

ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN ZONAS URBANAS MARGINALES. EL MODELO DE COSTA RICA¹

Juan Jaramillo,² Cuauhtémoc Pineda³ y Guillermo Contreras⁴

El Programa de Salud Comunitaria de Costa Rica, destinado a ampliar la cobertura de los servicios de salud a las zonas urbanas marginales, parece haber logrado un éxito considerable. A continuación se describen la estrategia básica y las características de ese programa, y se presenta la información disponible para su evaluación.

Introducción

En años recientes la ampliación de la cobertura de los servicios básicos de salud ha sido preocupación principal de los diferentes sistemas de atención de salud en los países de América Latina. Durante el decenio de 1970 fue objetivo primordial del Programa de servicios a las personas puesto en marcha en el Plan Decenal de Salud para las Américas (1, 2). Con posterioridad, después de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud efectuada en Alma Ata en septiembre de 1978 (3), se le consideró componente prioritario de la estrategia para la atención primaria de salud escogida por los 134 países participantes para lograr la meta de salud para todos en el año 2000 que la Asamblea Mundial de la Salud había establecido el año anterior. Esta meta, junto con la estrategia correspondiente, han dado origen a

las pautas fundamentales de los programas nacionales de salud. En otras palabras, como compromisos internacionales determinan que se reconozcan las necesidades genuinas, se unifique la voluntad del público, se tomen decisiones y se estimule la realización de esfuerzos concretos para poner en ejecución planes y programas nacionales e internacionales con propósitos más ajustados a la realidad y fundamentos más sólidos con enfoques que son al mismo tiempo actuales, innovadores y creativos.

Dentro de los países de América Latina, los procedimientos para ampliar la cobertura de los servicios básicos de salud se han definido desde diferentes puntos de vista y se han puesto en práctica empleando distintos modelos. Sin embargo, estos modelos casi siempre han tenido ciertos aspectos comunes y los procedimientos puestos en marcha con frecuencia han determinado que se consigan éxitos importantes en las zonas rurales. En la actualidad, son numerosos los países que laboran en este sentido, con resultados satisfactorios y posibilidades interesantes.

Por otra parte, la experiencia reunida hasta la fecha en la ampliación de esta cobertura a las zonas urbanas marginales no

¹ Se publica en inglés en el *Bulletin of the Pan American Health Organization* 18(2), 1984.

² Ministerio de Salud, San José, Costa Rica.

³ Organización Panamericana de la Salud, Desarrollo de Servicios de Salud.

⁴ Ministerio de Salud, División de Regiones Programáticas, San José.

ha sido tan variada ni tan provechosa como la que se ha obtenido de la atención concentrada en las zonas rurales. Al parecer, esto obedece a diferentes circunstancias, incluso la rapidez con que proliferan los asentamientos urbanos en la periferia de las ciudades a consecuencia de la creciente migración de campesinos a las zonas urbanas, la extraordinaria movilidad y el rápido desplazamiento de las poblaciones urbanas, y los numerosos problemas socioeconómicos de fondo que hacen económica y culturalmente (más que geográficamente) inaccesibles los servicios urbanos de salud. Además, por diversas razones, junto con las anteriores, se han hecho menores esfuerzos para identificar los problemas de las zonas urbanas marginales y se ha dado menos atención a estas; en ellas no existen, tampoco, las tradiciones de salud pública de las zonas rurales ni el cúmulo de experiencia en que se asientan las acciones de salud en el campo.

Sobre todo, al parecer es demasiado escasa la atención que se concede al hecho de que la migración del campo a las ciudades ha venido intensificándose, por lo menos en América Latina, y no se ha logrado elaborar procedimiento alguno para aminorarla. Al contrario, ciertas tendencias existentes, como el perfeccionamiento de los medios de comunicación de masas, el constante progreso de los sistemas de transporte, la persistencia de los problemas económicos y sociales de las zonas rurales y otros factores alientan continuamente, en conjunto, esta migración.

Durante el decenio de 1970 la proporción de habitantes de las ciudades en las Américas aumentó de 64,8 a 70,0% de la población total y, si esta tendencia continúa, hacia el año 2000 tal proporción habrá crecido a 76,9% (4). En cifras absolutas esto significa que la población urbana aumentará de poco más de 329 millones de personas en 1970 a más de 690 millones al final del siglo. También significa que ahora mismo los servicios de sa-

lud deben repartirse cuantitativamente, suministrando 70% de ellos a los habitantes de las ciudades y solo 30% a la población rural. De esta suerte parecería que en algunos programas de salud puestos en marcha en las Américas no se han tomado en cuenta lo suficiente tales cifras, ya que se ha continuado haciendo llegar a las zonas rurales una cantidad desproporcionada de recursos humanos y de otra índole.

Todas estas consideraciones han alentado a Costa Rica a promover el suministro de servicios básicos de salud a las zonas urbanas marginales mediante el empleo de un modelo conocido en la actualidad como Programa de Salud Comunitaria, que se ha elaborado dentro del país. Si bien este modelo puede tener ciertas semejanzas con otros, preparados fuera de Costa Rica, posee orígenes y caracteres singulares. El propósito del presente artículo es describir este programa y los resultados obtenidos hasta la fecha.

Antecedentes: condiciones básicas de salud en Costa Rica

En los últimos decenios los indicadores de salud de Costa Rica han revelado un curso claramente favorable, de suerte que sería difícil lograr nuevas mejoras en las condiciones de la salud pública a menos que se pusieran en práctica acciones sostenidas y costosas en las que intervinieran diversos sectores. Aun para conservar el statu quo habrán de realizarse gastos cuantiosos (4). Para mencionar un ejemplo de los avances logrados puede indicarse que la esperanza de vida al nacer, que en el período 1950-1962 era de 63,3 años, aumentó a 68,1 años en 1963-1971, a 71,4 en 1972-1975 y a 73,2 años en 1976-1980, con lo que se superaron las metas establecidas por los planes nacionales de salud. De esta suerte, a pesar de que el promedio de nacimientos ha seguido siendo elevado y se ha producido una disminución en la mortalidad infantil, la edad media de la

población del país continúa ascendiendo. El crecimiento vegetativo pasó de 26,6 habitantes por 1 000 en 1970 a 27,1 habitantes por 1 000 en 1980, y el promedio de nacimientos, que había disminuido desde uno de los índices más altos de las Américas al comienzo del decenio de 1960 hasta 2,8% en 1973, aumentó nuevamente y llegó a 3,1% en 1980.

Al mismo tiempo la mortalidad general se redujo notablemente, de 6,6 defunciones por 1 000 habitantes en 1970 a 4,1 por 1 000 en 1980. Igual que en el caso de la esperanza de vida al nacer, la meta establecida para 1980 se superó. Además, la mortalidad causada por enfermedades transmisibles se redujo 88%, de 1,36 muertes por 1 000 habitantes en 1970 a 0,16 en 1980. Tal cosa determinó que las enfermedades transmisibles, que en conjunto habían sido la causa principal de muertes en 1970, descendieran hasta el séptimo lugar y como causas más importantes de mortalidad quedaran las afecciones circulatorias, los tumores y diversas causas externas tales como accidentes, envenenamientos y violencias.

La disminución de la mortalidad infantil ocurrida durante este decenio también fue mayor que la reducción prevista, puesto que el índice de defunciones descendió de 61,5 por 1 000 nacidos vivos en 1970 a 19,1 en 1980. De manera semejante, la mortalidad perinatal se redujo acentuadamente, de 32,9 muertes por 1 000 nacidos vivos en 1970 a 20,0 en 1980.

Como resultado de estas tendencias, las enfermedades crónicas han adquirido mayor importancia en las condiciones de salud en Costa Rica, particularmente la diabetes y las que se han mencionado como causas principales de muerte. Debe hacerse notar que la desnutrición es todavía un factor de mortalidad entre los niños menores de un año y los adultos mayores de 65 años, a pesar de que la proporción general de niños desnutridos ha disminuido.

Por cuanto toca a la morbilidad, la información disponible indica que ha ocurrido un notable descenso en la incidencia de enfermedades evitables por medio de vacunación y se han erradicado la difteria y la poliomiелitis. Esta información también pone de manifiesto que las enfermedades entéricas y la tuberculosis están disminuyendo. En lo concerniente a las principales enfermedades transmitidas por vectores, la malaria se halla en descenso y se considera que el mosquito *Aedes aegypti* ha sido erradicado desde 1960. En suma, la única excepción en este descenso de las principales enfermedades transmisibles son, al parecer, las enfermedades de transmisión sexual que han aumentado considerablemente en los últimos años, si bien cierta proporción de este aumento puede obedecer a la mejora de la información pertinente.

Tendencias de las políticas y los recursos de salud en Costa Rica

Desde el decenio de 1970 se ha establecido en Costa Rica una verdadera política sectorial de salud. A ella se han incorporado progresivamente las acciones de las diversas instituciones que componen este sector. Durante ese decenio el objetivo primordial del sector salud consistió en proveer servicios de salud a toda la población haciendo de la seguridad social un beneficio general y ampliando la cobertura de tales servicios a poblaciones rurales y urbanas marginales dispersas. Otras estrategias importantes fueron promover la participación de la comunidad, fortalecer las instituciones del sector salud, aprovechar los recursos de salud de manera más racional y hacer frente a los problemas de nutrición (5). Además, en el plan nacional de salud adoptado para el período 1974-1980 se fijaron importantes metas específicas relacionadas por igual con los indicadores nacionales de salud y con la disponibilidad de diversos recursos y po-

sibilidades de impartir servicios. La mayor parte de estas metas ha sido alcanzada (5).

En el terreno administrativo, durante los últimos años el país ha ensayado varios sistemas de regionalización elaborados según distintos criterios para los diferentes sectores de desarrollo. El sistema actual se puso en ejecución a partir de 1979; por él se ha logrado dividir el país efectivamente en regiones y subregiones y se ha hecho posible iniciar el fortalecimiento técnico y administrativo de las instituciones pertenecientes al sector salud.

En los servicios de salud también se ha emprendido una organización cada vez más formal, según la índole de la atención que otorgan. Este sistema de organización comprende cuatro categorías de atención, de complejidad creciente, en que cada una de las tres categorías menores recibe apoyo de las categorías superiores y las instituciones de todas las categorías participan en una amplia coordinación horizontal y vertical.

También se han producido otros cambios importantes. Por ejemplo, al comenzar el decenio de 1970, 80% de los establecimientos de salud provistos de camas se encontraba bajo la dirección del Ministerio de Salud, 8% pertenecía a la Caja Costarricense de Seguro Social y 12% era administrado por entidades privadas. A partir de 1973 se pusieron en ejecución planes para transferir a la Caja todos los hospitales del Ministerio, con excepción de uno, y al mismo tiempo dicha Caja comenzó a construir nuevos hospitales propios. Como resultado, en 1979 la Caja administraba 73% de los establecimientos de salud para pacientes internos, 19% continuaba perteneciendo al Ministerio de Salud y 8% dependía de organizaciones privadas. Mientras tanto, en el curso de este decenio el número de instituciones de salud dotadas de camas disminuyó de 51 a 37, aunque la cantidad total de camas en los hospitales aumentó de 7 008 a 7 505; no obstante, al mismo tiempo el número de establecimientos provistos solo de

instalaciones para la atención de pacientes ambulatorios se elevó 230%, de 348 a 1 150. Este notable aumento fue consecuencia de una rápida elevación en el número de puestos y centros de salud, centros de educación y nutrición y centros de atención dental, que se pusieron principalmente bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud (6). Debe mencionarse también que en 1976 se emprendió la construcción y dotación de cierto número de instituciones para la atención de zonas rurales con la colaboración del Banco Interamericano de Desarrollo, y se obtuvieron fondos de diversas fuentes para remodelar y construir otros establecimientos de salud, en especial centros de educación y nutrición, centros de atención infantil y puestos de salud rurales.

El interés creciente que despertó la atención de los pacientes ambulatorios se reflejó en el promedio de consultas médicas solicitadas por habitante, que aumentó de dos por año al comienzo del decenio a tres por año al finalizar. Este aumento en el número de consultas aventajó en forma notoria la elevación ocurrida en la cantidad de egresos hospitalarios, que varió ligeramente de 110,9 a 118,9 por 1 000 habitantes por año.

También se produjo un aumento importante en la relación proporcional del personal de salud y el número de habitantes durante este decenio. Específicamente, la cantidad de médicos por 1 000 habitantes ascendió de 0,52 a 0,81, la de dentistas se elevó de 0,14 a 0,26 y la de enfermeras graduadas creció de 0,40 a 0,65. De igual manera, en este decenio se dieron aumentos acentuados en el número de microbiólogos, farmacéuticos, auxiliares de enfermería e inspectores de saneamiento.

Los primeros asistentes de salud rural iniciaron sus labores en 1971, y los primeros asistentes de salud comunitaria en 1976. Este personal, junto con el que antes prestaba servicios a las regiones rurales y los asentamientos urbanos marginales, han venido desempeñando importantes funcio-

nes, especialmente en la promoción de la salud y la atención preventiva (7).

Asimismo se han logrado adelantos en el saneamiento ambiental. En particular, 100% de la población urbana llegó a tener acceso a los sistemas de suministro de agua en el decenio de 1970 y durante este período la proporción de la población rural que obtuvo también ese beneficio aumentó de 56 a 64%. De manera similar, la disponibilidad de instalaciones para la eliminación de excretas ascendió de 60 a 96% entre la población urbana y de 41 a 86% entre los habitantes de las zonas rurales.

En apoyo del progreso de todos los aspectos mencionados, el gasto público de salud se elevó en forma notable en cifras absolutas. En general, durante el decenio esta erogación osciló entre 10 y 14% del gasto público total y entre 5 y 6% del producto interno bruto (5).

El Programa de Salud Comunitaria

En 1974 se puso de manifiesto que la distribución geográfica de los servicios de seguridad social era sumamente irregular. Con el fin de determinar el verdadero alcance del suministro de servicios de salud en las zonas urbanas, en especial los que se impartían por medio de los centros de salud, se emprendió una encuesta domiciliaria; de esta manera se confirmó que la cobertura proporcionada era inadecuada a todas luces. Como resultado se puso en marcha un proyecto piloto en el área atendida por el Centro de Salud de Hattillo, en San José, con el propósito de elaborar el primer modelo del Programa de Salud Comunitaria. Sobre la base de los resultados obtenidos mediante la ejecución de este proyecto, en 1976 se estableció de manera formal el Programa de Salud Comunitaria definitivo. Los propósitos generales comprendían la disponibilidad de auxiliares especialmente capacitados que impartieran servicios básicos de atención de

salud a las zonas urbanas y periurbanas marginales, la promoción de la organización, la participación y el desarrollo activos de la comunidad, y la seguridad de que las actividades pertenecientes al programa se coordinarían con las de todas las instituciones comprometidas en el desarrollo general del país (7).

La estrategia del programa ha consistido en que los auxiliares debidamente capacitados apliquen técnicas y procedimientos simples durante sus visitas domiciliarias y recurran por referencia, cuando sea necesario, al personal superior de atención de salud, además de proporcionar a estos auxiliares una supervisión constante y brindarles el apoyo coordinado de todos los recursos del sistema de servicios de salud. En la actualidad, los menesteres específicos que desempeñan los auxiliares en sus visitas a domicilio comprenden la administración de vacunas, la toma de muestras de sangre y esputo para estudios de laboratorio, el suministro de atención prenatal y posnatal, el control de los niños sanos, la medición de la presión arterial, la atención de los ancianos e inválidos, la divulgación de educación en salud, el suministro de orientación para la planificación de la familia, la ejecución de servicios de notificación y referencia de casos, y la información de ciertas actividades como la instalación de letrinas y otros servicios sanitarios básicos. Algunas de estas actividades se han agregado en el curso del tiempo, después de haber impartido a los auxiliares la capacitación necesaria para llevarlas a cabo.

En todos los planos, el programa se pone en ejecución en varias etapas. Inicialmente se evalúan las condiciones de salud de un área atendida por un centro de salud dado y se determina la utilidad de organizar un área de salud comunitaria que por lo general incluye de 500 a 600 hogares y una población de 2 300 a 2 600 personas. Que tal área se establezca o no depende del grado en que prevalecen las carencias econó-

micas y sociales, de la magnitud de los problemas de salud existentes, de la prioridad que se haya acordado a esos problemas en las estrategias nacionales de salud, y de que exista un acceso adecuado a la región.

A esta etapa de evaluación sigue otra de programación, durante la cual se planifican las actividades de salud del área según la información obtenida. Esta programación, que se lleva a cabo dentro de los límites locales con la más amplia participación posible de la comunidad interesada, es seguida de inmediato por la etapa de ejecución, en que se preparan los itinerarios de las visitas domiciliarias de los trabajadores de salud y se fijan normas específicas de tiempo y funciones. Para apoyar los diversos aspectos de esta labor se ha preparado dentro del programa un sistema de regulación de las operaciones, que implica la producción de una cantidad de información suficiente para medir los progresos realizados hacia metas establecidas, identificar los factores que pueden limitar tales progresos y recomendar soluciones. En este sistema de regulación también figuran mecanismos con que pueden obtenerse evaluaciones cuantitativas y cualitativas completas a medida que avanzan los trabajos.

Aunque este programa se inició empleando auxiliares de enfermería, después de un año este personal se sustituyó en forma gradual por asistentes de salud comunitaria a quienes se impartieron cursos de cuatro meses preparados específicamente para capacitarlos en la ejecución de estas labores. Al principio se establecieron 265 áreas de salud comunitaria; sin embargo, en 1978 se suspendieron los cursos y una pequeña parte del personal capacitado abandonó el programa. A consecuencia de esta reducción del personal en la actualidad solo funcionan 247 áreas de salud comunitaria. Estas áreas, que corresponden a la jurisdicción de 54 centros de salud, abarcan cerca del 70% de la población urbana marginal del país.

En lo tocante a la supervisión, los asistentes de salud de la comunidad trabajan bajo la dirección de enfermeras y médicos jefes que se encuentran a cargo de los centros de salud. Algunos centros también cuentan con una enfermera a quien se le ha asignado responsabilidad específica en relación con el programa. A continuación, en el plano inmediatamente superior (intermedio) figuran los centros de actividad de las diferentes regiones de salud del Ministerio de Salud y en seguida se encuentra la agrupación central (oficinas principales), dirigida por dos médicos que se desempeñan como director y subdirector y dotada de dos supervisores de enfermería, además de personal de administración y estadística.

Conviene hacer notar que Costa Rica también cuenta con un Programa de Salud Rural que se inició en 1973 y comprende actividades análogas a las del Programa de Salud Comunitaria, con la diferencia de que son realizadas por auxiliares de enfermería que poseen capacitación ligeramente mayor que la de los asistentes de salud comunitaria (7). Este programa comenzó en zonas rurales con poblaciones muy dispersas, pero luego se amplió para abarcar también áreas rurales más densamente pobladas. El número de personas beneficiadas por este programa ha aumentado de 115 000 atendidas el primer año a un total de 717 000 en 1979, cifra que equivale al 59,7% de toda la población rural del país.

Son estos dos programas, uno rural y otro urbano, los que componen la parte principal del esfuerzo que se realiza en Costa Rica para ampliar la cobertura de los servicios de salud mediante la estrategia de atención primaria. Funcionan del modo apropiado, en estrecha coordinación mutua en todos los planos, con el propósito de aprovechar sus recursos hasta donde sea posible y evitar que compitan en las áreas de trabajo y las poblaciones atendidas.

CUADRO 1—Resumen de las actividades del Programa de Salud Comunitaria en Costa Rica, 1978-1981.

Actividades	1978	1979	1980	1981
Referencia de casos	21 589	26 684	22 871	30 320
Medición de presión arterial	10 353	55 360	178 737	230 624
Control de niños sanos de 0 a 6 años	152 331	181 385	143 659	176 887
Control de niños sanos de 7 a 14 años	139 124	157 947	100 959	104 064
Control de la asistencia a mujeres en programas de planificación de la familia	75 234	95 089	72 553	70 110
Aplicación de vacunas ^a	—	—	147 114	125 745
Otras actividades	64 493	85 399	75 678	59 561

^a La vacunación se incluyó por primera vez en el programa en 1980.

Fuente: Programa de Salud Comunitaria, Oficina de Estadísticas.

Resultados

En la actualidad el Programa de Salud Comunitaria cubre a cerca del 70% de la población que habita en las zonas urbanas marginales de Costa Rica. Puesto que el procedimiento general de trabajo consiste en efectuar visitas domiciliarias en las áreas atendidas, puede considerarse que su cobertura es excelente, en particular por tratarse de zonas deprimidas. A consecuencia de la crisis económica actual, el objetivo consiste en mantener la cobertura de 70% de la población urbana marginal durante los próximos años.

A pesar de que no se cuenta con la cantidad de información deseada, existen datos suficientes para medir los efectos de este programa. Sobre todo, aunque la calidad de la labor llevada a cabo no se ha logrado evaluar con precisión, es claro que la suma de los trabajos necesariamente debe haber modificado en alguna medida las condiciones de salud de las áreas que se atienden. Varios aspectos de los trabajos efectuados en los años 1978-1981 figuran en el cuadro 1. En este sentido, con el propósito de evaluar el impacto del Programa de Salud Comunitaria y del Programa de Salud Rural se han realizado estudios en colaboración con el Centro Latinoamericano de Demografía (CELADE). En ellos se ha encontrado que existe una

correlación positiva entre la ampliación de la cobertura derivada de estos dos programas y el aumento mencionado de la esperanza de vida al nacer que se ha observado en Costa Rica. Asimismo, se ha comprobado que el aumento de la esperanza de vida no solo se halla ligado a las proporciones de la cobertura lograda, sino también a la duración que ha tenido el funcionamiento de los programas. La correlación ha sido especialmente estrecha en los lugares donde la cobertura ha excedido el 50% y donde el programa correspondiente ha estado en ejecución durante más de tres años. Por otra parte, se ha observado que los cambios más importantes en la esperanza de vida al nacer parecieron ocurrir después del segundo año de funcionamiento del programa (8, 9).

En estos estudios se observó, además, una correlación inversa entre la cobertura del programa y la mortalidad infantil. Mediante análisis de regresión lineal se determinaron significativas disminuciones de la mortalidad infantil que obedecían sobre todo a reducciones en las cifras de defunciones de niños de las zonas rurales, asociadas con la aplicación del Programa de Salud Rural. Igualmente se hallaron correlaciones positivas entre la disminución de las cifras de mortalidad infantil en ciertas áreas, las proporciones de la población atendida y el tiempo que

los programas correspondientes venían funcionando (8, 9).

Existen también otros hechos y circunstancias que deben considerarse, que son difíciles de cuantificar y aún más difíciles de ponderar en el curso del tiempo, pero significan avances logrados por medio del Programa de Salud Comunitaria. Por ejemplo, es indudable que este programa ha establecido un lazo entre la población urbana desfavorecida y los servicios de salud que culturalmente le habían sido inaccesibles. En otras palabras, las actividades puestas en marcha han conquistado la confianza y la aceptación de las comunidades atendidas y han generado así un impulso que muy bien puede aprovecharse para promover la organización de la comunidad y acelerar su desarrollo. También es evidente que muchos problemas de salud, a los que se presta atención continua gracias a la aplicación del programa, jamás se hubieran detectado sin él. Por último, todas las actividades pertenecientes al programa suelen acompañarse de labores que se realizan en el terreno de la educación, pero cuyos efectos siempre son muy difíciles de cuantificar.

Conclusiones

No existe razón alguna para considerar que el Programa de Salud Comunitaria descrito en este artículo ha tenido un éxito sin igual, o siquiera ha servido para hallar el medio óptimo de ampliar la cobertura de los servicios básicos de salud a las zonas urbanas marginales. Sin embargo, la experiencia lograda hasta la fecha se ha traducido en un modelo útil para Costa Rica, del que se han derivado resultados efectivos y meritorios.

En el curso de la ejecución de este programa, que entraña esencialmente uno de los componentes de la estrategia para impartir atención primaria de salud (la extensión de la cobertura) ha sido po-

sible añadir de manera efectiva otros elementos de la misma estrategia. Por una parte, el programa ha facilitado el aumento sostenido de la capacidad de funcionamiento de los servicios de salud, con costos reducidos y resultados muy satisfactorios. Por otra, ha hecho que se ponga en marcha un proceso de desarrollo administrativo central, encaminado sobre todo a mejorar el planeamiento y la evaluación de las actividades. También ha estimulado con vigor la organización de las comunidades urbanas marginales y su participación para identificar y resolver sus propios problemas de salud. Esta participación se ha concretado en la formación de diversos comités, en la colaboración directa para reparar y construir cierto número de unidades de salud, en la intervención prolongada y constante de diversos individuos y grupos para orientar las actividades de salud, en la capacitación de los dirigentes de la comunidad mediante cursos periódicos patrocinados por sus miembros, y en el establecimiento formal de asociaciones de promoción debidamente integradas, que realizan en forma sostenida actividades encaminadas a fomentar el progreso social y económico de las comunidades interesadas. Además, las actividades comprendidas en el programa, puestas en marcha por los asistentes de salud comunitaria, han servido para acelerar y robustecer la coordinación entre diversos sectores, ya que la solución de los problemas que se detectan a menudo ha requerido la acción conjunta de dos o más instituciones oficiales. Asimismo, se han establecido estrechos lazos entre unos sectores y otros con el propósito de coordinar mejor las actividades de planeamiento y organización del programa.

Puesto que el programa recurre al empleo de técnicas y procedimientos simples, que se adaptan a las características culturales particulares de las comunidades marginales atendidas, ha ayudado a que

se busquen los medios tecnológicos más convenientes para resolver las necesidades de estos grupos humanos. Además ha abierto el camino para que se elaboren programas de investigación destinados a preparar tales medios tecnológicos, en que participen numerosas instituciones oficiales, incluso el Consejo Nacional de Investigación Científica y Tecnológica y la Universidad de Costa Rica. Del mismo modo, en lo concerniente a la disponibilidad de insumos y equipos indispensables, al hacer uso de la cantidad mínima de elementos requeridos el programa ha hecho que se pueda contar con todos ellos casi constantemente y ha facilitado que se pongan en ejecución mecanismos efectivos para asegurar tal disponibilidad. En el terreno de los recursos humanos el programa ha propiciado que se forme una nueva categoría de personal de salud, capacitada para poner en práctica procedimientos simples y aplicar un enfoque que abarca al mismo tiempo la solución de los problemas de salud y el empleo de medidas preventivas. Por último, gracias al reducido costo del programa en relación con los beneficios que aporta, se ha recibido el apoyo financiero sostenido de fuentes internacionales y de otros orígenes.

En la actualidad el Programa de Salud Comunitaria se encuentra establecido con firmeza en Costa Rica. Sin embargo, la información disponible acerca de los beneficios que brinda y las oportunidades de efectuar mejoras posibles ha apresurado la decisión de fortalecerlo, reorganizarlo y ampliarlo, revisar los métodos y procedimientos que entraña, perfeccionarlo donde sea necesario, y consolidar su coordinación entre todos los ámbitos del sistema de servicios de salud. Además, los resultados obtenidos hasta la fecha han demostrado que la estrategia empleada merece comunicarse, tanto para divulgar ideas e información como para alentar las observaciones y la crítica que puedan de-

sembocar en nuevas mejoras. Apreciaciones y sugerencias serán recibidas con particular beneplácito ahora, cuando se considera que ha llegado el momento de emprender actividades de mayor complejidad, mejorar la organización del programa, perfeccionar sus mecanismos y procedimientos administrativos, hacer una nueva distribución de su personal y delinear otra vez los límites de las áreas en que ha de funcionar. Se piensa que la mejor manera de lograr todo esto consiste en aplicar los conocimientos recientes que han obtenido otros, en combinación con la experiencia adquirida hasta la fecha.

Resumen

Las condiciones generales de salud en Costa Rica han mejorado considerablemente en los años recientes. Por ejemplo, en el decenio de 1970 la mortalidad infantil descendió de 61,5 a 19,1 defunciones por 1 000 nacidos vivos; la mortalidad perinatal disminuyó de 32,9 a 20,0 fallecimientos por 1 000 nacidos vivos; la mortalidad por enfermedades transmisibles se abatió de 1,36 a 0,16 muertes por 1 000 habitantes, y la mortalidad general se redujo de 6,6 a 4,1 por 1 000 habitantes. Estas tendencias pueden atribuirse en cierta medida a dos programas: el Programa de Salud Rural y el de Salud Comunitaria, elaborados en cada caso para ampliar la cobertura de los servicios de salud en las zonas rurales y urbanas marginales donde estos eran insuficientes.

El Programa de Salud Comunitaria comenzó a funcionar oficialmente en 1976. Su estrategia básica ha consistido en definir pequeñas áreas específicas para brindarles atención, asignando a tales áreas auxiliares especialmente capacitados y haciendo que estos desempeñen su labor sobre todo por medio de visitas domiciliarias a los habitantes de cada área. La tarea de estos auxiliares ha consistido en

aplicar métodos simples de tratamiento y referir pacientes a los niveles superiores de atención de salud en los casos necesarios. A su vez, los auxiliares han contado con una supervisión sostenida y se les ha proporcionado, en la medida posible, el apoyo coordinado de todas las instituciones y los recursos del sistema de salud. En la actualidad existen 247 áreas de salud comunitaria dentro de este programa, bajo la jurisdicción de 54 centros de salud. En es-

tas áreas el programa proporciona cobertura de servicios de salud a cerca del 70% de la población urbana marginal de Costa Rica. Los resultados obtenidos hasta la fecha indican que el programa ha sido sumamente útil y el enfoque empleado merece publicarse, no solo con el fin de que se divulguen ideas e información provechosas sino también para recibir una crítica constructiva de la que se deriven mejoras en el futuro. ■

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. *Plan Decenal de Salud para las Américas*. Washington, D.C., 1973. (Documento Oficial 118.)
2. Organización Panamericana de la Salud. *Informe del Director, Cuadrienal (1978-1981) y Anual 1981*. Washington, D.C., 1982. (Documento Oficial 183.)
3. Organización Mundial de la Salud. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Alma Ata 1978: Atención primaria de salud*. Ginebra, 1978. (Serie Salud para Todos 1.)
4. Organización Panamericana de la Salud. *Salud para todos en el año 2000. Estrategias*. Washington, D.C., 1980. (Documento Oficial 173.)
5. Costa Rica. Ministerio de Salud. *Salud en Costa Rica*. San José, 1982.
6. Organización Panamericana de la Salud. *XXI Conferencia Sanitaria Panamericana*. Informe de la Delegación de Costa Rica. Washington, D.C., 1982. (Documento Oficial 186.)
7. Costa Rica. Ministerio de Salud y Ministerio de Planificación. *Extensión de los servicios de salud*. San José, 1978.
8. Centro Latinoamericano de Demografía. Algunas estimaciones demográficas sobre la mortalidad para la formulación de las metas del Plan de Salud de Costa Rica. San José, 1974.
9. Ministerio de Salud de Costa Rica y Centro Latinoamericano de Demografía. Evolución de la mortalidad entre los períodos 1970-1972 y 1974-1976. San José, 1977.

Primary health care in marginal urban areas: The Costa Rican model (Summary)

Costa Rica's general health conditions have improved considerably in recent years. During the 1970s, for example, infant mortality fell from 61,5 to 19,1 deaths per 1 000 live births; perinatal mortality declined from 32,9 to 20,0 deaths per 1 000 live births; communicable

disease mortality plummeted from 1,36 to 0,16 deaths per 1 000 inhabitants; and general mortality dropped from 6,6 to 4,1 deaths per 1 000 inhabitants. These trends can be attributed in part to two programs, a Rural Health Program and a Community Health

Program, respectively designed to extend health services coverage into underserved rural and marginal urban areas.

The Community Health Program, which is the subject of this article, began functioning officially in 1976. Its basic strategy consisted of defining small specific areas to be served, assigning especially trained auxiliaries to those areas, and having the auxiliaries work principally through house-by-house visits to the residents of each area. The mission of these auxiliaries has been to apply simple treatment methods and to make referrals to higher health care levels in case of need. The auxiliaries, in turn, have received regular supervision and

have been provided, to the extent possible, with the coordinated support of all health service facilities and resources. At present, there are 247 community health areas within the program, under the jurisdiction of 54 health centers. Within these areas, the program provides health services coverage for roughly 70% of Costa Rica's marginal urban population. Overall, the results obtained thus far indicate that the program has been extremely useful and that the approach employed is worth publicizing—not only so that useful ideas and information may be spread, but also so that constructive criticism capable of yielding future improvements can be heard.

Atenção primária de saúde em áreas urbanas marginalizadas. O modelo de Costa Rica (Resumo)

As condições gerais de saúde na Costa Rica têm melhorado consideravelmente nestes últimos anos. Por exemplo: no decênio de 1970 a mortalidade infantil decresceu de 61,5 a 19,1 óbitos por 1 000 nascidos vivos; a mortalidade perinatal diminuiu de 32,9 a 20,0 mortes por 1 000 nascidos vivos; a mortalidade por doenças transmissíveis baixou de 1,36 a 0,16 falecimentos por 1 000 habitantes, e a mortalidade geral reduziu-se de 6,6 a 4,1 por 1 000 habitantes. Podem-se atribuir essas tendências até certo ponto a dois programas: o Programa de Saúde Rural e de Saúde Comunitária, estruturados em cada caso para ampliar a cobertura dos serviços de saúde nas zonas rurais e urbanas marginalizadas onde essa assistência não era suficiente.

O Programa de Saúde Comunitária começou a funcionar oficialmente em 1976. Sua estratégia básica tem sido a definição de pequenas áreas específicas para dar-lhes atendimento, nomeando para essas áreas auxiliares com treinamento especial, fazendo que eles cumpram com o seu trabalho

especialmente através de visitas feitas às casas dos habitantes de cada área. A responsabilidade desses auxiliares tem consistido da aplicação de métodos simples de tratamento e de transmitir os doentes aos níveis superiores de atendimento de saúde sempre que for necessário. Por sua vez os auxiliares têm contado com um supervisionamento contínuo e dentro do possível dá-se-lhes o apoio coordenado de todas as instituições e os recursos do sistema de saúde. Atualmente existem 247 áreas de saúde comunitária dentro desse programa que fica sob a jurisdição de 54 centros de saúde. Nestas áreas o programa oferece cobertura de serviços de saúde a aproximadamente o 70% da população urbana marginalizada da Costa Rica. Os resultados obtidos até agora indicam que o programa tem sido de suma utilidade e que é bem merecido que se publique informação sobre o enfoque que se lhe deu não só com o fim de que se divulguem idéias e informações que valem a pena mas que também se possa receber de outros suas críticas construtivas das quais nascam melhoramentos para o futuro.

Soins de santé primaires dans les zones urbaines marginalisées. Le modèle du Costa Rica (Résumé)

Les conditions générales de santé se sont considérablement améliorées au Costa Rica ces dernières années. Le taux de mortalité infantile,

par exemple, s'est abaissé au cours des années 1970 de 61,5 à 19,1 décès pour 1 000 nés vivants; la mortalité périnatale a diminué de

32,9 à 20,0 décès pour 1 000 nés vivants; la mortalité occasionnée par des maladies contagieuses s'est réduite de 1,36 à 0,16 pour 1 000 habitants et la mortalité générale est passé de 6,6 à 4,1 pour 1 000 habitants. Deux programmes ont favorisé ces tendances: le Programme de Santé rurale et le Programme de Santé communautaire, tous deux élaborés en vue d'élargir la couverture des services de santé dans les zones rurales et dans les zones urbaines marginalisées où ils étaient insuffisants.

Le Programme de Santé communautaire a été officiellement inauguré en 1976. Sa stratégie de base a consisté à délimiter des zones restreintes d'application, y affectant des auxiliaires spécialement entraînés. Ces derniers avaient pour mission essentielle de procéder à des visites domiciliaires à l'occasion desquelles ils appliquaient des méthodes simples de traitement et, en cas de nécessité, faisaient

appel à des niveaux supérieurs de soins de santé. Ces auxiliaires eux-mêmes ont fait l'objet d'une supervision constante et ont bénéficié, dans la mesure du possible, de l'appui coordonné des établissements sanitaires et des ressources du système de santé. Ce programme s'étend actuellement à 247 zones de santé communautaire, sous la juridiction de 54 centres sanitaires, de sorte que les services de santé couvrent quelque 70% de la population urbaine marginalisée du Costa Rica. Jusqu'aujourd'hui les résultats obtenus témoignent de la grande utilité d'un tel programme et la stratégie employée mérite d'être diffusée, non tant aux fins de divulgation d'idées et d'information profitables, mais surtout pour susciter à une critique constructive pouvant elle-même favoriser des améliorations dans l'avenir.