

## EDITORIAL

# Atención primaria en salud. El caso Venezuela

Primary health care. The Venezuela case

Les soins de santé primaires. Le cas du Venezuela

Cuidados de saúde primários. O caso da Venezuela

Gilberto Bastidas\*

La Atención Primaria a la Salud (APS) no puede entenderse exclusivamente como un servicio de salud, menos aún como simple atención médica o en el peor de los casos como atención por personal no calificado como intento del Estado para llegar a los más pobres; por el contrario, debe dirigirse por igual a todos los ciudadanos con enfoque familiar y participación social, con base en los principios filosóficos de cobertura universal y prestación según necesidades; en la integración y articulación de los servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación; en el reconocimiento de la diferencia o diversidad cultural para el ofrecimiento de programas en salud eficientes, asequibles y susceptibles de gestión; en la participación auto responsable de la comunidad como sinónimo de empoderamiento; y en la acción sanitaria integrada a la agenda multisectorial de funcionamiento del Estado<sup>1</sup>.

En este sentido, tiene plena vigencia la definición de APS que se propuso en la Declaración de Alma Ata como consenso para la fundamentación de los principios de la salud y desarrollo internacional, y adoptada como estrategia sociopolítica por 134 naciones y 67 organizaciones en 1978 con base en la definición de la salud como derecho humano inalienable y en aras de proporcionar el abono para otros compromisos de carácter global, entre los que destacan los objetivos de desarrollo del milenio (enunciados 25 años después de la declaración), mismos que giran alrededor de la participación comunitaria en la toma de decisiones para las acciones relativas a la salud<sup>2</sup>.

El objetivo es alcanzar la salud para todos, a través de la APS como estrategia y como nivel de atención (dos significados del mismo concepto), sin que estas acepciones sean fuente de percepciones divergentes y debates; sin embargo, la realidad apunta a la divergencia. Por ejemplo, los países con medianos y altos ingresos económicos consideran la APS como un servicio esencial o básico (el primer nivel donde los casos complejos se refieren al nivel secundario y terciario) de salud, prestado en el primer contacto entre individuos y trabajadores sanitarios, y en los países con bajos ingresos la APS se constituyen en una estrategia de atención sanitaria, apoyada en el principio de justicia social, en la

democratización de los servicios de salud y en la ideología para alcanzar el desarrollo (como reordenamiento de prioridades en todos los niveles y sectores de la promoción de la salud)<sup>1</sup>.

En Venezuela, la práctica socio-sanitaria en APS que se aplica, se centra en la justicia social, dirigida desde 1936 a la disminución de la mortalidad infantil, de las enfermedades infecto-contagiosas (tuberculosis) y de las metaxénicas (malaria) por medio del diseño e implementación de programas sanitarios desde el nivel central de la atención en salud. Más tarde, específicamente a partir de 1948, la política sanitaria del país se enfocó en la construcción y dotación de una gran red de ambulatorios y de hospitales en todo su territorio. Ahora bien, la participación comunitaria y las actividades en salud, ya en las décadas de 1950, 1960 y 1970, tienen su fundamento, aunque incipiente, en los programas de construcción de viviendas rurales y de medicina simplificada (auxiliares de enfermería que resuelven problemas de salud sencillos, donde no hay médicos). La dedicación por mejorar la salud, fue tan intensa que Venezuela se convirtió en el primer país de América Latina en anunciar la erradicación de la viruela y en lograr reducir la malaria a dos tercios en su territorio nacional<sup>3</sup>.

Desde entonces en Venezuela, los servicios sanitarios del país se han hecho deficientes, particularmente para los más necesitados, como producto de la creciente desigualdad económica entre sectores de la población, la preponderancia de la atención curativa sobre la preventiva, la tendencia a la tecnificación y especialización del servicio médico y el desdén por la participación comunitaria; no obstante, el Estado venezolano ha realizado propuestas para revertir la situación, la última de ellas, la denominada Misión Barrio Adentro, con reconocido éxito en la solución de parte del problema sanitario del país, pero no así en lograr la salud para todos propuesta en la Declaración de Alma Ata; sin embargo, y a favor del Estado venezolano se cumple parcialmente con la declaración, específicamente con la formulación de políticas y planes para establecer la APS en su sistema nacional de salud<sup>3,4</sup>.

Más adelante en Venezuela, la descentralización política administrativa que parcialmente se dio en el país en la década de 1980, (hoy paralizada e incluso revertida) sirvió de terreno para la implementación de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), un modelo organizativo para la ejecución de la APS en una zona administrativa y geográfica bien definida, con competencia administrativa para manejar los recursos y para adaptar los programas verticales o centrales del Estado (considerado como proveedor y regulador de los servicios de salud) a las necesidades municipales o distritales, con la participación de sectores privados y de agencias del gobierno. Esta circunscripción local del sistema nacional de salud, en referencia a los SILOS, fue considerado por algunos gobiernos suramericanos como el verdadero motor de la reforma del modelo de salud hacia la atención primaria; sin embargo, en Venezuela se entendió la estrategia de los SILOS como simple reforma gerencial y administrativa del ámbito sanitario o la puesta en práctica de los programas nacionales de salud en aquellas demarcaciones territoriales donde aún no se hacía.

Pese a los esfuerzos hechos por las autoridades sanitarias de Venezuela no se logra una efectiva APS, a pesar de la disposición política, traducida incluso en cambios hechos en la estructura sanitaria, debido, esto se cree firmemente, a que la escasa participación comunitaria afecta negativamente la APS; por tanto, es aquí donde puede tener cabida el modelo de atención primaria orientada a la comunidad (APOC) con base, entre otros aspectos, en la amplia red de ambulatorios que posee el país, número que se ve incrementado, con la creación en el año 2003, de la Misión Barrio Adentro, una estrategia de reestructuración del sistema de salud que entre sus políticas incluía la construcción de nueva infraestructura, la dotación tecnológica de la misma y la formación masiva del talento humano<sup>5</sup>.

Por ello la APOC, nacida en 1940 de la aplicación conjunta de la epidemiología, de las ciencias sociales y del comportamiento (actitudes y creencias), y con base en la justicia social, la coordinación intersectorial, la descentralización y el trabajo por objetivos claros, parece ser la acción integral en política de salud pública para Venezuela (como sistema definido por las siguientes etapas: definición de la comunidad, determinación de prioridades sentidas, implementación de programas de salud comunitarios, vigilancia del programa, evaluación del impacto y eficacia, y análisis de la nueva situación), porque este país tiene amplia red de ambulatorios, acceso libre a los servicios sanitarios por disposición constitucional, equipos de trabajo multidisciplinario y con posibilidad de movilización fuera de las instalaciones de salud, que ya están ubicadas dentro de las comunidades, y finalmente la participación comunitaria (individual y colectiva) fuertemente instaurada en los ciudadanos para el cuidado y mejora de la salud<sup>5</sup>.

Otros factores que apuntalan la implementación de la APOC en este y otros países de Latinoamérica son: el creciente desarrollo, por inclusión en la currícula de los profesionales en ciencias de la salud de la asignatura medicina comunitaria, de habilidades para identificar las necesidades de salud y planificar las intervenciones; además del sentido humanitario y de desprendimiento que caracteriza a los profesionales del sector sanitario. A favor del modelo de APOC también se señala, producto de la revisión exhaustiva de su efectividad, la reducción de la mortalidad infantil, la disminución de las tasas de incidencia y prevalencia de enfermedades infecciosas, el aumento de la cobertura de los programas de inmunización, el control de los factores de riesgo para enfermedades crónicas-metabólicas, el impulso de los hábitos y comportamientos saludables, y por supuesto el desarrollo integral de la comunidad<sup>5</sup>.

## Referencias

1. Tejada de Rivero D. What a primary health care is: some considerations after almost thirty five years of Alma-Ata. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 2013; 30(2):283-287.
2. PAHO/WHO. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata. URSS, 6-12 de septiembre de 1978. [Internet] Disponible en: [http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm).
3. García L. Historia de la sanidad en Venezuela. Educación y Salud Pública. Caracas: Ediciones del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. 1972.
4. Organización Panamericana de la Salud. Atención Primaria de Salud en las Américas. Las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. Washington DC: OPS. [Internet] 2003. Disponible en: [http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Primero/I\\_SM\\_385-402.pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/compendio/Primero/I_SM_385-402.pdf).
5. Gofin J, Gofin R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *Rev Panam Salud Pública* 2007; 21(2-3):177-185.

---

\*El autor es Médico Cirujano con Maestrías en: Protozoología, Gerencia de la Educación, y Salud Pública y Gestión Sanitaria. Doctor en Parasitología. Departamento de Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Carabobo. Venezuela.