

EXTENSION DE LA COBERTURA DE SALUD EN COSTA RICA

Dr. Hugo Villegas¹

El Plan Nacional de Salud 1971-1980 de Costa Rica confiere la más alta prioridad a la extensión de la cobertura de salud y otorga especial importancia a las poblaciones marginadas, periurbanas y rurales. La ejecución del Plan ha permitido alcanzar en junio de 1977 a más del 80% de la población rural dispersa. Se promueve la participación comunitaria y la solución integral de los problemas de los grupos marginados.

Introducción

Costa Rica, situada en el Istmo Centroamericano, limita con Panamá y Nicaragua y los océanos Atlántico y Pacífico. En 1977 la población alcanza a 2,061,054 habitantes con una densidad de 40 por km². El 89% de la población mayor de 10 años sabe leer y escribir. La esperanza de vida para el período 1975-1980 ha sido estimada en 70.23 años. El PBI en 1975 se calculó en EUA \$1,080 per cápita.

El 47% de los habitantes vive en 67 comunidades urbanas (más de 2,000 pobladores); el 22%, en 494 comunidades con poblaciones de 500 a 2,000 habitantes, y el 31% en 3,684 poblados de menos de 500 habitantes. Aunque el país está construyendo una extensa red vial, muchas localidades quedan aisladas en la época de lluvias que abarca las dos terceras partes del año.

Hasta principios del decenio actual los servicios de salud estaban distribuidos a lo largo de los caminos principales, en las ciudades con mayor número de habitantes y de economía más adelantada. Aproximadamente 650,000 personas residentes en pequeños poblados de menos de 500 habitantes no tenían acceso a los servicios o enfrentaban grandes dificultades para recibir las prestaciones.

El Programa de Unidades Móviles para la zona rural, algunos grupos voluntarios y el

personal del Programa de Erradicación de la Malaria, constituían las únicas formas de avanzada de los servicios de salud para una población afectada por acentuadas deficiencias socioeconómicas.

Los programas de extensión de la cobertura de salud

El Plan de Desarrollo Económico y Social para el quinquenio 1974-1978 indica como acción prioritaria "el cierre de la brecha social", la mejoría de la producción y del nivel de salud. El Plan Nacional de Salud para el decenio 1971-1980 otorga la más alta prioridad a la extensión de la cobertura de los servicios de salud que deberá atender especialmente a las poblaciones marginadas de los medios rural y periurbano mediante actividades preventivas, atención ambulatoria y mejoramiento del ambiente (1).

Por la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares aprobada por el Congreso Nacional de Costa Rica a fines de 1974 se han establecido recursos financieros para programas orientados a lograr mayor justicia social mediante las siguientes acciones: distribución adecuada del ingreso, organización de servicios de nutrición y salud para las poblaciones marginadas e incorporación de la comunidad organizada en la producción de los elementos destinados a beneficiar a la población de menores recursos, todo lo cual se dirige a lograr un mayor avance del desarrollo integral del país. Los programas de extensión de la cobertura de salud que actúan

¹ Consultor, Desarrollo de Servicios de Salud, OPS/OMS, Costa Rica.

ACTIVIDADES DESARROLLADAS EN LAS ZONAS DE SALUD RURAL DE COSTA RICA



A



B



C

A: Alimentación de pre-escolares

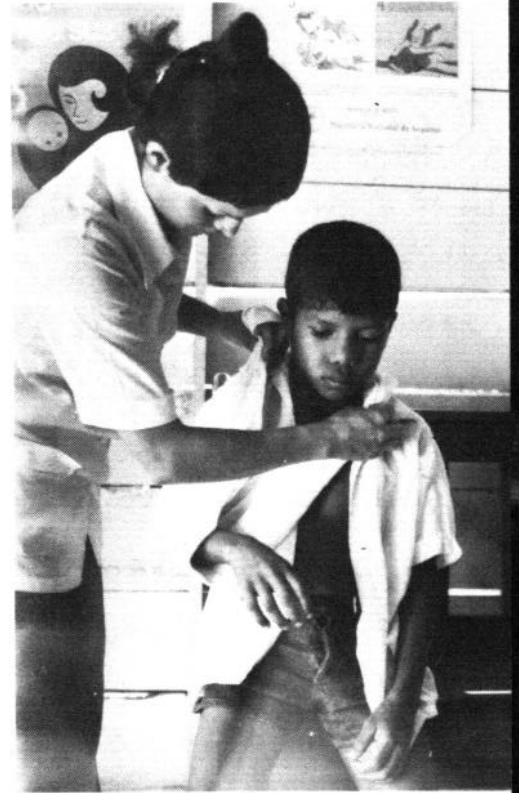
B: Educación para la salud

C: Visitas domiciliarias

D: Primeros auxilios

E: Vigilancia epidemiológica de la malaria

F: Consulta médica periódica



D



E



(Fotos: cortesía del Dr. Hugo Villega)

F

en forma permanente en las comunidades contribuyen con su infraestructura a las actividades de información y apoyo para la extensión del Programa de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (2).

El gobierno nacional aporta más del 97% de los recursos necesarios para el cumplimiento de los programas de extensión de cobertura y las comunidades participan con el 3% de los fondos necesarios. El costo per cápita y por año es de EUA\$3.70, cantidad que incluye los aportes comunitarios.

Concordante con la política de incremento de la cobertura, se lleva a cabo el proceso de universalización de la seguridad social mediante el traspaso de todo el sistema de hospitales al Seguro Social. Esta entidad realiza simultáneamente distintas tareas: modernización de las instalaciones hospitalarias, construcción de nuevos hospitales y centros de salud para ampliar la capacidad de los servicios, formación de mayores recursos humanos y prestación de servicios de salud y maternidad a la población de escasos recursos que progresivamente se incorpora al sistema de seguridad social en calidad de asegurados por el Estado. En los últimos años se han sentado las bases legales del proceso de universalización de la seguridad social mediante la Ley General de Salud (1973), la Ley Orgánica del Ministerio de Salud (1973), la Ley de Traspaso Hospitalario (1973) y la Ley de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares (1974). La Organización Panamericana de la Salud, UNICEF, la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, y la Cooperativa Americana de Remesas al Exterior (CARE), han participado desde las etapas iniciales del Programa. La cooperación internacional se expresa mediante asistencia técnica, concesión de becas, envío de equipos clínicos, refrigeradores y vehículos, otorgamiento de fondos para la construcción de puestos de salud y para capacitación de personal auxiliar y líderes del desarrollo de la comunidad. Los convenios de cooperación externa concluyeron en 1976, asumiendo el país el financiamiento total de los programas desde enero de 1977.

El Programa de Salud para Comunidades Rurales

Hasta comienzos del decenio actual la población rural de Costa Rica fue atendida mediante unidades móviles que se desplazaban desde centros de salud ubicados en cabeceras cantonales hacia el interior. Aunque era un esfuerzo de gran magnitud y se contaba con una organización adecuada, la cobertura no alcanzó más que al 20% de la población rural del país. Funcionaban 240 centros de operaciones, adonde la población acudía para solicitar atención médica. El método de trabajo consistía en una visita periódica mensual del médico que permanecía en el poblado de uno a tres días. El número de consultas, si bien era grande, no lograba satisfacer plenamente las necesidades de los habitantes. En la actualidad, las unidades móviles sirven de elementos de apoyo para los puestos de salud adonde se atiende a las personas que acuden referidas por el personal permanente de las áreas de salud rural. Se otorga prioridad a la atención de niños y mujeres embarazadas.

El Programa de Salud para Comunidades Rurales que funciona desde 1973 forma parte del Subprograma de Atención Básica del Programa de Atención Médica que, a su vez, está establecido por el Plan Nacional de Salud. En una primera etapa, el Departamento de Salud Rural coordina las acciones de salud con los organismos regionales y locales; en la segunda, se está en el proceso de transferir a estos organismos la total responsabilidad de la conducción de los servicios instalados.

El propósito fundamental del Programa de Salud para Comunidades Rurales es extender la cobertura de salud a todas las poblaciones marginadas de Costa Rica otorgando prioridad a la población rural dispersa que vive en poblados de menos de 500 habitantes. Para alcanzar este objetivo se cuenta con personal auxiliar debidamente formado y capacitado para cumplir con las actividades programadas el cual está apoyado por el personal profesional de los centros de salud (ubicados en ciudades de más de 2,000 habitantes), quienes

visitan periódicamente los puestos de salud en funciones de supervisión, capacitación en servicio y consulta ambulatoria;² estos, a su vez, son receptores de los pacientes referidos por el personal auxiliar (3). Los puestos de salud rural dependen jerárquicamente de centros de salud (de cinco a siete puestos por cada centro) que les suministran equipos y materiales; en forma conjunta realizan la programación de actividades y el control periódico de las acciones programadas. Funciona un sistema de información que no solo permite el conocimiento de la producción mensual de servicios, sino que orienta a los supervisores para analizar el avance de las actividades, reprogramarlas si es necesario y para evaluar los resultados con respecto a los objetivos específicos del programa. Asimismo este sistema permite conocer el impacto de las acciones de salud en cuanto a consulta externa y egresos hospitalarios en el nivel y estructura de los servicios de mayor complejidad. En las zonas donde hace más de tres años que se ejecuta el programa ya se observa un descenso en el número de consultas y egresos; algunos servicios, como el de pediatría, han disminuido sus índices de ocupación, sobre todo a expensas de la reducción de enfermedades transmisibles.

Los elementos que caracterizan al Programa de Salud para Comunidades Rurales son (4):

- Trabajo por áreas de salud rural con un promedio de 14 comunidades, 550 viviendas, 2,400 habitantes y 130 km² de superficie cada una. En una de las comunidades se establece el puesto de salud con el equipo necesario. El área está a cargo de un auxiliar de enfermería y un asistente de salud rural. El auxiliar es responsable del puesto de salud y de las comunidades cercanas al establecimiento. El asistente cumple un itinerario que permite la cobertura de todas las viviendas restantes del poblado del área de trabajo. Ambos son solidariamente responsables de los resultados de las tareas cumplidas.

- Utilización de personal auxiliar altamente capacitado al que se selecciona teniendo en cuenta que resida en el medio rural, que sea aceptado por la comunidad y que demuestre capacidad para coordinar esfuerzos múltiples en beneficio de ella. Este personal está integrado por auxiliares de enfermería—adiestrado en cursos de once meses de duración—y por asistentes de salud rural cuyo adiestramiento dura cinco meses. Se observa en él dedicación al trabajo, convicción en su utilidad y profunda satisfacción por los servicios que presta.

- Apoyo constante de los niveles de mayor complejidad técnica, mediante visitas periódicas a los puestos de salud por parte de médicos, enfermeras, nutricionistas, inspectores de saneamiento ambiental y promotores de la organización comunal para el desarrollo integral.

- Movilización permanente del personal que debe garantizar la realización de cuatro a seis visitas anuales a todos los grupos familiares de las comunidades que están incorporadas al programa. El personal cumple un porcentaje muy alto de los itinerarios calendario de las visitas domiciliarias propuestas. El personal debe llegar adonde están los pobladores pues se considera que no hay grupos humanos inaccesibles.

- Participación amplia y permanente de la comunidad organizada en las actividades de salud, dentro de un concepto mucho más amplio de desarrollo integral. El personal estimula el trabajo comunitario y facilita la coordinación con los diversos organismos estatales y privados que intervienen en el ámbito comunal.

Resultados y proyecciones de los programas

A mediados de 1977 se contaba con 222 puestos de salud que beneficiaban a 533,430 habitantes de 2,960 comunidades de menos de 500 habitantes; esto representa el 80.6% de la población dispersa del país que vive en 120,622 viviendas ubicadas en lugares donde antes no había servicios permanentes de salud. A fines de 1977 se espera extender la cobertura a más del 90% de la población dispersa. De 1978 a 1980 se espera ampliar la cobertura a las poblaciones de mayor grado de concentración.

Como se observa, se practica un sistema de expansión de servicios de tipo centrípeto, de la población periférica dispersa de las zonas rurales a las que habitan centros de mayor concentración. La rápida expansión

² Para mayor información sobre el tema, véase el artículo de H. Villegas: "Costa Rica: Recursos humanos y participación de la comunidad en los servicios de salud en el medio rural", en el número de enero de 1978 del *Boletín*.

que se ha alcanzado es producto de la decisión política de otorgar la más alta prioridad al incremento de la cobertura de salud, para la cual la Asamblea Legislativa ha aprobado los fondos necesarios y el Ministerio de Salud confiere un apoyo constante.

Con propósitos operativos se ha definido la cobertura como la prestación de servicios a todos los grupos familiares de todos los centros de población de las zonas marginadas rurales y urbanas del país. Los servicios que se prestan incluyen: vacunaciones (DTP, polio, sarampión-rubéola, toxoide tetánico, DT, BCG); vigilancia epidemiológica de malaria, control de la parasitosis intestinal, tuberculosis y otras enfermedades transmisibles; primeros auxilios; salud maternoinfantil; nutrición; planificación de la familia; saneamiento ambiental (abastecimiento de agua por acueductos y bombas manuales, construcción, instalación y utilización de letrinas, mejoramiento de la vivienda, etc.).

Simultáneamente y como apoyo a la prestación de servicios se imparte educación para la salud y se registran los hechos vitales y aquellos datos de importancia para el sistema de información-control-decisión. La participación comunal se logra organizando a los pobladores para el desarrollo integral ya que la salud es un componente que forma parte del desarrollo y, a su vez, lo estimula.

En cumplimiento del Plan Nacional de Salud para el decenio 1971-1980, desde mediados de 1974 se ha emprendido la extensión de la cobertura de salud a la población marginada de los barrios periurbanos, con buenos resultados. Se espera que hacia 1978 esta acción se cumpla no solo en la ciudad capital sino en las ciudades principales del país. Se entiende que la labor en este sector es fundamentalmente de coordinación de los múltiples organismos encargados del bienestar y progreso urbano y de las prestaciones sociales. Un grupo de trabajadores de la salud y de otros sectores (organización comunal, vivienda, seguridad social, bienestar familiar, educación y grupos comunitarios), está trabajando en la elaboración de un sistema de

técnicas y procedimientos adecuados para solucionar los problemas de las zonas periurbanas.

De acuerdo con la política que se ha trazado Costa Rica, parte de cuyas acciones y efectos se han descrito, el sector salud se enfrenta ahora al reto de lograr el máximo de cobertura con acciones que modifiquen sustancialmente el nivel y la estructura de la salud de manera permanente y que toda la población ejerza el derecho a la salud.

Como acotación final es interesante consignar que en los últimos años se observan cambios importantes en el nivel y estructura de la mortalidad en Costa Rica, expresados en los siguientes elementos:

- Esperanza de vida cercana a los 70 años.
- Disminución de la tasa de mortalidad general de 8.6 en 1965 a 5 por 1,000 habitantes en 1975.
- Reducción de la mortalidad infantil de 76 en 1965 a 37 por 1,000 nacimientos vivos en 1975.
- Disminución de la mortalidad de niños de 1 a 4 años de 6 en 1969 a 2 por 1,000 preescolares en 1975.
- Disminución de las defunciones por enfermedades transmisibles de 3,920 en 1969 a 1,895 en 1975.
- La malaria ha descendido a niveles compatibles con la erradicación.
- Desde 1973 no se registran defunciones por polio, difteria y tifoidea, y las tasas por otras enfermedades prevenibles por vacunación han disminuido de manera muy importante.
- La mortalidad proporcional de menores de 5 años y mayores de 50 años muestra cambios importantes de 1965 a 1975 al pasar la primera de 48.5 a 27.6%, y la segunda, de 31.8 a 51.9%.
- Los partos en instituciones de salud alcanzaron a 83% en 1975, año en que se registraron 6 defunciones maternas por cada 10,000 nacimientos.
- La cobertura de la población rural antes de 1973 se realizaba mediante unidades móviles que realizaban visitas mensuales a 240 comunidades con cerca de 90,000 personas protegidas. En 1976 se proporcionaron servicios en 2,580 comunidades con cerca de medio millón de beneficiarios, desde puestos de salud con personal permanente.

Los cambios observados no se limitan a la extensión de la cobertura de salud a las poblaciones rurales, sino que han incluido acciones concordantes con el desarrollo integral de las comunidades, con participación am-

plia de los usuarios del sistema, y de diversos organismos estatales y descentralizados con los que se coordinan las actividades de campo (Caja Costarricense de Seguro Social, Instituto Nacional de Aprendizaje, Instituto Mixto de Ayuda Social, Ministerio de Agricultura y Ganadería, Ministerio de Gobernación, Ministerio de Educación, Asociación Demográfica Costarricense, etc.).

El sector salud en Costa Rica se encuentra en un proceso que tiene como propósito otorgar prestaciones de salud de carácter integral a toda la población, dondequiera que se encuentre y cualquiera que sea su condición económica y social. El Plan Nacional de Salud ha establecido prioridades para la atención primaria, y el Estado procura los fondos necesarios para el cumplimiento del objetivo fundamental de que todos los habitantes del país puedan ejercer plenamente el derecho a la salud.

Resumen

Costa Rica ha aprobado planes y promulgado leyes cuyos objetivos son el desarrollo integral del país y, en lo que se refiere al sector salud, la cobertura total de la población. Los programas de extensión de la cobertura cuentan con fondos nacionales (97%) y provenientes de la comunidad (3%). Se lleva a cabo un proceso de universalización de la seguridad social mediante el traspaso gradual de todo el sistema de hospitales al Seguro Social; el propósito de esta acción es la incorporación de la población de escasos recursos al Seguro en calidad de asegurados por el Estado.

Como se ha otorgado la máxima prioridad

a la población rural y periurbana marginadas, en una primera etapa, el Programa de Salud para Comunidades Rurales se dirige a servir a los poblados de menos de 500 habitantes.

Las características de este programa son las siguientes: trabajo por áreas de salud rural de 130 km² de superficie, con un promedio de 14 comunidades, 550 viviendas y 2,400 habitantes cada una, con actividades centradas en los puestos de salud; utilización de personal auxiliar capacitado en cursos especiales: auxiliares de enfermería y asistentes de salud rural; apoyo de este personal mediante visitas periódicas de médicos, enfermeras, nutricionistas, etc., movilización constante del personal para visitas domiciliarias y participación de la comunidad organizada.

A mediados de 1977 se contaba con 222 puestos de salud que beneficiaban al 80.6% de la población dispersa. A fines de 1977 se espera extender la cobertura a más del 90% de esa población y entre 1978 y 1980 se proyecta beneficiar con estas acciones a las poblaciones rurales de mayor concentración. Los servicios que se prestan son, entre otros: vacunación, vigilancia epidemiológica de malaria, control de la parasitosis intestinal, de la tuberculosis y de otras enfermedades transmisibles; primeros auxilios; salud materno-infantil; nutrición, planificación de la familia y saneamiento ambiental.

En cumplimiento del Plan Nacional de Salud para el decenio 1971-1980, desde 1974 se ha emprendido la extensión de la cobertura de salud a las poblaciones marginadas de los barrios periurbanos. Se espera que en 1978 esta acción se cumpla no solo en la capital sino en las ciudades principales del país. □

REFERENCIAS

- (1) Costa Rica. Ministerio de Planificación. *Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social, 1974-1978*. San José, 1975.
- (2) Costa Rica. Ministerio de Salud. *Programa Nacional de Desarrollo Social y Asignaciones Familiares*. San José, 1975.
- (3) Costa Rica. Ministerio de Salud. *Plan Nacional de Salud, 1971-1980*. San José, 1973.
- (4) Villegas, H. Generalidades de la programación de la extensión de servicios de salud a las comunidades rurales de Costa Rica. Documento D-HS/AMRO-5401-SI-No. 11. OPS/OMS, Lima, Perú, marzo 1976.

The extension of health coverage in Costa Rica (Summary)

Costa Rica has approved plans and enacted laws for the integral development of the country and, in the health sector, for total coverage of the population. Coverage extension programs are financed by national funds (97 per cent) and community funds (3 per cent). Social security coverage is being made universal by a process of gradual transfer of the entire hospital system to the social security administration; the purpose of this transfer is to bring the low-income population into the national Social Security system.

Since top priority has been given to the rural and marginal urban populations, the Rural Community Health Program will, in its first stage, be aimed at communities with less than 500 inhabitants. This program has the following characteristics: coverage through health-post-based activities of rural health areas of 130 km² each, with an average of 14 communities, 550 dwellings, and 2,400 inhabitants; use of auxiliary personnel—nursing auxiliaries and rural health assistants—trained in special courses; support of this per-

sonnel by periodic visits of physicians, nurses, nutritionists, etc.; house calls; and organized community participation.

In mid-1977 there were 222 health posts serving 80.6 per cent of the dispersed population. It is hoped that by the end of 1977 this coverage will be extended to more than 90 per cent of that population, and it is proposed that between 1978 and 1980 services will reach the denser rural population clusters. These services include: vaccination; epidemiologic surveillance of malaria; control of infections caused by intestinal parasites, tuberculosis, and other communicable diseases; first aid; maternal and child health care; nutrition; family planning; and environmental sanitation.

As called for in the National Health Plan for the decade 1971-1980, work has been in progress since 1974 to extend health service coverage to deprived marginal urban populations. It is hoped that during 1978 this work will be carried out not only in the capital but in the other principal cities of the country as well.

Extensão da cobertura de saúde na Costa Rica (Resumo)

A Costa Rica aprovou planos e promulgou leis que objetivam o desenvolvimento integrado do país e, no setor da saúde, a cobertura total da população. Os programas de extensão da cobertura são apoiados por recursos nacionais (97%) e comunitários (3%). Processa-se a universalização do seguro social mediante a gradativa transferência de todo o sistema hospitalar ao Seguro Social. Com isso, visa-se à incorporação, ao Seguro, de toda a população de baixos recursos, na qualidade de segurados pelo Estado.

Por ter sido outorgada prioridade máxima às populações rural e marginal urbana, em etapa inicial, o Programa de Saúde para Comunidades Rurais deverá servir as localidades com menos de 500 habitantes. Suas características são as seguintes: trabalho por áreas de saúde rural de 130 km², cada qual com a média de 14 comunidades, 550 habitações e 2,400 habitantes, com atividades centralizadas nos postos de saúde; utilização de pessoal auxiliar capacitado em cursos especiais: auxiliares de enfermagem e assistentes de saúde rural; apoio desse pessoal mediante visitas periódicas

cas de médicos, enfermeiras, nutricionistas, etc.; mobilização constante do pessoal para visitas a domicílio; e participação comunitária organizada.

Nos meados de 1977, havia 222 postos de saúde que beneficiavam 80.6% da população dispersa. Em fins de 1977, espera-se uma cobertura superior a 90% dessa população e, entre 1978 e 1980, essas ações deverão beneficiar, segundo as projeções, as populações rurais mais concentradas. Os serviços prestados são, entre outros, os seguintes: vacinação, vigilância epidemiológica da malária, controle da parasitose intestinal, da tuberculose e de outras doenças transmissíveis; socorros de urgência; saúde materno-infantil; nutrição; planejamento familiar e saneamento ambiental.

Em cumprimento ao Plano Nacional de Saúde para o decênio 1971-1980, tem sido empreendida desde 1974 a extensão da cobertura de saúde às populações marginalizadas dos bairros de periferias urbanas. Para 1978, espera-se que essas atividades desenvolvidas na capital se estendam também às principais cidades do país.

Extension de la couverture de santé au Costa Rica (Résumé)

Le Costa Rica a adopté des plans et promulgué des lois dont les objectifs sont le développement

intégr du pays et, en matière de santé, la couverture totale de la population. Les programmes

d'extension de la couverture comptent sur des fonds nationaux (97%) et des fonds des collectivités (3%). Les autorités réalisent un processus d'universalisation de la sécurité sociale par le transfert progressif de tout le système des hôpitaux à la Sécurité sociale. Le but de cette action est l'incorporation à la Sécurité des habitants à revenu bas qui sont ainsi assurés par l'Etat.

Comme la priorité a été accordée aux populations rurales et périurbaines marginales, le Programme de santé rurale visera d'abord les localités de moins de 500 habitants.

Les caractéristiques de ce programme sont les suivantes: travail par zone de santé rurale de 130 km² de superficie chacune, avec en moyenne 14 collectivités, 550 logements et 2.400 habitants, les activités étant axées sur les postes de santé; utilisation d'un personnel auxiliaire formé dans le cadre de cours spéciaux: auxiliaires de soins infirmiers et aides de santé rurale; appui de ce personnel par le jeu de visites périodiques de médecins, d'infirmières, de nutritionnistes, etc., de la mobilisation constante du personnel pour les visites à

domicile et de la participation de la communauté organisée.

Au milieu de 1977, il y avait 222 postes de santé dont bénéficiaient 80,6% des populations éloignées. On espère pouvoir d'ici à la fin de l'année étendre la couverture à plus de 90% de ces populations et faire profiter entre 1978 et 1980 les populations rurales agglomérées de ces actions. Les services fournis sont notamment les suivants: vaccination, surveillance épidémiologique du paludisme, lutte contre la parasitose intestinale, la tuberculose et d'autres maladies transmissibles; premiers soins; santé maternelle et infantile; nutrition, planification familiale et salubrité de l'environnement.

En application du Plan national de santé 1971-1980, les autorités ont entrepris depuis 1974 l'extension de la couverture de santé aux populations marginales des quartiers périurbains. Elles espèrent qu'en 1978, cette extension aura lieu non seulement dans la capitale mais aussi dans les principales villes du pays.



HOMENAJE DE VENEZUELA A LA OPS

Con motivo del 75° Aniversario de la Organización Panamericana de la Salud, las Organizaciones Antituberculosas de Venezuela emitieron una estampilla conmemorativa que muestra una vista del edificio de la Sede de la OPS y, a la izquierda, la Cruz de Lorena, símbolo de las Asociaciones Antituberculosas. El sello está impreso en azul, blanco, negro y amarillo con la siguiente inscripción: Navidad 1977—75 años de la OPS—Venezuela.