

ATENCION PRIMARIA DE SALUD

*Dra. Marta Rodríguez de González**

En los últimos años, los representantes de las instituciones vinculadas con el sector salud (planificadoras, dispensadoras, gremiales, docentes) y los órganos de comunicación social vienen hablando de atención primaria como el sistema de atención que permitirá superar la crisis asistencial que vive el país.

A veces da la impresión que no todos utilizan el término con el mismo sentido: así atención primaria, atención primaria de salud, servicio de atención primaria, primer nivel de atención, se utilizan frecuentemente como sinónimos.

Dada la vigencia del tema es necesario conocer los conceptos en toda su amplitud ya que con frecuencia se resaltan ciertos factores, se minimizan otros, simplificando la información, lo cual lleva a una visión parcial del problema.

Uno de los aspectos que mas llama la atención es la contradicción que parece existir entre el discurso institucional y la práctica institucional de los sectores mencionados. Unos son los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Organización Panamericana de la Salud (OPS), de los planes de la nación, específicamente el V, VI y VII planes y otras las políticas que se llevan a cabo. Estos planes en general han insistido en el aumento de la cobertura, mejoramiento de los servicios a la colectividad y desarrollo del primer nivel de atención como respuesta a la crisis del modelo asistencial vigente, desarrollado a partir de 1946 y que logró la cobertura de las principales regiones del país con grandes hospitales.

Sin embargo, ya para el período en el cual el discurso hace énfasis en desarrollo de la atención ambulatoria y de la atención primaria vemos por ejemplo que el descenso de camas de 3,4 por 1.000 habitantes a 2,7 entre 1963 y 1981 (tabla 1) no se acompaña, como sería de esperar, de un incremento de las acciones de promoción de salud o de atención ambulatoria, como corresponde a un modelo como el propuesto en dichos planes.

Para ilustrar, valen las cifras aportadas por el Dr. Pedro Luis Castellanos en su trabajo "Marginalidad y Salud" (1) donde vemos que las tasas de consulta curativa del MSAS han descendido en los últimos años de 66% en 1979 a 63% en 1982, y este

descenso se observa tanto en las actividades de prevención y control así como en los egresos hospitalarios (tabla 2).

En el Instituto Venezolano de los Seguros Sociales (IVSS) las consultas médicas por beneficiario pasaron de 4,3% en 1972 a 1,7% en 1981 y los egresos hospitalarios de 4,9% a 2,7% entre 1976 y 1981 respectivamente. En el Instituto de Previsión y Asistencia Social del Ministerio de Educación (IPASME) las atenciones por afiliado descendieron de 2,8% en 1975 a 1,8% en 1981. En Beneficiencia los egresos hospitalarios descendieron de 3,9% a 3,4% y las consultas ambulatorias de 0,7 por habitante en 1980 a 0,6 en 1982 (Tablas del 3 al 7).

El presupuesto en Medicina Preventiva descendió de 42,9% en 1940 a 18,9% en 1968, 11,1% en 1964, 10,3% en 1971, entre 1972 y 1982 osciló entre 7,6% y 9,0% y entre 1983-1985 fue de 10,2% (2).

Se ha producido, evidentemente, una disminución progresiva de la oferta por parte del sistema de salud, tanto a nivel de hospitalización como de consulta externa, demanda que deriva parcialmente hacia el sector privado lucrativo el cual, a partir de la década del setenta, ha tenido una franca tendencia a la expansión. En 1960 la oferta de camas del sector privado representaba el 12% del total de camas, para 1980 ascendió a 30,4% de la oferta total (3) (tablas 8 y 9), y para 1982

TABLA No. 1
CAMAS DE HOSPITALIZACION POR MIL HABITANTES
SEGUN DEPENDENCIA. VENEZUELA. 1963, 1973 y 1981

AÑO	TOTALES		PUBLICAS		PRIVADAS	
	No.	por mil	No.	por mil	No.	por mil
1963	28.484	3,4	24.954	3,0	3.530	0,4
1973	34.530	2,9	29.268	2,5	5.262	0,4
1981	42.031	2,7	32.016	2,1	10.015	0,6

Fuente: Memoria y Cuenta. MSAS. Venezuela 1963-1973
OCEI. Población Venezolana. 1950-2000. Venezuela.
1983 en OPS. Caracas 1984.

TABLA No. 2
MSAS - ACTIVIDADES DE ATENCION MEDICA - TASA POR 100 HABITANTES
VENEZUELA. 1979 - 1982

	1979	1980	1981	1982
Consultas curativas	66,5	67,0	64,0	63,6
Consultas preventivas	25,0	24,4	25,0	24,8
Consultas odontológicas	8,4	8,5	7,6	9,1
Inspecciones de salud pública	2,8	2,7	2,6	2,3
Visitas de enfermería	3,4	4,6	3,5	3,4
Inmunizaciones	39,0	35,1	34,6	31,9
Atención médica simplificada	4,9	4,5	6,2	6,1
At. suplementac. nutricional	8,8	6,7	1,9	4,7
Visitas servicio social	0,6	0,1	0,4	0,8
Atención servicio social	2,4	0,4	1,6	2,9
Planificación familiar*	14,5	8,7	10,7	11,1
Citologías*	4,5	0,4	2,1	1,7
Egresos hospitalarios	4,1	4,2	4,1	3,9

* Profesor Agregado de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela

*Calculada en base a la población femenina de 15 a 49 años
Fuente: Cuadro No. C 1-4-4 en OPS. Caracas 1984

TABLA No. 3

**ATENCIÓN MÉDICA DEL SEGURO SOCIAL OBLIGATORIO
BENEFICIARIOS, CONSULTAS Y PORCENTAJE**

	1972	1973	1974	1975	1976	1977	1978	1979	1980	1981
Beneficiarios de los servicios médicos (en miles)	2.153	2.347	2.556	2.871	3.115	3.896	4.320	4.521	6.157	6.383
Consultas médico-odontológicas (en miles)	10.692	10.810	10.978	11.472	11.560	11.830	11.917	11.683	12.055	12.701
Consultas médicas (en miles)	9.367	9.455	9.553	10.045	10.180	10.411	10.497	10.233	10.942	11.107
Consultas odontológicas (en miles)	1.325	1.355	1.425	1.429	1.380	1.419	1.420	1.450	1.515	1.594
Consultas médicas p/beneficiario	4,35	4,05	3,74	3,50	3,27	2,67	2,45	2,37	1,72	1,74
Consultas odontológicas p/benef.	0,62	0,58	0,56	0,50	0,44	0,36	0,38	0,34	0,25	0,25
Distribución porcentual de las consultas según tipo:										
Medicina general		33,7	33,9	33,8	34,0	36,0	38,4	37,4	37,2	37,3
Especialidades		26,0	26,1	26,3	26,9	26,0	23,0	25,4	25,2	25,2
Pediatría		16,4	16,1	13,6	14,6	14,2	13,4	13,4	13,2	13,1
Domicilio		3,4	3,2	3,1	2,8	2,4	2,2	2,0	1,9	1,9
Emergencia		7,8	7,7	8,7	9,3	9,4	9,1	9,4	9,9	9,9
Domicilio		12,7	13,0	12,3	11,	12,0	11,9	12,4	12,6	12,6

Fuente: Diagnóstico Social. Cordiplan 1981; OPS. Caracas 1984.

TABLA No. 4

IVSS - ESTADÍSTICAS HOSPITALARIAS - 1976 A 1981

	1976	1977	1978	1979	1980	1981
Camas año	6.800	7.123	6.818	6.949	7.283	7.883
Camas día (en miles)	2.482,0	2.599,9	2.488,6	2.536,4	2.658,3	2.877,3
Egresos	153.482	152.021	146.904	145.781	150.263	174.127
Días paciente (en miles)	1.836	1.839	1.739	1.776	1.861	2.090
Porcentaje de ocupación	74,0	70,7	69,9	70,0	70,0	72,6
X estancia	11,9	12,1	11,8	12,2	12,4	12,0
Rendimiento	22,6	21,3	20,6	21,0	20,6	22,1
Egresos por 100/benefic/año	4,9	3,9	3,4	3,4	2,4	2,7

Fuente: Diagnóstico Social. Cordiplán. 1981; OPS. Caracas 1984

TABLA No. 5

**IPAS-ME ATENCIÓN MÉDICA DIRECTA Y POBLACION AFILIADA
AÑOS 1975 A 1981**

AÑOS	Casos atendidos	Población afiliada	Relación atención/afiliado
1975	1.507.185	526.000	2,8
1976	1.623.700	571.000	2,8
1977	1.651.242	620.000	2,7
1978	1.761.161	714.000	2,5
1979	1.771.545	823.000	2,2
1980	1.868.000	948.000	2,0
1981	1.848.190	1.004.000	1,8

Fuente: Memoria y Cuenta. IPASME. 1975-1981
Diagnóstico Social Cordiplan 1981; en OPS. Caracas 1984.

representa el 35% de las camas del país. Las camas del MSAS entre 1959-1982 aumentaron 3,3 veces, las del sector público 2,3 veces y las del sector privado 45 veces (4).

A partir del año ochenta, con la disminución de los ingresos por la vía del petróleo y una política económica marcada por un descenso sustancial del gasto social (tabla 10), en 1973 era el 44% del gasto global, en 1981 sólo el 34,9% siendo estos descensos

más marcados en sanidad, seguridad social; en educación, vivienda y ordenamiento social hubo un incremento pero mucho menor que el descenso de los rubros anteriores (CORDIPLAN/OCEI) (5); se ha acentuado el deterioro de la calidad de vida de un sector cada vez más numeroso de la población. El acceso al sector privado se hace cada vez más difícil, ya que los costos han ido incrementándose, todo ello aunado al deterioro

progresivo de las instituciones públicas que prestan asistencia, ha llevado a la acentuación de las tensiones sociales, especialmente en el sector salud.

Por otra parte, en las Facultades de Medicina, sucede algo similar, a pesar del discurso institucional planteado a partir de 1960 en los Seminarios de Educación Médica y de algunas modificaciones que han introducido en los planes de estudio, como la incorporación de varios niveles de Medicina Preventiva y Social, y de Ciencias de la Conducta, Internado rotatorio de pregrado, primera expresión concreta de Integración Docente-Asistencial en pregrado; no se producen las modificaciones estructurales que permitan el logro de esos objetivos. No se dotan adecuadamente los departamentos de Medicina Preventiva y Social, los cuales realizan su labor aislados de los hospitales y consultas, la relación docente alumno en esta área es absolutamente inadecuada. No hay áreas de consulta para realizar la docencia siendo ésta eminentemente hospitalaria (6). Así las Facultades de Medicina han contribuido a la formación de un profesional escasamente sensibilizado hacia las estrategias de atención primaria y

TABLA No. 6

JUNTA DE BENEFICIENCIA PUBLICA DEL DISTRITO FEDERAL (JBD-DF)

	1980		1981		1982	
	No.	%	No.	%	No.	%
Emergencias	331.468	23,3	365.446	26,0	528.789	36,2
Medicina	103.358	7,6	258.804	18,4	133.776	9,2
Pediatría	282.040	20,6	283.432	20,2	242.844	16,6
Especialidades	649.334	47,5	496.493	35,4	554.099	38,0
TOTAL	1.366.200	100,0	1.404.175	100,0	1.459.508	100,0

Fuente: Memoria y Cuenta Gobernación Distrito Federal 1982, en OPS. Caracas 1984

Nota: En 1982 = 0,7 consultas por hab. del D.F.

En 1982 = 0,6 consultas por hab. del D.F.

TABLA No. 7

JUNTA DE BENEFICIENCIA PUBLICA DEL DISTRITO FEDERAL
ESTADISTICAS HOSPITALARIAS 1978 A 1982

	1978	1979	1980	1981	1982
Camas-año	2.319	2.373	2.548	2.555	2.520
Camas-día	846.435	866.145	932.568	932.575	919.800
Egresos	79.076	82.640	81.038	77.131	72.995
Días-paciente	591.810	608.963	660.702	672.929	656.165
Porcentaje ocupación	69,9	70,3	70,8	72,1	71,3
Estancia	7,5	7,4	8,2	8,7	9,0
Rendimiento	34,1	34,8	31,8	30,2	29,0
Egresos por mil hab. DF	39,4	40,7	39,5	37,2	34,9

Fuente: Memoria y Cuenta Gobernación del D.F. 1982 en OPS. Caracas 1984.

hacia la transformación del modelo de práctica prevalente, más aún han contribuido a reforzarlo.

Tanto el sector prestador de asistencia como el formador de recursos enfrentan contradicciones internas y externas, así como dificultades para instrumentar políticas que permitan el cambio del modelo médico, estas dificultades son fuentes de conflicto y se han ido haciendo concesiones a los grupos de poder de los diferentes sectores, lo cual ha llevado a la reproducción de las características de la práctica médica imperante, tecnicista, individualista, escasamente dirigida a la comunidad, esencialmente curativa, socialmente discriminativa y desigualmente distribuida en la geografía del país.

ATENCION PRIMARIA EN SALUD

En 1978, en Alma-Alta, capital de la República Socialista Soviética de Kazakstán, se realiza bajo el patrocinio de la OMS y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud (APS) que recoge experiencias y discusiones de diversas reuniones regionales e internacionales realizadas en diferentes lugares del mundo (Países Africanos, Brazzaville 1977; Países de Asia Sur Oriental, Nueva Delhi 1977; Países del Mediterráneo, Alejandría 1977; Países Miembros de la OPS, Washington 1977. Atención primaria en Salud en Países Industrializados,

TABLA No. 8

EVOLUCION DEL NUMERO DE CAMAS SEGUN SECTOR
1950 - 1980

SECTOR	1950	1960	1970	1980
Público	14.442	22.773	28.998	31.658
Privado	1.149	3.256	4.710	9.638

Fuente: Presidencia de la República (1980) en A. Galli y H. García (1984)

Nueva York 1978. Congreso Internacional de Organizaciones No Gubernamentales para la Atención Primaria en Salud, Halifax 1978). En Alma-Alta se define y se plantea la atención primaria como la atención que permitirá superar la desigualdad existente en el estado de salud de la población de cada país y entre los países en desarrollo y los desarrollados (7). En Octubre de 1979 la Asamblea Mundial de Salud adopta la Atención primaria de Salud como la estrategia mundial que permitirá el logro de "Salud para todos en el año 2000" (8).

La Atención primaria de Salud está definida en el documento de Alma-Alta (7) como "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una

de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La Atención primaria de Salud forma parte integrante del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y núcleo principal, como el desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto del individuo, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar que residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria".

Atención primaria de Salud es entonces:

- Asistencia sanitaria esencial, término que rebasa ampliamente las palabras atención médica primaria o primer nivel de atención, términos que frecuentemente se utilizan en las informaciones al referirse a Atención primaria de Salud.