud integral.

(Jaime Cabezas,
Presidente de la Junta Directiva de ASEMECO).

Hoy en día, ASEMECO ha logrado expandir sus actividades generadoras de ingresos a cuatro áreas, una de ellas administrada directamente (el hospital) y las otras tres son llevadas a cabo por socieda-

des anónimas propiedad de ASEMECO. La razón de esta división de actividades es mantener a ASEMECO como una entidad sin fines de lucro, pero propietaria de organizaciones que sí logran lucrar, pagar los impuestos de renta al Estado y ayudar con el remanente a financiar sus actividades sociales.

Cuadro 2: Modelo de atención en salud del Estado de Costa Rica - niveles

- **Primer Nivel de Atención:** Ofrece los servicios básicos de salud por medio de los Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS). En este nivel se brindan los servicios básicos con acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de tipo ambulatorio. Estos servicios se ofrecen a nivel domiciliario, comunitario, en escuelas o en clínicas, puestos y centros de salud.
- **Segundo Nivel de Atención:** Su finalidad es apoyar al primer nivel, con servicios de mayor complejidad y especialidad. Se refiere a Clínicas y Hospitales regionales. Brinda apoyo al primer nivel mediante intervenciones ambulatorias y hospitalarias de las especialidades básicas y algunas subespecialidades.
- **Tercer Nivel de Atención:** Aquí se ubican los servicios más complejos del país, donde están los hospitales nacionales y especializados. Provee servicios ambulatorios y de internamiento de todas las subespecialidades. También brinda servicio de apoyo diagnóstico y terapéutico de alta tecnología.

Las utilidades generadas por las actividades lucrativas se destinan a tres rubros: un tercio se usa para el pago de bienes inmuebles, como, por ejemplo, la adquisición y adecuación del Edificio Omega, así como para ampliaciones o remodelaciones. Otro tercio se dedica a la adquisición de equipo de punta, para ofrecer a los profesionales en Medicina la posibilidad de utilizar quirófanos y equipos médicos de tecnología avanzada. El último rubro se destina al Programa de Acción Social de ASEMECO (comúnmente conocido como el Departamento de Acción Social del Hospital Clínica Bíblica). Para el año 2009 este tracto representó un monto de US\$ 800.000⁴.



* Elaborado por el Máster Mauricio Dierckxsens y la Licenciada Laura Sario Kluge.

1 El sistema de seguridad social había sido instaurado y estaba creciendo en su cobertura, así como una mayor cantidad de especialistas en salud.

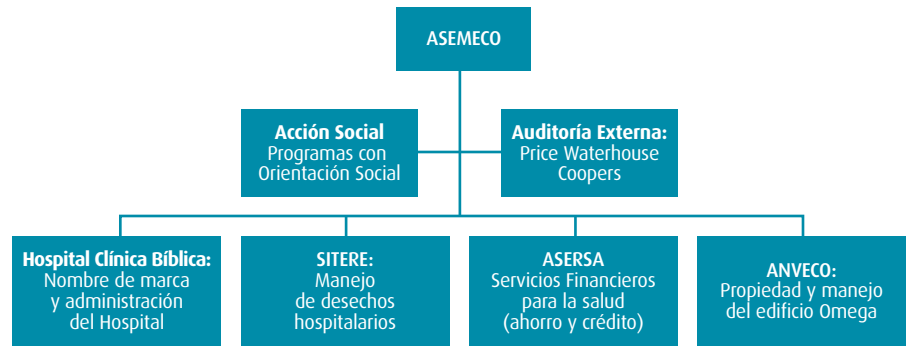
2 Un decreto ejecutivo, emitido en 1975, dicta que “se declara de utilidad pública para los intereses del Estado la asociación denominada “Asociación de Servicios Médicos Costarricenses”, inscrita en el Registro Público, Sección Personas, al tomo 56, folio 265, asiento 471” (MGPIJG, 1975). A partir de tal decreto, ASEMECO debe presentar un Informe Anual a la Dirección Jurídica, del Ministerio de Justicia y Gracia (MJG).

3 Definición de Dayton Roberts adoptada por ASEMECO.

4 Para demostrar el manejo correcto en el uso de los recursos, todas las actividades que se ejecutan en ASEMECO o sus filiales, son auditadas por PriceWaterhouseCoopers. De esta manera, la organización transmite al público en general la certeza de que los recursos son generados y utilizados de forma debida.



Figura 1: Organigrama de ASEMECO

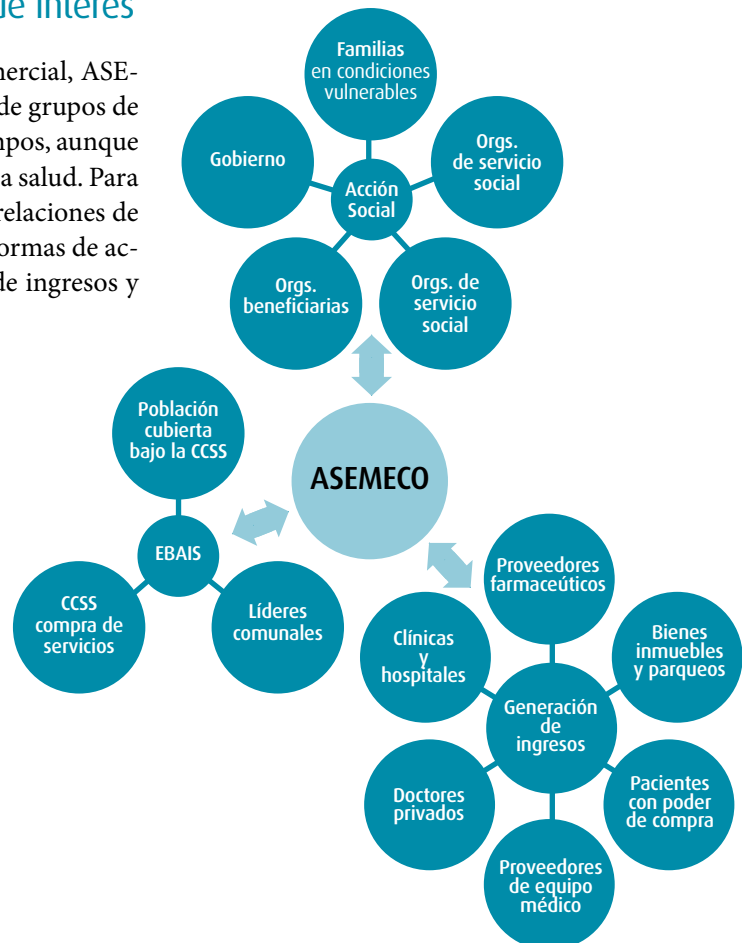


Fuente: Elaboración propia, con base en entrevistas con ASEMECO.

Vinculaciones de ASEMECO con sus principales grupos de interés

Por su naturaleza social y su rol comercial, ASEMECO cuenta con un gran número de grupos de interés (*stakeholders*) de diversos campos, aunque todos relacionados con el ámbito de la salud. Para lograr comprender mejor el tipo de relaciones de ASEMECO, es útil recordar las dos formas de acción de esta entidad: la generación de ingresos y la Acción Social.

Figura 2: ASEMECO Principales grupos de interés



Fuente: Elaboración propia, con base en información brindada por ASEMECO.



Al iniciar la identificación mediante el flujo de ingresos, se encuentran los grupos que representan a la población con poder adquisitivo (los pacientes que son atendidos por los profesionales en Medicina que alquilan en el edificio). Cada una de las cuatro organizaciones subsidiarias de ASEMECO se relacionan con diferentes *stakeholders*; por ejemplo, la vinculación con otras clínicas y hospitales se da por medio de SITERE, al disponer de sus desechos biotóxicos. Además, se encuentran las empresas con las que se relaciona ASEMECO para la remodelación y mantenimiento de sus inmuebles, así como aquellas que son empresas farmacéuticas, proveedoras productos medicinales. Asimismo, en materia de tecnología médica, se tienen contactos estrechos con empresas proveedoras de equipo médico, tanto para la adquisición como el mantenimiento. Se ha dado el caso que el Hospital Clínica Bíblica tiene un perfil de liderazgo tecnológico tal, que empresas como SIEMENS aprovechan el Hospital para mostrar el funcionamiento del equipo a potenciales compradores en Latinoamérica.

Aun así, en materia de generación de ingresos, el grupo que se considera primordial en la proyección de imagen son los visitantes a consultas con poder de compra; es decir, los clientes finales, pues aunque algunos adquieren servicios mediante ASERSA S. A. (encargada de los servicios financieros de salud, ahorro y crédito), el objetivo principal es posicionar el hospital como un centro médico de alta

calidad y maximizar así la captación de recursos. Por otro lado, el ente del sector público más importante con el que se relaciona es la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), entidad con la cual se ha contratado el servicio de Equipos Básicos de Atención Integral en Salud (EBAIS) y realizado convenios para proveer servicios de salud en zonas remotas. Además se le venden servicios como los de radiología; y esporádicamente se le compran medicamentos.

Finalmente, los grupos de interés relacionados con el Programa de Acción Social de ASEMECO, son las comunidades menos favorecidas, familias en condiciones de vulnerabilidad y grupos indígenas, identificadas en zonas aledañas al hospital, periféricas de la Gran Área Metropolitana (GAM), o incluso regiones remotas. Son también grupos de interés, las organizaciones involucradas en la mejora de la problemática social para poblaciones vulnerables y las organizaciones beneficiarias de donaciones de ASEMECO. Asimismo, existen relaciones con instituciones públicas y organizaciones afines como el Ministerio de Educación Pública (MEP), el Ministerio de Salud (MS), el Instituto Mixto de Ayuda Social (IMAS), Instituto Nacional de Aprendizaje (INA), universidades, entre otros.

II. Conceptualización y aplicación de la responsabilidad social de ASEMECO

Como bien menciona el Presidente de la Junta Directiva: el Hospital Clínica Bíblica no es un fin, sino un medio. Por ello, además de la responsabilidad que se asume a la hora de coordinar la prestación de servicios médicos selectivos a las personas con poder de compra, se asume una responsabilidad con la población nacional, específicamente



aquellos con acceso limitado a otros servicios de salud, o que “se encuentren en vulnerabilidad social, donde intervienen otros factores como privaciones culturales o condiciones de género” (Morales, 2009). Esta orientación se ve reflejada en la misión de ASEMECO: “Brindar excelente atención médica integral a quienes lo requieran, sin discriminación alguna, y con el producto de sus rentas ayudar a diferentes programas de acción social, especialmente en beneficio de los más necesitados”.

Esto lleva a una dualidad en los quehaceres en salud de ASEMECO. Por un lado, la oferta médica pagada, la cual se posiciona para competir con servicios médicos paralelos de alto nivel y es administrada con principios empresariales. Esto significa que para maximizar a través del tiempo los ingresos, se debe invertir en el tamaño del hospital y en el posicionamiento por medio de la adquisición de equipo de vanguardia tecnológica y de calidad, para lo cual ASEMECO reinvierte 2/3 de las utilidades.

Por otro lado, con el tercio restante de utilidades⁵, ASEMECO financia su Programa de Acción Social (PAS). Este Programa fue creado con el propósito de servir a las personas con una capacidad adquisitiva limitada y en situación de vulnerabilidad. En sus instalaciones, a un costado del edificio del Hospital de la

Clínica Bíblica (HCB)⁶, ofrece los servicios de odontología (18.234 procedimientos⁷), medicina (645 de urgencia⁸) y Psicología. Los exámenes de laboratorio y de rayos X, medicamentos y exámenes especializados se le compran al costo al Hospital Clínica Bíblica, ya que esta no puede donar los servicios directamente. Además, mediante la Oficina de Trabajo Social, “se realizan valoraciones socioeconómicas de las personas solicitantes, para asegurar que por sus condiciones de vulnerabilidad, y de no ser por los servicios del Programa Acción Social, se vea limitado su derecho y acceso a servicios de salud oportunos” (Morales, 2009). Asimismo, los pacientes son atendidos por más de 100 profesionales en todas las ramas de la Medicina, grandes partidarios del Hospital de la Clínica Bíblica, de los cuales alrededor del 95% dona sus servicios al Programa de Acción Social.

“Estamos conscientes de que los recursos que tenemos no alcanzan para todo. Siempre buscamos a otras organizaciones que deseen aportar recursos para los beneficiarios. Nosotros aportamos la logística y organización.”

(Jaime Cabezas, Presidente de la Junta Directiva de ASEMECO).

⁵ En los últimos 10 años, el Programa de Acción Social ha utilizado más del 40% de las utilidades.

⁶ Inauguradas en el año 2001, antes atendían en el quinto piso de la Torre Médica del edificio Omega

⁷ Entre el 2007 y el 2008.

⁸ Además, hay que sumar los casos atendidos por dermatólogos, 252 y aquellos de medicina especializada, 645.



Acción Social también cuenta con proyectos de extensión comunal, llevando caravanas médicas con personal nacional y extranjero, a realizar labores de atención a zonas alejadas. Estas caravanas médicas también trabajan en momentos de emergencia nacional, pues ASEMECO es miembro de la Comisión Nacional de Prevención de Riesgos y Atención de Emergencias (CNE). Por otro lado, en el área de infraestructura, ha prestado su ayuda construyendo puentes, escuelas, dispensarios, clínicas y perforando pozos de aguas, con la colaboración y participación de personas de las comunidades beneficiarias (más que todo en zonas indígenas). De este modo, el PAS amplía cada vez más su ámbito de incidencia, gracias al aporte de personas voluntarias, donación de medicamentos, equipo y ayuda económica (ASEMECO: 2001). Un claro ejemplo de ello es lo que se realizó en Bahía Drake, al sur del país. Allí, ASEMECO, empresas, instituciones del Gobierno y organizaciones locales, elaboraron planos y construyeron, con el apoyo de la Asociación de Desarrollo Integral (ADI), una clínica médica y una escuela.

Con el fin de maximizar los recursos y lograr impactar la salud integral de la población, ASEMECO ha buscado, en muchos casos, sinergias con otras organizaciones involucradas en la mejora de la problemática social de las poblaciones más vulnerables, incluso fuera de la GAM. Estas iniciativas giran en torno a fomentar la organización comunal, mejorar la salud médica y, con una larga trayectoria, mejorar también la salud bucodental y psicológica.

Hoy en día, el Programa de Acción Social apoya y trabaja con organizaciones como (entre otras):

- Asociación Renacer
- Fundación Rahab
- Patronato Nacional de Ciegos

- Casa MANÁ
- Proyecto Emmanuel
- Teensmart International
- Misiones Cristianas KYRIOS
- Hogares Crea
- Do It Foundation
- Ejército de Salvación
- Hogares Marvic
- Patronato Nacional de la Infancia
- Asociación Roblealto
- Ministerios Presencia y Misión
- Asociación Obras del Espíritu Santo
- Iglesia Techo Verde
- Programa Semillitas de Amor
- Comisión Nacional de Asuntos Indígenas

Cuadro 3:

Programa de Acción Social de ASEMECO – Proyectos Complementarios (2007-2008)

- **Población Indígena de Talamanca:** se realizaron 5 visitas odontológicas. Se atendieron a 319 pacientes. Además se continúa brindando apoyo para un médico permanente.
- **Asociación Obras del Espíritu Santo:** se brinda apoyo económico y material para el rescate de 524 niños en riesgo social.
- **Asociación Roblealto:** el equipo de al PAS se desplazó para brindar servicios a médicos y odontológicos a 162 personas menores de edad. Asimismo, niños y niñas recibieron atención médica en HCB.
- **Ministerio Presencia y Misión:** se le brinda apoyo económico permanente a su programa “Presencia en las Calles”, con el fin de rescatar hombres y mujeres trabajadores del sexo.

Fuente: (ASEMECO 2001),(Schlager, 2008)





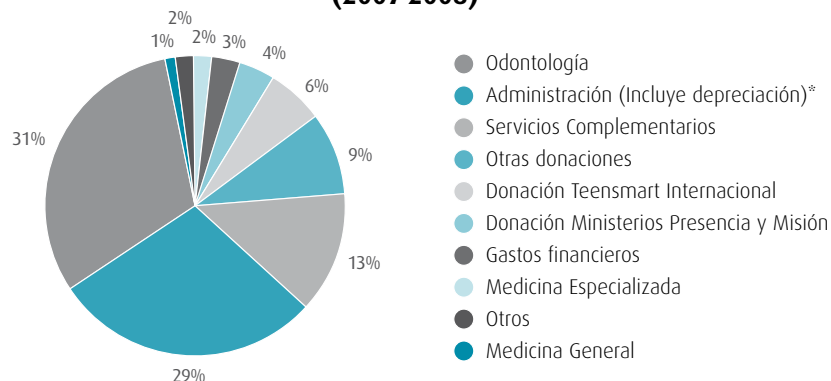
El trabajo con otras organizaciones ha permitido al PAS participar en un vasto repertorio de programas e incidir en la mejora de diferentes áreas de salud en todo el país. Muchas de las empresas que colaboran con el PAS, son proveedoras del HCB, mayoritariamente farmacéuticas y fabricantes de equipo médico. Algunos ejemplos de proyectos realizados, incluyendo a empresas como contrapartes, son: las giras médicas realizadas a comunidades rurales como Río Frío, Guatuso y Marengo, todo ello complementado por actividades esporádicas y que atienden situaciones específicas, como la traída de sillas de ruedas al país. Esta iniciativa fue co-organizada por PAS y “Do It Foundation”, con el fin de canalizar 1.560 sillas a personas con movilidad reducida. Además, voluntarios del Programa de Acción Social de ASEMECO, así como voluntarios del Hospital, en conjunto a los beneficiarios de las sillas que fueron donadas por “Wheel Chair Foundation”, ayudaron a armar y probar las sillas en cada uno de los tres contenedores que han llegado a Puerto Caldera.

Respecto al tema dental, Acción Social hace 22 años provee servicios odontológicos a la niñez de primaria de las escuelas de mayor vulnerabilidad del país, y anualmente se atiende a más de 10.000 personas me-

nores de edad. Para finales del año 2008, ASEMECO, por medio del PAS, en conjunto con la UCR, la CCSS y colaboradores privados, estaba en proceso de implementar un plan de cobertura odontológica nacional para niños y niñas que entran en la escuela a primer grado (casi 50.000 al año) con el fin de llevar la calidad de salud dental del país a los primeros niveles mundiales (Finlandia, Noruega, Dinamarca). Vale la pena destacar que en los últimos 20 años la pérdida de piezas bucodentales se duplicó, “según un estudio de la Universidad de Costa Rica, hace 20 años el Ministerio de Educación y el de Salud estaban a cargo de la salud bucodental de los niños y sus familias en las escuelas del país. Sin embargo, se le cedió la responsabilidad a la Caja Costarricense de Seguro Social, que trasladó el servicio a sus instalaciones. Esto redujo dramáticamente la atención dental recibida por la población escolar” (Cabezas, 2008).

Asimismo, los programas odontológicos que se realizan con la Clínica Cristiana en Tejarcillos de Alajuela, con los menores de edad de la Asociación Roblealto, así como aquellas brindadas por la Unidad Móvil que visitan a comunidades indígenas remotas. En promedio, estos programas brindan alrededor de 3.500 citas anuales.

Gráfico 1: Programa de Acción Social de ASEMECO -Distribución de Fondos (2007-2008)



*Depreciación es de alrededor de un 13%, la meta es llegar a un 12% de costo administrativo

Fuente: Elaboración propia, con base en (Schlager, 2008).

El principal desafío del Programa de Acción Social de ASEMECO, es conseguir que otras organizaciones y empresas se involucren y colaboren con financiamiento para lograr mejorar la calidad de vida de una mayor cantidad de personas. ASEMECO ha realizado un fuerte cabildeo para que otras empresas

se unan en sus esfuerzos. Hasta ahora han logrado contrapartes que aportan hasta un 20% del costo de los proyectos de Acción Social; sin embargo, la meta es llegar a que por cada dólar que pone ASEMECO, se puedan conseguir US\$2 de otras fuentes de financiamiento, con el fin de lograr un mayor impacto.

III. Alianza para el desarrollo de la Salud: el caso del Programa Acción Social en Bahía Drake

Cuadro 4:
ASEMECO - Resumen de la alianza

Tipo	Público-Privada
Aliados	Programa de Acción Social de ASEMECO, Caja Costarricense de Seguro Social, empresas hoteleras de la zona, Asociación de Desarrollo Integral, Empresas Farmacéuticas, Profesionales en Medicina.
Objetivo	Facilitar el autodesarrollo integral sostenible de 11 comunidades de Bahía Drake.
Año	1995-2004
Actividades	Reestructuración de puesto de salud, servicio médico y odontológico durante todo el año, establecimiento de centro de educación para secundaria, construcción y mejora de escuelas, levantamiento de infraestructura.

Fuente: Elaboración propia, con base en entrevistas a miembros de ASEMECO.

Contexto y necesidad de crear la alianza

Para 1995, cuando ASEMECO inicia sus acciones en la zona sur del país, esta se encontraba entre aquellas con menor desarrollo relativo de Costa Rica. En especial, la Península de Osa se encontraba con escasa infraestructura vial, de salud y de educación, nula electricidad y agua potable, entre otras. Luego de realizar estudios sobre la problemática de la zona, con el liderazgo del Dr. Germán Naranjo y su Sra. Rita Galloni, el Consejo del Programa de Acción Social, identificado con la realidad de las personas de la comunidad, elabora un proyecto de intervención, con la finalidad de convertirse en un medio facilitador del autodesarrollo integral de la comunidad.

Los habitantes de comunidades en Bahía Drake contaban con una inadecuada infraestructura social, lo cual los obligaba a asumir altos costos (pecuniarios y de tiempo) para adquirir servicios básicos de salud y educación (cuadro 5).

Aliados y sus responsabilidades

Para ASEMECO, los aliados clave del proyecto fueron: la CCSS, líderes comunales, Asociaciones de Desarrollo Integral y los hoteleros de la zona. Sin embargo, hubo otros aliados del Gobierno que también colaboraron en diferentes momentos: Ministerio de Educación, Ministerio de Obras Públicas y Transportes (MOPT), y el Instituto Costarricense de Electricidad (ICE).



Las responsabilidades de las contrapartes comunales eran duales. Como beneficiarios directos, participaban manifestando sus necesidades, así como también, en el proceso de construcción de soluciones y aportar, en la medida de lo posible, tiempo y recursos.

Por otro lado, para las contrapartes públicas, se podría mencionar la responsabilidad de la anuencia a participar en estos proyectos, pero más importante aún era la aceptación de la Caja Costarricense de Seguro Social de recibir ayuda de empresas privadas y colaborar en los procesos de autodesarrollo y de iniciativa propia de la comunidad.

El apoyo de la empresa privada, en este caso los hoteleros de la zona, fue importante para motivar a los habitantes de las comunidades a organizarse y salir adelante. Asimismo, contribuyeron con parte del financiamiento y materiales para la construcción de las obras.

Asimismo, el PAS de ASEMECO estaba a cargo de la ejecución y evaluación del programa y sus proyectos; de aportar recursos humanos y económicos. En un principio y durante cuatro años, el PAS se responsabilizó por asignar un médico a tiempo completo y obtener los medicamentos necesarios (muchas de las cuales fueron donadas por empresas farmacéuticas proveedores del HCB).

Cuadro 5: Bahía Drake, Península de Osa

El proyecto se ubicó en Bahía Drake, Península de Osa, Puntarenas. Alrededor de mil personas vivían en la zona, dispersas en numerosas comunidades, entre las cuales están Agujitas, Los Planes, Progreso, Guerra Marenco, Dos Aguas, Sirena, Los Ángeles, Campanarios, Junta Quebrada, San Pedrillo, Bijagua y Boca Ganado.

La dificultad para acceder a la zona había causado un extremo aislamiento de estas comunidades. Era necesario caminar varias horas por vías no asfaltadas y navegar durante una hora para cruzar la boca del río Sierpe. Más aún, para llegar al Centro Médico (el cual se encontraba en ruinas) había que cruzar a pie un riachuelo que con la lluvia se crecía hasta 1 metro.

La economía de la zona era mixta. Los hoteles de turismo ecológico empleaban parte de la comunidad, quienes obtenían ingresos suficientes para mantenerse. Sin embargo, quedaba todo un segmento de los habitantes que vivían en una situación precaria y de subdesarrollo.

Fuente: Elaboración propia, con base en (ASEMECO, 2001), (Galloni, 2009)



Proceso de creación de la alianza

La gerente de uno de los hoteles de la zona fue atendida en San José por el Hospital Clínica Bíblica, cuando se enteró del Programa de Acción Social de ASEMECO. Poco tiempo después, contactó a ASEMECO para solicitarle ayuda en Bahía Drake. Esta solicitud coincidió con la necesidad que se había planteado el PAS, de invertir sus esfuerzos en programas que representen soluciones

integrales para las comunidades. El PAS decide iniciar este proyecto piloto en la zona de Drake, por su condición de aislamiento y poca población, lo cual hacía que fuera menos complicado evaluar las acciones y medir los resultados. El enfoque de desarrollo integral se da porque en ASEMECO se visualiza el tema de la salud “no solo como la ausencia de enfermedad, sino como el bienestar de todas las áreas del ser humano: físico, psicológico, espiritual y ambiental” (Galloni, 2009).

En primera instancia, el PAS realiza estudios socioeconómicos, a fin de identificar y diagnosticar la realidad comunal, y contacta a líderes de la zona para establecer las necesidades y problemas prioritarios. Los resultados demostraban condiciones deplorables en salud, educación e infraestructura. Las comunidades no contaban con un centro de salud en funcionamiento, no tenían secundaria, ni calles, ni agua potable, ni electricidad. Un punto positivo es que los miembros de las comunidades demostraron fuerza y motivación, para mejorar, aportar y trabajar en equipo.

El sector más débil era el de salud, puesto que para obtener asistencia médica, los pobladores tenían que recurrir al EBAIS de Sierpe (cuadro 5) y frente a una emergencia estaban completamente desprotegidos por la dificultad de traslado. Por lo cual se revisan los expedientes de salud del puesto en Agujitas (comunidad principal) y se realizan diagnósticos de salud en las comunidades de Bahía Drake. La CCSS brindaba atención en la zona ocasionalmente, pero por limitaciones de presupuesto, no contaba con un puesto de salud ni con giras fijas. Esto significaba que la calidad de la atención médica tenía muchas posibilidades de mejorar si se contaba con personal fijo en la zona.

Seguidamente, el PAS reúne a los hoteleros (a quienes les convenía que la poca mano de obra de la cual podían escoger, fuera sana para que atendiera mejor a la clientela) y las comunidades (las

cuales se quejaban de la lejanía y complicaciones para llegar y obtener atención médica) para crear, en conjunto, un plan de intervención integral que fuese sostenible en el tiempo.

El plan incluyó desde capacitaciones en liderazgo para formar miembros en la sociedad que pudieran aportar desde el punto de vista social; hasta el establecimiento e inscripción de una Asociación de Desarrollo Integral.

Específicamente, se inicia con el tema de la atención en salud. Con el fin de tratar de resolverlo lo primero que la comunidad solicitó y se realizó, fue perforar pozos para obtener agua potable. Asimismo, era indispensable contar con la presencia permanente de un profesional en Medicina y con una estructura sanitaria estable. De forma inmediata, ASEMECO comenzó giras médicas y odontológicas mensuales; así, poco después se aseguró de tener un médico permanente en la zona.





Los primeros tres años el Programa de Acción Social los dedicó a trabajar con la comunidad, para no solo restaurar el antes deplorable Centro de Salud, sino, también, para realizar otras actividades de preparación para la comunidad. Por ejemplo, la construcción del puente para comunicar el Centro con el resto de Agujitas; la telesecundaria en Marreco; la formalización de la Asociación de Desarrollo Integral; las capacitaciones para crear líderes comunitarios, entre otras.

Además, en un principio se contactó al Ministerio de Salud para que colaborara con información, recurso humano y eventualmente con fondos. De hecho, el ministro de ese entonces, el Dr. Rogelio Pardo, consiguió donaciones para construir 250 letrinas modernas en la zona. Sin embargo, el PAS se dio cuenta de que debían dirigir todas sus energías a realizar el convenio con la CCSS si querían lograr que el Estado tomara paulatinamente la dirección y gestión de las necesidades médicas de la zona.

En 1999, se empieza a programar la firma del convenio entre ASEMECO y la CCSS. Los primeros contactos fueron desalentadores, ya que se dieron cuenta de que estaban tocando las puertas equivocadas dentro de la Institución y que la población de mil personas no justificaba la instalación de un EBAIS (mínimo 3.000 personas). Una vez identificado el camino, procesos que había que recorrer y a quiénes acudir, comenta la Sra. Galloni, miembro del Consejo del Programa de Acción Social, “fue muy fácil, estaban sorprendidos de que les quisiéramos ayudar, algo totalmente fuera de serie”.

En el año 2000 se firma el convenio con el cual se inaugura el Equipo Básico de Atención Integral en Salud (EBAIS) de Drake. A ASEMECO le correspondía proporcionar al profesional en Medicina, y a la CCSS los profesionales en Farmacia, enfermería; así como, los medicamentos. Asimismo, la CCSS se comprometió a auditar cada tres meses que el EBAIS estuviera cumpliendo con todas las regulaciones. El convenio se renovó anualmente durante cinco años, hasta que ASEMECO se retiró para que la Caja se hiciera cargo del EBAIS.

Actividades que se desarrollaron y sus impactos

A continuación se presenta un resumen de las actividades llevadas a cabo en el marco del proyecto para lograr el autodesarrollo integral y sostenible de Bahía Drake:

Centro médico

Gracias a la cooperación de algunos hoteleros de la zona y la Municipalidad de Palmar, el PAS reestructuró el deficitario puesto de salud, con el fin de contar con una estructura sanitaria estable y garantizó la permanencia de un médico a lo largo del año. El ICE contribuyó con la colocación de paneles solares, con el fin de tener electricidad para el equipo de odontología y el refrigerador de vacunas y sueros antiofídicos.





Hasta el año 2004, fue el Programa de Acción Social el responsable de la administración del único centro de salud de la zona. Durante este lapso, se facilitó la organización de la comunidad en un comité de salud, que administraba las donaciones voluntarias que daban los habitantes de la zona para el mantenimiento del Centro.

Respecto al impacto en la salud física de las personas de Bahía Drake, se dio una cobertura odontológica del 100% de la población. En Medicina, la meta era atender el 30% de los habitantes en el transcurso de los primeros años; sin embargo, esta se superó para alcanzar a cubrir el 50%. En años sucesivos se cubrió totalidad de población, e incluso se incluyó la medicina preventiva y medicina para sectores crónicos, vacunas, diabetes, entre otros avances importantes.

Educación

Uno de los mayores problemas de la zona era que no había posibilidad de formación después de la primaria. No era posible construir y habilitar un colegio del Estado por la escasa población; por lo cual se llega a un acuerdo con el MEP para organizar un programa de Telesecundaria⁹. De hecho, comenta la Sra. Galloni: “Encontramos las puertas abiertas en el Ministerio. Si nosotros poníamos el equipo y la infraestructura, ellos ponían

el maestro”, ya que este tipo de educación cuenta con un solo profesor para todos los grados, quien se apoya con videos para dar todas las materias. El PAS entonces logró poner generadores de electricidad, televisor y videgrabadora, y adecuó el salón principal del Centro Médico.

Asimismo, se construyeron y mejoraron las escuelas en Los Planes, Agujitas y Marenco. En el caso de Marenco, el PAS logró que voluntarios del Departamento de Mantenimiento del Hospital Clínica Bíblica construyeran todas las partes de la escuela en San José. Se habló con el MOPT para facilitar el transporte de maquinaria, materiales y otros recursos hasta la zona sur, incluido el paso por barco en el río Sierpe, todo en un solo viaje. Una vez llegados, la Comunidad apoyó con mano de obra, e incluso las mujeres cocinaban para los obreros. En una semana se levantó la escuela.

Paralelamente, con el objetivo de desarrollar las competencias de los líderes comunales, y en vista de los vacíos en formación para realizar actividades productivas, el personal voluntario del Hospital Clínica Bíblica (organizado por el PAS) brinda cursos de forma holística, ya que incluye tanto cursos de primeros auxilios y liderazgo, como de contabilidad y de bases jurídico-tributarios.

Economía

Por otro lado, como parte de un desarrollo integral, el PAS buscó opciones de desarrollo económico para la zona. Se coordinó con el Ministerio de Agricultura para orientar y fomentar agricultura del lugar. Sin embargo, se toparon con el problema de que el área geográfica tenía restricciones para la siembra por encontrarse cerca de un Parque Nacional, lo cual implicaba que no se pueden talar árboles y esto limitó mucho la posibilidad de desarrollarse en este sector.

⁹ Al principio, se intentó la educación a distancia; sin embargo, fue un fracaso. Los estudiantes no estaban acostumbrados a estudiar solos. Por lo cual se tuvo que estudiar otras opciones en conjunto con la comunidad y se llegó a la conclusión de que una Telesecundaria iba a funcionar.



Asociación de Desarrollo Integral

Con el fin de lograr que los miembros de la comunidad se empoderaran del proyecto y que este perdurara en el tiempo, una de las prioridades del PAS fue ayudarles a formalizar la Asociación de Desarrollo Integral. Se les brindó todo el apoyo legal para que se inscribiera con la personería jurídica.

En fin, para el año 2004, con la coordinación del PAS, en alianza con la comunidad, empresas y Gobierno, se había logrado: fortalecer el servicio médico a tiempo completo, se contaba con mejores instalaciones para la educación primaria, se había puesto en marcha la telesecundaria, se crearon accesos para no tener que cruzar el cauce del riachuelo hacia el Centro Médico, lastrado vías, construido puentes, se contaba con electricidad, se habían cavado pozos de agua, y se había empoderado y facilitado información a la población de la comunidad. Es decir, “estaban listos para sostenerse solos, y que continuara el programa supervisado por ellos mismos” (Galloni, 2009).

La CCSS se comprometió a continuar el servicio de EBAIS, el Comité de Salud a apoyar en conjunto con la Asociación de Desarrollo Integral. Sin embargo, una vez que se retiró el Programa de Acción Social, paulatinamente se reanudaron las situaciones problemáticas de atención médica que habían sido foco de intervención. En primer lugar, en la CCSS se dieron cuenta de que no podían darle mantenimiento al Centro Médico porque estaba ubicado dentro de la franja de protección marítima (a 50 metros del mar), por lo cual, por ley, la

Caja no puede actuar. Sin mantenimiento y al lado del mar, el Centro se deteriora a pasos agigantados. Esto desmotivó al Comité de Salud y el médico de la Caja empezó de nuevo a tener horarios de medio tiempo. En segundo lugar, cuando la CCSS asumió la coordinación del proceso, el sector empresarial, a falta de una adecuada motivación, disminuyó sus aportes de forma periódica.

Financiamiento

Este es un caso donde el financiamiento inicial y constante en el transcurso del programa, lo realiza el Programa de Acción Social; sin embargo organizaciones públicas y privadas también –en varias y diferentes ocasiones–, aportaron recursos económicos, humanos, equipo, materiales de construcción, etc. El aporte más importante fue por parte de la CCSS, que durante cinco años financió a la enfermera, al farmacéutico, así como los medicamentos del Centro Médico de Drake en Agujitas.

Lecciones aprendidas, factores de éxito, desafíos de la alianza

En relación con el programa en Bahía Drake, la principal lección aprendida fue que es necesario darle el seguimiento apropiado una vez que se retira el Programa de Acción Social; es decir, procurar un andamiaje para la iniciativa autogestionaria al finalizar el proceso. Cuando hay pocas personas que se involucran en la comunidad, esas personas asumen demasiadas responsabilidades que, en realidad, son de todos, y al final se cansan: “Nuestra falla fue haber dado por sentado que los líderes ya estaban formados, es necesario seguirlos motivando y preparando, asegurarse de que hay rotación de puestos”, comenta la Sra. Galloni, miembro del Consejo del Programa de Acción Social.

Una lección aprendida fue en relación con otros indicadores de desarrollo, como lo son la llegada

del camino y la electricidad, los cuales tomaron al pueblo de forma desprevenida. La calle atrajo más turismo, lo cual se tradujo en contaminación de la zona y las playas. Asimismo, el gran progreso de la llegada de la electricidad, conllevó a un frenesí por comprar aparatos eléctricos, lo cual tuvo consecuencias desde la contaminación acústica hasta endeudamiento de los habitantes de la zona. De esta experiencia se puede rescatar la necesidad de preparar a la comunidad respecto a lo que viene, reafirmar sus valores y asegurarse de que tengan la capacidad para establecer prioridades.

En relación con el trabajo con instituciones públicas, se aprendió que lo mejor es comenzar a trabajar desde abajo hacia arriba en las organizaciones. Es decir, ir comprometiendo a todos los que realmente trabajarán con el proyecto, para que cuando llegue la orden de arriba, ya estén motivados y quieran involucrarse.

Algunos de los factores de éxito de la alianza para el desarrollo integral y sostenible de Bahía Drake, son:

1. La voluntad de los habitantes de la zona de participar, involucrarse y ayudar a mejorar su estatus. “No importa lo remoto o rudimentario del lugar, cuando hay voluntad de los participantes, se puede alcanzar el éxito” (Jaime

Cabezas, Presidente de la Junta Directiva de ASEMECO). En este sentido, es clave que la comunidad se empodere del proyecto.

2. El haber podido crear alianzas con una institución autónoma del Gobierno para llevar a cabo los diferentes proyectos dentro del programa de facilitación del autodesarrollo de Bahía Drake, fue un factor clave: “Se puede alcanzar el éxito mediante APPS, simplemente hay que manejar el proceso a una velocidad e intensidad diferente, y adaptarse a la cultura institucional del aliado” (Jaime Cabezas, Presidente de la Junta Directiva de ASEMECO).
3. “El haber identificado debilidades y necesidades de la comunidad a partir de diagnósticos socioeconómicos, promovió la intervención de diferentes organizaciones y sectores, según el nivel de la demanda” (Morales, 2009).

Finalmente, dos desafíos que se rescatan son, en primer lugar, el cómo poner a trabajar dos tipos de cultura tan diferentes como son la pública y privada, hacia una meta común. En segundo lugar, el cómo lograr que todos los participantes, que cada persona involucrada se sienta reconocida; es decir, que se valore su labor. Para asegurar su éxito, el desafío consistió en identificar la zona de influencia de cada participante y lograr que se sienta parte clave del proyecto.

IV. Alineamiento con el Plan Nacional de Desarrollo, 2006-2010

Cuadro 6:

ASEMECO, contribución al cumplimiento de objetivos del Plan Nacional de Desarrollo de Costa Rica, 2006-2010 – Sector salud

Objetivo	Indicador	Contribución
1.3.1.1 Mejorar la oferta de servicios de promoción, prevención y atención de la salud para el mejoramiento de la calidad de vida.	1.3.1.1.6 Tasa de desnutrición en niños pre-escolares.	24 niños entre las edades de 0 a 3 años con beneficio alimenticio
1.3.4.3 Fortalecer los servicios en el segundo nivel de atención.	1.3.4.3.1 Número de profesionales en pediatría y ginecobstetricia integrados en las áreas de difícil acceso.	6

Fuente: Elaboración propia, con base en (MIDEPLAN, 2006) y en información brindada por ASEMECO.

V. Conclusión

La Asociación de Servicios Médicos Costarricense (ASEMECO) es una entidad sin fines de lucro que ha logrado darles sostenibilidad a sus programas de impacto social, por medio de la inversión de más un tercio de las utilidades generadas por sus cuatro empresas, en la salud integral de aquellas personas que se encuentran excluidas del Sistema de Seguridad Social.

ASEMECO es un ejemplo sólido de cómo el sector privado, en alianza con el sector público y las comunidades, puede contribuir al desarrollo local sostenible de diferentes zonas del país. “El sector público necesita ayuda, la sostenibilidad consiste en que no se pierdan las alianzas y que no se caiga el espíritu de compartir y la responsabilidad de todos los miembros” (Galloni, 2009).

A pesar de los obstáculos enfrentados por la comunidad una vez que se aparta el apoyo de ASEMECO, actualmente la Asociación de Desarrollo Integral, en conjunto con los empresarios de la zona, están tomando las riendas para habilitar un sitio para la atención médica, mientras se construye uno nuevo que respete la zona marítimo-terrestre. Esta valiosa iniciativa demuestra que, con el apoyo adecuado, la comunidad puede retomar el liderazgo y actuar en beneficio propio.

La experiencia de ASEMECO en el desarrollo de la salud integral a escala local puede servir para replicar el modelo del programa en otras zonas similares, mediante la puesta en práctica de las lecciones aprendidas con el fin de procurar la sostenibilidad del proyecto y tomando en cuenta la importancia de darle seguimiento no vinculante pero continuo, luego de retirarse de la zona.

VI. Fuentes

Entrevistas

- Cabezas, Jaime (2008, 2009). Presidente de la Junta Directiva de ASEMECO. Comunicación personal. Costa Rica.
- Galloni Scaccaglia, Rita (2009). Miembro del Consejo del Programa de Acción Social de ASEMECO. Comunicación Personal. Costa Rica
- Morales, Eyleen (2009). Trabajadora Social. Acción Social. ASEMECO. Comunicación Personal. Costa Rica.
- Schlager, Roberto (2009). Presidente del Consejo del Programa de Acción Social de ASEMECO. Comunicación Personal. Costa Rica.

Bibliografía

- ASEMECO (2001). Programa de Acción Social; Hospital Clínica Bíblica. Folleto. Costa Rica.
- CDC (1999). “Achievements in Public Health, 1900-1999: Healthier Mothers and Babies”. October 01 / 48(38);849-858. EE. UU. <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwr.html/mm4838a2.htm>
- MIDEPLAN (2006). *Plan Nacional Desarrollo Jorge Omar Dengo 2006-2010. Actualizado Al 31-03-08 Sector Salud*. Ministerio de Planificación Nacional y Política Económica. Costa Rica.
- Ministerio de Salud (2008). *Indicadores de Salud*. Costa Rica <http://www.ministeriodesalud.go.cr/indicadores/indicadores2007.pdf>
- OPS (2002). *100 años de Salud, 1902-2002*. Organización Panamericana de la Salud. Representación Costa Rica.
- Schlager, Roberto (2008). *Informe de Actividades – Programa de Salud Integral: 10/2007 a 09/2008*. Consejo de Acción Social. ASEMECO. Costa Rica.