

Examen de los 40 años de aplicación de la atención primaria de salud en los países

Diciembre de 2019

Agradecimientos

El equipo encargado del examen desea dar las gracias a todas las personas que participaron en la encuesta en línea para los Estados Miembros. Sus apreciaciones y perspectivas sobre la aplicación de la atención primaria de la salud en los países fueron un elemento esencial del examen. Además, fue de gran ayuda la labor del grupo de referencia constituido para el examen, que proporcionó observaciones sobre la nota conceptual y el proyecto de informe.

La publicación de los informes elaborados por la Oficina de Evaluación de la OMS tiene por objeto cumplir el compromiso institucional de transparencia mediante la publicación de todas las evaluaciones finalizadas. Los informes se han concebido para estimular el libre intercambio de ideas entre los interesados en el tema y dar garantías a quienes apoyan la labor de la OMS de que esta examina rigurosamente sus estrategias, resultados y eficacia general.

El análisis y las recomendaciones del presente informe son los del equipo independiente encargado del examen y no reflejan necesariamente los puntos de vista de la Organización Mundial de la Salud. Esta es una publicación independiente de la Oficina de Evaluación de la OMS. El texto no ha sido editado con arreglo a las normas oficiales de publicación y la OMS no se hace responsable de los errores. Las designaciones que se utilizan en la publicación no implican ninguna opinión sobre la situación jurídica de ningún país o territorio, ni de sus autoridades, ni sobre la delimitación de fronteras.

Las consultas sobre esta evaluación deben dirigirse a:

Oficina de Evaluación, Organización Mundial de la Salud

Correo electrónico: evaluation@who.int

Índice

Índice

Resumen	i
1. Antecedentes	1
2. Metodología.....	5
3. Constataciones.....	8
Constataciones de la encuesta para los Estados Miembros	8
Constataciones del estudio documental.....	23
3.1. Progresos en la aplicación de la atención primaria de salud: principales logros.....	23
3.2. Desafíos en la aplicación de la atención primaria de salud: principales deficiencias.....	28
3.3. Principales factores que inciden en la aplicación de la atención primaria de salud.....	33
Resumen de las principales conclusiones	39
4. Conclusiones y perspectivas para el futuro	44
Anexo 1: Mandato	52
Anexo 2: Encuesta en línea a los Estados Miembros.....	54
Anexo 3: Lista de documentos examinados	59

Abreviaciones

APS	atención primaria de salud
ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	organización no gubernamental
PIB	producto interno bruto
TIC	tecnología de la información y las comunicaciones
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

Resumen

Antecedentes

En la Declaración de Alma-Ata de 1978, los Estados Miembros signatarios de ese documento fundamental manifestaron la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo.¹ De esa forma contrajeron su compromiso con los principios generales de la atención primaria de salud: la salud es un derecho humano sobre el que se fundamenta el desarrollo económico y social, así como la paz mundial; la salud no es meramente la ausencia de afecciones o enfermedades; la equidad en materia de salud en los países y entre ellos; y las funciones y responsabilidades de los gobiernos con respecto a la salud de sus poblaciones, y de las personas respecto de su participación en la planificación y prestación de sus servicios de salud. Al establecer como objetivo, que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva, los Estados Miembros pusieron la atención primaria de salud en el centro de ese objetivo y expusieron los elementos centrales de la atención primaria de salud descritos en otras partes del presente informe. Los Estados Miembros subrayaron que era preciso ejercer la voluntad política, movilizar los recursos de cada país y utilizar razonablemente los recursos externos disponibles, y que la OMS, el UNICEF y otras organizaciones internacionales los apoyaran en sus esfuerzos.

Aunque el concepto de atención primaria de salud se ha puesto en práctica de muchas maneras diferentes a lo largo del tiempo y en diversos contextos, a los fines del presente examen, la definición amplia formulada por la OMS y el UNICEF en su documento sobre una visión común de la atención primaria de salud proporciona la lente a través de la cual se identificaron los progresos mundiales, los logros y las experiencias exemplares, las prácticas óptimas y los principales retos en el presente examen. A tenor de esa definición, la atención primaria de salud es:

un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades y preferencias de la gente (como personas, familias y comunidades) tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas²

El concepto de atención primaria de salud se diferencia claramente del de «atención primaria», con el que está estrechamente relacionado, porque este último consiste en la organización de servicios de salud esenciales, principalmente en el primer nivel de atención. Por lo tanto, la atención primaria es un elemento importante de la atención primaria de salud, pero, al mismo tiempo, se distingue claramente del concepto mucho más amplio de atención primaria de salud como un enfoque general de la salud.

En ocasión del 40.º aniversario de la Declaración de Alma-Ata, los participantes en la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Astaná (Kazajstán) los días 25 y 26 de octubre

¹ Declaración de Alma-Ata: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6 a 12 de septiembre de 1978 (https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf), consultado el 28 de octubre de 2019.

² A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Ginebra, Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2018 (WHO/HIS/SDS/2018.X, <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf>), consultado el 28 de octubre de 2019.

de 2018, efectuaron la Declaración de Astaná, en la que reafirmaron «los compromisos expresados en la ambiciosa y visionaria Declaración de Alma-Ata de 1978 y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en pos de la salud para todos».³ De esa manera, se comprometieron a «tomar decisiones políticas audaces en pro de la salud en todos los sectores», «establecer una atención primaria de la salud que sea sostenible», «empoderar a las personas y las comunidades» y «alinear el apoyo de las partes interesadas con las políticas, estrategias y planes nacionales», mediante el desarrollo de los conocimientos y la capacidad, los recursos humanos para la salud, la tecnología y la financiación.

En ese contexto, en su 142.^a reunión celebrada en enero de 2018, el Consejo Ejecutivo de la OMS pidió que se realizara un examen sobre los 40 años de prestación de atención primaria de salud en los países.⁴ El mandato para ese examen se presentó en enero de 2019 a la consideración de la 144.^a reunión del Consejo Ejecutivo, que posteriormente tomó nota de ese examen.⁵

El examen abarcó el periodo de 40 años desde la Declaración de Alma-Ata sobre atención primaria de salud, efectuada en 1978, hasta 2018. Además, con el fin de identificar los logros, retos, enseñanzas y prácticas óptimas relativas a la atención primaria de salud en general hasta 2018, el examen se orientó a formular recomendaciones sobre futuras medidas destinadas a acelerar las estrategias y los planes nacionales, regionales y mundiales en pro de la cobertura sanitaria universal, la atención primaria de salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Con miras a ofrecer esta orientación con visión de futuro, el examen incorporó en su análisis retrospectivo un estudio que permitiera determinar si los esfuerzos relativos a la atención primaria de salud habían contribuido, y de qué manera, al logro de la cobertura sanitaria universal y del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades) y sus metas conexas. A ese respecto, dos elementos de referencia contribuyeron a acotar el examen:

- **Función de la atención primaria de salud en el logro de la cobertura sanitaria universal.** El documento sobre la atención primaria de salud establecido por la OMS y el UNICEF esboza las diversas vías por las que cada uno de los principales componentes de la atención primaria de salud (a saber, atención primaria y funciones esenciales de salud pública, políticas y medidas multisectoriales, y personas y comunidades empoderadas) se percibe como un refuerzo de la cobertura sanitaria universal mediante sus tres principales aspectos, a saber: *i*) promoción de la protección financiera/reducción del gasto sanitario de las familias; *ii*) servicios, medicamentos y vacunas de calidad; y *iii*) acceso equitativo. El examen llevó a cabo un balance de los logros y retos de esas vías específicas como medio para identificar prácticas óptimas y enseñanzas de cara al futuro. Otros dos documentos publicados recientemente reiteran ese vínculo. El reciente Informe de seguimiento 2019 de la OMS sobre la cobertura sanitaria universal considera la atención primaria de salud como el motor programático de la cobertura sanitaria universal en la mayoría de los contextos⁶ de diversas maneras: mediante su atención centrada en el empoderamiento comunitario y la responsabilidad social, su enfoque multisectorial que reconoce la conexión entre la salud y otros sectores, su enfoque centrado en la integración holística de servicios hasta ahora separados, su especial hincapié en la relación costo-eficacia mediante el acercamiento de servicios de salud integrales a las comunidades y las familias, y su objetivo de equidad orientado a asegurar la cobertura para todos. Los Estados Miembros reafirmaron este vínculo

³ Declaración de Astaná. Ginebra, Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2018 (WHO/HIS/SDS/2018.61, <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>), consultado el 28 de octubre de 2019.

⁴ Véase el documento EB142/2018/REC/2, actas resumidas de la decimoprimeras sesión, sección 2.

⁵ Véanse los documentos EB144/51 y EB144/2019/REC/2, actas resumidas de la decimoquinta sesión, sección 3.

⁶ La atención primaria de salud en el camino hacia la cobertura sanitaria universal. Informe de seguimiento (2019). Organización Mundial de la Salud, 2019 (https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2019/en/), consultado el 28 de octubre de 2019.

en la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre cobertura sanitaria universal, celebrada el 23 de septiembre de 2019, en la que se refirieron a la atención primaria de salud como «la piedra angular de un sistema sanitario sostenible que permita lograr la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud».⁷

- **Función de la atención primaria de salud en el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.** El examen abordó la intersección conceptual entre las principales características de la atención primaria de salud/cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (en particular el Objetivo 3), habida cuenta de que la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible compromete a los países a alcanzar la cobertura sanitaria universal para 2030. Los elementos específicos de la atención primaria de salud mencionados en la Agenda 2030 como vehículo para alcanzar la cobertura sanitaria universal incluyen: la protección contra riesgos financieros; el acceso a servicios de salud esenciales de calidad, y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos. Además, según se ha mencionado, la reunión de alto nivel celebrada en septiembre de 2019 destacó que la atención primaria de salud era «la piedra angular» para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud.

El examen tenía la finalidad de evaluar los progresos mundiales dirigidos a introducir la atención primaria de salud mediante dos fuentes de información complementarias: un examen sistemático de las fuentes de datos publicados, y una evaluación de la introducción en los países por medio de la participación y las aportaciones de los Estados Miembros, obtenidas mediante una encuesta en línea entre todos los Estados Miembros. El **estudio preliminar** incluyó un examen de los informes presentados por las seis regiones de la OMS, así como un examen y resumen de documentos e informes sobre monografías nacionales de alto nivel. En una plataforma electrónica segura de la OMS se puso en marcha una **encuesta en línea entre los Estados Miembros**, en los seis idiomas oficiales de la Organización. Noventa y cuatro Estados Miembros designaron centros de coordinación, y se recibieron 50 respuestas.⁸

El proceso en general y el enfoque metodológico se rigieron por los principios establecidos en el manual de prácticas de evaluación de la OMS⁹ y en las normas y los criterios de evaluación y las directrices éticas¹⁰ del Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas. Además, el examen se ajustó a las estrategias de evaluación transversales de la OMS sobre género, equidad, poblaciones vulnerables y derechos humanos, y, en la medida de lo posible, incluyó datos y análisis desglosados. Los datos de la encuesta en línea y el estudio preliminar se cotejaron, verificaron y validaron a fin de asegurar la exactitud y la coherencia.

⁷ Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal. Cobertura sanitaria universal: avanzando juntos para construir un mundo más saludable (<https://undocs.org/es/A/RES/74/2>), consultado el 28 de octubre de 2019.

⁸ Se recibieron respuestas de 49 Estados Miembros y un territorio.

⁹ WHO Evaluation Practice Handbook. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/96311/9789241548687_eng.pdf), consultado el 29 de octubre de 2019.

¹⁰ Norms and Standards for Evaluation. Nueva York, Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas, 2016 (<http://www.unevaluation.org/document/download/2787>) y UNEG Ethical Guidelines for Evaluation, United Nations Evaluation Group Foundation Document (UNEG/FN/ETH(2008)) (<http://www.unevaluation.org/document/detail/102>), ambos consultados el 29 de octubre de 2019.

Conclusiones principales

Las conclusiones principales del estudio preliminar y la encuesta en línea se reseñan en el marco de las cuatro preguntas de evaluación:

- a) **¿Cuáles han sido los factores propicios y los retos para el desarrollo y la aplicación de enfoques relativos a la atención primaria de salud en los países en los últimos 40 años?**

Los **principales factores propicios** para el desarrollo y la aplicación de enfoques relativos a la atención primaria de salud en los últimos 40 años mencionados en el examen son los siguientes:

- i) *Voluntad política y buena gobernanza.* Los encuestados destacaron el papel desempeñado por funcionarios ministeriales, políticos y otras figuras destacadas que tienen la voluntad y las atribuciones para aprobar legislación y promover y aplicar reformas sanitarias en favor de la atención primaria de salud. No obstante, también se observó que los acuerdos institucionales oficiales, por ejemplo los consejos ministeriales establecidos para supervisar la atención primaria de salud, contribuyen a preservar los avances más allá de los ciclos electorales.
- ii) *Promoción de reformas sanitarias.* Las reformas destinadas a reorientar los sistemas de atención de salud hacia la atención primaria de salud requieren tiempo y, con frecuencia, no se consolidan sino tras experimentar cambios acumulativos durante décadas. Esos cambios abarcan diversos aspectos del sistema de salud, entre ellos, legislación sobre cobertura sanitaria universal, mayor financiación y mancomunicación de riesgos financieros, iniciativas de fomento de la equidad, sistemas de información sanitaria y otros usos de la tecnología.
- iii) *Fortalecimiento de los sistemas de salud en pro de la atención primaria de salud.* Esta esfera amplia prevé asegurar la participación comunitaria y el compromiso intersectorial.
- iv) *Ampliación del acceso a iniciativas programáticas esenciales.* Los ejemplos de esas iniciativas incluyen las concernientes a atención de salud maternoinfantil, nutrición, inmunización, atención y tratamiento de enfermedades transmisibles y no transmisibles, y otros elementos esenciales de los sistemas de atención primaria de salud.
- v) *Alianzas.* Incluyen la interacción del gobierno con la sociedad civil, las organizaciones no gubernamentales, las organizaciones comunitarias y entidades del sector privado.
- vi) *Gestión institucional.* Incluye cambios en la gestión institucional de la atención sanitaria, en particular el establecimiento de prácticas de familia y/o equipos multidisciplinarios, así como la introducción de medidas de cribado o de atención preventiva a escala nacional.

Muchos de los **principales retos** identificados en el examen representan aspectos contrarios a los factores favorables descritos anteriormente. Otros incluían lo siguiente:

- i) *Recursos humanos para la salud.* La encuesta en línea y el estudio preliminar revelaron que las cuestiones relativas al personal sanitario representaban un importante desafío, en particular en lo que respecta a la distribución de los trabajadores (desigualdades entre zonas urbanas y rurales) en los países, la contratación internacional de profesionales de la salud y el fenómeno de la fuga de cerebros. Además, se señaló el elevado nivel de rotación del personal (debido a las bajas vegetativas), la falta de incentivos para alentar al personal sanitario a continuar su desarrollo profesional, tanto a los fines del progreso profesional como del mantenimiento de las competencias y cualificaciones necesarias. El desafío que supone el mantenimiento de personal debidamente capacitado es muy grave, en particular en zonas remotas y desatendidas.

- ii) *Recursos financieros limitados.* Esto podría deberse a la desaceleración económica o los cambios de los contextos políticos, o a la ineficiente asignación de recursos como resultado de un sesgo inapropiado hacia la atención secundaria y terciaria (que son más costosas). Con frecuencia, la atención primaria de salud compite para atraer fondos suficientes, ante las demandas de los sectores de atención secundaria y terciaria. La reducción de los presupuestos de salud pública afecta de forma negativa a los grupos vulnerables, del mismo modo que lo hacen las tasas y los aumentos de los pagos directos impuestos a los usuarios.
- iii) *Marcos normativos inapropiados.* La falta de armonización normativa entre los diferentes sectores y las lagunas en ciertas políticas relativas a la atención primaria de salud se mencionaron como un reto significativo. Los encuestados señalaron que un programa normativo poco claro suponía un problema para el desarrollo y la prestación de atención primaria de salud. Como un ejemplo específico de esos problemas se mencionó la falta de armonización normativa en el gobierno, combinada con la deficiente coordinación de políticas entre el gobierno y otras partes interesadas. Asimismo, algunos encuestados indicaron que había una brecha en la legislación relativa a la atención primaria de salud en sus respectivos países.
- iv) *Mala calidad de los servicios de salud.* Incluso en lugares en los que se ha alcanzado una amplia cobertura universal, o es probable que se alcance, el acceso oportuno a servicios de salud de calidad se identificó como un reto. El estudio preliminar observó escasez crónica de personal capacitado, equipos y suministros, así como una falta de normas básicas en la prestación de servicios de salud, o una puesta en práctica vacilante en lugares en los que esas normas sí existían, todo lo cual agrava más aún la desigualdad en materia de acceso a la atención de salud de calidad.
- v) *Sistemas de información sanitaria.* La información sanitaria es crucial para propiciar la comprensión de las necesidades de salud de la población, realizar el seguimiento de los servicios, y acometer la planificación y la adopción de decisiones basadas en pruebas científicas durante la formulación programática. La adopción de decisiones basadas en pruebas científicas suele verse limitada por desafíos derivados de la calidad deficiente de los datos, así como de su limitada disponibilidad y la infrautilización de los datos disponibles. A consecuencia de la falta de compatibilidad entre los sistemas de información de los países, diferentes entidades recopilan información (y con frecuencia la duplican) que no puede ser intercambiada entre las instituciones nacionales.
- vi) *Desafíos específicos del contexto relativos a la desigualdad en materia de salud y las dificultades de acceso.* Estos desafíos son los que deben afrontar los grupos vulnerables, por ejemplo, las mujeres, las poblaciones en situación socioeconómica desfavorable, los habitantes de zonas rurales, los refugiados y desplazados internos, las minorías étnicas y otros grupos marginados.

b) ¿De qué manera la atención primaria de salud y las innovaciones conexas contribuyeron a mejorar los resultados de salud, la equidad, la colaboración intersectorial y la eficiencia?

- i) *Mejores resultados de salud.* Los encuestados se refirieron al mejoramiento de la salud de sus poblaciones como uno de los principales logros relacionados con la prestación de atención primaria de salud, por ejemplo, progresos en la atención de salud materno-infantil, reducción de las enfermedades transmisibles, y mayor esperanza de vida. Un número menor de encuestados mencionaron la reducción de los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles, tales como el consumo de tabaco y de alcohol.
- ii) *Mejoras en materia de equidad.* En lo que respecta a la equidad, los derechos humanos y las necesidades de los grupos vulnerables, se han desarrollado políticas y estrategias que acercan a la comunidad sanitaria mundial al logro de los objetivos establecidos en las Declaraciones de Alma-Ata y Astaná, así como los Objetivos de Desarrollo del Milenio y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Esos avances incluyeron la equidad geográfica en el acceso a servicios (por ejemplo, entre comunidades de zonas urbanas y rurales o aisladas) y una mayor equidad entre grupos socioeconómicos de algunos países.
- iii) *Delegación de procesos decisarios y rendición de cuentas fortalecida.* La delegación de atribuciones para adoptar decisiones y el fortalecimiento de los mecanismos de rendición de cuentas en los ámbitos de los gobiernos subnacionales (por ejemplo, municipales o regionales) posibilitaron la integración de la atención de salud y la asistencia social, mejoraron la coordinación de los servicios con la atención secundaria y fortalecieron las actividades de prevención. En algunos países, las reformas sanitarias de sistemas de salud descentralizados (de los niveles regionales a los locales) reorientaron la atención primaria de salud hacia las familias y las comunidades.
- iv) *Empoderamiento de las personas y las comunidades.* Gracias a la mejor educación, la promoción de la salud y la comunicación, las personas, familias y comunidades aprenden a asumir la responsabilidad por su propia salud. En la actualidad, muchos países permiten a los pacientes elegir su médico de familia. La prestación de servicios a grupos de población específicos tales como refugiados, ancianos o personas con discapacidad facilita el acceso a la salud y mejora la equidad en materia de salud.
- v) *Innovaciones para mejorar el funcionamiento y la prestación de servicios de atención primaria de salud.* Iniciativas tales como los planes públicos de seguro médico y otros mecanismos de financiación hicieron frente a las disparidades socioeconómicas y posibilitaron que la atención de salud fuera más accesible. Otras innovaciones, entre ellas los planes de pago basados en los resultados, mejoraron la atención primaria de salud en algunos países, mientras que el uso de sistemas de cibersalud fortaleció el establecimiento de redes y el intercambio de información entre disciplinas médicas y mejoró la calidad de la atención de salud.
- vi) *Avances en la tecnología de la información y la comunicación.* Esta esfera incluyó avances en las áreas de telecomunicaciones, internet, uso de registros médicos electrónicos y desarrollo de aplicaciones de cibersalud (telesanidad, aplicaciones para dispositivos móviles, cibertraslados). Las aplicaciones móviles y la telemedicina han hecho que el trabajo en muchos lugares de zonas aisladas en las que viven numerosas personas vulnerables y pobres sea más atractivo para el personal sanitario. Los recursos tecnológicos se han utilizado para fortalecer el papel del personal sanitario e impartir capacitación y educación, con miras a formar personal sanitario dotado de los conocimientos y capacidades necesarios para afrontar con eficiencia los problemas sanitarios presentes y futuros.

c) ¿Qué enfoques intersectoriales se han adoptado para la atención primaria de salud?

- i) *Enfoque sanitario para toda la sociedad.* Dado que la atención primaria de salud representa un enfoque de la salud para toda la sociedad, el carácter y la amplitud de la colaboración intersectorial es un aspecto importante de los progresos. El estudio preliminar relevó un variado conjunto de enfoques intersectoriales desarrollados y aplicados desde 1978, que van desde la planificación intersectorial y la ejecución de iniciativas multisectoriales en entornos comunitarios rurales, hasta su aplicación a escala nacional.
- ii) *Enfoques de la salud en todas las políticas.* Algunos encuestados mencionaron que la adopción de enfoques de salud en todas las políticas alentaba a los organismos gubernamentales a evaluar las repercusiones sanitarias y tenerlas en cuenta a la hora de desarrollar políticas o legislación.
- iii) *Colaboración y coordinación interministerial (horizontal).* Existen numerosos ejemplos de colaboración entre diversos ministerios (más allá de los ministerios de salud), por ejemplo, la colaboración entre los ministerios de salud, educación y agricultura en relación con programas de alimentación y nutrición en las escuelas. Asimismo, los sectores de salud y educación colaboran para asegurar que los programas de sanidad escolar incluyan los requisitos de inmunización para cada edad, antes de la matriculación escolar. Existen otros ejemplos de medidas intersectoriales en relación con una amplia gama de temas que incluyen preparación y respuesta ante desastres, salud ambiental, seguridad vial, agua y saneamiento, inocuidad de los alimentos, preparación de toda la sociedad para una pandemia, y medidas para hacer frente a las enfermedades no transmisibles.
- iv) *Colaboración y coordinación intergubernamental (vertical).* Esta puede tener lugar entre diferentes niveles de gobierno (por ejemplo, local, estatal y federal).
- v) *Colaboración y coordinación entre el gobierno y agentes no estatales.* Esto incluye la colaboración y la coordinación entre los sectores público y privado.
- vi) *Nivel comunitario.* Algunos países están procurando mejorar los servicios sociales y sanitarios mediante la fusión, en una única entidad, de organismos del sector sanitario con otros responsables de distintos servicios de bienestar social, a fin de asegurar una mejor coordinación de la financiación y la prestación de servicios. En opinión de algunos encuestados, ese enfoque tiene un enorme potencial para el fortalecimiento de la coordinación y la integración de servicios, y en medida nada desdeñable para grupos particularmente vulnerables tales como personas mayores, personas con enfermedades mentales y personas alcohólicas o toxicómanas.
- vii) *Colaboración con el sector sanitario.* El estudio preliminar reveló que los gobiernos también han alentado alianzas entre representantes voluntarios y comunitarios y usuarios de servicios, a fin de prestar atención integrada en el marco de redes de colaboración que satisfagan de manera innovadora las necesidades de las comunidades locales. La coordinación intersectorial de entidades del sector sanitario implica una colaboración más estrecha entre los sectores público y privado, la participación de los médicos generalistas, el sistema de medicina de familia, los laboratorios, el equipo médico y los proveedores de medicamentos, y el fortalecimiento de los sistemas de traslado de pacientes (coordinación vertical entre los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria).

d) ¿Qué enseñanzas e innovaciones de diferentes contextos técnicos o de desarrollo, nacionales y regionales, se pueden adaptar e intercambiar para promover e intensificar futuras actividades en el ámbito de la cobertura sanitaria universal y la atención primaria de salud?

- i) *Voluntad política, buena gobernanza y liderazgo.* Estos elementos son necesarios para el éxito de la atención primaria de salud, en particular mediante el compromiso de financiación de la atención primaria de salud. Se afirma que la buena gobernanza es la base para el logro de los objetivos de la atención primaria de salud, por lo general mediante la adopción de políticas y estrategias coherentes orientadas a promover la salud y el bienestar de la población en el marco de un enfoque centrado en la persona.
- ii) *La atención primaria de salud promueve el uso eficiente de los recursos financieros para la salud.* El papel de la atención primaria como guardiana del ámbito de la atención primaria de salud impide la sobreutilización de la atención especializada en los servicios secundarios y terciarios y reduce los costos. La función de guardiana depende de la calidad y la capacitación del personal de atención primaria de salud, así como de la buena adecuación de las políticas, los sistemas funcionales de traslado de pacientes y los marcos normativos, esenciales para reducir los gastos sanitarios de los sistemas de salud y los pacientes. El mejoramiento de la rendición de cuentas y la transparencia en el uso de los fondos son importantes para los Estados Miembros, como lo es también la financiación previsible y suficiente de la atención primaria de salud. Los planes de seguro de enfermedad y las innovadoras alianzas público-privadas también pueden propiciar mejoras en los resultados de salud.
- iii) *El personal sanitario bien capacitado es necesario para introducir con éxito un sistema de atención primaria de salud.* Un sistema de atención primaria de salud eficaz, adecuado en lo que respecta a la magnitud y la capacitación del personal, depende de la calidad de la educación y formación del personal sanitario, sus niveles salariales y los marcos normativos. La equidad en el acceso y la atención depende de que haya personal sanitario suficiente, con los incentivos necesarios (financieros o de otra índole) para trabajar en las poblaciones más aisladas o desatendidas.
- iv) *La participación comunitaria y los usuarios comprometidos mejoran el acceso y la calidad de la atención.* La participación integradora es esencial para asegurar que los sistemas de salud permanezcan centrados en la persona y las soluciones sanitarias sea adecuadas para satisfacer las necesidades de la comunidad. Para que el sistema de atención primaria de salud sea eficiente es importante la interacción entre sus usuarios y las instancias normativas locales. También es importante asegurar marcos normativos adecuados y mecanismos de rendición de cuentas en los sistemas de salud.
- v) *Las medidas basadas en pruebas científicas requieren el mejoramiento de los mecanismos de recopilación y uso de datos.* En el estudio preliminar se observó que los enfoques orientados por datos y pruebas científicas eran cruciales para el funcionamiento eficaz y eficiente de la atención primaria de salud. Para que los gobiernos y el personal del sector sanitario adopten decisiones bien informadas, la generación y el uso de los datos y las pruebas científicas son elementos esenciales. Sin embargo, la capacidad de los gobiernos en materia de recopilación, análisis y utilización de datos suele estar sujeta a importantes limitaciones.

Conclusiones y perspectivas para el futuro

Progresos mundiales hacia el establecimiento de sistemas de atención primaria de salud

Según lo señalaron los Estados Miembros en la fructífera autoevaluación general de los progresos de sus respectivos países desde la Declaración de Alma-Ata, en los últimos 40 años se han observado algunos logros significativos en lo que respecta a la atención primaria de salud. Muchos indicadores sanitarios han seguido mejorando en la mayoría de los países y, en general, las personas son más sanas y viven más actualmente que hace 40 años. Por lo tanto, numerosos Estados Miembros se centraron en el resultado final de las mejoras, tanto en lo relativo al grado de salud como a la equidad sanitaria en sus poblaciones, como uno de los principales logros de las últimas cuatro décadas. Según se puso de relieve en el estudio, se consideró que diversos aspectos de la atención primaria de salud habían sido cruciales para alcanzar esos resultados, en particular los progresos importantes relativos a cobertura de atención básica, cobertura vacunal, y erradicación y control de algunas enfermedades infecciosas. En muchos países, esos logros han beneficiado no solo a la población en general, sino también a segmentos de la población tradicionalmente marginados o particularmente vulnerables por motivos geográficos y socioeconómicos; por lo tanto, esos países han realizado progresos sustanciales hacia los objetivos de equidad en la atención primaria de salud.

Esos logros se consiguieron con el apoyo recibido en forma de cambios normativos orientados a integrar los principios y objetivos de la atención primaria de salud en los sistemas de salud de los países. En algunos países, esos cambios normativos dieron lugar a modificaciones específicas y progresivas de determinados aspectos de los sistemas de salud. En otros países, los cambios se tradujeron en reformas más profundas del sistema de salud, dirigidas a armonizarlo con los principios y objetivos de la atención primaria de salud, en aras de una atención de salud equitativa, eficaz, eficiente y receptiva.

Uno de los principales elementos de esas reformas ha sido el avance hacia una mayor colaboración intersectorial. Los enfoques intersectoriales abarcaron, ante todo y en primer lugar, la colaboración entre ministerios de salud y otros ministerios cuyos trabajos se refuerzan mutuamente con los objetivos del sector sanitario. Es importante señalar que también se introdujeron otros niveles de colaboración, por ejemplo: colaboración reforzada entre diversas profesiones y disciplinas sanitarias; colaboración entre diferentes sectores de la sociedad (en particular organizaciones de la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales y organizaciones comunitarias) y, más en general, entre gobiernos y agentes no estatales; y colaboración entre niveles separados del gobierno y la administración pública (tales como autoridades sanitarias de los ámbitos nacional, regional y local). Este enfoque inclusivo de la salud en todo el gobierno, toda la sociedad y todas las políticas representa un logro por derecho propio para muchos países.

El examen destacó que la prestación de atención primaria de salud no fue una iniciativa más, sino un logro alcanzado mediante una amplia gama de innovaciones que constituyen en sí mismas una subcategoría de logros. La segunda mitad de la era posterior a la Declaración de Alma-Ata ha experimentado enormes avances en lo que atañe a las tecnologías de la información y la comunicación, que han revolucionado la prestación de servicios de atención primaria de salud. También ha habido innovaciones de carácter menos tecnológico. Por ejemplo, algunos se han centrado en mejorar la prestación de servicios o fortalecer la gestión de la atención primaria de salud, otros han incorporado innovaciones estructurales y administrativas para transferir procesos decisarios, a niveles gubernamentales más próximos a las poblaciones a las que prestan servicios, y otros se han centrado en iniciativas destinadas a empoderar a las comunidades y a las personas para que ejerzan un papel más activo en relación con su salud. Otras innovaciones se orientaron al mejoramiento de los recursos para la salud, tanto financieros como humanos.

Aunque en las cuatro décadas pasadas se han conseguido enormes avances en los resultados sanitarios, no está claro en qué medida esos avances se pueden atribuir directamente a la atención primaria de salud. Esa laguna de información no puede sorprender, habida cuenta de que las deliberaciones en torno a la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los Objetivos de Desarrollo Sostenible han puesto de relieve la falta de datos sobre resultados en todo el mundo. No obstante, muchos Estados Miembros sostienen que la atención primaria de salud ha contribuido ciertamente al mejoramiento general de los resultados sanitarios y la equidad.

A pesar de los importantes avances logrados en todo el mundo en relación con la atención primaria de salud, el examen subrayó que esos avances habían sido desiguales, tanto en los países como entre ellos, lo que planteaba el desafío de lograr la equidad. Más allá de ese desafío general, el examen identificó una amplia gama de áreas en las que no prosperaron los esfuerzos por alcanzar los objetivos de la atención primaria de salud. Aunque en algunos países se han registrado muchos avances notables, el área de los recursos humanos para la salud ha sido un problema arraigado y sigue siendo un reto pendiente para la mayoría de los países empeñados en establecer un sistema de atención primaria de salud. Asimismo, aun cuando la mayor parte de los países de todos los niveles de desarrollo han aumentado su financiación a la atención primaria de salud, la financiación de la salud siguió siendo insuficiente, especialmente a la luz de la creciente demanda de atención sanitaria, el aumento de los gastos médicos y la volatilidad económica. Ahora bien, los enormes avances de las tecnologías de la información y la comunicación no siempre se han incorporado y utilizado efectivamente, en grado tal que afecten de forma positiva la salud y el bienestar y, además, en muchos países los datos han sido de escasa calidad, limitados o inexistentes, o disponibles pero infravalorizados.

Otra amplia categoría de desafíos incumbe a las múltiples facetas de la calidad de la atención. En el sentido más amplio, numerosos Estados Miembros sostuvieron que la baja calidad de los servicios, los prolongados tiempos de espera y las dificultades para obtener citas médicas representaban algunos de sus principales desafíos. En esos Estados Miembros en los que los médicos de atención primaria participaban como guardianes para reducir las demandas inapropiadas de la costosa atención secundaria e institucional, los procedimientos de traslado de pacientes no siempre funcionan como es de esperar, y ello contribuye a la prestación de atención fragmentada o mal orientada. En otros países, en particular los afectados por conflictos, la deficiente infraestructura sanitaria es un factor importante que menoscaba la calidad de la atención.

Al máximo nivel, un desafío crucial señalado en el examen se centra en el propósito mismo de las Declaraciones de Alma-Ata y Astaná: la voluntad política de los gobiernos para introducir la atención primaria de salud, incluida la esfera conexa de gobernanza. Numerosos Estados Miembros indicaron que aún afrontan desafíos para generar y mantener esa voluntad política. En otros países, la voluntad política podría estar presente, pero el contexto político no es propicio para emprender los ambiciosos cambios que posibilitarían la prestación de atención primaria de salud: los programas políticos, la formulación normativa, la coherencia política y la gobernanza han sido frecuentemente inapropiadas, al igual que el marco normativo de la atención primaria de salud. En algunos países, el compromiso gubernamental con agentes no estatales ha sido frágil. En otros, la inestabilidad o los conflictos políticos han dificultado enormemente los esfuerzos destinados a implantar un sistema de atención primaria de salud.

El examen reveló una amplia gama de factores frecuentemente interrelacionados, que contribuyen a explicar el conjunto de logros y retos experimentados en las últimas cuatro décadas. Por ejemplo, la voluntad política es uno de los principales factores mencionados sistemáticamente como apoyo a la atención primaria de salud, mientras que su ausencia se aprecia como un problema crítico para muchos Estados Miembros. En cambio, se ha comunicado que las medidas de protección financiera repercuten positivamente en la atención primaria de salud y representan un logro en muchos países. Otros factores cruciales incluyen: organizaciones de la sociedad civil dinámicas y nivel de participación de otros

agentes no estatales en un país dado; la disponibilidad y la distribución eficaz de recursos humanos para la salud capacitados; el grado de coordinación intersectorial orientada por los donantes; y la amplitud con que se utilizan datos y enfoques basados en pruebas científicas para promover la atención primaria de salud.

Ahora bien, el examen reveló un conjunto mucho más amplio de factores contextuales que han afectado la introducción de sistemas de atención primaria de salud en todo el mundo. La rápida globalización de la economía mundial ha modelado significativamente la atención primaria de salud en numerosos aspectos, algunos positivos y otros menos positivos. Amplias tendencias demográficas señalan que las personas mayores viven más años, aunque no necesariamente vidas más sanas, y con frecuencia sin un reemplazo de población con cohortes más jóvenes y económicamente activas que respalden de forma adecuada la mayor longevidad. En todo el mundo, la creciente carga de morbilidad por enfermedades no transmisibles, traumatismos y discapacidades en relación con las enfermedades transmisibles es otro cambio crucial en el contexto mundial, que afecta la introducción de sistemas de atención primaria de salud. Por otra parte, los conflictos entre Estados han supuesto una importante carga para los países implicados, y también para los que no participan en esos conflictos.

Perspectivas para el futuro

La Declaración de Astaná adopta una perspectiva clara y pionera en relación con la atención primaria de salud, vinculando expresamente su visión del futuro de esa introducción con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Recientemente, en la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre cobertura sanitaria universal, celebrada el 23 de septiembre de 2019, los Estados Miembros reafirmaron los vínculos entre la atención primaria de salud, la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. En la declaración política dimanante de esa reunión se consideró que la atención primaria de salud era «la piedra angular de un sistema sanitario sostenible que permita lograr la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud».¹¹ Así pues, las enseñanzas subyacentes de ese examen podrían ayudar a delinejar el camino a seguir.

A pesar de la gran diversidad de experiencias acumuladas en todo el mundo en los últimos 40 años, muchas de las enseñanzas derivadas de esas experiencias se pueden consolidar en un subconjunto mucho más pequeño de puntos de referencia para seguir avanzando. Enmarcados como declaraciones de enseñanzas, esas referencias incluyen:

- **La traducción de la voluntad política en medidas concretas es un requisito previo para materializar los principios y objetivos de la atención primaria de salud.** En las Declaraciones de Alma-Ata y Astaná, la comunidad internacional se comprometió a tomar medidas en lo concerniente a la atención primaria de salud. Como lo sugería ese examen, algunos países han traducido ese compromiso en una amplia gama de medidas normativas, estrategias y marcos de reglamentación concretos, así como en recursos financieros concordantes con sus ambiciosos compromisos. Por diversos motivos, otros países han avanzado menos en sus trabajos orientados a traducir los compromisos en medidas concretas. Una enseñanza dimanante de ese examen sugiere que, para que la prestación de atención primaria de salud materialice efectivamente sus objetivos y principios, los compromisos exigen que la voluntad política se traduzca en medidas normativas y recursos concretos y sistemáticos.

¹¹ Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal. Cobertura sanitaria universal: avanzando juntos para construir un mundo más saludable (<https://undocs.org/es/A/RES/74/2>), consultado el 28 de octubre de 2019.

- **La introducción efectiva de la atención primaria de salud requiere una alianza de base amplia.** La Declaración de Astaná, en particular, insta a los gobiernos, así como al sistema de las Naciones Unidas (OMS, UNICEF y otras organizaciones internacionales) y a los agentes no estatales, a trabajar en asociación hacia la consecución de los objetivos relativos a la atención primaria de salud. No obstante, la amplitud y la fortaleza de esas alianzas han variado considerablemente de un país a otro.
- **La colaboración intersectorial, componente central de la atención primaria de salud, exige esfuerzos concertados.** El examen destaca que la colaboración intersectorial es polifacética y va mucho más allá de la colaboración interministerial entre el sector sanitario y otros sectores. Antes bien, la colaboración intersectorial puede tener lugar entre especialidades sanitarias, entre diversos sectores de la sociedad (las alianzas de base amplia mencionadas anteriormente) y entre diferentes niveles del gobierno y la administración pública. El examen sugirió que el fomento de esas diversas formas de colaboración ha sido un reto y exige que el compromiso se traduzca en medidas concretas, como se describió en párrafos precedentes.
- **La equidad sigue siendo un reto pendiente.** La superación de las desigualdades, tanto en los países como entre ellos, es un compromiso expresamente contraído en las Declaraciones de Alma-Ata y Astaná, que permanece como un reto persistente. Muchos países han realizado enormes esfuerzos en sus esfuerzos por traducir el compromiso relativo a la salud como un derecho humano, en medidas concretas dirigidas a asegurar la equidad dentro de sus fronteras. Muchos otros han realizado menos progresos. Las desigualdades persisten también entre los países, algunos de los cuales carecen de recursos o capacidad y otros luchan por generar la voluntad política nacional que permita alcanzar la equidad.
- **Para alcanzar los objetivos de la atención primaria de salud es preciso contar con personal sanitario suficiente y suficientemente capacitado.** El tema de los recursos humanos para la salud se presenta sistemáticamente en el presente examen, en particular en lo que respecta a atraer, gestionar y retener un número suficiente de profesionales sanitarios debidamente capacitados. Es importante señalar que, como lo ponen de relieve las experiencias de numerosos países, para materializar los objetivos de la atención primaria de salud es crucial impartir capacitación al personal sanitario, no meramente en los aspectos técnicos de sus respectivas profesiones, sino también en los principios y objetivos de la atención primaria de salud.
- **Se pueden incentivar algunos aspectos relativos a la atención primaria de salud.** Según se ha mencionado en numerosos ejemplos del presente examen, los objetivos de la atención primaria de salud no siempre deben ser impuestos, sino más bien fomentados mediante diversas modalidades de incentivo. Unos pocos ejemplos incluyen el uso de incentivos salariales para atraer y retener a profesionales sanitarios, incentivos financieros para recompensar la consecución de resultados deseados en la práctica médica, incentivos dirigidos a promover la colaboración intersectorial e incentivos para fomentar la innovación.
- **La innovación constante será crucial para desarrollar y mantener servicios de atención primaria de salud en el futuro.** En el examen no se supone que la innovación es intrínsecamente positiva, o que siempre conduce a resultados positivos, pero se describen numerosas innovaciones que han ayudado a los países a aprovechar oportunidades y afrontar desafíos relacionados con la atención primaria de salud. Esas innovaciones no se limitan a la esfera tecnológica, sino también a soluciones creativas que contribuyan a perfeccionar procesos, reconfigurar enfoques de financiación de la salud, reestructurar la administración pública y reformar completamente los sistemas de salud, a fin de que sean más costoeficientes, centrados en la persona y equitativos. A la luz de los constantes retos

planteados a la introducción de sistemas de atención primaria de salud, agravados por las importantes tendencias del contexto mundial destacadas en el presente examen (por ejemplo, la globalización; las poblaciones senescentes; el cambio que experimentan los sistemas de salud debido al aumento de morbilidad por enfermedades no transmisibles; y los conflictos en algunos países), es probable que la necesidad de soluciones innovadoras para los problemas planteados sea cada vez mayor.

- **Los enfoques basados en pruebas científicas pueden ayudar a maximizar el éxito en la introducción de sistemas de atención primaria de salud.** Según lo reveló el examen, algunos países han procurado aportar pruebas científicas pertinentes para respaldar sus procesos decisarios relativos a la atención primaria de salud, mientras otros han adoptado enfoques menos sistemáticos. Mediante el aprendizaje basado en fuentes de conocimientos, información, datos y experiencias, los países pueden desarrollar políticas, programas, estrategias, marcos normativos, estructuras de incentivo e innovaciones bien informados, sobre la base de lo que ha funcionado (y lo que no), en vez de ensayar opciones menos respaldadas por pruebas científicas (y posiblemente menos seguras). El rápido desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación en países de todos los niveles de desarrollo ha servido para facilitar la generación y el intercambio de conocimientos, lo que puede ser crucial para acceder y utilizar las pruebas científicas.

A partir de este amplio panorama de logros, desafíos, factores propicios y enseñanzas se pueden identificar algunas esferas para la futura adopción de medidas concernientes a la introducción de sistemas atención primaria de salud. Esas recomendaciones, derivadas de las respuestas a las encuestas realizadas en los Estados Miembros, se pueden clasificar como se muestra a continuación.

Medidas para los gobiernos

1. Fortalecer, o seguir fortaleciendo, el compromiso respecto de la atención primaria de salud mediante la transformación de ese compromiso en medidas concretas (tales como políticas, estrategias, marcos normativos, gobernanza reforzada y reformas más amplias) en el contexto de enfoques basados en pruebas científicas, siempre que sea posible.
2. Armonizar esa voluntad política con el compromiso financiero en lo que respecta a la financiación general de enfoques basados en la atención primaria de salud y medidas específicas, con el fin de mejorar la protección financiera de la población.
3. Aplicar medidas destinadas a asegurar que los recursos humanos para la salud sean adecuados, tanto por su número como por su calidad, y que la «calidad» se fundamente en los principios y objetivos de la atención primaria de salud y en las capacidades técnicas.
4. Mejorar la eficiencia procurando aprovechar mejor los recursos destinados a gastos sanitarios, mediante la adopción de medidas dirigidas a simplificar la prestación de servicios, reducir el despilfarro y desalentar los servicios que no generan beneficios demostrados.
5. Fortalecer la colaboración intersectorial con el gobierno mediante la incorporación, en las políticas, estrategias y mecanismos de gobernanza e incentivo, de enfoques que abarquen a todo el gobierno e incluyan la salud en todas las políticas.
6. Fortalecer enfoques de la salud en toda la sociedad por medio de un mayor compromiso con agentes no gubernamentales, entre ellos las comunidades, el sector privado y otros agentes no estatales.

7. Fortalecer los servicios de atención primaria mediante el mayor desarrollo y la integración de tecnologías digitales, incentivos para los proveedores, establecimiento de organizaciones y relaciones destinadas a fomentar la prestación más integrada de los servicios y el trabajo en equipos multidisciplinarios, la gestión más eficaz de la interfaz entre la atención primaria y la secundaria (por medio de puntos de referencia y mecanismos reforzados de traslado de pacientes a través de la atención primaria) y personal sanitario debidamente capacitado.
8. Fomentar y promover la innovación en materia de atención primaria de salud, así como los enfoques basados en pruebas científicas.

Medidas para la OMS y otros agentes¹²

Los encuestados propusieron las siguientes medidas para que la OMS las aplicara en colaboración con los pertinentes organismos de las Naciones Unidas, agentes no estatales y otros asociados:

1. La OMS deberá seguir aprovechando su poder de convocatoria para promover la colaboración intersectorial en las diferentes modalidades descritas en el examen, tanto en el ámbito de la política mundial como de manera individual en los países, en el marco de su apoyo a los gobiernos.
2. En su función normativa, la OMS deberá seguir encabezando el desarrollo de normas, así como de políticas y directrices operacionales para la futura integración de sistemas de atención primaria de salud, con arreglo a los compromisos recogidos en la Declaración de Astaná y, por extensión, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.
3. En sus funciones relativas a cooperación técnica la OMS deberá adecuar sus esfuerzos de creación de capacidad a las áreas específicamente relacionadas con la atención primaria de salud que requieran mayor apoyo y se hayan identificado en determinados países, por ejemplo, desarrollo y aplicación de estrategias, fortalecimiento de los sistemas de salud, la salud en todas las políticas, legislación sanitaria, financiación de la salud, evaluación y gestión de la tecnología sanitaria, recursos humanos para la salud, enfoques comunitarios de la salud, investigación para mejorar la prestación de servicios, y seguimiento y evaluación de la introducción de sistemas de atención primaria de salud mediante el apoyo a exámenes nacionales voluntarios.
4. En su función de promoción la OMS deberá identificar y centrar su atención en cuestiones específicas relacionadas con la atención primaria de salud que requieran esa promoción en determinados países mediante, por ejemplo, la defensa de un mayor gasto en salud, la identificación de lagunas normativas específicas que requieran la adopción de medidas, y mayor hincapié en la necesidad de mantener una mejor colaboración intersectorial y promover una mayor equidad.
5. Para el desempeño de esas funciones la OMS deberá fortalecer su apoyo a medidas normativas basada en pruebas científicas, por ejemplo, mediante el apoyo a la investigación sistemática y la generación de pruebas científicas que respalden la formulación normativa en la esfera de la salud, y la documentación y difusión de enseñanzas y prácticas óptimas.

¹² En la encuesta de los Estados Miembros se pedía a los encuestados que identificaran áreas de posibles medidas para la OMS y otros agentes. Sin embargo, la mayoría de las respuestas giraron en torno al posible papel de la OMS para seguir avanzando.

1. Antecedentes

1. En la Declaración de Alma-Ata de 1978, los Estados Miembros signatarios de ese documento fundamental manifestaron la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo.¹³ De esa forma contrajeron su compromiso con los principios generales de la atención primaria de salud (APS): la salud es un derecho humano sobre el que se fundamenta el desarrollo económico y social, así como la paz mundial; la salud no es meramente la ausencia de afecciones o enfermedades; la equidad en materia de salud en los países y entre ellos; y las funciones y responsabilidades de los gobiernos con respecto a la salud de sus poblaciones, y de las personas respecto de su participación en la planificación y prestación de sus servicios de salud. Al establecer como objetivo, que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva, los Estados Miembros pusieron la atención primaria de salud en el centro de ese objetivo y expusieron los elementos centrales de la atención primaria de salud descritos en otras partes del presente informe. Los Estados Miembros subrayaron que era preciso ejercer la voluntad política, movilizar los recursos de cada país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles, y que la OMS, el UNICEF y otras organizaciones internacionales los apoyaran en sus esfuerzos.

2. En ocasión del 40.º aniversario de la Declaración de Alma-Ata, los participantes en la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Astaná (Kazajstán) los días 25 y 26 de octubre de 2018, efectuaron la Declaración de Astaná, en la que reafirmaron «los compromisos expresados en la ambiciosa y visionaria Declaración de Alma-Ata de 1978 y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en pos de la salud para todos».¹⁴ De esa manera, se comprometieron a «tomar decisiones políticas audaces en pro de la salud en todos los sectores», «establecer una atención primaria de la salud que sea sostenible», «empoderar a las personas y las comunidades» y «alinear el apoyo de las partes interesadas con las políticas, estrategias y planes nacionales», mediante el desarrollo de los conocimientos y la capacidad, los recursos humanos para la salud, la tecnología y la financiación.

3. En ese contexto, en su 142.ª reunión celebrada en enero de 2018, el Consejo Ejecutivo de la OMS pidió que se realizara un examen sobre los 40 años de prestación de atención primaria de salud en los países.¹⁵ El mandato para ese examen se presentó en enero de 2019 a la consideración de la 144.ª reunión del Consejo Ejecutivo, que posteriormente tomó nota de ese examen.¹⁶

4. El examen, que abarca el periodo de 40 años desde la Declaración de Alma-Ata de 1978 sobre atención primaria de salud hasta 2018, tiene por finalidad general:

- a) documentar los progresos realizados a nivel mundial en la aplicación de la atención primaria de la salud, determinando los logros y éxitos, las prácticas óptimas y los principales problemas que hayan surgido; y
- b) formular recomendaciones sobre el camino que hay que seguir para acelerar las estrategias y los planes de salud nacionales, regionales y mundiales con miras a la atención sanitaria universal y la atención primaria de la salud y a la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

¹³ Declaración de Alma-Ata: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6 a 12 de septiembre de 1978 (https://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf), consultado el 28 de octubre de 2019.

¹⁴ Declaración de Astaná. Ginebra, Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2018 (WHO/HIS/SDS/2018.61, <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>), consultado el 28 de octubre de 2019.

¹⁵ Véase el documento EB142/2018/REC/2, actas resumidas de la decimoprimeras sesión, sección 2.

¹⁶ Véanse los documentos EB144/51 y EB144/2019/REC/2, actas resumidas de la decimoquinta sesión, sección 3.

5. Aunque el concepto de atención primaria de salud se ha puesto en práctica de muchas maneras diferentes a lo largo del tiempo y en diversos contextos, a los fines del presente examen, la definición amplia formulada por la OMS y el UNICEF en su documento sobre una visión común de la atención primaria de salud proporciona la lente a través de la cual se identificaron los progresos mundiales, los logros y las experiencias ejemplares, las prácticas óptimas y los principales retos en el presente examen. A tenor de esa definición, la atención primaria de salud es:

un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades y preferencias de la gente (como personas, familias y comunidades) tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas.¹⁷

6. Dentro de la definición predominante de la atención primaria de salud se encuentran tres componentes relacionados entre sí y sinérgicos, a saber:

1. **satisfacer las necesidades de salud de las personas** mediante una asistencia de carácter promocional, protector, preventivo, curativo, rehabilitador y paliativo a lo largo de toda la vida, en la que se prioricen estratégicamente los servicios esenciales de atención de salud dirigidos a las personas y las familias, a través de la atención primaria, y a la población, a través de las funciones de salud pública, en cuanto elementos centrales de los servicios de salud integrados;
2. **abordar sistemáticamente los determinantes más amplios de la salud** (incluidos los factores sociales, económicos y ambientales, así como las características y el comportamiento de las personas) mediante políticas e intervenciones de base empírica en todos los sectores; y
3. **empoderar a las personas, familias y comunidades** para que optimicen su salud como promotores de políticas que fomenten y protejan la salud y el bienestar, como colaboradores en el desarrollo de los servicios sanitarios y sociales y como autocuidadores y cuidadores.¹⁸

7. De esa forma, el concepto de atención primaria de salud se diferencia claramente del de «atención primaria», con el que está estrechamente relacionado, porque este último consiste en la organización de servicios de salud esenciales, principalmente en el primer nivel de atención. Por lo tanto, la atención primaria es un elemento importante de la atención primaria de salud, pero, al mismo tiempo, se distingue claramente del concepto mucho más amplio de atención primaria de salud como un enfoque general de la salud.

8. Como se ha señalado, el examen, además de identificar los logros, retos, enseñanzas y prácticas óptimas relativas a la atención primaria de salud en general hasta 2018, se orientó también a formular recomendaciones sobre futuras medidas destinadas a acelerar las estrategias y los planes nacionales, regionales y mundiales en pro de la cobertura sanitaria universal, la atención primaria de salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.¹⁹ Con miras a ofrecer esta orientación con visión de futuro, el examen incorporó en su análisis retrospectivo un estudio que permitiera determinar si los esfuerzos relativos a la atención primaria de salud habían contribuido, y de qué manera, al logro de la

¹⁷ A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals. Ginebra, Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2018 (WHO/HIS/SDS/2018.X, <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/vision.pdf>), consultado el 28 de octubre de 2019.

¹⁸ *Ibid.*, págs. 2-4.

¹⁹ *Ibid.*, págs. 5-7.

cobertura sanitaria universal y del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades) y sus metas conexas. A ese respecto, dos elementos de referencia contribuyeron a acotar el examen:

- 1. Función de la atención primaria de salud en el logro de la cobertura sanitaria universal.**
El documento sobre la visión de la atención primaria de salud elaborado por la OMS y el UNICEF esboza las diversas vías por las que cada uno de los principales componentes de la atención primaria de salud (a saber, atención primaria y funciones esenciales de salud pública, políticas y medidas multisectoriales, y personas y comunidades empoderadas) se percibe como un refuerzo de la cobertura sanitaria universal mediante sus tres principales aspectos, a saber: *i*) promoción de la protección financiera/reducción del gasto sanitario de las familias; *ii*) servicios, medicamentos y vacunas de calidad; y *iii*) acceso equitativo.²⁰ El examen llevó a cabo un balance de los logros y retos de esas vías específicas como medio para identificar prácticas óptimas y enseñanzas de cara al futuro. Otros dos documentos publicados recientemente reiteran ese vínculo. El reciente Informe de seguimiento 2019 de la OMS sobre la cobertura sanitaria universal considera la atención primaria de salud como el motor programático de la cobertura sanitaria universal en la mayoría de los contextos²¹ de diversas maneras: mediante su atención centrada en el empoderamiento comunitario y la responsabilidad social, su enfoque multisectorial que reconoce la conexión entre la salud y otros sectores, su enfoque centrado en la integración holística de servicios hasta ahora separados, su especial hincapié en la relación costo-eficacia mediante el acercamiento de servicios de salud integrales a las comunidades y las familias, y su objetivo de equidad orientado a asegurar la cobertura para todos. Los Estados Miembros reafirmaron este vínculo en la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre cobertura sanitaria universal, celebrada el 23 de septiembre de 2019, en la que se refirieron a la atención primaria de salud como «la piedra angular de un sistema sanitario sostenible que permita lograr la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud».²²
- 2. Función de la atención primaria de salud en el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.** El examen abordó la intersección conceptual entre las principales características de la atención primaria de salud/cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (en particular el Objetivo 3), habida cuenta de que la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible compromete a los países a alcanzar la cobertura sanitaria universal para 2030. Los elementos específicos de la atención primaria de salud mencionados en la Agenda 2030 como vehículo para alcanzar la cobertura sanitaria universal incluyen: la protección contra riesgos financieros; el acceso a servicios de salud esenciales de calidad, y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos.²³ Además, según se ha mencionado, la reunión de alto nivel celebrada en septiembre de 2019 destacó que la atención primaria de salud era «la piedra angular» para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud.

²⁰ *Ibid.*, págs. 6-7. En el examen no se hará un seguimiento sistemático de los progresos realizados en relación con los 46 indicadores relacionados con la cobertura sanitaria universal (o con otros indicadores) enumerados en el [Marco de Impacto de la OMS](#), puesto que este no entrará en vigor hasta 2020.

²¹ La atención primaria de salud en el camino hacia la cobertura sanitaria universal. Informe de seguimiento (2019). Organización Mundial de la Salud, 2019 (https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/2019/en/), consultado el 28 de octubre de 2019.

²² Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal. Cobertura sanitaria universal: avanzando juntos para construir un mundo más saludable (<https://undocs.org/es/A/RES/74/2>), consultado el 28 de octubre de 2019.

²³ Resolución 70/1 de la Asamblea General de las Naciones Unidas (2015), Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/291/93/PDF/N1529193.pdf?OpenElement>), consultado el 5 de noviembre de 2019.

9. Además, en su documento de visión de la atención primaria de salud, la OMS señala que tanto la cobertura sanitaria universal como el ODS 3 ejercen en la atención primaria de salud un efecto recíproco que se refuerza mutuamente. No obstante, esa relación, puesto que no se explica de una forma tan clara en el documento de visión, y dado que en las condiciones del examen no se define explícitamente esa reciprocidad como una línea de indagación, no se incluyó en el examen.

10. A tal fin, el objetivo de la revisión fue contestar a las cuatro preguntas siguientes:

- a) ¿Cuáles han sido los factores propicios y los retos para el desarrollo y la aplicación de enfoques relativos a la atención primaria de salud en los países en los últimos 40 años?
- b) ¿De qué manera la atención primaria de salud y las innovaciones conexas contribuyeron a mejorar los resultados de salud, la equidad, la colaboración intersectorial y la eficiencia?
- c) ¿Qué enfoques intersectoriales se han adoptado para la atención primaria de salud?
- d) ¿Qué enseñanzas e innovaciones de diferentes contextos técnicos o de desarrollo, nacionales y regionales, se pueden adaptar e intercambiar para promover e intensificar futuras actividades en el ámbito de la cobertura sanitaria universal y la atención primaria de salud?

2. Metodología

11. El examen abarcó los 40 años que van desde la Declaración de Alma-Ata sobre la atención primaria de salud hasta 2018. Su objetivo fue evaluar los avances generales en la aplicación de la atención primaria mediante dos fuentes de información complementarias:

- un estudio documental de las fuentes de datos publicados mediante un instrumento de recopilación de datos concebido para posibilitar la recogida coherente y sistemática de datos en todos los documentos analizados; y
- una evaluación de la aplicación en los países mediante la participación de los Estados Miembros y las aportaciones obtenidas a partir de una encuesta en línea para todos los Estados Miembros.

12. El **estudio documental** consistió en un análisis de varios informes de las seis regiones de la OMS e incluyó dos niveles de análisis, a saber:

- una revisión y una síntesis de ocho documentos de alto nivel, a saber, dos informes elaborados con motivo del 20.^º²⁴ y el 30.^º²⁵ aniversarios de la Declaración de Alma-Ata, respectivamente, y seis informes elaborados a escala regional como preparación de la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Astaná (Kazajstán) en octubre de 2018;²⁶ y
- una revisión y una síntesis de 106 informes de estudios de casos de los países sobre la atención primaria de salud elaborados por cinco fuentes autorizadas.²⁷

13. Mediante una carta circular enviada el 18 de marzo de 2019, se invitó a los Estados Miembros a designar a un punto focal con experiencia de primera mano en la aplicación de la atención primaria de salud en el país a fin de cumplimentar una **encuesta en línea para los Estados Miembros**.²⁸ La encuesta se presentó en los seis idiomas oficiales de la Organización en una plataforma electrónica segura de la OMS el 4 de junio de 2019 y estuvo disponible seis semanas, periodo durante el que se envió un recordatorio. También se informó de la encuesta a los Estados Miembros mediante un mensaje de la Oficina de Evaluación a los puntos focales de las misiones con sede en Ginebra. Se alentó asimismo a los Representantes de la OMS a que avisaran a sus homólogos nacionales de la existencia de la encuesta. Noventa y cuatro Estados Miembros establecieron puntos focales y se recibieron 50 respuestas (49 Estados Miembros más un territorio de la OMS), lo que representa una tasa de

²⁴ Primary health care 21: everybody's business. An international meeting to celebrate 20 years after Alma-Ata. Almaty, Kazakhstan, 27-28 November 1998. Organización Mundial de la Salud, 2000.

²⁵ Informe sobre la salud en el mundo 2008 – La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud, 2008.

²⁶ *Región de África*: Primary health care programme in the WHO African Region from Alma-Ata to Ouagadougou and beyond. The Africa health transformation programme: a vision for universal health coverage. Contribution of the WHO Regional Office for Africa to the WHO global report, 2018. *Región del Mediterráneo Oriental*: Report on primary health care in the Eastern Mediterranean Region: review of progress over the last decade (2008-2018) (en curso). *Región de Europa*: From Alma-Ata to Astana: primary health care – reflecting on the past, transforming for the future. Interim report from the WHO European Region. Oficina Regional de la OMS para Europa, 2018. *Región de las Américas*: Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Organización Panamericana de la Salud, 2019; y Primary health care at 40 years of Alma-Ata. Situation in the Americas. Regional report. Organización Panamericana de la Salud, 2018. *Región de Asia Sudoriental*: Primary health care at forty: reflections from South-East Asia. Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental, 2018. *Región del Pacífico Occidental*: Primary health care in the Western Pacific Region: looking back and future directions. Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 2018.

²⁷ A saber: 18 informes elaborados durante la preparación de la [Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud y la Declaración de Astaná](#); 19 informes elaborados por la [Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud](#); 13 informes elaborados por la [Iniciativa de Mejora del Desempeño de la Atención Primaria de Salud \(PHCPI\)](#); 56 informes elaborados conjuntamente con los [exámenes del Observatorio Europeo sobre los Sistemas de Salud](#); y 12 informes elaborados por la [Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos](#).

²⁸ La encuesta a los Estados Miembros se puede consultar en el anexo 2.

respuesta del 25%. El 70% de las respuestas a la encuesta fueron de Estados Miembros de ingresos altos o medianos altos. En cuanto a la representación regional, el 34% de los Estados Miembros que respondieron eran de la Región de Europa, y el 20%, el 18% y el 16% eran de las Regiones de las Américas, África y el Mediterráneo Oriental, respectivamente. Las respuestas de los Estados Miembros de la Región de Asia Sudoriental y la Región del Pacífico Occidental representaron el 6% del total, en ambos casos.

Cuadro 1. Perfil de los encuestados por grupo de países en función de los ingresos, según el Banco Mundial (2019)

Grupo en función de los ingresos	Número de Estados Miembros
Ingresos altos	23
Ingresos medianos altos	12
Ingresos medianos bajos	8
Ingresos bajos	7
Total	50

Cuadro 2. Perfil de los encuestados por Región de la OMS

Región de la OMS	Número de Estados Miembros
Región de África	9
Región de las Américas²⁹	10
Región del Mediterráneo Oriental	8
Región de Europa	17
Región de Asia Sudoriental	3
Región del Pacífico Occidental	3
Total	50

14. El proceso en general y el enfoque metodológico se rigieron por los principios establecidos en el manual de prácticas de evaluación de la OMS³⁰ y en las normas y los criterios de evaluación y las directrices éticas³¹ del Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas. Además, el examen se ajustó a las estrategias de evaluación transversales de la OMS sobre género, equidad, poblaciones vulnerables y derechos humanos, y, en la medida de lo posible, incluyó datos y análisis desglosados. Se codificaron sistemáticamente los datos abiertos (cuantitativos) tanto de la encuesta en línea como del estudio documental. Los datos de la encuesta en línea y el estudio preliminar se cotejaron, verificaron y validaron a fin de asegurar la exactitud y la coherencia.

Limitaciones

15. Hay abundante bibliografía académica revisada por homólogos, así como bibliografía de otro tipo, por ejemplo, varios informes sustanciales elaborados por la OMS en los que se describe la atención primaria de salud, se analiza su aplicación y se evalúa su repercusión desde varias perspectivas. No se consideró factible ni apropiado que en el examen se revisara la totalidad de la documentación publicada. En consecuencia, no se puede considerar que el examen comprenda una revisión sistemática exhaustiva.

16. La encuesta en línea se puso a disposición de todos los Estados Miembros y se recibieron 50 respuestas. Esas respuestas, si bien han proporcionado información valiosa sobre las opiniones y experiencias de muchos Estados Miembros, no pueden tomarse como una muestra representativa.

²⁹ Incluye una respuesta de un territorio de la OMS en esta Región.

³⁰ WHO Evaluation Practice Handbook. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/96311/9789241548687_eng.pdf), consultado el 29 de octubre de 2019.

³¹ Norms and Standards for Evaluation. Nueva York, Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas, 2016 (<http://www.unevaluation.org/document/download/2787>) y UNEG Ethical Guidelines for Evaluation, United Nations Evaluation Group Foundation Document (UNEG/FN/ETH(2008)) (<http://www.unevaluation.org/document/detail/102>), ambos consultados el 29 de octubre de 2019.

Por otro lado, en la mayoría de las preguntas se trató de obtener respuestas abiertas y libres, en lugar de recurrir a formulaciones de sí/no, con varias opciones de respuesta o con escalas de valoración. Se ha utilizado un riguroso análisis textual para codificar las respuestas, pero no se puede suponer que todos los Estados Miembros hayan interpretado las preguntas de la misma manera o hayan dado respuestas coherentes en cuanto a su nivel de detalle. Así pues, el hecho de que en el N% de las respuestas de los Estados Miembros se indicara una cuestión o característica concreta no debería interpretarse como indicio de la ausencia de esa cuestión o característica en los demás Estados Miembros (100-N%); tal vez signifique simplemente que esos Estados Miembros no lo mencionaron explícitamente en sus respuestas.

3. Constataciones

Constataciones de la encuesta para los Estados Miembros³²

Pregunta 2: ¿Según los diversos aspectos de la atención primaria de salud descritos en la Declaración de Alma-Ata, cuáles han sido los elementos clave de la atención primaria en su país durante los últimos 40 años?

17. Las respuestas de los Estados Miembros parecen indicar que hay al menos cuatro grupos de iniciativas del movimiento en pro de la atención primaria de salud en los últimos 40 años relacionadas con reformas sanitarias más amplias, a saber:

- a) *Iniciativas relacionadas con la legislación sanitaria.* Estas iniciativas comprenden reformas legislativas y otros mecanismos de política que utilizan los Estados Miembros, por ejemplo, la legislación relacionada con la cobertura sanitaria universal y los programas de transformación sanitaria.
- b) *Iniciativas relacionadas con la equidad.* Cabe citar la promoción del compromiso del sector de la atención primaria para aumentar el acceso a la atención de salud de las poblaciones subatendidas, marginadas y vulnerables y los planes de seguro social de enfermedad.
- c) *Sistema de salud y sus componentes.* Estas iniciativas incluyen la responsabilidad de los gobiernos de reorientar los sistemas de financiación de la salud hacia enfoques más propicios para la atención primaria de salud, mediante la participación y el compromiso de la comunidad, la coordinación intersectorial (también con los ministerios competentes en ámbitos distintos a la salud, así como con el sector privado), el compromiso de los médicos de cabecera, el sistema de medicina familiar y el fortalecimiento de los sistemas de derivación. Comprenden asimismo los sistemas de información sanitaria y el uso de tecnologías, y las reformas en relación con el personal sanitario.

«El gasto total per cápita en salud, si bien no ha aumentado proporcionalmente al crecimiento del PIB del país, sí ha aumentado de US\$ 102 en 2000 a US\$ 207 en 2013. Al mismo tiempo, los obstáculos financieros a la atención de salud parecen disminuir: el porcentaje de mujeres que afirmaron haber tenido problemas para acceder a la atención de salud por razones de costo, por ejemplo, cayó del 56% en 2008 al 42% en 2013» (país de ingresos medianos bajos).

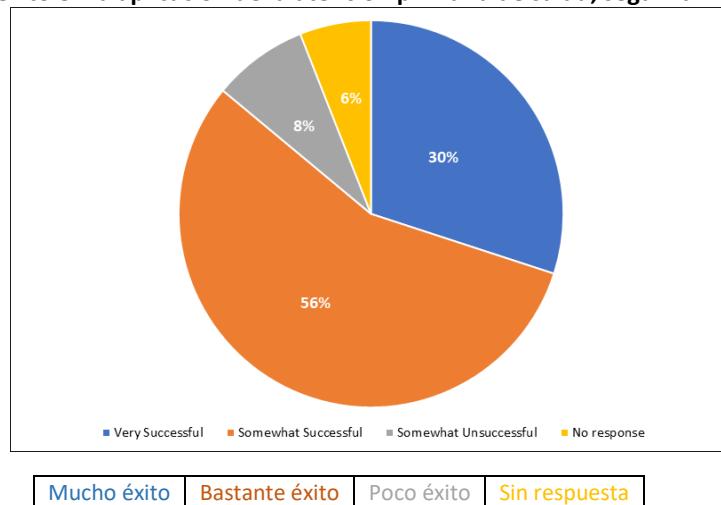
- d) *Iniciativas programáticas.* Estas iniciativas incluyen el aumento del acceso a los servicios en varios programas sanitarios.

Pregunta 3: ¿Qué tanto éxito ha tenido la aplicación de la atención primaria de salud en su país?

18. Aproximadamente una tercera parte de los Estados Miembros que respondieron a la encuesta indicaron que la aplicación de la atención primaria de salud había tenido «mucho éxito», de acuerdo con la evaluación realizada por los propios países, y más de la mitad indicaron que había tenido «bastante éxito». En algunas respuestas se indicó que la aplicación de la atención primaria en el país había tenido «poco éxito», mientras que en tres casos la pregunta se dejó sin contestar. Las distintas respuestas aparecen representadas en la figura 1.

³² La encuesta a los Estados Miembros se puede consultar en el anexo 2.

Figura 1. Nivel de éxito en la aplicación de la atención primaria de salud, según la información facilitada



19. Como se puede observar en el cuadro 3, ese nivel de éxito generalmente alto fue comunicado por países que se encuentran en las distintas fases de desarrollo.

Cuadro 3. Nivel de éxito en la aplicación de la atención primaria de salud, según la información facilitada, por fase de desarrollo del Banco Mundial

Grupo en función de los ingresos	Muchos éxitos	Bastante éxito	Poco éxito	Sin respuesta	Total
Ingresos altos	9	11	1	2	23
Ingresos medianos altos	3	5	3	1	12
Ingresos medianos bajos	2	6	0	0	8
Ingresos bajos	1	6	0	0	7
Total	15	28	4	3	50

Pregunta 4: ¿Cuáles son los logros más relevantes en la aplicación de la atención primaria de salud en su país?

20. Los principales logros que señalaron los Estados Miembros en la aplicación de la atención primaria de salud en los países se dividieron en cuatro grandes esferas, a saber: a) mejoras en el acceso y la calidad; b) cambios en las políticas; c) mejora de los resultados sanitarios; y d) aumento de la equidad.

- a) *Mejoras en el acceso y la calidad.* En la mitad de las respuestas se indicó que el acceso a los servicios de atención primaria de salud había mejorado. Entre los aspectos específicos de las mejoras en el acceso y la calidad que se mencionaron cabe citar: i) **la protección financiera**, a la que numerosos Estados Miembros dieron prioridad mediante seguros u otros mecanismos debido a su importancia fundamental para los objetivos de la atención primaria (en aproximadamente una cuarta parte de las respuestas se indicó este logro, y en algunas respuestas se señaló que hubo un aumento del gasto público en salud en un plano más general); ii) **la infraestructura**, ámbito en que, según más de una cuarta parte de las respuestas, hubo mejoras en relación con la cobertura o la calidad de la

infraestructura que contribuyeron a mejorar el acceso a la atención primaria; y *iii) la calidad*, ámbito que en algunas respuestas se señaló como principal logro, de acuerdo con la satisfacción de los pacientes y otros índices.

«Accesibilidad física relativamente buena a una red compleja de centros de atención primaria de salud. Hay más de 2300 centros que proporcionan una buena infraestructura y disponen de equipo y personal adecuados» (país de ingresos altos).

- b) *Cambios en las políticas.* En una cuarta parte de las respuestas se mencionaron medidas para (re)orientar los sistemas de salud hacia modelos basados de una manera más sólida en las prácticas de medicina general. Otros cambios en las políticas que se citaron en varias respuestas fueron las mejoras en los sistemas de pago de la atención de salud, los cambios en el personal sanitario y las mejoras tecnológicas, como la adopción de la cibersalud. En un número igualmente significativo de respuestas se mencionaron como principales logros la adopción de un enfoque de «la salud en todas las políticas» o la mejora de la colaboración intersectorial.

«Se otorgó autonomía a las estructuras de atención primaria, incluidas las instalaciones básicas de salud, lo que dio lugar a una mejora en relación con el personal sanitario» (país de ingresos bajos).

- c) *Mejora de los resultados sanitarios.* Muchas respuestas se centraron en el resultado final de la mejora de la salud en sus grupos de población como uno de los principales logros en la aplicación de la atención primaria de salud. Por ejemplo, en muchas respuestas se aludió a los avances en la salud materna y la atención infantil, y en varias de ellas se mencionaron la disminución de las enfermedades transmisibles, el aumento de la cobertura de inmunización y el control de las enfermedades prevenibles mediante vacunación como éxitos más importantes. En varias respuestas se citó el aumento de la esperanza de vida como un logro de la atención primaria; la reducción de los factores de riesgo de las enfermedades no transmisibles, como el consumo de tabaco y alcohol, se mencionó como logro en algunas respuestas.
- d) *Aumento de la equidad.* Aparte de las mejoras para la población en su conjunto, en las respuestas se señaló explícitamente el aumento de la equidad, desde el punto de vista geográfico, desde el punto de vista socioeconómico o desde ambos. La equidad en el acceso geográfico a los servicios (por ejemplo, entre las comunidades urbanas y las comunidades rurales o remotas) se citó como un logro en varias respuestas, y en otras se mencionó el aumento de la equidad entre los grupos socioeconómicos.

Pregunta 5: ¿Cuáles han sido los factores propicios en la elaboración y aplicación de enfoques de la atención primaria de salud en su país?

21. La voluntad política y la gobernanza, la colaboración con los agentes no estatales, la disponibilidad de protección financiera, la integración de los servicios, la gestión organizativa y la prestación de servicios y el sistema de información sanitaria constituyen los principales factores que, según los Estados Miembros, contribuyen en mayor medida a propiciar la aplicación de la atención primaria de salud en sus respectivos países.

- a) *Voluntad política y gobernanza.* En varias respuestas se destacó el importante papel que desempeñan los funcionarios ministeriales (en algunos casos, hasta los primeros ministros) y otros dirigentes políticos de alto nivel en las iniciativas de los países para aplicar la

atención primaria de salud. El indicador más habitual de la voluntad política como facilitador de la atención primaria que se mencionó en la mayoría de las respuestas fue un proceso de reforma continuo y gradual que se había prolongado conforme avanzaba el tiempo y que no se había visto excesivamente afectado por los ciclos electorales. En un pequeño número de respuestas se agregó que, si bien la firme promoción activa de la atención primaria por varias personas influyentes ha sido un factor importante de esas iniciativas, los acuerdos institucionales de carácter más formal —como las comisiones ministeriales que se establecen para supervisar la atención primaria— ayudan a garantizar que sus beneficios sean más duraderos. En varias respuestas se citó la traducción de esa voluntad política en un aumento de la financiación de la atención de salud y en el apoyo al personal sanitario mediante el aumento de las plantillas y de las inversiones en capacitación como un nuevo impulso a la aplicación satisfactoria de la atención primaria.

«Ha habido un programa continuo de inversiones en el sector de la atención primaria para crear capacidad y asegurar una dotación de personal adecuada en los centros de atención primaria. A fin de aumentar la capacidad y contratar más personal terapeuta y de enfermería, la financiación aumentó sustancialmente en 2019 con respecto a 2018» (país de ingresos altos).

- b) *Colaboración con los agentes no estatales.* La interacción y la colaboración del gobierno con las organizaciones comunitarias, las organizaciones de la sociedad civil, las organizaciones no gubernamentales (ONG) y las organizaciones intergubernamentales se citaron en muchas respuestas como factores clave que repercuten en la aplicación de la atención primaria de salud. En algunas respuestas se mencionaron específicamente la colaboración de los gobiernos nacionales con los donantes y la colaboración del sector privado como factores fundamentales.
- c) *Protección financiera.* La disponibilidad de protección financiera, como los planes de seguro de enfermedad, apareció destacada en varias respuestas de países de ingresos altos y medianos altos, no solo como un logro en sí mismo, sino también como un factor propicio clave que facilita la aplicación de la atención primaria de salud.
- d) *Integración de los servicios.* La integración de los servicios fue señalada en muchas respuestas como un factor propicio que contribuyó a facilitar la aplicación de la atención primaria de salud. Entre otros ejemplos cabe citar el establecimiento de proveedores de servicios integrados de «ventanilla única» y la introducción de organizaciones a «nivel meso» que consolidan la financiación de los servicios y remodelan la prestación para atender mejor las necesidades de las comunidades locales.
- e) *Gestión organizativa y prestación de servicios.* En varias respuestas, la mayoría de países de ingresos altos, se mencionaron los cambios en la gestión organizativa como factores propicios para la aplicación de la atención primaria de salud. Los cambios que se indicaron de manera más frecuente se centraron en el establecimiento de prácticas de medicina de familia o de equipos multidisciplinarios y la adopción de medidas de atención preventiva o de detección sistemática en todo el país.
- f) *Sistema de información sanitaria.* En algunas respuestas se indicó que la utilización del sistema de información sanitaria para respaldar la toma de decisiones de base empírica había sido un factor propicio para el desarrollo de la atención primaria de salud.

Pregunta 6: ¿Cuáles han sido los mayores desafíos respecto de la elaboración y aplicación de enfoques de atención primaria de la salud en su país?

22. Las respuestas a esta pregunta fueron muy variadas y se centraron en el personal sanitario, la financiación, los costos de la atención de salud, el contexto general de las políticas, la demanda de atención primaria de salud, la calidad de los servicios de salud y la información sanitaria. En ese sentido, varias de las esferas que se mencionaron como desafíos en algunas respuestas reproducen lo que otros Estados citaron como logros y factores propicios.

- a) *Personal sanitario.* En la mayoría de las respuestas se señaló que los obstáculos relacionados con el personal sanitario constituyan un gran desafío. Los desafíos específicos que se mencionan con más frecuencia a ese respecto son el fenómeno del «éxodo intelectual», la elevada rotación del personal y la salida de personal como consecuencia de la jubilación. En muchas de las respuestas también se señalaron los desafíos que entraña mantener un personal adecuadamente formado y capaz de prestar una atención segura y de calidad y garantizar un equilibrio entre la disponibilidad de personal en las zonas urbanas, por un lado, y en las localidades rurales (y otras zonas geográficamente remotas) y subatendidas, por el otro. En algunas respuestas se indicó que la falta de incentivos para alentar a los profesionales de la salud a adquirir o mantener las aptitudes y cualificaciones necesarias era un desafío relacionado con el personal sanitario.

«Baja capacidad de los médicos de cabecera (en materia de prescripción y desempeño), lo que provoca la ineeficacia del sistema y da lugar a derivaciones inútiles (representa el mayor desafío de nuestro país).» (país de ingresos altos)

- b) *Financiación.* En muchas respuestas se señaló que la falta de fondos había representado un desafío importante en el marco de los esfuerzos por aplicar la atención primaria de salud. En algunas respuestas se indicó que la financiación de la salud era susceptible a las fluctuaciones económicas, a los efectos resultantes de los altos gastos directos en los usuarios de los servicios y a la dependencia de los donantes.

- c) *Costos de la atención de salud.* El incremento de los costos de la atención de salud en general y el costo de capacitar al personal sanitario para que esté cualificado, en concreto, se mencionaron en las respuestas de los países de ingresos altos y medianos altos, sobre todo, como los principales desafíos. Como problemas conexos se citaron la falta de asequibilidad para la población y, en particular, el aumento de los gastos directos.

«(Nuestro gobierno) estableció tarifas para los usuarios durante la reforma del sector de la salud a principios de la década de 1990, pero aun así muchas personas no podían pagar los servicios, lo que dio lugar a un aumento de los pagos directos.» (país de ingresos bajos)

«La atención primaria de salud se enfrenta a retos muy importantes en lo que respecta a la financiación, a la capacidad existente tanto de infraestructuras como de equipamientos y al personal sanitario, y debe centrarse en los grupos de población prioritarios y más vulnerables que tradicionalmente han sido excluidos por el propio sistema, como es el caso de la población indígena de nuestro país. De esta manera, la atención primaria continúa cumpliendo sus objetivos de manera universal y garantizando a la población un sistema de salud cada vez más robusto y consolidado.» (país de ingresos medianos altos)

- d) *Contexto general de las políticas.* A diferencia de los casi dos tercios de las respuestas en las que se mencionaron distintos aspectos de la voluntad política como elementos propicios para la atención primaria de salud, en varias respuestas se señaló un programa o un diseño de políticas poco claro como desafío para su desarrollo y su aplicación. Como

ejemplos concretos de ese desafío, en varias respuestas se citó una coordinación deficiente de las políticas entre el gobierno y otras partes interesadas, y en algunas respuestas se mencionó una coordinación deficiente de las políticas dentro del gobierno, así como la inestabilidad política.

- e) *Demanda de atención primaria de salud.* En algunas respuestas se destacaron la «doble carga» de las enfermedades transmisibles y las enfermedades no transmisibles o los efectos de los factores de riesgo relacionados con el estilo de vida, como el tabaquismo, la obesidad y el consumo excesivo de alcohol, en relación con la demanda de atención primaria. En algunas respuestas también se citaron el envejecimiento demográfico como desafío para la atención primaria, los bajos niveles de conocimientos sobre la salud como factor que aumenta la demanda de esa atención y la migración como origen de la demanda adicional de ella.
- f) *Calidad de los servicios de salud.* La baja calidad de los servicios de salud, los prolongados tiempos de espera y las dificultades para obtener citas médicas representan algunos de los desafíos concretos que se citaron en relación con la calidad de los servicios de salud. Además, la clara delimitación de las funciones y responsabilidades entre los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria de los servicios de salud, y la función de derivación y filtro de la atención primaria de salud se citaron como otros de los principales desafíos.
- g) *Información sanitaria.* La disponibilidad limitada de datos, la falta de un sistema de información sanitaria adecuado y la infrautilización de los datos disponibles fueron algunos de los principales desafíos en relación con la información sanitaria. En algunas respuestas se señaló que la infrautilización de los datos disponibles constitúa un desafío, y solo en una de ellas se mencionó la disponibilidad limitada de datos como un desafío en sí, mientras que en ninguna respuesta se señaló la deficiente calidad de los datos como desafío.

Pregunta 7: ¿Qué enfoques intersectoriales se han aplicado en pro de la atención primaria de salud en su país?

23. Dado que la atención primaria de salud representa un enfoque de la salud que abarca a toda la sociedad, el carácter y el alcance de la colaboración intersectorial constituyen una dimensión importante de los avances al respecto. En más de tres cuartas partes de las respuestas se proporcionaron ejemplos de enfoques de colaboración adoptados en apoyo de la atención primaria. Como se puede observar en el cuadro 4, esos enfoques abarcaban la colaboración entre un amplio conjunto de partes interesadas. A continuación se ofrecen ejemplos ilustrativos de esa colaboración:

Cuadro 4. Ejemplos de colaboración en apoyo de la atención primaria de salud citados en las respuestas

Colaboración entre ...	Número de respuestas en las que se cita
los ministerios competentes en materia de salud y otros ministerios	21
las organizaciones de la sociedad civil, las ONG, el mundo académico y el sector privado	20
las autoridades sanitarias a los niveles nacional, regional y local	10
las diferentes profesiones sanitarias	7
los distintos niveles del sistema de salud	7
en forma de participación pública/de los pacientes	7

- **Colaboración entre los ministerios competentes en materia de salud y otros ministerios:**
 - **País de ingresos bajos:** Se ejecutó un programa de prevención del VIH/sida a través de un comité intersectorial de alto nivel en el que participaron los Ministerios de Agricultura, Educación, Seguridad, Trabajo Social, Asuntos Religiosos, Asuntos de la Mujer y Finanzas, varios organismos de las Naciones Unidas y distintos donantes.
 - **País de ingresos medianos altos:** En el marco del sistema descentralizado de servicios de salud, la competencia del fortalecimiento de la atención primaria está a cargo de las autoridades sanitarias regionales, que reciben fondos de los gobiernos locales. El comité directivo nacional para el fortalecimiento de la atención primaria reúne a los dos principales grupos interesados, el Ministerio de Salud y las autoridades regionales, con miras a aumentar la coherencia de las políticas. El Ministerio de Educación promueve programas de salud y de protección del menor en las escuelas con otros departamentos competentes. Las autoridades de los gobiernos locales también participan.
- **Colaboración entre las organizaciones de la sociedad civil, las ONG, el mundo académico y el sector privado:**
 - **País de ingresos medianos altos:** Las universidades dirigieron la evaluación de las pautas de comportamiento en materia de salud de los niños en edad escolar; y en los jardines de infancia, las escuelas, la atención primaria y los departamentos de salud pública se utilizaron de manera sistemática mensajes que promovían enfoques intersectoriales en relación con los cambios en el estilo de vida como forma de mejorar la salud. Las ONG promovieron los principios de una crianza saludable y actividades educativas a través de distintos talleres, seminarios y conferencias para padres y educadores. Se crearon centros públicos y privados para la asistencia a largo plazo, la rehabilitación y los cuidados paliativos de las personas de edad con demencia o cáncer o que habían sufrido un accidente cerebrovascular.
 - **País de ingresos medianos bajos:** Desde enero de 2010, una comisión intersectorial de salud, en la que convergen 43 instituciones públicas, privadas y no gubernamentales, coordina el trabajo intersectorial para abordar los determinantes de la salud.
- **Colaboración entre las autoridades sanitarias a los niveles nacional, regional y local:**
 - **País de ingresos altos:** Las redes primarias de salud, distribuidas por todo el país, proporcionan la infraestructura para apoyar, ajustar y reformar el sistema de atención primaria en sus respectivas regiones. Esas redes, creadas específicamente para detectar y resolver las deficiencias en la atención primaria, colaboran con otras partes interesadas de la salud a nivel regional, como las redes de hospitales locales y los gobiernos de los estados y los territorios, a fin de planificar, diseñar y encargar servicios de salud de base empírica que respalden las necesidades específicas de las comunidades locales e integren mejor el sistema de salud a nivel local.
- **Colaboración entre las diferentes profesiones sanitarias:**
 - **País de ingresos altos:** Los médicos de cabecera actúan como filtro entre la atención primaria y el sistema de atención de salud especializada. Cuando es necesario, el médico de cabecera, con la ayuda de las pruebas diagnósticas de los hospitales en forma de análisis de laboratorio, ecografías y radiografías, deriva a los pacientes a especialistas, a atención hospitalaria o a los servicios de atención de salud prestados por los municipios, lo que significa que el médico de cabecera se encarga de garantizar que los pacientes reciban el mejor tratamiento posible y el más adecuado.

- **Colaboración entre los distintos niveles del sistema de salud (primario, secundario y terciario):**
 - País de ingresos medianos altos: El sistema nacional de salud ha implantado un sistema de derivación entre la atención primaria y otras especialidades médicas que ha permitido una colaboración más eficaz en interés de los pacientes.
- **Colaboración en forma de participación pública/de los pacientes:**
 - País de ingresos medianos altos: Se lleva a cabo un programa de entornos y comunidades saludables en los municipios, las comunidades y los diversos medios donde las personas crecen, viven, trabajan y se desarrollan. El programa incluye elementos de la atención primaria de salud, como medidas integradas de prevención y promoción de la salud, con las que se definen los determinantes sociales de la salud, lo que contribuye a la mejora de la salud de la población de las comunidades mediante la promoción de estilos de vida saludables.

Pregunta 8: ¿Qué innovaciones importantes se han adoptado durante la aplicación de la atención primaria de salud en su país?

24. Las innovaciones que señalaron los Estados Miembros se encuadraban principalmente en las siguientes esferas: *a) la tecnología de la información y las comunicaciones (TIC); b) la superación de las disparidades geográficas; y c) la mejora de la prestación de servicios, incluida su calidad.*

- a) *TIC.* Las innovaciones en el ámbito de la TIC se centraron en la utilización de historias clínicas electrónicas para mejorar la recopilación y el uso de los datos, según un tercio de las respuestas. En varias respuestas se mencionó el desarrollo de otras aplicaciones de cibersalud, como las aplicaciones para dispositivos móviles que permiten acceder fácilmente a servicios o información, y las derivaciones electrónicas para facilitar las transferencias de pacientes dentro de los servicios de atención primaria y secundaria y entre ellos.
- b) *Superación de las disparidades geográficas.* En algunas respuestas se mencionaban medidas utilizadas para ayudar a corregir las disparidades geográficas que se correspondían con las medidas señaladas en la esfera de la TIC. Estas incluían incentivos innovadores diseñados para hacer más atractivo el trabajo en zonas remotas, enfoques que utilizan la digitalización, aplicaciones para dispositivos móviles que facilitan la recopilación y el uso de datos y la implantación de la telemedicina.
- c) *Mejora de la prestación de servicios.* En muchas de las respuestas se indica que se habían adoptado varios enfoques innovadores para mejorar la prestación de servicios. Se citaron con mayor frecuencia la creación de redes y las medidas para facilitar el intercambio de datos entre los proveedores. En algunas respuestas también se mencionaron la adopción de incentivos destinados específicamente a mejorar la calidad de la atención, medidas para fomentar una mayor participación pública y la autoasistencia, y el establecimiento de nuevos servicios para responder a las demandas cambiantes en ámbitos como la atención de las personas de edad.

Pregunta 9: ¿Qué efectos más amplios, si los hubiera, ha tenido la aplicación de la atención primaria de salud en su país (incluyendo innovaciones conexas o relacionadas)?

25. En las respuestas se asoció la mejora de los resultados sanitarios y una mayor equidad con la aplicación de la atención primaria de salud en los países de manera más generalizada:

- a) *Mejora de los resultados sanitarios.* En muchas respuestas se indicó que la aplicación de la atención primaria había contribuido a la mejora general de los resultados sanitarios. Por el contrario, un país de ingresos altos señaló que la falta de aplicación de la atención primaria había dado lugar a resultados sanitarios deficientes, mientras que un país de ingresos medianos altos destacó que la aplicación de la atención primaria había dado lugar a mejores resultados sanitarios a un menor costo.
- b) *Mejora del acceso.* En varias respuestas se indicó que, tras la aplicación de la atención primaria, el acceso a la atención de salud en general había aumentado.
- c) *Aumento de la equidad.* En varias respuestas de países de diversos niveles de desarrollo se señalaba que la brecha en el estado de salud entre los grupos socioeconómicos se había reducido gracias a la aplicación de la atención primaria. En algunas de las respuestas también se consideraba que la atención primaria había permitido prestar servicios de salud a los grupos de población vulnerables.

Pregunta 10: ¿Qué enseñanzas, prácticas óptimas e innovaciones, desde la experiencia de su país, pueden adaptarse y compartirse en otros lugares, para promover y ampliar las actividades futuras en materia de atención primaria de salud y de cobertura sanitaria universal, según el ODS 3.8?

26. Con la encuesta a los Estados Miembros se pretendió que estos proporcionaran de enseñanzas, prácticas óptimas e innovaciones extraídas de su experiencia que se pudieran adaptar y compartir con miras a promover y ampliar las actividades futuras en otros lugares para la aplicación de la atención primaria de salud y el logro de la cobertura sanitaria universal.

Enseñanzas principales

27. *Disponibilidad de personal sanitario capacitado.* En varias respuestas, sobre todo de países de ingresos bajos y medianos bajos, se subrayó la importancia de contar con personal cualificado, capacitado y motivado para prestar servicios de salud de calidad. En algunas de esas respuestas se destacó además que no solo el tamaño del personal sanitario es fundamental para la aplicación de la atención primaria de salud, sino también la calidad de ese personal.

«La construcción de establecimientos de salud, los equipos de que disponen y la asignación de personal cualificado han mejorado la accesibilidad geográfica de la atención básica de salud en todo el país a fin de tener en cuenta la equidad.» (país de ingresos medianos bajos)

28. *Voluntad política, gobernanza y liderazgo.* En las respuestas se subrayó que son necesarios una visión de futuro y un compromiso de carácter político comunes y continuados «de arriba abajo», es decir, a todos los niveles de gobierno, para la aplicación satisfactoria de la atención primaria de salud. El avance gradual y la creación de capacidad dentro del gobierno y en el sector público se citaron también como facetas esenciales que apuntalan la capacidad del gobierno para ejercer el liderazgo político de una manera positiva.

29. *La atención primaria de salud como filtro.* En varias respuestas se aludió a la función de filtro de la atención primaria, que permite dirigir a los pacientes al nivel de atención adecuado. De lo contrario, se daría más importancia a las medidas curativas que a las preventivas.

Prácticas óptimas

30. *Colaboración.* En muchas respuestas se señaló que para lograr buenos resultados era fundamental la colaboración con los encargados de formular políticas a nivel local o con los usuarios de los servicios, en concreto con las personas que promueven la participación activa de la comunidad y la identificación de la comunidad con las intervenciones.

«El punto de partida es el derecho a la salud, derecho que implica tanto derechos como deberes de las personas, las familias y las comunidades que utilizan los servicios de salud, así como la obligación del Estado de respetar, proteger y satisfacer ese derecho de todos sus ciudadanos en torno a los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad, calidez y humanidad.» (país de ingresos medianos altos)

31. *Filtro y derivación.* En varias respuestas también se mencionó la función de filtro y derivación de la atención primaria de salud como una de las prácticas óptimas fundamentales.

32. *Elaboración de programas de base empírica.* En dos respuestas de países de ingresos medianos altos se señalaron las prácticas óptimas en la esfera de la elaboración de programas de base empírica, como la prevención sistemática y estructurada de base empírica a nivel de la atención primaria de salud y la atención de base empírica a pacientes crónicos.

Innovaciones

33. *Modelos de financiación.* En muchas de las respuestas se informó de la utilización de fondos rotatorios, que abordan cuestiones socioeconómicas de todos los ámbitos de un sistema subvencionado; en algunas respuestas se citó el suministro de medicamentos o subvenciones para reducir los costos de tratamiento de las enfermedades crónicas.

«La adopción de mecanismos de financiación flexible y adecuada para apoyar las diferentes estrategias prioritarias de pago de los servicios de atención primaria de salud (una capitación bien ponderada del 70%-80% combinada con una tarifa por servicio bien definida y priorizada del 10%-20% y otro 10% que recompense el nivel especial de calidad) y de mecanismos de recompensa para las actividades de colaboración en los ámbitos de la asistencia domiciliaria, los cuidados paliativos, los servicios de rehabilitación, la partería y la farmacia (a saber, los servicios para dejar de fumar, la política de inocuidad de los medicamentos), etc.» (país de ingresos medianos altos)

34. *Cibersalud e innovaciones relacionadas con los historiales clínicos electrónicos.* En varias respuestas se informó sobre distintas innovaciones fundamentales en el ámbito de la cibersalud. Algunos países presentaron las tecnologías que acababan de adoptar, por ejemplo: a) la implantación de proyectos de telemedicina, especialmente en las provincias interiores; b) un sistema electrónico de historiales clínicos; y c) aplicaciones móviles.

35. *Formas innovadoras de medidas integradas en materia de salud.* En varias respuestas se señalaron formas innovadoras de medidas integradas en materia de salud, como los servicios coordinados de atención primaria de salud centrados en los pacientes para garantizar el proceso asistencial y los equipos interdisciplinarios ubicados en centros de salud comunitarios que prestan servicios periféricos tanto *in situ* como a domicilio.

«El modelo mixto de empresas privadas dentro de un sistema de salud financiado íntegramente con fondos públicos supone un reto y requiere un firme compromiso de distintas instancias gubernamentales para el diseño de soluciones innovadoras.» (país de ingresos altos)

36. *La asistencia innovadora para grupos específicos de la población*, como la asistencia domiciliaria de apoyo, los cuidados paliativos, la asistencia integrada para los discapacitados y la asistencia de relevo y a largo plazo para las personas de edad, se mencionaron como elementos importantes para los países que están experimentando un cambio demográfico drástico.

Pregunta 11: ¿Cuáles son los desafíos más relevantes a los que su país se enfrentará al tratar de aplicar la atención primaria de salud en su totalidad, y así conseguir el ODS 3.8 para el año 2030?

37. Los principales desafíos, según los encuestados, se centraron en el personal sanitario, el sistema de información sanitaria, la financiación de la salud, la participación comunitaria y la demanda de atención de salud y el acceso a esta.

- a) *Personal sanitario*. En muchas respuestas se mencionó el personal sanitario como un desafío. En la gran mayoría de esas respuestas, principalmente de los países de ingresos bajos, se señaló específicamente el problema de la escasez de personal sanitario. Sin embargo, algunos países de ingresos altos también destacaron la posible amenaza de la insuficiencia de personal sanitario a corto plazo. En un número considerable de respuestas se señaló la insuficiencia de competencias en materia de atención primaria como una de las principales deficiencias en las iniciativas para aplicarla íntegramente. La ausencia de «buena gobernanza» en los sistemas nacionales de salud y las desigualdades regionales en la distribución del personal sanitario son otros de los principales desafíos que se señalaron en las respuestas.

«[Desafíos detectados:] *La falta de disponibilidad de profesionales sanitarios especializados y la falta de armonización de las instituciones que regulan la formación académica superior (en concreto en lo que respecta a los planes de estudio y la especialización) con las necesidades de salud de las poblaciones de las zonas remotas.*» (país de ingresos medianos altos)

«[Desafíos detectados:] *La escasa capacidad reguladora del gobierno, que se centra más en prestar servicios de salud que en garantizarlos; la urbanización rápida y no planificada, junto con la limitada aplicación de la atención primaria de salud en los entornos urbanos; la gestión deficiente del personal sanitario en el sector de la salud (producción, contratación, asignación y retención)*» (país de ingresos bajos)

- b) *Sistema de información sanitaria*. En varias respuestas se señaló que la falta de desarrollo del sistema de información sanitaria era una de las principales deficiencias. Se ha indicado que los vínculos de información entre los niveles de atención de salud que repercuten en la continuidad de la asistencia son deficientes, y que hay una evidente falta de planificación de base empírica. Esa falta de desarrollo del sistema de información sanitaria se atribuye principalmente a una asignación presupuestaria muy baja y a una escasa inversión en infraestructura de TIC en el sector de la salud.
- c) *Financiación de la salud*. En muchas respuestas, principalmente de países de ingresos bajos y medianos bajos, se mencionó la escasez o inestabilidad de los recursos financieros como una deficiencia fundamental, y en varias respuestas se indicó como deficiencia la falta de una distribución equitativa de los recursos de atención de salud. Por otro lado, la ausencia de mecanismos de protección financiera sostenibles, la infraestructura sanitaria insuficiente, el suministro insostenible y con interrupciones de los productos sanitarios y la escasez o inestabilidad de la financiación pública fueron algunos de los principales

desafíos previstos para el futuro, principalmente por los países de ingresos bajos y medianos bajos.

- d) **Participación comunitaria.** En varias respuestas se señaló que la falta de participación pública o comunitaria en el ámbito de la salud era una de las principales preocupaciones de cara a la labor futura. La baja prioridad asignada a la asistencia centrada en el paciente y en la comunidad, la insuficiente participación del sector privado, la falta de transparencia y de rendición de cuentas (también de los asociados para el desarrollo y de los gobiernos) se citaron en las respuestas como algunos de los principales desafíos a los que se enfrentan los Estados Miembros.
- e) **Demandas de atención de salud y acceso a esta.** En las respuestas se mencionó que los cambios demográficos, los crecientes desafíos planteados por las enfermedades no transmisibles y los cambios en las características epidemiológicas de las enfermedades podrían repercutir notablemente en la demanda de atención de salud en el futuro. Además, se citaron como otros desafíos de envergadura que los Estados Miembros siguen enfrentando las desigualdades socioeconómicas en el acceso a la atención de salud y, aun cuando se ha logrado o es probable que se alcance la cobertura universal e integral, el acceso oportuno a servicios de salud de calidad en todo el país.

Pregunta 12: ¿Qué esfuerzos necesitan hacer en su país los actores gubernamentales a nivel nacional y subnacional para que la atención primaria de salud sea completamente aplicada, y así lograr el ODS 3.8 para el año 2030?

38. En las respuestas se mencionaron varias medidas fundamentales que los actores gubernamentales a nivel nacional y subnacional deben llevar a cabo para aplicar íntegramente la atención primaria de salud y lograr satisfactoriamente el ODS 3.8 para 2030. Las medidas se encuadraban principalmente en las siguientes esferas:

- a) **Compromiso financiero y financiación diversificada.** Se determinó que era fundamental un compromiso financiero del gobierno con la atención primaria de salud para garantizar su plena aplicación y el logro del ODS 3.8. En algunas respuestas se señaló específicamente la necesidad de diversificar la financiación de la atención primaria, por ejemplo, con el establecimiento de mecanismos innovadores para movilizar recursos adicionales, como una de las medidas más importantes que pueden adoptar los gobiernos.

«Inversión continua en modelos de financiación mixta que fomenten servicios flexibles y proactivos de atención primaria de salud mediante equipos para las personas que se beneficiarían y resultados sanitarios de calidad.» (país de ingresos altos)

«El presupuesto de salud del país debe representar el 6% del PIB nacional, y el 30% de este debe dedicarse a la atención primaria.» (país de ingresos medianos altos)

- b) **Uso eficiente de la financiación.** Junto con los compromisos gubernamentales para la financiación de la atención primaria de salud, también se citó como factor fundamental para mejorar su aplicación y lograr los resultados deseados en el futuro el uso eficiente de esos recursos financieros y de otro tipo, mediante el establecimiento de prioridades en materia de recursos y la garantía de un aprovechamiento óptimo de los recursos financieros. En más de una cuarta parte de las respuestas se propuso aumentar la eficiencia del uso de los fondos y los recursos. En algunas respuestas se destacó la importancia de mejorar la rendición de cuentas y la transparencia en la utilización de esos fondos.

«El Ministerio de Salud Pública desempeña principalmente la función de administración, dado que de la prestación de los servicios por conducto de paquetes en las zonas rurales y desfavorecidas del país se ocupan principalmente las ONG. El Ministerio, con esta importante función de administración, tiene que poner más énfasis en el control de los gastos de las ONG y supervisar rigurosamente la calidad de los servicios que prestan.» (país de ingresos bajos)

- c) Mejora de la protección financiera en relación con la atención de salud. En las respuestas se mencionó la necesidad de aumentar el acceso a la financiación común y de reducir los gastos directos en atención de salud. En varias respuestas se consideró que un mayor acceso a la financiación común y a otras formas de protección financiera es esencial para que la atención primaria se aplique íntegramente y se logre el ODS 3.8.
- d) Legislación relativa a la atención primaria de salud y elaboración general de estrategias. La orientación de las políticas en forma de medidas legislativas y elaboración de estrategias fue citada en las respuestas como una importante esfera general de actuación. Varios países mencionaron en sus respuestas una laguna en la legislación nacional relativa a la atención primaria, concretamente en los ámbitos de la medicina general, la enfermería, la partería, la asistencia comunitaria, la rehabilitación, los cuidados paliativos y los servicios de asistencia domiciliaria. En prácticamente la mitad de las respuestas se destacó la importancia del papel del gobierno en la elaboración de las estrategias de atención primaria.

«La legislación de la Política Nacional de Salud Pública será esencial para la seguridad humana en nuestro país.» (país de ingresos medianos altos)

- e) Aumento de la capacidad de liderazgo. Esta esfera se consideró en muchas respuestas como una actuación esencial a nivel gubernamental para mejorar la aplicación de la atención primaria de salud. En la mitad de las respuestas se destacó la importancia de la coordinación y la participación con otras partes interesadas, y en alrededor de un tercio de las respuestas se mencionó la necesidad de fortalecer la capacidad de gestión interna del gobierno. Por otro lado, en varias respuestas se destacó la necesidad de fortalecer la capacidad técnica del gobierno.

«Gobernanza del sector de la salud: las funciones y las atribuciones tienen que estar claramente diferenciadas. Es necesario aclarar urgentemente las funciones de los diferentes ámbitos del gobierno (federal, provincial y local) y establecer estructuras adecuadas para impulsar esas funciones.» (país de ingresos bajos)

Pregunta 13: ¿Qué papel específico pueden jugar en el futuro la OMS y otros colaboradores (por ejemplo, organizaciones no gubernamentales, organizaciones comunitarias, sociedad civil, sectores privados y filantrópicos y otras entidades de las Naciones Unidas) para apoyar la aplicación de la atención primaria de salud en su país?

39. En casi todas las respuestas se incluyeron expectativas con respecto a la OMS y otros asociados. En concreto, en las respuestas se subrayó el papel de la OMS como «autoridad técnica, normativa y convocante en materia de salud». A continuación se enumeran algunas de las funciones clave que se espera que desempeñen la OMS y otros asociados para apoyar la aplicación de la atención primaria de salud:

- a) Función de convocatoria. En muchas respuestas se expresó la expectativa de que la OMS preste apoyo permanente a la coordinación de todos los asociados, incluidos los agentes no estatales (en algunos casos se mencionó específicamente al sector privado), las ONG y

las organizaciones de la sociedad civil, para que la aplicación efectiva de la atención primaria de salud siga adelante. Algunos países de ingresos bajos y medianos bajos subrayaron la necesidad de que la OMS aportara más recursos financieros a los países a través de esa función de convocatoria, incluida la convocatoria de asociados para elaborar programas conjuntos.

«La convergencia de los esfuerzos de todos los asociados bajo los auspicios de la OMS mediante la elaboración de programas o proyectos conjuntos que den respuesta a las prioridades estratégicas nacionales.» (país de ingresos medianos bajos)

- b) *Función de cooperación técnica.* La cooperación técnica para la elaboración y la aplicación de estrategias, el fortalecimiento de los sistemas de salud sobre la base de los seis pilares —la salud en todas las políticas, la financiación de la salud, la legislación sanitaria, la evaluación y gestión de la tecnología sanitaria, los enfoques comunitarios de salud y la investigación para mejorar la prestación de servicios— son algunas de las funciones fundamentales que se espera que desempeñen la OMS y otros asociados, de acuerdo con lo señalado en las respuestas. Además, en algunas respuestas se indicó que también se quería recibir apoyo para elaborar un marco de evaluación y para analizar la aplicación de la atención primaria de salud a nivel nacional.
- c) *Creación de capacidad.* En varias respuestas, especialmente de países de ingresos bajos y medianos bajos, se subrayó la necesidad de que la OMS y sus asociados apoyen la creación de capacidad de los sistemas de salud con una «visión a largo plazo» en los siguientes ámbitos: a) el personal sanitario (formación de los profesionales sanitarios, incluidos los agentes de salud comunitarios); b) la vigilancia; c) la capacidad de reglamentación; y d) la prestación de servicios de diagnóstico y de logística en los centros de atención primaria de salud de carácter curativo.
- d) *Políticas de base empírica y transferencia de conocimientos.* En varias respuestas se indicó que se espera que la OMS dirija la investigación sistemática y la generación de pruebas para apoyar la formulación de políticas en materia de salud, la evaluación comparativa de las prácticas óptimas, la documentación y el intercambio de las prácticas óptimas entre los Estados Miembros y la facilitación del intercambio de experiencias entre ellos.

«A partir de la experiencia nacional, la colaboración con el Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, que tiene su sede en la Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa, fue muy fructífera para colmar las lagunas entre la formulación de políticas y la ciencia y, por lo tanto, contribuyó a la adopción de decisiones de base empírica.» (país de ingresos altos)

- e) *Defensa y promoción.* En las respuestas se mencionó específicamente la defensa ante los gobiernos del aumento del gasto en salud como porcentaje del PIB, la mejora de la equidad sanitaria y la institucionalización de la atención básica, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos bajos, como algunas de las funciones esenciales que los Estados Miembros esperan de la OMS y otros asociados. En otras respuestas se citó la promoción de la salud en todas las políticas y de la legislación sanitaria específica sobre la atención primaria de salud. En algunas respuestas de los países de ingresos bajos y medianos bajos se destacó la necesidad de llevar a cabo actividades de concienciación para varias partes interesadas, incluidos los donantes, los responsables de la formulación de políticas, el mundo académico, las organizaciones profesionales y los asociados para el desarrollo, a fin de fortalecer las capacidades de aplicación de la atención primaria.

«Nuestro sistema de salud se centra en la atención primaria, pero la OMS podría intensificar la labor de promoción para incluirla en los programas de políticas de nuestro país y fortalecer las alianzas en favor de la atención primaria y de su aplicación. Por otro lado, la OMS podría apoyar las reformas de la atención primaria de salud en nuestro país y movilizar la cooperación bilateral y multilateral, a más organismos del sistema de las Naciones Unidas y a las organizaciones de la sociedad civil para que lo hagan a su vez.» (país de ingresos medianos bajos)

- f) *Función normativa.* Las personas que respondieron a la encuesta esperan que la OMS siga liderando la elaboración de normativas y de directrices políticas y operativas sobre la atención primaria de salud a nivel mundial para su uso por los Estados Miembros.

«La Organización Mundial de la Salud debe seguir siendo el líder mundial con visión de futuro en materia de salud. La OMS describe la ‘situación idónea’ a la vez que facilita pruebas y orientación sobre cómo conseguir ese objetivo, lo que comprende el intercambio de innovaciones exitosas y la exigencia de rendición de cuentas a los gobiernos para que la atención primaria pueda desempeñar su papel principal en lo que respecta a asegurar la sostenibilidad del sistema de salud, así como la mejora de la salud de la población.» (país de ingresos altos)

Constataciones del estudio documental

40. Las cuestiones que surgieron a raíz del estudio documental fueron muy similares a las señaladas en la encuesta para los Estados Miembros. En esta sección figura una visión general de las principales conclusiones de esta línea de análisis.

3.1. Progresos en la aplicación de la atención primaria de salud: principales logros

41. Los documentos examinados reflejan una trayectoria positiva en términos generales durante los últimos 40 años. Muchos indicadores de salud han seguido mejorando en la mayoría de los países y, por lo general, las personas están más sanas y viven más tiempo hoy que hace 40 años. Se han realizado progresos especialmente significativos en la cobertura de la atención básica de la salud y se han logrado mejoras en la salud y la inmunización de los niños y en la erradicación y el control de las enfermedades infecciosas. Por otro lado, en respuesta a la aparición de las enfermedades no transmisibles como amenaza a la salud y una carga cada vez mayor para los sistemas de salud, el acceso a los servicios esenciales de salud preventiva y curativa en esta esfera ha aumentado considerablemente en muchas partes del mundo.

42. Los documentos analizados dan a entender que las medidas emprendidas por los Estados Miembros y otros actores para aplicar la atención primaria de salud han contribuido a esos logros. Desde la Declaración de Alma-Ata de 1978, muchos gobiernos han reconocido que la salud es un derecho fundamental y universal de todos, una condición esencial para el desarrollo integral y sostenible de los pueblos y una necesidad para el crecimiento económico con equidad. En consecuencia, muchos gobiernos han llevado a la práctica reformas fundamentales en sus sistemas de salud a través de un amplio espectro de políticas y estrategias con miras a promover la visión de la Declaración de Alma-Ata de una atención primaria de salud equitativa, eficaz, eficiente y con capacidad de respuesta, que a su vez ha respaldado la expansión de una cobertura sanitaria universal integral. Entre esas reformas cabe citar la elaboración de estrategias nacionales de salud, listas de medicamentos esenciales y marcos reglamentarios sobre diversos aspectos de la salud (por ejemplo, la profesión médica, los medicamentos y los aparatos y el material sanitarios, las preocupaciones sobre la privacidad de los pacientes, etc.). Esas políticas y estrategias suelen incluir un enfoque integral y holístico de la salud: por ejemplo, no solo promueven programas para mejorar la salud para todos a lo largo de toda la vida, sino que también encauzan los beneficios de la salud de modo que sirvan como base del desarrollo sostenible. Los documentos más recientes enmarcan explícitamente esa conexión en el apartado de los ODS.

43. Además de las reformas de los sistemas de salud, uno de los principales avances documentados con respecto a los objetivos de Alma-Ata —incluida la contribución de la atención primaria de salud a la cobertura sanitaria universal— ha sido el aumento del gasto público en salud en todo el mundo. Los datos recopilados y analizados desde 2000 ponen de manifiesto esa tendencia positiva y muestran un aumento del gasto público per cápita en todos los grupos de países en función de los ingresos. Sin embargo, ese aumento ha variado mucho entre los grupos de países y dentro de cada uno de ellos, y pone de relieve patrones de gasto divergentes entre los países más ricos y los más pobres. Al tiempo que el gasto per cápita de los países de ingresos altos aumentó de un promedio de US\$ 1357 en 2000 a US\$ 2257 en 2016, el de los países de ingresos medianos altos aumentó de aproximadamente US\$ 130 en 2000 a US\$ 270 en 2016. Del mismo modo, en los países de ingresos medianos bajos, el gasto público en salud per cápita aumentó de US\$ 30 a US\$ 58 en el mismo periodo. En los países de ingresos bajos, el gasto en salud per cápita en términos reales fluctuó

considerablemente durante el mismo periodo hasta que, en 2016, fue de unos US\$ 9 per cápita en promedio, solo US\$ 2 más que en 2000.³³

44. Parte de la variación en los logros de los países (por ejemplo, por lo que se refiere a la inversión, los gastos directos, la integración de los sistemas de salud pública y de seguridad social, la cobertura de los servicios y los indicadores de resultados sanitarios) se atribuye a trayectorias de desarrollo económico y social divergentes. Como se señala en un informe regional, estas diferencias pueden asociarse a la evolución histórica del estado de bienestar, en la que a su vez influyen las variables económicas, sociales, demográficas y políticas particulares de cada país. Ese aumento también ha cambiado con el tiempo a raíz de las fluctuaciones económicas mencionadas; en algunos lugares, los retrocesos en los avances se deben a los conflictos armados y a las tensiones asociadas a la migración y el desplazamiento de la población. Sin embargo, en general, el gasto total en salud ha crecido de forma más rápida que el PIB a nivel mundial, y aún más en los países de ingresos bajos y medianos bajos (actualmente cerca del 6% en promedio),³⁴ que en algunos casos dedican más de la mitad del gasto público en salud a la atención primaria.³⁵

45. Dentro de esta descripción general de los logros, las prácticas óptimas y los casos de éxito a nivel mundial, en los documentos analizados también se señalan varias esferas en las que se registraron logros y que se abordan en el presente examen, a saber, las relacionadas con la innovación, los enfoques intersectoriales y la contribución de los beneficios de la atención primaria de salud a los resultados sanitarios generales, la equidad, la colaboración intersectorial y la eficiencia.

3.1.1. Innovación

46. En los documentos revisados se especifica un amplio espectro de innovaciones relacionadas con la atención primaria de salud. Entre ellas destacan las innovaciones relativas a los avances tecnológicos y a la TIC, sobre todo en la última parte de la época posterior a Alma-Ata. Por ejemplo, algunas TIC han permitido que las personas que viven en zonas remotas y subatendidas tengan acceso a servicios y conocimientos que de otro modo no estarían a su disposición, especialmente en países con una distribución desigual o una escasez crónica de médicos, enfermeras y técnicos de salud, o donde es necesario viajar grandes distancias para acceder a las instalaciones y al asesoramiento especializado. En esos contextos, el objetivo de mejorar el acceso a la atención de salud ha estimulado la adopción de tecnología para el diagnóstico, la vigilancia y la consulta a distancia. Se considera que Internet es una innovación clave en relación con esos beneficios de las TIC, de la misma forma que las tecnologías revolucionarias han posibilitado que todos los centros de salud de muchos países dispongan de conexión telefónica generalizada.

47. Sin embargo, las innovaciones específicas que se presentan en los documentos analizados trascienden el ámbito de la tecnología. De acuerdo con los documentos examinados, se dividen en las siguientes categorías:

- **Innovaciones para transferir la toma de decisiones y mejorar la rendición de cuentas a los gobiernos regionales o municipales.** En una región de la OMS, por ejemplo, esa transferencia permitió una mejor integración de la atención de salud y social en unos países, mejoró la coordinación de los servicios con la atención secundaria en otros, y fortaleció las actividades de prevención y posibilitó una mayor armonización entre los servicios y las necesidades de las comunidades locales en otros. En esos países, de manera más general, la transferencia ha contribuido a estimular la innovación en materia de políticas y a contener los gastos sanitarios sin ampliar las desigualdades en la atención de salud, mejorando así los resultados sanitarios. De manera similar, en algunos países de otra región de la OMS, las reformas sanitarias han tratado de mejorar el acceso mediante la descentralización a escala

³³ *Public Spending on Health: a closer look at Global Trends*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018, pág. 13.

³⁴ *Ibid.*, pág. 1.

³⁵ *Ibid.*

regional y local y la reorientación de la atención primaria de salud hacia las familias y las comunidades.

- **Innovaciones para favorecer la gestión de la atención primaria de salud.** Varios países (en particular los de ingresos altos) han adoptado innovaciones para favorecer la gestión de los proveedores de atención primaria a fin de mejorar su desempeño y lograr mejores resultados en el sistema de salud. Esas innovaciones han girado en torno al fortalecimiento de la capacidad de planificación institucional, la transferencia de funciones y atribuciones entre las autoridades y los profesionales, la contratación de médicos de cabecera autónomos para ampliar la disponibilidad de servicios y diversos cambios en la remuneración (incluida la institución de pagos relacionados con el desempeño con el fin de mejorar la calidad de la atención) y los planes de seguro de enfermedad.
- **Innovaciones para empoderar a las personas y las comunidades.** Muchos países de ingresos altos han pasado a un sistema administrativo que permite al paciente elegir a su médico de cabecera. En un país se redujeron los obstáculos al acceso que experimentaban las poblaciones de refugiados facilitando su acceso a los centros de salud para migrantes y la prestación de servicios en su lengua materna.
- **Innovaciones para promover la colaboración intersectorial.** Este tipo de innovaciones constituyen una esfera amplia e independiente que se aborda en el presente examen y, por lo tanto, se analiza por separado en el epígrafe «Enfoques intersectoriales», que figura más adelante.
- **Innovaciones en financiación de la salud.** Este tipo de innovaciones han comprendido desde la adopción de sistemas de seguridad social y de seguro de enfermedad y de paquetes de prestaciones básicas que permiten a todos los ciudadanos solicitar un nivel básico de atención, pasando por los pagos combinados por un conjunto de servicios, hasta las modalidades por las que se ofrecen incentivos financieros a los médicos de cabecera para mejorar su desempeño. Se han concebido otras innovaciones financieras para atender específicamente a los grupos de población pobres o marginados por otros motivos, por ejemplo, sistemas de subvenciones y subvenciones recíprocas (en los que los grupos de ingresos más altos subvencionan los costos sanitarios de los grupos de ingresos más bajos) y fondos rotatorios para los medicamentos y los suministros médicos. En muchos países, el establecimiento de planes de seguro de enfermedad —a través de una amplia variedad de modelos de financiación y con distintos grados de cobertura y estrategias de mejora del acceso— ha conseguido poner la cobertura sanitaria universal al alcance de la población y aumentar considerablemente la protección contra los gastos catastróficos, lo que ha reducido un obstáculo importante para acceder a los servicios de salud.
- **Innovaciones en el personal sanitario.** Estas innovaciones se han centrado en la generación y la gestión del personal sanitario en los países, e incluyen: la capacitación y enseñanza para formar un personal sanitario con los conocimientos y las competencias necesarios para situar la atención primaria en el centro de los sistemas de salud; la delimitación de las funciones y las atribuciones del personal sanitario para gestionar eficazmente los retos de salud actuales y futuros; y el empleo de recursos tecnológicos, especialmente soluciones informáticas, para mejorar la función del personal sanitario.
- **Innovaciones en la prestación de servicios.** El número de países que utilizan los sistemas de cibersalud en distinta medida (desde las recetas electrónicas hasta los itinerarios de derivación) ha aumentado de forma notable, lo que ha contribuido a fortalecer la prestación de servicios mediante la mejora de la creación de redes y el intercambio de información entre las diversas disciplinas médicas (así como entre los sectores técnicos y los servicios sociales) de manera multidisciplinaria, aumentando así la eficiencia y la eficacia de la prestación de atención de salud. Esta cuestión reviste especial interés para la gestión de la

asistencia de larga duración y el tratamiento de distintas enfermedades al mismo tiempo, ámbitos en los que es necesario que varias disciplinas médicas colaboren eficazmente en beneficio del paciente.

En muchos de esos ámbitos, la innovación ha solidado tener lugar a nivel subnacional. Al mismo tiempo, se ha producido una tendencia digna de mención entre los ministerios de salud (así como en otras esferas del gobierno) de establecer departamentos de innovación y de incluir la innovación en sus estrategias y planes.

3.1.2. Enfoques intersectoriales

48. En todos los documentos clave analizados para este examen se subrayaba la amplia gama de interpretaciones de esta expresión y la necesidad de entender mejor lo que significan los enfoques intersectoriales de la salud y la forma ideal de aplicarlos en los países. En los informes se da a entender que la colaboración intersectorial óptima consiste en un enfoque en el que participa todo el gobierno y que abarca al conjunto de la sociedad, por ejemplo, definiendo y aprovechando de forma concreta los vínculos entre las políticas agropecuarias, educativas, ambientales, fiscales, de vivienda, de transporte y de otro tipo, y velando por que las políticas, las estrategias y las intervenciones en materia de salud aborden la salud desde esta perspectiva más holística e integrada. Sobre todo, este enfoque subraya también la relación recíproca, esto es, la colaboración con otros sectores para garantizar que sus respectivas políticas, estrategias y acciones incorporan asimismo un enfoque de salud siempre que sea pertinente. En contraposición a este modelo de colaboración, los informes analizados parecen indicar que la tendencia dentro del sector de la salud ha consistido, con demasiada frecuencia, en considerar que la colaboración es en gran medida simbólica, unilateral e instrumental, es decir, un modelo en el que los actores del sector de la salud han tratado de conseguir que otros sectores ayuden a los servicios de salud (por ejemplo, mediante la movilización de los profesores para que contribuyan a la distribución de mosquiteros). Esta conceptualización limitada, según se añade en los informes, ha supuesto un obstáculo significativo para cosechar las recompensas de la acción intersectorial, no solo a través de la mejora de los resultados sanitarios, sino también a través de la mejora de los resultados en los sectores ajenos a la salud y del aumento de la eficiencia y la eficacia multiplicadoras entre los distintos sectores.

49. A pesar de la necesidad detectada de una conceptualización más amplia y clara de lo que significa una colaboración intersectorial óptima, los informes analizados para este examen ponían de manifiesto un conjunto profuso de enfoques intersectoriales que se han concebido y aplicado desde 1978. Los ejemplos abarcan desde la planificación intersectorial y la puesta en marcha de iniciativas multisectoriales en comunidades rurales hasta la aplicación del enfoque de la salud en todas las políticas a nivel nacional, pasando por iniciativas de dimensión regional, como se demuestra en los ejemplos siguientes.

- **Enfoques intersectoriales a nivel de las comunidades.** Reconociendo la realidad de que para la programación integrada de la colaboración plenamente intersectorial en el ámbito gubernamental suelen ser necesarios cambios fundamentales, con frecuencia de carácter estructural y cultural, en el funcionamiento de las entidades gubernamentales y en el diseño de los incentivos institucionales, los enfoques intersectoriales en ese ámbito se basan en la idea de que muchas veces es más fácil conseguir que la coordinación y la colaboración se den a nivel de las comunidades. Varios países están tratando de mejorar la coordinación de los servicios sociales y sanitarios mediante la fusión de los consejos de salud y los consejos de bienestar social y servicios en una sola entidad, con el fin de garantizar que los servicios sociales y los servicios sanitarios estén organizados y financiados por los gobiernos municipales o regionales. Algunos países señalan que este enfoque ha ofrecido muchas posibilidades de fortalecer la coordinación e integración de los servicios, sobre todo en relación con los grupos especialmente vulnerables como las personas de edad, las que tienen enfermedades mentales y las que abusan del alcohol o las drogas.

- **Enfoques intersectoriales a nivel nacional.** En varios informes analizados en el estudio documental se describen las formas en que los gobiernos nacionales han tratado de fortalecer un enfoque en el que participaba todo el gobierno y que abarcaba a toda la sociedad. Habitualmente, las esferas en que los gobiernos nacionales han fomentado la acción intersectorial incluyen la seguridad vial, el agua y el saneamiento, la inocuidad de los alimentos, las pandemias y la salud conductual (por ejemplo, la nutrición, el tabaquismo y las enfermedades de transmisión sexual), mediante políticas, estrategias y directrices para incentivar o exigir esas medidas intersectoriales. En algunos casos, los gobiernos nacionales también han fomentado enfoques «ascendentes» de acción intersectorial a través de alianzas integradas de asistencia que reúnen a proveedores de servicios sanitarios y sociales, representantes voluntarios y comunitarios y usuarios de los servicios en redes de colaboración para responder de manera innovadora a las necesidades de las comunidades locales. En otros países donde no existen estructuras intersectoriales de carácter oficial y permanente se ha procurado una colaboración intersectorial ocasional, esto es, mediante grupos de trabajo interministeriales especiales. En un informe regional se explicaba de qué forma pueden los gobiernos nacionales integrar el trabajo intersectorial en todo su sistema de salud. Se mostraba la experiencia de un país en el que un gobierno nacional perseguía expresamente la coordinación intersectorial (junto con otras opciones de política, como la formación del personal sanitario) como medio para prolongar la esperanza de vida, reducir la mortalidad en la niñez y lograr otros resultados sanitarios específicos, a pesar de las importantes dificultades económicas. En ese caso, se recalibró intencionadamente la formación médica para exigir a los profesionales de la medicina que entendieran los determinantes sociales de la salud y, por extensión, que se centraran en la medicina preventiva y en las intervenciones curativas. Asimismo, se les hizo trabajar en equipos multidisciplinarios en centros de atención primaria integral, donde trabajaban en estrecho contacto con sus comunidades, los servicios sociales y las escuelas, las principales organizaciones de la sociedad civil y diversas autoridades gubernamentales. Cabe destacar que se consideró que esos equipos multidisciplinarios eran los responsables conjuntos de la salud de la población que estaba bajo su asistencia colectiva desde el punto de vista geográfico.
- **Enfoques intersectoriales a nivel mundial y regional.** En 2003, 168 países firmaron el Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco, en virtud del cual se comprometieron a adoptar medidas coordinadas e intersectoriales para: aumentar los precios del tabaco a través de los impuestos; regular los paquetes y las etiquetas; llevar a cabo campañas educativas; crear prohibiciones de publicidad; y apoyar el abandono del consumo de tabaco, en particular a través de mecanismos regionales. Varios ejemplos de una región de la OMS demuestran las posibilidades que la colaboración intersectorial a nivel regional puede generar en otras esferas, por ejemplo, la integración de temas relacionados con el medio ambiente y la salud en las políticas de transporte.

3.1.3. Contribución general de los beneficios de la atención primaria de salud

50. Hace mucho tiempo que se estableció que, en cuanto conjunto de principios de amplio consenso, la atención primaria de salud y su aplicación tienen capacidad para influir de manera generalizada en los resultados sanitarios, aumentar la equidad y ayudar a incrementar la eficiencia en la prestación de los servicios de salud. Otra esfera que se da por sentado que se beneficiará de la aplicación de la atención primaria es el costo, gracias a la reducción del número de consultas innecesarias en las instituciones de atención secundaria y terciaria de salud. En esos supuestos, la función de filtro de la atención primaria de salud, que se basa en la calidad y la capacitación del personal que la presta, así como en políticas bien adaptadas, sistemas funcionales de derivación y marcos reglamentarios, se considera esencial para reducir los costos sanitarios tanto para los sistemas de salud como para los pacientes. Además, se presupone que, al promover una mejor salud para todos

y, por ende, una mayor equidad la aplicación de la atención primaria contribuye a que otros derechos humanos se hagan efectivos, por ejemplo, mediante el aumento de la productividad, la educación, etc.

51. Esos supuestos efectos generalizados no se abordan explícitamente en ningún documento de los analizados en el estudio documental. Antes bien, en todos ellos se da a entender que la atención primaria, cuando se aplica de manera constructiva, es el mecanismo óptimo para lograr esos efectos más amplios, ya sea en la salud general de la comunidad, en la salud para todos, en el uso eficiente de los recursos financieros o en todas esas esferas.

52. Con respecto al efecto de la atención primaria en los **resultados sanitarios**, en los documentos se deja claro que, si bien los resultados sanitarios han mejorado en los últimos cuatro decenios, no todo el éxito puede atribuirse únicamente a ella. En los últimos 40 años ha habido una reducción significativa de la pobreza, un aumento del acceso a la educación, una mejora de los niveles de alfabetización y otros acontecimientos que han contribuido a mejorar los resultados sanitarios (véase la sección anterior dedicada a los enfoques intersectoriales). Al mismo tiempo, como ya se ha indicado, los últimos 40 años han estado marcados por avances significativos en un amplio espectro de resultados sanitarios. En algunas regiones se han superado los indicadores de los ODS (por ejemplo, la Meta 3.1, en relación con la mortalidad materna: *De aquí a 2030, reducir la tasa mundial de mortalidad materna a menos de 70 por cada 100 000 nacidos vivos*).

53. Por lo que se refiere a la **equidad, los derechos humanos y las necesidades de los grupos de población vulnerables**, se han elaborado un sinfín de resoluciones, políticas y estrategias mundiales, regionales y nacionales que han ayudado a orientar a la comunidad sanitaria mundial hacia los objetivos establecidos en las Declaraciones de Alma-Ata y de Astana, los Objetivos de Desarrollo del Milenio y los ODS, a pesar de los progresos aún no realizados en la esfera de la cobertura sanitaria universal, en la promesa de «no dejar a nadie atrás» y de «salud para todos» ni en los indicadores específicos de los ODS, como la meta de reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles para 2030.

54. También se han logrado aumentos de la **eficiencia**. Como se señaló en la sección anterior, por ejemplo, los avances tecnológicos y las TIC han ayudado a mejorar el acceso, fortalecer los sistemas de vigilancia y facilitar una gestión más eficaz de los servicios de atención primaria de salud. Los equipos multidisciplinarios, la clara delimitación entre las funciones y las atribuciones de los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria y unos itinerarios de derivación establecidos de forma precisa han contribuido positivamente al uso eficiente de la financiación del sector de la salud y a una prestación de servicios de salud más eficaz y centrada en el paciente.

3.2. Desafíos en la aplicación de la atención primaria de salud: principales deficiencias

55. A pesar de los importantes beneficios logrados a nivel mundial gracias a la aplicación de la atención primaria de salud, los documentos analizados en el presente examen ponen de manifiesto que el progreso ha sido desigual tanto entre los países como a nivel nacional. Esos documentos también demuestran que la aplicación de la atención primaria no ha estado exenta de desafíos. Algunos de estos desafíos han tenido su origen en los factores contextuales que han configurado el entorno en el que se ha aplicado la atención primaria (véase «Tendencias mundiales que han dado forma a la aplicación de la atención primaria de salud», epígrafe que figura más adelante). En concreto, la globalización y sus efectos, la creciente carga de las enfermedades no transmisibles y el carácter cambiante de los conflictos armados han planteado desafíos en muchos países en diferente medida. Por ejemplo, diversas facetas de la globalización han dificultado que algunos países destinaran fondos suficientes a la salud de manera sostenible y han creado movimientos demográficos que han sobrecargado muchos sistemas de salud y han dado lugar a un acceso y unos resultados no equitativos en muchos países. El creciente protagonismo de las enfermedades no transmisibles, aunque ha ido acompañado de los correspondientes avances en la erradicación y el control de las enfermedades

transmisibles, ha generado una doble carga en otros países. Entretanto, el perfil cambiante de los conflictos armados ha sobrecargado gravemente los sistemas de salud de los Estados afectados, así como la salud de las personas que están directamente expuestas a ellos.

56. Sin embargo, los desafíos específicos en cuanto a la aplicación de la atención primaria de salud van más allá de estos factores contextuales del panorama mundial general. En los documentos analizados en el presente examen se ponen de relieve muchos de esos desafíos. Al igual que los logros descritos en la sección anterior, los desafíos suelen ser específicos de cada contexto. Se resumen brevemente en las siguientes subsecciones.

3.2.1. Obstáculos al acceso

57. El acceso equitativo es un tema predominante en la mayoría de los informes. Los grupos de población desfavorecidos desde el punto de vista socioeconómico, las mujeres, los habitantes de las zonas rurales, las minorías étnicas y otros grupos marginados siguen estando en desventaja en los sistemas de salud que no proporcionan acceso universal. A pesar de las mejoras significativas en la protección financiera de la población en general en muchos países, el aumento de los pagos directos y los costos informales siguen impidiendo que los sectores menos acaudalados de la población procuren atención de salud. Muchos países han sido testigos del fenómeno de la asistencia inversa, que consiste en que las personas con más medios utilizan más asistencia, al tiempo que las personas con menos medios y mayores problemas de salud la utilizan menos—with el apoyo del gasto público en servicios de salud que, con mayor frecuencia, beneficia más a los ricos que a los pobres—, y que se da por igual en todos los grupos de países por ingresos. La urbanización y la concentración de los servicios especializados en los centros urbanos han ido con frecuencia en detrimento del acceso en las zonas rurales. En muchos contextos, la mera falta de disponibilidad de servicios entraña un desafío de envergadura para garantizar el acceso: la falta crónica de personal, equipos y suministros, unida a la ausencia de normas básicas en la prestación de atención de salud, agravan aún más la desigualdad en el acceso a una atención de salud de calidad para varios sectores de la población. La persistencia de esos obstáculos al acceso sigue poniendo en peligro la promesa de «no dejar a nadie atrás» y la prestación de una cobertura sanitaria universal.

3.2.2 Personal sanitario

58. Muchos de los informes analizados para el presente examen describen un personal sanitario a nivel mundial que presenta deficiencias en cuanto a sus cifras, sus competencias y su distribución para seguir el ritmo de las necesidades frente a las nuevas tendencias (por ejemplo, los factores epidemiológicos cambiantes, el envejecimiento demográfico, la creciente carga de las enfermedades no transmisibles y la coexistencia de múltiples enfermedades). En general, la generación de profesionales sanitarios cualificados ha sido insuficiente, lo que ha dado lugar a una escasez de personal en muchos países. Algunos países han resultado especialmente perjudicados cuando los profesionales sanitarios cualificados se han visto atraídos por carreras o países más lucrativos, lo que ha agravado esas carencias en sus países (véase «Globalización», epígrafe que figura más adelante). Las políticas y los incentivos que permiten mejorar la capacitación, la contratación, la asignación y la retención de personal cualificado han sido cruciales para ayudar a invertir esa tendencia, pero no siempre han sido suficientes para lograrlo. En el marco de esta tendencia generalizada de escasez de recursos, en algunos países hay un exceso de especialistas, lo que da lugar a un número deficitario de enfermeras y médicos generalistas y de cabecera y aumenta los costos de la atención de salud, en detrimento del acceso equitativo. Por el contrario, en otros países hay una falta de especialistas, lo que repercute negativamente en el proceso asistencial.

59. La equidad geográfica depende en gran medida de una distribución uniforme de los profesionales de atención de salud en todo el país. En ese sentido, las zonas rurales han estado especialmente subatendidas en muchos países, como se pone de relieve en muchos de los informes analizados en el examen (más de la mitad de los informes revisados indican una distribución desigual

de la disponibilidad de personal sanitario entre las zonas rurales y urbanas). La comercialización de la atención de salud ha contribuido a la reducción del personal sanitario en las zonas rurales y remotas, y la reducción del personal sanitario en muchos países se ha visto agravada por la emigración de profesionales sanitarios a países más desarrollados (véase «Globalización», epígrafe que figura más adelante). Si bien se han elaborado distintos enfoques innovadores para atraer a los profesionales sanitarios a trabajar a las zonas rurales, sigue habiendo una falta de profesionales sanitarios cualificados en esas zonas.

3.2.3. Asistencia fragmentada

60. En algunos países, se considera que la excesiva especialización de los proveedores de atención de salud y el enfoque restrictivo de muchos programas de control de enfermedades han obstaculizado los esfuerzos por fomentar un enfoque más holístico de las personas y las familias a las que se presta servicio y no permiten percibir la necesidad de la continuidad de la asistencia. Los proyectos a corto plazo que se ejecutan verticalmente y están destinados a una cuestión sanitaria específica, si bien pueden requerir menos recursos y tiempo que los programas integrales a largo plazo, carecen de sostenibilidad y dificultan las mejoras a largo plazo en la salud de la población. Los servicios de salud para los grupos pobres y marginados suelen estar particularmente fragmentados y carecer de recursos suficientes porque los servicios de atención primaria de salud para todos de carácter sostenible e integral reciben ingresos escasos de manera persistente. La ayuda humanitaria y la ayuda para el desarrollo siguen contribuyendo con frecuencia a esa fragmentación.

3.2.4. Distribución inadecuada de la asistencia

61. En muchos países, la asignación de recursos ha seguido favoreciendo los servicios curativos, a menudo con un alto costo, en los niveles de atención secundaria y terciaria, al tiempo que se han descuidado la prevención y la promoción de la atención de salud y los servicios de atención primaria, que suelen ser enfoques con un costo más barato. Muchos países, al hacer especial hincapié en los servicios de atención secundaria y terciaria y en el acceso de los pacientes a la atención de salud a cualquier nivel (ante la ausencia de un filtro efectivo en la atención primaria), están teniendo problemas para reducir el número de ingresos hospitalarios evitables, a menudo costosos.

62. La función de filtro de la atención primaria de salud se considera un mecanismo fundamental para moderar el uso de los servicios especializados y descongestionar los centros de atención secundaria más sobrecargados. También repercute positivamente en la utilización eficaz de los presupuestos de salud, al usar eficientemente los recursos financieros, y fomenta la prestación de servicios equitativos, habida cuenta de que los factores socioeconómicos desempeñan un papel decisivo en la accesibilidad a la atención secundaria.

63. En ese sentido, los servicios de salud, incluidos los sistemas de derivación, no están organizados de manera que garanticen el proceso asistencial y la utilización eficiente de los recursos en muchos países. Desviar la atención primaria directamente a los servicios hospitalarios es un problema común, y los servicios ambulatorios de los principales hospitales provinciales de referencia suelen asumir funciones de atención primaria. Los sistemas de derivación deficientes se combinan con prácticas que no están basadas en datos empíricos, en concreto el uso indiscriminado de antibióticos y prácticas sin valor terapéutico, una acción multisectorial débil y una atención insuficiente a los servicios de prevención y promoción.

64. Ante la falta de filtros —unida a otros factores, como los métodos de pago por servicio, la consulta a varios médicos para el mismo problema y la deficiente infraestructura hospitalaria—, la prestación de servicios de salud se calificó de ineficiente y no equitativa en muchos países analizados. En muchos contextos, los servicios ambulatorios en los principales hospitales provinciales de referencia suelen asumir funciones de atención primaria, lo que agrava aún más el problema. Sin embargo, esa situación también suele ser necesaria ante la falta de disponibilidad de atención primaria (o en vista de sus limitaciones). En algunos informes de los países se indica que no hay una

delimitación clara entre la atención primaria y secundaria, y en otros se observa la ausencia de una función de filtro consagrada en sus sistemas de atención primaria. En casi todos los contextos en los que existe ese filtro, hay excepciones a las reglas para que las personas accedan directamente a la atención secundaria y especializada, lo que fomenta la prestación no equitativa de servicios a las personas que no disponen de los medios para beneficiarse de esos «atajos».

3.2.5. Asistencia perjudicial

65. En muchos países, los sistemas de salud no cuentan con normas mínimas plasmadas en su estrategia nacional de salud, inclusión hecha de normas básicas de salubridad e higiene. Este fenómeno no se ha dado solo en países de ingresos bajos y medianos bajos, sino también en países de ingresos altos y medianos altos donde la reglamentación es escasa y no hay normas mínimas en las estrategias de salud del país, o donde hay reglamentos y normas pero estos ni se controlan ni se hacen cumplir adecuadamente. En consecuencia, las intervenciones sanitarias esenciales —tanto en los centros de salud públicos como privados— a menudo no cumplen las normas de calidad y salubridad necesarias, lo que da lugar a altas tasas de infecciones contraídas en los hospitales, a errores médicos y a otros efectos adversos evitables que han sido una causa subestimada de morbilidad y mortalidad.

3.2.6. Financiación insuficiente, no equitativa e ineficiente y falta de recursos públicos

66. La financiación de la atención primaria de salud está estrechamente relacionada con el compromiso del gobierno y el reconocimiento del aspecto de la eficiencia en el uso de los recursos financieros que la atención primaria se propone lograr. Sin embargo, la financiación insuficiente, no equitativa e ineficiente y la falta de recursos públicos se citan como problemas persistentes y constituyen obstáculos estructurales al progreso hacia la cobertura sanitaria universal.

67. Las medidas de austeridad del sector público asociadas a la crisis financiera mundial han dado lugar a casos en que los presupuestos de salud pública se han reducido, incluso en los países de ingresos altos, lo que ha generado gastos directos muy elevados en servicios de salud para la población en general. En muchos países, los ingresos de la atención primaria están estancándose o disminuyendo debido al modesto crecimiento económico y a la reducción de la financiación de los donantes, lo que indica el nivel de susceptibilidad de los sistemas de salud a las fluctuaciones económicas. Según los informes examinados, solo 18 países han logrado diversificar su financiación para mitigar las fluctuaciones económicas, y 22 países indican su dependencia continua de los donantes.

68. La creciente comercialización de la atención de salud aumenta el riesgo de la búsqueda de beneficios (la práctica de manipular la política pública o las condiciones económicas como estrategia para aumentar los beneficios) a expensas de una atención eficaz. En una región de la OMS, los presupuestos de atención de salud beneficiaron durante años a las zonas urbanas en detrimento de las zonas rurales, lo que tal vez se deba a que los habitantes de las zonas urbanas se hicieran oír más, a que sus electores tuvieran más poder político y a que fuera más fácil para los gobiernos invertir en determinadas instalaciones de atención de salud en las zonas urbanas (en su mayoría hospitales, en la década de 1950) que en puestos de salud dispersos geográficamente en amplias zonas rurales. En muchos contextos, la financiación de la salud se sigue centrando en los servicios de atención secundaria y especializada, con fuertes presiones de los respectivos profesionales, el sector privado y la industria. Sin embargo, algunos países han reconocido el beneficio de invertir en servicios preventivos y de atención directa y han pasado a concentrarse en la creación de un sistema sólido de atención primaria.

3.2.7. Falta de expansión de las innovaciones y los avances tecnológicos

69. Aunque la variedad de innovaciones y avances tecnológicos ha sido significativa, en varios documentos examinados se señala que esos avances no siempre se han adoptado de manera efectiva ni se han utilizado a escala para influir positivamente en la salud y el bienestar de las personas y los grupos de población. Gran parte de las innovaciones relacionadas con la atención primaria de salud

han tenido sus inicios en entornos locales y a pequeña escala en los que una serie de personas y equipos entusiastas se esforzaron por mejorar las condiciones pertinentes para su contexto inmediato, lo que a menudo ha supuesto la desconexión de los responsables nacionales de formulación de políticas, al impedir la definición y el análisis sistemáticos de esos enfoques innovadores para generalizar su uso y aplicarlos posteriormente a nivel nacional. Del mismo modo, se citan lagunas en la relación entre las innovaciones académicas y su aplicación práctica, a menos que se obtengan beneficios económicos. Los costosos avances tecnológicos muchas veces siguen siendo inaccesibles para los grupos de población que no están cubiertos por los seguros u otras redes de apoyo social, lo que agrava aún más las cuestiones de equidad en el acceso a una atención de salud de calidad. Por otro lado, las políticas inadecuadas y la rigidez de los sistemas de salud a veces han dado como resultado que se recurra de forma continua a intervenciones que reportan pocos o ningún beneficio.

70. Una esfera concreta de especial dificultad que ha repercutido en la atención de salud a todos los niveles y en la mayoría de los países analizados ha sido la recopilación y el uso de información sanitaria. En muchos de los documentos analizados para este examen, los sistemas de datos sanitarios de los países se citan como insuficientes, y los datos que se recopilan son de mala calidad, escasos o inexistentes, o se infrautilizan si se dispone de ellos. La falta de interoperabilidad entre los sistemas de información de los países hace que diferentes entidades recopilen (y a menudo dupliquen) información que las instituciones nacionales no pueden compartir entre sí. Sin embargo, la información sanitaria es crucial para comprender las necesidades de salud de la población y para llevar a cabo una planificación y una toma de decisiones de base empírica con respecto a la programación. La ausencia de una recopilación y un análisis sistemáticos de los datos sanitarios no solo ha obstaculizado la eficiencia y eficacia de la programación en el ámbito de la salud, sino también la colaboración intersectorial, dado que el intercambio de datos suele ser esencial para facilitar dicha colaboración y mejorar así los resultados sanitarios y otros determinantes sectoriales de la salud. En todos los documentos examinados se señala que el intercambio de datos entre sectores es especialmente deficiente.

71. La toma de decisiones de base empírica se encuentra más restringida en líneas generales por las limitaciones en cuanto a la cantidad y la calidad de los datos y por las limitaciones relativas a la capacidad de análisis de datos de las autoridades sanitarias para producir, utilizar, organizar y controlar los datos sanitarios. Se señala que los distritos no pueden hacer un seguimiento eficaz de los progresos en el logro de los objetivos anuales o a largo plazo porque a menudo la recopilación y el análisis de datos son insuficientes para tomar decisiones oportunas y eficaces debido a la ausencia de sistemas de seguimiento en tiempo real. Otro fenómeno que se da en algunos países es la gestión del sistema de información sanitaria por los donantes. Como consecuencia de ello, los datos recopilados a nivel operativo se transmiten solo al donante a nivel nacional y no tienen por qué comunicarse al Ministerio de Salud, situación que se da sobre todo cuando los datos son recogidos por agentes de salud comunitarios a los que pagan directamente las organizaciones de la sociedad civil, de manera que los datos no pasan por el equipo del centro de salud. Con el uso de la información sanitaria están muy relacionados el establecimiento y la utilización crecientes de la cibersalud, que ofrece grandes posibilidades para mejorar la recopilación sistemática de datos sanitarios.

3.2.8. Descentralización de la atención primaria de salud

72. Muchos países han emprendido un proceso de descentralización de sus sistemas de salud como mecanismo para mejorar su capacidad de respuesta y su desempeño. Entre las cuatro categorías principales de descentralización (política, administrativa, fiscal y de mercado), en los informes examinados figura una amplia variedad de niveles de los sistemas de atención de salud centralizados y descentralizados. Un riesgo que se pone de relieve con respecto a la descentralización del sistema de atención primaria es la posibilidad de que aumente la desigualdad geográfica en el acceso a una atención de salud de calidad, y que partes de un determinado país que cuentan con un liderazgo y una

gobernanza más sólidos reciban mejor atención que otras. Según distintos informes, varios países presentan una tendencia a revertir algunas de sus iniciativas de descentralización en favor de una gestión más centralizada de características específicas de la atención de salud, a menudo por limitaciones fiscales, pero también para tratar de encontrar el equilibrio adecuado con miras a superar los crecientes desafíos sanitarios y lograr la cobertura sanitaria universal. Otras razones son la falta de capacidad institucional a nivel local para gestionar los presupuestos y otras funciones administrativas y de gestión esenciales del sistema de salud.

73. Para descentralizar un sistema de atención de salud es necesario llevar a cabo numerosas medidas. Las constataciones descritas en un informe regional pueden considerarse representativas de las posibles deficiencias de la transición incompleta a un sistema descentralizado de atención primaria: no se ha institucionalizado el concepto de que la atención primaria sea el centro de coordinación de todos los servicios de salud para unas comunidades adecuadamente definidas dentro del distrito. Aunque se ha aplicado la descentralización, algunos aspectos, como la gestión financiera y de los recursos humanos, no se han transferido completamente a los niveles inferiores. Por otro lado, la capacidad técnica, política y administrativa del nivel inferior no se corresponde con el nivel de las competencias transferidas. Como consecuencia, los beneficios de la descentralización a nivel de distrito son mínimos si no hay una planificación y una organización participativas adecuadas; una comunicación eficaz con las comunidades, una gestión y coordinación eficaces de los programas y servicios a todos los niveles y una colaboración intersectorial adecuada, en concreto con los sectores de la agricultura y la ganadería, la educación, el abastecimiento de agua y la evacuación de desechos.

3.2.9. Infraestructura sanitaria deficiente

74. La falta de infraestructura se analiza a menudo desde el punto de vista geográfico en los documentos examinados. Se ha señalado que suele ser más difícil atender a las zonas más remotas y las que tienen poblaciones más dispersas de manera eficiente y eficaz, con personal sanitario suficiente y con el alojamiento, el transporte, los equipos y los suministros necesarios para prestar asistencia, incluso a un nivel mínimo. Sin embargo, en los documentos examinados también se analizan las deficiencias en la infraestructura, lo que incluye contextos en los que el sistema de salud se acabó desarrollando en un sistema de dos niveles, en el que hay una infraestructura muy avanzada a disposición de quienes tienen los medios, al tiempo que importantes segmentos de la comunidad no se pueden beneficiar de ella. Especialmente en los países en que los conflictos han destruido o reducido en gran medida los servicios de salud existentes, la reconstrucción de la infraestructura sanitaria es un reto importante. Varios países han concebido diferentes enfoques para superar sus problemas de infraestructura, entre ellos estrategias progresivas de despliegue de paquetes de atención integral, el establecimiento de criterios mínimos de atención primaria como elementos básicos para instaurar un sistema de atención de salud que funcione y la reasignación de recursos financieros y humanos para mejorar la cobertura de la atención primaria en las zonas subatendidas.

3.3. Principales factores que inciden en la aplicación de la atención primaria de salud

75. Algunos factores constituyen tendencias mundiales que han afectado a todos los países o a la mayoría de ellos. Otros factores varían considerablemente de un país a otro.

3.3.1. Tendencias mundiales que han dado forma a la aplicación de la atención primaria de salud

76. En los ocho documentos de alto nivel que se sintetizan en el presente examen, elaborados en diversas coyunturas a lo largo de los últimos 40 años, se destaca sistemáticamente que los valores fundamentales transmitidos en la Declaración de Alma-Ata —la equidad, la solidaridad y la justicia social— han seguido siendo fundamentales para los Estados signatarios a lo largo de estos cuatro

decenios. La continuidad de esos objetivos, según se destaca, ha prevalecido a pesar de una serie de tendencias globales que no estaban necesariamente previstas cuando se convino la Declaración, y que han configurado el contexto en el que se ha aplicado la atención primaria de salud.

77. En esta sección se resumen brevemente los cuatro cambios principales que se ponen de relieve en los documentos examinados.³⁶

Globalización

78. En los documentos examinados se indica que la rápida globalización de la economía mundial ha influido en la aplicación de la atención primaria de salud de varias maneras. Esos efectos incluyen la creciente comercialización de la salud, en la que los actores del sector privado han desempeñado un papel cada vez más prominente en esferas como los seguros de enfermedad, los productos farmacéuticos, el desarrollo y el suministro de tecnología, los sistemas de enseñanza médica y la propia prestación de atención de salud. En algunos países, la creciente influencia de los actores comerciales ha ido acompañada de una mayor influencia política en los marcos institucionales, la gobernanza y la formulación de políticas a nivel nacional y mundial. En una economía cada vez más globalizada, la comercialización también ha dado lugar a una mayor competencia en esas esferas, tanto dentro como fuera de las fronteras nacionales.

79. La creciente globalización e interdependencia de la economía ha traído aparejada una mayor volatilidad económica, en la que los factores económicos que se dan en un país tienen efectos en cadena en todo el mundo. Esa volatilidad económica a menudo ha repercutido directamente en la financiación de la salud y en los sistemas de salud en general, entre muchas otras esferas del gasto público. A nivel microeconómico, también ha intensificado la comercialización ya mencionada y la competitividad en el sector de la salud en muchos países. En lo que respecta a la población, la volatilidad económica también ha influido en la equidad, tanto entre los distintos países como a nivel nacional. La crisis económica mundial de 2008 es solo el ejemplo más reciente de esa volatilidad. Anteriormente, en la década de 1980, la crisis de la deuda en la Región de las Américas condujo a medidas de austeridad y a un «decenio perdido» para la salud y el desarrollo. En la década de 1990, mientras la Región se recuperaba con un renovado énfasis en los sistemas de apoyo social, las transferencias condicionadas de efectivo y las reformas sanitarias que hacían hincapié en la descentralización, se produjo la crisis financiera asiática de 1997. Como sucedió en las Américas en la década de 1980, el Fondo Monetario Internacional aplicó medidas de austeridad que conllevaron una reducción del gasto público en los países asiáticos afectados a cambio de préstamos para estabilizar esas economías en dificultades. En otros casos en que los sistemas de salud se vieron debilitados por la recesión económica u otras causas, el sector privado ha intervenido para llenar vacíos vitales, pero con frecuencia con consecuencias perjudiciales para la equidad en relación con el acceso de los grupos de población pobres y marginados y, cuando los marcos reglamentarios eran precarios, también en la calidad del servicio, además de conducir al abandono del personal del sector público con destino al sector privado.

80. La globalización también ha contribuido a la prolongada tendencia del aumento de la urbanización en todo el mundo. La rápida urbanización ha dado lugar a una serie de problemas en la atención de salud equitativa tanto en los entornos urbanos en expansión como en las zonas rurales que, como consecuencia de ello, se están despoblando. La densidad que ha acompañado a la urbanización ha traído aparejadas muchas veces condiciones de vida deficientes en las ciudades y

³⁶ Aunque otras tendencias mundiales que se destacaron en la encuesta para los Estados Miembros podrían haber influido en el entorno mundial en el que se ha aplicado la atención primaria de salud, en los documentos examinados no se les prestó especial atención. Entre ellas cabe citar las nuevas amenazas para la salud, en general y como resultado del cambio climático y la resistencia a los antimicrobianos; los avances tecnológicos, tal vez más notables en el ámbito de las TIC, que han contribuido a mejorar el acceso, acelerar la creación y el intercambio de conocimientos e ideas, fortalecer los sistemas de vigilancia y apoyar una gestión mejor fundamentada de los sistemas y los recursos; y el aumento de la atención prestada a satisfacer las necesidades de salud de los grupos marginados, como las personas infectadas por el VIH (incluidos los que padecen sida), los refugiados y las poblaciones indígenas.

disparidades socioeconómicas notables, lo que ha frustrado los esfuerzos por erradicar y controlar las enfermedades transmisibles. Al mismo tiempo, los rápidos cambios en el estilo de vida de algunas subpoblaciones —sobre todo en las poblaciones urbanas— han contribuido a un aumento de las enfermedades no transmisibles, como la diabetes, las afecciones cardíacas y la obesidad (véase «Aumento de la carga de las enfermedades no transmisibles», epígrafe que figura más adelante).

81. Al fomentar unos mercados mundiales cada vez más competitivos y una mayor movilidad de la fuerza de trabajo, la globalización también repercute de manera considerable en el personal sanitario. Dadas las escasas oportunidades de capacitación y desarrollo profesional, unidas a los bajos salarios, en algunos países, los profesionales sanitarios cualificados han abandonado el sector público para buscar oportunidades más lucrativas en el sector privado o empleos mejor remunerados en las ciudades de sus propios países, lo que ha dejado carencias generales en el personal sanitario, carencias específicas en las zonas rurales, o ambas cosas. Cada vez ha sido más frecuente que otros profesionales sanitarios en esas circunstancias busquen oportunidades fuera de las fronteras nacionales. Para los países de origen que estos profesionales sanitarios dejan atrás, esas salidas a menudo han creado o agravado importantes carencias de fuerza de trabajo en el sector de la salud. Al mismo tiempo, esa tendencia también ha aumentado la oferta de profesionales sanitarios cualificados en los países receptores.

82. Con este telón de fondo, y quizás como consecuencia de la globalización y sus efectos, han comenzado a proliferar los agentes no estatales junto con el sector privado. Esos agentes eran organizaciones de la sociedad civil y grupos comunitarios que han defendido los principios básicos expresados en la Declaración de Alma-Ata y una atención integral centrada en las personas y que responda a las necesidades de estas en la formulación de políticas sanitarias a nivel nacional y subnacional. Esta tendencia se ha dado junto con unas pautas más amplias de cambio en las expectativas socioculturales, a tenor de las cuales un creciente número de ciudadanos espera una atención integral centrada en las personas y que responda a sus necesidades.

83. Finalmente, los documentos examinados ponen de relieve que la globalización también ha afectado al equilibrio en las funciones que las organizaciones internacionales, los gobiernos nacionales, los agentes no estatales, las autoridades locales y regionales y los ciudadanos desempeñan en la aplicación de la atención primaria de salud. Ha aumentado el número y la complejidad de las cuestiones de salud pública que requieren una respuesta coordinada a nivel mundial, nacional y subnacional. Por ejemplo, al tiempo que se han logrado avances profundos en la reducción de las enfermedades transmisibles, el aumento de la conectividad asociado a la globalización ha entrañado un mayor riesgo de propagación de patógenos como consecuencia del aumento de los viajes internacionales, lo que incluye las epidemias de reciente aparición que se propagan rápidamente —a través de las fronteras— y las infecciones resistentes a distintos medicamentos que han sometido a los sistemas de salud a una presión cada vez mayor. Esos desafíos han dado lugar a la necesidad de aumentar la coordinación tanto entre los países afectados como a nivel nacional, en los casos en que las políticas sanitarias internacionales deben traducirse en directrices nacionales y en su aplicación, en particular dado el creciente número de agentes no estatales, como se ha señalado.

Cambios demográficos

84. En numerosos documentos examinados se hace hincapié en que los éxitos en la reducción de la mortalidad materna y en la niñez, de las enfermedades infantiles mortales y de la mortalidad general a lo largo de toda la vida han hecho que las personas vivan hoy más tiempo que nunca. Junto con una acusada disminución de las tasas de fecundidad, estos aumentos de la esperanza de vida están provocando importantes cambios demográficos en todo el mundo. Si esas tendencias demográficas continúan, la creciente población de personas de edad necesitará más recursos para que sus problemas de salud sean atendidos. Al mismo tiempo, en muchos países, la disminución de la tasa de crecimiento demográfico implica que la población más joven tiene menos posibilidades de apoyar financieramente o de otro modo a la población de edad.

Aumento de la carga de las enfermedades no transmisibles

85. La creciente carga de las enfermedades no transmisibles, los traumatismos y las discapacidades representa otro cambio fundamental en el contexto mundial que incide en la aplicación de la atención primaria de salud. Los importantes avances en favor del control y la eliminación de algunos tipos de enfermedades transmisibles, como la poliomielitis, la dracunculosis y el pian, que antes suponían un lastre considerable para los sistemas de salud, han reducido la carga de estas fuentes epidemiológicas de enfermedad en las poblaciones y en los sistemas de salud que se ocupan de ellas. A su vez, la carga de las enfermedades no transmisibles ha aumentado en una medida equivalente, muchas veces a consecuencia de los cambios en los estilos de vida, junto con la mejora de la situación de los ingresos en determinados países y grupos de población. Esos cambios en el estilo de vida incluyen dietas con un consumo de alimentos con más contenido calórico y poco valor nutritivo, hábitos más sedentarios, mayor consumo de tabaco y alcohol, contaminación del aire que suele ir aparejada al desarrollo económico, etc.

86. Estas variaciones, aunque se observaron en un principio en los países de ingresos altos, se han convertido en un fenómeno mundial. Al mismo tiempo, son muchos los países, especialmente de ingresos bajos, que siguen enfrentándose al problema de las enfermedades transmisibles dentro de sus fronteras. Muchos de esos países hacen frente a una doble carga, dado que tienen dificultades para ocuparse tanto de las enfermedades transmisibles, que siguen abrumando sus sistemas de salud, como de las enfermedades no transmisibles, que representan una parte cada vez mayor de sus retos sanitarios.

La naturaleza cambiante de los conflictos armados

87. En los últimos 40 años se ha observado una continuación de la tendencia en el perfil de los conflictos que había comenzado incluso antes de 1978. Mientras que la incidencia general de los conflictos interestatales y las luchas armadas por la independencia en las antiguas colonias ha seguido descendiendo drásticamente, la incidencia de los conflictos intraestatales (a menudo con ataques dirigidos contra no combatientes y civiles) ha aumentado. Los países y las regiones en que prevalece este tipo de conflictos han tenido que hacer frente a importantes problemas adicionales en el sector de la salud, debido al estancamiento o incluso a la inversión de los avances anteriores en la atención primaria y a la imposición de una carga considerable en los sistemas de salud, ya de por sí precarios, de los países que acogen a grandes poblaciones de refugiados, a desplazados internos o a ambos, a menudo de manera prolongada.

88. Aunque en los documentos examinados se reconoce que no todos los países se han visto afectados por estos cuatro cambios simultáneamente o en la misma medida, y que los contextos sociales, epidemiológicos, económicos, políticos, tecnológicos, demográficos y ambientales específicos de cada país varían considerablemente, se subraya que esos cuatro cambios han jugado un papel central en la configuración del contexto en el que se ha aplicado la atención primaria de salud en los últimos 40 años. En algunos aspectos, y en la mayoría de los contextos, todos esos cambios han ejercido una presión cada vez mayor sobre los sistemas de salud, lo que ha desafiado a los países a idear nuevas formas de enfocar la atención primaria a través de reformas, procesos de reestructuración, la colaboración y otros medios. En otros contextos, también se presentan como oportunidades (véase «Otros factores que han dado forma a la aplicación de la atención primaria de salud», epígrafe que figura a continuación).

3.3.2. Otros factores que han dado forma a la aplicación de la atención primaria de salud

89. Aparte de esas cuatro tendencias mundiales que han influido en el éxito de la aplicación de la atención primaria de salud, se citan otros factores que ponen de manifiesto factores internos que en muchos países han repercutido en su capacidad para alcanzar plenamente los objetivos de la atención primaria, a saber:

- **Estabilidad política y voluntad política (incluida la buena gobernanza), traducidas en compromiso financiero.** Como se ha señalado, en varios documentos analizados se indica que cuando la inestabilidad política degenera en conflictos intraestatales, este fenómeno puede poner a prueba la capacidad de los gobiernos afectados (así como la de otros actores) para cumplir los principios de la atención primaria de salud. Sin embargo, incluso en los países que no están directamente afectados por conflictos, la estabilidad política —y la voluntad política en general, el propio ímpetu que subyace en las Declaraciones de Alma-Ata y Astana en primer lugar— se cita en la mayoría de los documentos examinados como uno de los principales factores que influyen en la capacidad de los países para aplicar con éxito la atención primaria. Una faceta clave de la voluntad política que se cita en esos documentos es la buena gobernanza, tanto en general como en el sector de la salud en particular. La buena gobernanza se cita como la base para lograr los objetivos de la atención primaria de muchas maneras, entre las que las más habituales son: garantizar que existan políticas y estrategias coherentes de promoción de la salud y el bienestar de la población que se centren en las personas; garantizar enfoques integrados, intersectoriales y en los que participe todo el gobierno; garantizar vínculos verticales adecuados entre los diversos niveles de gobierno, sobre todo en los sistemas de salud descentralizados; forjar y mantener relaciones entre los servicios de salud y la población atendida, y asegurar la rendición de cuentas de los sistemas de salud a la población; establecer, controlar y hacer cumplir marcos reglamentarios adecuados y apropiados para todos los aspectos de los sistemas de salud; y asegurar la equidad, por ejemplo, mediante mecanismos de protección social capaces de reducir los gastos directos y que permitan así que las personas venzan los obstáculos al acceso habituales. Dado que la financiación de la salud es un pilar de la aplicación satisfactoria de la atención primaria, en numerosos documentos se subraya que la voluntad política, traducida específicamente en un compromiso financiero suficiente, es un factor que guarda estrecha relación con la financiación de la salud e influye en la aplicación de la atención primaria.
- **Coordinación intersectorial impulsada por los donantes.** En los países que dependen del apoyo de los donantes para financiar sus sistemas de salud, se cita el papel de los donantes para garantizar los enfoques integrados, intersectoriales y en los que participa todo el gobierno, representativos de la atención primaria, como un factor de primer orden que influye en la medida en que su aplicación ha resultado satisfactoria. En ese sentido, en varios informes se destaca que las decisiones de los donantes —es decir, si financian de manera restrictiva el sector de la salud únicamente o si financian de una manera más amplia los diversos sectores que contribuyen a la promoción de la salud, y si incentivan a los gobiernos para que adopten enfoques en los que participe todo el gobierno y que abarquen a toda la sociedad, y cómo los incentivan— desempeñan un papel fundamental a la hora de determinar el éxito de los esfuerzos de aplicación de la atención primaria en muchos países.
- **Fortaleza y colaboración de la sociedad civil y de otros agentes no estatales.** En el contexto de la proliferación de los agentes no estatales que se describió anteriormente, en muchos documentos analizados se indica que el éxito de la aplicación de la atención primaria de salud depende de la colaboración positiva entre el gobierno y esos agentes. Esta colaboración positiva puede incluir la promoción explícita de las alianzas público-privadas en relación con diversas cuestiones sanitarias, incluida la participación de la sociedad civil y la industria en importantes iniciativas de reforma, así como otros mecanismos de colaboración. En términos más generales, la fuerza global de la sociedad civil se considera un factor determinante por derecho propio, al velar por que los sistemas de salud se sigan centrando en las personas, ya sea asegurando que las soluciones sanitarias se adaptan a sus necesidades, garantizando marcos reglamentarios adecuados y mecanismos de rendición de cuentas en los sistemas de salud o influyendo en el gobierno para que mantenga la voluntad política descrita anteriormente.

- **Disponibilidad y distribución eficaz del personal sanitario cualificado.** En numerosos informes se menciona que la asistencia integrada, de calidad y centrada en las personas depende de la calidad del personal sanitario en muchos países. Además, la equidad en el acceso y la asistencia depende de un personal sanitario lo suficientemente grande que esté lo suficientemente incentivado (económicamente o por otros medios) para trabajar en poblaciones más remotas o subatendidas. A ese respecto, la escasez mundial de personal sanitario que se mencionó anteriormente ha sido un factor importante que ha obstaculizado la plena aplicación de la atención primaria. Generar un personal sanitario que tenga un tamaño y cualificaciones suficientes, a su vez, depende de la calidad de la capacitación en salud, los niveles salariales y los marcos reglamentarios.
- **Enfoques factuales y basados en datos para la aplicación de la atención primaria de salud.** Para que los gobiernos y otros agentes en el ámbito de la salud puedan tomar decisiones bien fundamentadas sobre cualquier aspecto de la aplicación de la atención primaria, se cita como elemento esencial la generación y la utilización de datos y pruebas. Las posibles esferas en que los datos y las pruebas pueden impulsar decisiones son numerosas, y cabe citar las siguientes: la elaboración de políticas y estrategias basadas en los conocimientos más avanzados sobre las experiencias satisfactorias; el análisis y las medidas con respecto a las estadísticas demográficas generales, así como a las estadísticas de las subpoblaciones (sobre todo para el avance de la equidad); la garantía de la sostenibilidad de los sistemas de salud y la contención de los costos, así como el análisis de las implicaciones en materia de costos de los diversos enfoques (por ejemplo, los modelos basados en la prevención frente a los basados en el tratamiento); y el balance de las enseñanzas (tanto dentro de un mismo país como de otros países) como base para el aprendizaje y la mejora de los sistemas. Sin embargo, como se indicó antes, la capacidad del gobierno para recopilar, analizar y utilizar datos a menudo está sujeta a importantes limitaciones en términos de capacidad.

Resumen de las principales conclusiones

90. Las principales conclusiones del estudio documental y la encuesta para los Estados Miembros se resumen bajo los cuatro preguntas de evaluación.

- a) **¿Cuáles han sido los factores propicios y los retos para el desarrollo y la aplicación de enfoques relativos a la atención primaria de salud en los países en los últimos 40 años?**

A juzgar por las respuestas de los Estados Miembros a la encuesta y el estudio preliminar, las medidas adoptadas por los Estados Miembros y por otros agentes para aplicar la atención primaria de salud tras la Declaración de Alma-Ata de 1978 contribuyeron a mejorar los indicadores sanitarios. las personas son más sanas y viven más actualmente que hace 40 años. se lograron progresos importantes en relación con la salud infantil, la mortalidad materna y la erradicación y el control de algunas enfermedades infecciosas (es decir, los elementos básicos de los sistemas de atención primaria de salud que se mencionan en la Declaración de Alma-Ata).

Los **principales factores propicios** para el desarrollo y la aplicación de enfoques relativos a la atención primaria de salud en los últimos 40 años mencionados en el examen son los siguientes:

- i) *Voluntad política y buena gobernanza.* Los encuestados destacaron el papel desempeñado por funcionarios ministeriales, políticos y otras figuras destacadas que tienen la voluntad y las atribuciones para aprobar legislación y promover y aplicar reformas sanitarias en favor de la atención primaria de salud. No obstante, también se observó que los acuerdos institucionales oficiales, por ejemplo los consejos ministeriales establecidos para supervisar la atención primaria, contribuyen a preservar los avances más allá de los ciclos electorales.
- ii) *Promoción de reformas sanitarias.* Las reformas destinadas a reorientar los sistemas de atención de salud hacia la atención primaria requieren tiempo y, con frecuencia, no se consolidan sino tras experimentar cambios acumulativos durante décadas. Esos cambios abarcan diversos aspectos del sistema de salud, entre ellos, legislación sobre cobertura sanitaria universal, mayor financiación y mancomunicación de riesgos financieros, iniciativas de fomento de la equidad, sistemas de información sanitaria y otros usos de la tecnología.
- iii) *Fortalecimiento de los sistemas de salud en pro de la atención primaria de salud.* Esta esfera amplia prevé asegurar la participación comunitaria y el compromiso intersectorial.
- iv) *Ampliación del acceso a iniciativas programáticas esenciales.* Los ejemplos de esas iniciativas incluyen las concernientes a atención de salud materno-infantil, nutrición, inmunización, atención y tratamiento de enfermedades transmisibles y no transmisibles, y otros elementos esenciales de los sistemas de atención primaria.
- v) *Alianzas.* Incluyen la interacción del gobierno con la sociedad civil, las organizaciones no gubernamentales, las organizaciones comunitarias y entidades del sector privado.
- vi) *Gestión institucional.* Incluye cambios en la gestión institucional de la atención sanitaria, en particular el establecimiento de prácticas de familia y/o equipos multidisciplinarios, así como la introducción de medidas de cribado o de atención preventiva a escala nacional.

Muchos de los **principales retos** identificados en el examen representan aspectos contrarios a los factores favorables descritos anteriormente. Otros incluían lo siguiente:

- i) *Recursos humanos para la salud.* La encuesta en línea y el estudio preliminar revelaron que las cuestiones relativas al personal sanitario representaban un importante desafío, en particular en lo que respecta a la distribución de los trabajadores (desigualdades entre zonas urbanas y rurales) en los países, la contratación internacional de profesionales de la salud y el fenómeno de la fuga de cerebros. Además, se señaló el elevado nivel de rotación del personal (debido a las bajas vegetativas), la falta de incentivos para alentar al personal sanitario a continuar su desarrollo profesional, tanto a los fines del progreso profesional

como del mantenimiento de las competencias y cualificaciones necesarias. El desafío que supone el mantenimiento de personal debidamente capacitado es muy grave, en particular en zonas remotas y desatendidas.

- ii) Recursos financieros limitados.* Esto podría deberse a la desaceleración económica o los cambios de los contextos políticos, o a la ineficiente asignación de recursos como resultado de un sesgo inapropiado hacia la atención secundaria y terciaria (que son más costosas). Con frecuencia, la atención primaria compite para atraer fondos suficientes, ante las demandas de los sectores de atención secundaria y terciaria. La reducción de los presupuestos de salud pública afecta de forma negativa a los grupos vulnerables, del mismo modo que lo hacen las tasas y los aumentos de los pagos directos impuestos a los usuarios.
 - iii) Marcos normativos inapropiados.* La falta de armonización normativa entre los diferentes sectores y las lagunas en ciertas políticas relativas a la atención primaria se mencionaron como un reto significativo. Los encuestados señalaron que un programa normativo poco claro suponía un problema para el desarrollo y la prestación de atención primaria. Como un ejemplo específico de esos problemas se mencionó la falta de armonización normativa en el gobierno, combinada con la deficiente coordinación de políticas entre el gobierno y otras partes interesadas. Asimismo, algunos encuestados indicaron que había una brecha en la legislación relativa a la atención primaria en sus respectivos países.
 - iv) Mala calidad de los servicios de salud.* Incluso en lugares en los que se ha alcanzado una amplia cobertura universal, o es probable que se alcance, el acceso oportuno a servicios de salud de calidad se identificó como un reto. El estudio preliminar observó escasez crónica de personal capacitado, equipos y suministros, así como una falta de normas básicas en la prestación de servicios de salud, o una puesta en práctica vacilante en lugares en los que esas normas sí existían, todo lo cual agrava más aún la desigualdad en materia de acceso a la atención de salud de calidad.
 - v) Sistemas de información sanitaria.* La información sanitaria es crucial para propiciar la comprensión de las necesidades de salud de la población, realizar el seguimiento de los servicios, y acometer la planificación y la adopción de decisiones basadas en pruebas científicas durante la formulación programática. La adopción de decisiones basadas en pruebas científicas suele verse limitada por desafíos derivados de la calidad deficiente de los datos, así como de su limitada disponibilidad y la infrautilización de los datos disponibles. A consecuencia de la falta de compatibilidad entre los sistemas de información de los países, diferentes entidades recopilan información (y con frecuencia la duplican) que no puede ser intercambiada entre las instituciones nacionales.
 - vi) Desafíos específicos del contexto relativos a la desigualdad en materia de salud y las dificultades de acceso.* Estos desafíos son los que deben afrontar los grupos vulnerables, por ejemplo, las mujeres, las poblaciones en situación socioeconómica desfavorable, los habitantes de zonas rurales, los refugiados y desplazados internos, las minorías étnicas y otros grupos marginados.
- b) ¿De qué manera la atención primaria de salud y las innovaciones conexas contribuyeron a mejorar los resultados de salud, la equidad, la colaboración intersectorial y la eficiencia?*
- i) Mejores resultados de salud.* Los encuestados se refirieron al mejoramiento de la salud de sus poblaciones como uno de los principales logros relacionados con la prestación de atención primaria, por ejemplo, progresos en la atención de salud materno-infantil, reducción de las enfermedades transmisibles, y mayor esperanza de vida. Un número menor de encuestados mencionaron la reducción de los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles, tales como el consumo de tabaco y de alcohol.

- ii) *Mejoras en materia de equidad.* En lo que respecta a la equidad, los derechos humanos y las necesidades de los grupos vulnerables, se han desarrollado políticas y estrategias que acercan a la comunidad sanitaria mundial al logro de los objetivos establecidos en las Declaraciones de Alma-Ata y Astaná, así como los Objetivos de Desarrollo del Milenio y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Esos avances incluyeron la equidad geográfica en el acceso a servicios (por ejemplo, entre comunidades de zonas urbanas y rurales o aisladas) y una mayor equidad entre grupos socioeconómicos de algunos países.
 - iii) *Delegación de procesos decisarios y rendición de cuentas fortalecida.* La delegación de atribuciones para adoptar decisiones y el fortalecimiento de los mecanismos de rendición de cuentas en los ámbitos de los gobiernos subnacionales (por ejemplo, municipales o regionales) posibilitaron la integración de la atención de salud y la asistencia social, mejoraron la coordinación de los servicios con la atención secundaria y fortalecieron las actividades de prevención. En algunos países, las reformas sanitarias de sistemas de salud descentralizados (de los niveles regionales a los locales) reorientaron la atención primaria hacia las familias y las comunidades.
 - iv) *Empoderamiento de las personas y las comunidades.* Gracias a la mejor educación, la promoción de la salud y la comunicación, las personas, familias y comunidades aprenden a asumir la responsabilidad por su propia salud. En la actualidad, muchos países permiten a los pacientes elegir su médico de familia. La prestación de servicios a grupos de población específicos tales como refugiados, ancianos o personas con discapacidad facilita el acceso a la salud y mejora la equidad en materia de salud.
 - v) *Innovaciones para mejorar el funcionamiento y la prestación de servicios de atención primaria de salud.* Iniciativas tales como los planes públicos de seguro médico y otros mecanismos de financiación hicieron frente a las disparidades socioeconómicas y posibilitaron que la atención de salud fuera más accesible. Otras innovaciones, entre ellas los planes de pago basados en los resultados, mejoraron la atención primaria en algunos países, mientras que el uso de sistemas de cibersalud fortaleció el establecimiento de redes y el intercambio de información entre disciplinas médicas y mejoró la calidad de la atención de salud.
 - vi) *Avances en la tecnología de la información y la comunicación.* Esta esfera incluyó avances en las áreas de telecomunicaciones, internet, uso de registros médicos electrónicos y desarrollo de aplicaciones de cibersalud (telesanidad, aplicaciones para dispositivos móviles, cibertraslados). Las aplicaciones móviles y la telemedicina han hecho que el trabajo en muchos lugares de zonas aisladas en las que viven numerosas personas vulnerables y pobres sea más atractivo para el personal sanitario. Los recursos tecnológicos se han utilizado para fortalecer el papel del personal sanitario e impartir capacitación y educación, con miras a formar personal sanitario dotado de los conocimientos y capacidades necesarios para afrontar con eficiencia los problemas sanitarios presentes y futuros.

c) **¿Qué enfoques intersectoriales se han adoptado para la atención primaria de salud?**

- i) *Enfoque sanitario para toda la sociedad.* Dado que la atención primaria representa un enfoque de la salud para toda la sociedad, el carácter y la amplitud de la colaboración intersectorial es un aspecto importante de los progresos. El estudio preliminar relevó un variado conjunto de enfoques intersectoriales desarrollados y aplicados desde 1978, que van desde la planificación intersectorial y la ejecución de iniciativas multisectoriales en entornos comunitarios rurales, hasta su aplicación a escala nacional.
- ii) *Enfoques de la salud en todas las políticas.* Algunos encuestados mencionaron que la adopción de enfoques de salud en todas las políticas alentaba a los organismos gubernamentales a

evaluar las repercusiones sanitarias y tenerlas en cuenta a la hora de desarrollar políticas o legislación.³⁷

- iii) *Colaboración y coordinación interministerial (horizontal).* Existen numerosos ejemplos de colaboración entre diversos ministerios (más allá de los ministerios de salud), por ejemplo, la colaboración entre los ministerios de salud, educación y agricultura en relación con programas de alimentación y nutrición en las escuelas. Asimismo, los sectores de salud y educación colaboran para asegurar que los programas de sanidad escolar incluyan los requisitos de inmunización para cada edad, antes de la matriculación escolar. Existen otros ejemplos de medidas intersectoriales en relación con una amplia gama de temas que incluyen preparación y respuesta ante desastres, salud ambiental, seguridad vial, agua y saneamiento, inocuidad de los alimentos, preparación de toda la sociedad para una pandemia, y medidas para hacer frente a las enfermedades no transmisibles.
 - iv) *Colaboración y coordinación intergubernamental (vertical).* Esta puede tener lugar entre diferentes niveles de gobierno (por ejemplo, local, estatal y federal).
 - v) *Colaboración y coordinación entre el gobierno y agentes no estatales.* Esto incluye la colaboración y la coordinación entre los sectores público y privado.
 - vi) *Nivel comunitario.* Algunos países están procurando mejorar los servicios sociales y sanitarios mediante la fusión, en una única entidad, de organismos del sector sanitario con otros responsables de distintos servicios de bienestar social, a fin de asegurar una mejor coordinación de la financiación y la prestación de servicios. En opinión de algunos encuestados, ese enfoque tiene un enorme potencial para el fortalecimiento de la coordinación y la integración de servicios, y en medida nada desdeñable para grupos particularmente vulnerables tales como personas mayores, personas con enfermedades mentales y personas alcohólicas o toxicómanas.
 - vii) *Colaboración con el sector sanitario.* El estudio preliminar reveló que los gobiernos también han alentado alianzas entre representantes voluntarios y comunitarios y usuarios de servicios, a fin de prestar atención integrada en el marco de redes de colaboración que satisfagan de manera innovadora las necesidades de las comunidades locales. La coordinación intersectorial de entidades del sector sanitario implica una colaboración más estrecha entre los sectores público y privado, la participación de los médicos generalistas, el sistema de medicina de familia, los laboratorios, el equipo médico y los proveedores de medicamentos, y el fortalecimiento de los sistemas de traslado de pacientes (coordinación vertical entre los niveles de atención primaria, secundaria y terciaria).
- d) ¿Qué enseñanzas e innovaciones de diferentes contextos técnicos o de desarrollo, nacionales y regionales, se pueden adaptar e intercambiar para promover e intensificar futuras actividades en el ámbito de la cobertura sanitaria universal y la atención primaria de salud?
- i) *Voluntad política, buena gobernanza y liderazgo.* Estos elementos son necesarios para el éxito de la atención primaria, en particular mediante el compromiso de financiarla. Se afirma que la buena gobernanza es la base para el logro de los objetivos de la atención primaria de salud, por lo general mediante la adopción de políticas y estrategias coherentes orientadas a promover la salud y el bienestar de la población en el marco de un enfoque centrado en la persona.

³⁷ Informe sobre la salud en el mundo 2008 – La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud, 2008. Como se señala en este informe, estos enfoques no deben partir simplemente «de un problema de salud específico» y estudiar «cómo pueden contribuir otros sectores a resolverlo», sino que deben examinar los planes y políticas de otros sectores a fin de determinar los efectos que podrían tener en el de la salud. No está claro, teniendo en cuenta la información disponible, hasta qué punto esto último es una práctica habitual en el modo en que se aplica actualmente el principio de «la salud en todas las políticas».

- ii) *La atención primaria de salud promueve el uso eficiente de los recursos financieros para la salud.* El papel de la atención primaria como guardiana del ámbito de la atención primaria de salud impide la sobreutilización de la atención especializada en los servicios secundarios y terciarios y reduce los costos. La función de guardiana depende de la calidad y la capacitación del personal de atención primaria de salud, así como de la buena adecuación de las políticas, los sistemas funcionales de traslado de pacientes y los marcos normativos, esenciales para reducir los gastos sanitarios de los sistemas de salud y los pacientes. El mejoramiento de la rendición de cuentas y la transparencia en el uso de los fondos son importantes para los Estados Miembros, como lo es también la financiación previsible y suficiente de la atención primaria de salud. Los planes de seguro de enfermedad y las innovadoras alianzas público-privadas también pueden propiciar mejoras en los resultados de salud.
 - iii) *El personal sanitario bien capacitado es necesario para introducir con éxito un sistema de atención primaria de salud.* Un sistema de atención primaria de salud eficaz, adecuado en lo que respecta a la magnitud y la capacitación del personal, depende de la calidad de la educación y formación del personal sanitario, sus niveles salariales y los marcos normativos. La equidad en el acceso y la atención depende de que haya personal sanitario suficiente, con los incentivos necesarios (financieros o de otra índole) para trabajar en las poblaciones más aisladas o desatendidas.
 - iv) *La participación comunitaria y los usuarios comprometidos mejoran el acceso y la calidad de la atención.* La participación integradora es esencial para asegurar que los sistemas de salud permanezcan centrados en la persona y las soluciones sanitarias sea adecuadas para satisfacer las necesidades de la comunidad. Para que el sistema de atención primaria de salud sea eficiente es importante la interacción entre sus usuarios y las instancias normativas locales. También es importante asegurar marcos normativos adecuados y mecanismos de rendición de cuentas en los sistemas de salud.
 - v) *Las medidas basadas en pruebas científicas requieren el mejoramiento de los mecanismos de recopilación y uso de datos.* En el estudio preliminar se observó que los enfoques orientados por datos y pruebas científicas eran cruciales para el funcionamiento eficaz y eficiente de la atención primaria de salud. Para que los gobiernos y el personal del sector sanitario adopten decisiones bien informadas, la generación y el uso de los datos y las pruebas científicas son elementos esenciales. Sin embargo, la capacidad de los gobiernos en materia de recopilación, análisis y utilización de datos suele estar sujeta a importantes limitaciones.

4. Conclusiones y perspectivas para el futuro

91. En la Declaración de Alma-Ata de 1978, los Estados Miembros signatarios de ese documento fundamental manifestaron la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo.³⁸ Al establecer como objetivo que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva, los Estados Miembros pusieron la atención primaria de salud en el centro de ese objetivo y expusieron los elementos centrales de la atención primaria de salud descritos en otras partes del presente informe. Los Estados Miembros subrayaron que era preciso ejercer la voluntad política, movilizar los recursos de cada país y utilizar razonablemente los recursos externos disponibles, y que la OMS, el UNICEF y otras organizaciones internacionales los apoyaran en sus esfuerzos.

92. En ocasión del 40.º aniversario de la Declaración de Alma-Ata, los participantes en la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Astaná (Kazajstán) los días 25 y 26 de octubre de 2018, efectuaron la Declaración de Astaná, en la que reafirmaron «los compromisos expresados en la ambiciosa y visionaria Declaración de Alma-Ata de 1978 y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, en pos de la salud para todos».³⁹ De esa manera, se comprometieron a «tomar decisiones políticas audaces en pro de la salud en todos los sectores», «establecer una atención primaria de la salud que sea sostenible», «empoderar a las personas y las comunidades» y «alinear el apoyo de las partes interesadas con las políticas, estrategias y planes nacionales», mediante el desarrollo de los conocimientos y la capacidad, los recursos humanos para la salud, la tecnología y la financiación.

93. En ese contexto, en su 142.ª reunión celebrada en enero de 2018,⁴⁰ el Consejo Ejecutivo de la OMS pidió que se realizara un examen sobre los 40 años de prestación de atención primaria de salud. Los objetivos del examen fueron: documentar los progresos realizados a nivel mundial en la aplicación de la atención primaria de la salud, determinando los logros y éxitos, las prácticas óptimas y los principales problemas que hayan surgido; identificar los enfoques intersectoriales que se han aplicado en relación con la atención primaria de salud; determinar la medida en que la atención primaria de la salud y las innovaciones conexas han ayudado a mejorar los resultados sanitarios, la equidad, la colaboración intersectorial y la eficiencia; y describir los factores propicios y los desafíos respecto de la elaboración y aplicación de enfoques de atención primaria de la salud en los países en los últimos 40 años. De cara al futuro, con el examen se pretendió determinar las enseñanzas e innovaciones de diferentes contextos técnicos o de desarrollo, nacionales y regionales, que se pueden adaptar e intercambiar para promover e intensificar futuras actividades en el ámbito de la cobertura sanitaria universal y la atención primaria de salud, así como formular recomendaciones sobre futuras medidas destinadas a acelerar las estrategias y los planes nacionales, regionales y mundiales en pro de la cobertura sanitaria universal, la atención primaria de salud y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

4.1. Progresos mundiales hacia la implantación de sistemas de atención primaria de salud

94. Según lo señalaron los Estados Miembros en la fructífera autoevaluación general de los progresos de sus respectivos países desde la Declaración de Alma-Ata, en los últimos 40 años se han

³⁸ Declaración de Alma-Ata: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6 a 12 de septiembre de 1978 (https://www.who.int/publications/almata_declaration_en.pdf), consultado el 28 de octubre de 2019.

³⁹ Declaración de Astaná. Ginebra, Organización Mundial de la Salud y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2018 (WHO/HIS/SDS/2018.61, <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>), consultado el 28 de octubre de 2019.

⁴⁰ Véase el documento EB142/2018/REC/2, actas resumidas de la decimoprimeras sesión, sección 2.

observado algunos logros significativos en lo que respecta a la atención primaria de salud. Muchos indicadores sanitarios han seguido mejorando en la mayoría de los países y, en general, las personas son más sanas y viven más actualmente que hace 40 años. Por lo tanto, numerosos Estados Miembros se centraron en el resultado final de las mejoras, tanto en lo relativo al grado de salud como a la equidad sanitaria en sus poblaciones, como uno de los principales logros de las últimas cuatro décadas. Según se puso de relieve en el estudio, se consideró que diversos aspectos de la atención primaria de salud habían sido cruciales para alcanzar esos resultados, en particular los progresos importantes relativos a cobertura de atención básica, cobertura vacunal, y erradicación y control de algunas enfermedades infecciosas. En muchos países, esos logros han beneficiado no solo a la población en general, sino también a segmentos de la población tradicionalmente marginados o particularmente vulnerables por motivos geográficos y socioeconómicos; por lo tanto, esos países han realizado progresos sustanciales hacia los objetivos de equidad en la atención primaria de salud.

95. Esos logros se consiguieron con el apoyo recibido en forma de cambios normativos orientados a integrar los principios y objetivos de la atención primaria de salud en los sistemas de salud de los países. En algunos países, esos cambios normativos dieron lugar a modificaciones específicas y progresivas de determinados aspectos de los sistemas de salud. En otros países, los cambios se tradujeron en reformas más profundas del sistema de salud, dirigidas a armonizarlo con los principios y objetivos de la atención primaria de salud, en aras de una atención de salud equitativa, eficaz, eficiente y receptiva. En numerosos países, estas medidas normativas se han traducido en un aumento del gasto sanitario y, en particular, en los sistemas de salud centrados en la atención primaria de salud.

4.1.1. Enfoques intersectoriales aplicados en relación con la atención primaria de salud

96. Uno de los principales elementos de esas reformas ha sido el avance hacia una mayor colaboración intersectorial. Los enfoques intersectoriales abarcaron, ante todo y en primer lugar, la colaboración entre ministerios de salud y otros ministerios cuyos trabajos se refuerzan mutuamente con los objetivos del sector sanitario. Es importante señalar que también se introdujeron otros niveles de colaboración, por ejemplo: colaboración reforzada entre diversas profesiones y disciplinas sanitarias; colaboración entre diferentes sectores de la sociedad (en particular organizaciones de la sociedad civil, organizaciones no gubernamentales y organizaciones comunitarias) y, más en general, entre gobiernos y agentes no estatales; y colaboración entre niveles separados del gobierno y la administración pública (tales como autoridades sanitarias de los ámbitos nacional, regional y local). Este enfoque inclusivo de la salud en todo el gobierno, toda la sociedad y todas las políticas representa un logro por derecho propio para muchos países.

4.1.2. Innovaciones

97. El examen destacó que la prestación de atención primaria de salud no fue una iniciativa más, sino un logro alcanzado mediante una amplia gama de innovaciones que constituyen en sí mismas una subcategoría de logros. La segunda mitad de la era posterior a la Declaración de Alma-Ata ha experimentado enormes avances en lo que atañe a las tecnologías de la información y la comunicación, que han revolucionado la prestación de servicios de atención primaria de salud. También ha habido innovaciones de carácter menos tecnológico. Por ejemplo, algunos se han centrado en mejorar la prestación de servicios o fortalecer la gestión de la atención primaria de salud, otros han incorporado innovaciones estructurales y administrativas para transferir procesos decisarios, a niveles gubernamentales más próximos a las poblaciones a las que prestan servicios, y otros se han centrado en iniciativas destinadas a empoderar a las comunidades y a las personas para que ejerzan un papel más activo en relación con su salud. Otras innovaciones se orientaron al mejoramiento de los recursos para la salud, tanto financieros como humanos.

4.1.3. Grado en que la atención primaria de salud y las innovaciones conexas contribuyeron a mejorar los resultados sanitarios, la equidad, la colaboración intersectorial y la eficiencia

98. Aunque en las cuatro décadas pasadas se han conseguido enormes avances en los resultados sanitarios, no está claro en qué medida esos avances se pueden atribuir directamente a la atención primaria de salud. Esa laguna de información no puede sorprender, habida cuenta de que las deliberaciones en torno a la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los Objetivos de Desarrollo Sostenible han puesto de relieve la falta de datos sobre resultados en todo el mundo. No obstante, muchos Estados Miembros sostienen que la atención primaria de salud ha contribuido ciertamente al mejoramiento general de los resultados sanitarios y la equidad.

4.1.4. Desafíos

99. A pesar de los importantes avances logrados en todo el mundo en relación con la atención primaria de salud, el examen subrayó que esos avances habían sido desiguales, tanto en los países como entre ellos, lo que planteaba el desafío de lograr la equidad. Más allá de ese desafío general, el examen identificó una amplia gama de áreas en las que no prosperaron los esfuerzos por alcanzar los objetivos de la atención primaria de salud. Aunque en algunos países se han registrado muchos avances notables, el área de los recursos humanos para la salud ha sido un problema arraigado y sigue siendo un reto pendiente para la mayoría de los países empeñados en establecer un sistema de atención primaria de salud. Asimismo, aun cuando la mayor parte de los países de todos los niveles de desarrollo han aumentado su financiación a la atención primaria de salud, la financiación de la salud siguió siendo insuficiente, especialmente a la luz de la creciente demanda de atención sanitaria, el aumento de los gastos médicos y la volatilidad económica. Ahora bien, los enormes avances de las tecnologías de la información y la comunicación no siempre se han incorporado y utilizado efectivamente, en grado tal que afecten de forma positiva la salud y el bienestar y, además, en muchos países los datos han sido de escasa calidad, limitados o inexistentes, o disponibles pero infráutilizados.

100. Otra amplia categoría de desafíos incumbe a las múltiples facetas de la calidad de la atención. En el sentido más amplio, numerosos Estados Miembros sostuvieron que la baja calidad de los servicios, los prolongados tiempos de espera y las dificultades para obtener citas médicas representaban algunos de sus principales desafíos. En esos Estados Miembros en los que los médicos de atención primaria participaban como guardianes para reducir las demandas inapropiadas de la costosa atención secundaria e institucional, los procedimientos de traslado de pacientes no siempre funcionan como es de esperar, y ello contribuye a la prestación de atención fragmentada o mal orientada. En otros países, en particular los afectados por conflictos, la deficiente infraestructura sanitaria es un factor importante que menoscaba la calidad de la atención.

101. Al máximo nivel, un desafío crucial señalado en el examen se centra en el propósito mismo de las Declaraciones de Alma-Ata y Astaná: la voluntad política de los gobiernos para introducir la atención primaria de salud, incluida la esfera conexa de gobernanza. Numerosos Estados Miembros indicaron que aún afrontan desafíos para generar y mantener esa voluntad política. En otros países, la voluntad política podría estar presente, pero el contexto político no es propicio para emprender los ambiciosos cambios que posibilitarían la prestación de atención primaria de salud: los programas políticos, la formulación normativa, la coherencia política y la gobernanza han sido frecuentemente inapropiadas, al igual que el marco normativo de la atención primaria de salud. En algunos países, el compromiso gubernamental con agentes no estatales ha sido frágil. En otros, la inestabilidad o los conflictos políticos han dificultado enormemente los esfuerzos destinados a implantar un sistema de atención primaria de salud.

4.1.5. Factores favorecedores y dificultades en relación con la aplicación de enfoques para el establecimiento y la implantación de enfoques relativos a la atención primaria de salud

102. El examen reveló una amplia gama de factores frecuentemente interrelacionados, que contribuyen a explicar el conjunto de logros y retos experimentados en las últimas cuatro décadas. Por ejemplo, la voluntad política es uno de los principales factores mencionados sistemáticamente como apoyo a la atención primaria de salud, mientras que su ausencia se aprecia como un problema crítico para muchos Estados Miembros. En cambio, se ha comunicado que las medidas de protección financiera repercuten positivamente en la atención primaria de salud y representan un logro en muchos países. Otros factores cruciales incluyen: organizaciones de la sociedad civil dinámicas y nivel de participación de otros agentes no estatales en un país dado; la disponibilidad y la distribución eficaz de recursos humanos para la salud capacitados; el grado de coordinación intersectorial orientada por los donantes; y la amplitud con que se utilizan datos y enfoques basados en pruebas científicas para promover la atención primaria de salud.

103. Ahora bien, el examen reveló un conjunto mucho más amplio de factores contextuales que han afectado la introducción de sistemas de atención primaria de salud en todo el mundo. La rápida globalización de la economía mundial ha modelado significativamente la atención primaria de salud en numerosos aspectos, algunos positivos y otros menos positivos. Amplias tendencias demográficas señalan que las personas mayores viven más años, aunque no necesariamente vidas más sanas, y con frecuencia sin un reemplazo de población con cohortes más jóvenes y económicamente activas que respalden de forma adecuada la mayor longevidad. En todo el mundo, la creciente carga de morbilidad por enfermedades no transmisibles, traumatismos y discapacidades en relación con las enfermedades transmisibles es otro cambio crucial en el contexto mundial, que afecta la introducción de sistemas de atención primaria de salud. Por otra parte, los conflictos entre Estados han supuesto una importante carga para los países implicados, y también para los que no participan en esos conflictos.

4.2. Perspectivas para el futuro

104. La Declaración de Astaná adopta una perspectiva clara y pionera en relación con la atención primaria de salud, vinculando expresamente su visión del futuro de esa introducción con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Recientemente, en la reunión de alto nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre cobertura sanitaria universal, celebrada el 23 de septiembre de 2019, los Estados Miembros reafirmaron los vínculos entre la atención primaria de salud, la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible. En la declaración política dimanante de esa reunión se consideró que la atención primaria de salud era «la piedra angular de un sistema sanitario sostenible que permita lograr la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud».⁴¹ Así pues, las enseñanzas subyacentes de ese examen podrían ayudar a delinear el camino a seguir.

4.2.1. Enseñanzas

105. A pesar de la gran diversidad de experiencias acumuladas en todo el mundo en los últimos 40 años, muchas de las enseñanzas derivadas de esas experiencias se pueden consolidar en un subconjunto mucho más pequeño de puntos de referencia para seguir avanzando. Enmarcados como declaraciones de enseñanzas, esas referencias incluyen:

- **La traducción de la voluntad política en medidas concretas es un requisito previo para materializar los principios y objetivos de la atención primaria de salud.** En las

⁴¹ Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal. Cobertura sanitaria universal: avanzando juntos para construir un mundo más saludable (<https://undocs.org/es/A/RES/74/2>), consultado el 28 de octubre de 2019.

Declaraciones de Alma-Ata y Astaná, la comunidad internacional se comprometió a tomar medidas en lo concerniente a la atención primaria de salud. Como lo sugería ese examen, algunos países han traducido ese compromiso en una amplia gama de medidas normativas, estrategias y marcos de reglamentación concretos, así como en recursos financieros concordantes con sus ambiciosos compromisos. Por diversos motivos, otros países han avanzado menos en sus trabajos orientados a traducir los compromisos en medidas concretas. Una enseñanza dimanante de ese examen sugiere que, para que la prestación de atención primaria de salud materialice efectivamente sus objetivos y principios, los compromisos exigen que la voluntad política se traduzca en medidas normativas y recursos concretos y sistemáticos.

- **La introducción efectiva de la atención primaria de salud requiere una alianza de base amplia.** La Declaración de Astaná, en particular, insta a los gobiernos, así como al sistema de las Naciones Unidas (OMS, UNICEF y otras organizaciones internacionales) y a los agentes no estatales, a trabajar en asociación hacia la consecución de los objetivos relativos a la atención primaria de salud. No obstante, la amplitud y la fortaleza de esas alianzas han variado considerablemente de un país a otro.
- **La colaboración intersectorial, componente central de la atención primaria de salud, exige esfuerzos concertados.** El examen destaca que la colaboración intersectorial es polifacética y va mucho más allá de la colaboración interministerial entre el sector sanitario y otros sectores. Antes bien, la colaboración intersectorial puede tener lugar entre especialidades sanitarias, entre diversos sectores de la sociedad (las alianzas de base amplia mencionadas anteriormente) y entre diferentes niveles del gobierno y la administración pública. El examen sugirió que el fomento de esas diversas formas de colaboración ha sido un reto y exige que el compromiso se traduzca en medidas concretas, como se describió en párrafos precedentes.
- **La equidad sigue siendo un reto pendiente.** La superación de las desigualdades, tanto en los países como entre ellos, es un compromiso expresamente contraído en las Declaraciones de Alma-Ata y Astaná, que permanece como un reto persistente. Muchos países han realizado enormes esfuerzos en sus esfuerzos por traducir el compromiso relativo a la salud como un derecho humano, en medidas concretas dirigidas a asegurar la equidad dentro de sus fronteras. Muchos otros han realizado menos progresos. Las desigualdades persisten también entre los países, algunos de los cuales carecen de recursos o capacidad y otros luchan por generar la voluntad política nacional que permita alcanzar la equidad.
- **Para alcanzar los objetivos de la atención primaria de salud es preciso contar con personal sanitario suficiente y suficientemente capacitado.** El tema de los recursos humanos para la salud se presenta sistemáticamente en el presente examen, en particular en lo que respecta a atraer, gestionar y retener un número suficiente de profesionales sanitarios debidamente capacitados. Es importante señalar que, como lo ponen de relieve las experiencias de numerosos países, para materializar los objetivos de la atención primaria de salud es crucial impartir capacitación al personal sanitario, no meramente en los aspectos técnicos de sus respectivas profesiones, sino también en los principios y objetivos de la atención primaria de salud.
- **Se pueden incentivar algunos aspectos relativos a la atención primaria de salud.** Según se ha mencionado en numerosos ejemplos del presente examen, los objetivos de la atención primaria de salud no siempre deben ser impuestos, sino más bien fomentados mediante diversas modalidades de incentivo. Unos pocos ejemplos incluyen el uso de incentivos salariales para atraer y retener a profesionales sanitarios, incentivos financieros para recompensar la consecución de resultados deseados en la práctica médica, incentivos dirigidos a promover la colaboración intersectorial e incentivos para fomentar la innovación.

- **La innovación constante será crucial para desarrollar y mantener servicios de atención primaria de salud en el futuro.** En el examen no se supone que la innovación es intrínsecamente positiva, o que siempre conduce a resultados positivos, pero se describen numerosas innovaciones que han ayudado a los países a aprovechar oportunidades y afrontar desafíos relacionados con la atención primaria de salud. Esas innovaciones no se limitan a la esfera tecnológica, sino también a soluciones creativas que contribuyan a perfeccionar procesos, reconfigurar enfoques de financiación de la salud, reestructurar la administración pública y reformar completamente los sistemas de salud, a fin de que sean más costoeficientes, centrados en la persona y equitativos. A la luz de los constantes retos planteados a la introducción de sistemas de atención primaria de salud, agravados por las importantes tendencias del contexto mundial destacadas en el presente examen (por ejemplo, la globalización; las poblaciones senescentes; el cambio que experimentan los sistemas de salud debido al aumento de morbilidad por enfermedades no transmisibles; y los conflictos en algunos países), es probable que la necesidad de soluciones innovadoras para los problemas planteados sea cada vez mayor.
- **Pruebas científicas pueden ayudar a maximizar el éxito en la introducción de sistemas de atención primaria de salud.** Según lo reveló el examen, algunos países han procurado aportar pruebas científicas pertinentes para respaldar sus procesos decisarios relativos a la atención primaria de salud, mientras otros han adoptado enfoques menos sistemáticos. Mediante el aprendizaje basado en fuentes de conocimientos, información, datos y experiencias, los países pueden desarrollar políticas, programas, estrategias, marcos normativos, estructuras de incentivo e innovaciones bien informados, sobre la base de lo que ha funcionado (y lo que no), en vez de ensayar opciones menos respaldadas por pruebas científicas (y posiblemente menos seguras). El rápido desarrollo de las tecnologías de la información y la comunicación en países de todos los niveles de desarrollo ha servido para facilitar la generación y el intercambio de conocimientos, lo que puede ser crucial para acceder y utilizar las pruebas científicas.

4.2.2. Otras consideraciones de cara al futuro

106. A partir de este amplio panorama de logros, desafíos, factores propicios y enseñanzas se pueden identificar algunas esferas para la futura adopción de medidas concernientes a la introducción de sistemas atención primaria de salud. Esas recomendaciones, derivadas de las respuestas a las encuestas realizadas en los Estados Miembros, se pueden clasificar como se muestra a continuación.

Medidas para los gobiernos

1. Fortalecer, o seguir fortaleciendo, el compromiso respecto de la atención primaria de salud mediante la transformación de ese compromiso en medidas concretas (tales como políticas, estrategias, marcos normativos, gobernanza reforzada y reformas más amplias) en el contexto de enfoques basados en pruebas científicas, siempre que sea posible.
2. Armonizar esa voluntad política con el compromiso financiero en lo que respecta a la financiación general de enfoques basados en la atención primaria de salud y medidas específicas, con el fin de mejorar la protección financiera de la población.
3. Aplicar medidas destinadas a asegurar que los recursos humanos para la salud sean adecuados, tanto por su número como por su calidad, y que la «calidad» se fundamente en los principios y objetivos de la atención primaria de salud y en las capacidades técnicas.
4. Mejorar la eficiencia procurando aprovechar mejor los recursos destinados a gastos sanitarios, mediante la adopción de medidas dirigidas a simplificar la prestación de servicios, reducir el despilfarro y desalentar los servicios que no generan beneficios demostrados.

5. Fortalecer la colaboración intersectorial con el gobierno mediante la incorporación, en las políticas, estrategias y mecanismos de gobernanza e incentivo, de enfoques que abarquen a todo el gobierno e incluyan la salud en todas las políticas.
6. Fortalecer enfoques de la salud en toda la sociedad por medio de un mayor compromiso con agentes no gubernamentales, entre ellos las comunidades, el sector privado y otros agentes no estatales.
7. Fortalecer los servicios de atención primaria mediante el mayor desarrollo y la integración de tecnologías digitales, incentivos para los proveedores, establecimiento de organizaciones y relaciones destinadas a fomentar la prestación más integrada de los servicios y el trabajo en equipos multidisciplinarios, la gestión más eficaz de la interfaz entre la atención primaria y la secundaria (por medio de puntos de referencia y mecanismos reforzados de traslado de pacientes a través de la atención primaria) y personal sanitario debidamente capacitado.
8. Fomentar y promover la innovación en materia de atención primaria de salud, así como los enfoques basados en pruebas científicas.

Medidas para la OMS y otros agentes⁴²

107. Los encuestados propusieron las siguientes medidas para que la OMS las aplicara en colaboración con los pertinentes organismos de las Naciones Unidas, agentes no estatales y otros asociados:

1. La OMS deberá seguir aprovechando su poder de convocatoria para promover la colaboración intersectorial en las diferentes modalidades descritas en el examen, tanto en el ámbito de la política mundial como de manera individual en los países, en el marco de su apoyo a los gobiernos.
2. En su función normativa, la OMS deberá seguir encabezando el desarrollo de normas, así como de políticas y directrices operacionales para la futura integración de sistemas de atención primaria de salud, con arreglo a los compromisos recogidos en la Declaración de Astaná y, por extensión, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible y los Objetivos de Desarrollo Sostenible.
3. En sus funciones relativas a cooperación técnica la OMS deberá adecuar sus esfuerzos de creación de capacidad a las áreas específicamente relacionadas con la atención primaria de salud que requieran mayor apoyo y se hayan identificado en determinados países, por ejemplo, desarrollo y aplicación de estrategias, fortalecimiento de los sistemas de salud, la salud en todas las políticas, legislación sanitaria, financiación de la salud, evaluación y gestión de la tecnología sanitaria, recursos humanos para la salud, enfoques comunitarios de la salud, investigación para mejorar la prestación de servicios, y seguimiento y evaluación de la introducción de sistemas de atención primaria de salud mediante el apoyo a exámenes nacionales voluntarios.
4. En su función de promoción la OMS deberá identificar y centrar su atención en cuestiones específicas relacionadas con la atención primaria de salud que requieran esa promoción en determinados países mediante, por ejemplo, la defensa de un mayor gasto en salud, la identificación de lagunas normativas específicas que requieran la adopción de medidas, y mayor hincapié en la necesidad de mantener una mejor colaboración intersectorial y promover una mayor equidad.

⁴² En la encuesta de los Estados Miembros se pedía a los encuestados que identificaran áreas de posibles medidas para la OMS y otros agentes. Sin embargo, la mayoría de las respuestas giraron en torno al posible papel de la OMS para seguir avanzando.

5. Para el desempeño de esas funciones la OMS deberá fortalecer su apoyo a medidas normativas basada en pruebas científicas, por ejemplo, mediante el apoyo a la investigación sistemática y la generación de pruebas científicas que respalden la formulación normativa en la esfera de la salud, y la documentación y difusión de enseñanzas y prácticas óptimas.

Anexo 1: Mandato⁴³

PROPUESTA DE EXAMEN DE LOS 40 AÑOS DE APLICACIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN LOS PAÍSES

Contexto

En enero de 2018, el Consejo Ejecutivo, en su 142.^a reunión, pidió a la Oficina de Evaluación que realizara un examen de los 40 años de aplicación de la atención primaria de la salud en los países. Además, el Consejo pidió a la Secretaría que le presentara en su 144.^a reunión un esbozo del alcance y el marco de ese examen.

Finalidad

La finalidad general del examen es: *a)* documentar los progresos realizados a nivel mundial en la aplicación de la atención primaria de la salud, determinando los logros y éxitos, las prácticas óptimas y los principales problemas que hayan surgido; y *b)* formular recomendaciones sobre el camino que hay que seguir para acelerar las estrategias y los planes de salud nacionales, regionales y mundiales con miras a la atención sanitaria universal y la atención primaria de la salud y a la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

Alcance y enfoque

El alcance del examen quedará definido por la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud (Astaná, Kazajstán, 25 y 26 de octubre de 2018), el próximo informe de la Oficina Regional para las Américas y la Comisión de Alto Nivel de la OPS «Salud universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata», y otros exámenes de la aplicación de la atención primaria de salud. El examen, que abarcará el periodo de 40 años que va desde la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud de 1978 hasta 2018, permitirá evaluar los progresos mundiales en la aplicación de la atención primaria de la salud a través de dos fuentes de información complementarias: *a)* un examen sistemático de las fuentes existentes de datos publicados; y *b)* una evaluación de la aplicación en los países mediante la participación de los Estados Miembros y las aportaciones obtenidas por medio de un cuestionario en línea dirigido a todos los Estados Miembros.

El proceso general y el enfoque metodológico seguirán los principios establecidos en el manual de la OMS sobre la práctica de la evaluación (WHO Evaluation Practice Handbook) y en las normas y criterios de evaluación (Norms and Standards for Evaluation) y las directrices éticas de evaluación (Ethical Guidelines for Evaluation) del Grupo de Evaluación de las Naciones Unidas. El examen también se ajustará a las estrategias de evaluación transversales de la OMS sobre género, equidad, poblaciones vulnerables y derechos humanos e incluirá, en la medida de lo posible, datos y análisis desglosados.

En el examen se abordarán las siguientes cuestiones clave:

- a)* ¿Cuáles han sido los factores propicios y los desafíos respecto de la elaboración y aplicación de enfoques de atención primaria de la salud en los países en los últimos 40 años?

⁴³ Véase el documento EB144/51, párrafos 15 a 20.

- b) ¿Cómo han contribuido la atención primaria de la salud y las innovaciones conexas a mejorar los resultados sanitarios, la equidad, la colaboración intersectorial y la eficiencia?
 - c) ¿Qué enfoques intersectoriales se han aplicado en pro de la atención primaria de salud?
 - d) ¿Qué enseñanzas e innovaciones dinamantes de los diferentes contextos técnicos y de desarrollo nacionales y regionales pueden adaptarse y compartirse para promover y ampliar las actividades futuras en materia de atención sanitaria universal y atención primaria de la salud?

El examen será realizado por la Oficina de Evaluación. El proceso de examen se iniciará durante el primer trimestre de 2019. El informe final se publicará en el último trimestre de 2019, y las principales conclusiones se presentarán al Consejo Ejecutivo en su 146.^a reunión (enero de 2020).

Anexo 2: Encuesta en línea a los Estados Miembros



Organización
Mundial de la Salud

Examen de los 40 años de aplicación de la atención primaria de la salud en los países Cuestionario para los Estados Miembros

Estimado punto focal nacional,

Muchas gracias por servir como punto focal nacional designado por su gobierno en el *examen de los 40 años de aplicación de la atención primaria de la salud en los países*, de acuerdo con la solicitud del Consejo Ejecutivo de la OMS en su 142.^a sesión de enero de 2018.

Como se describe en los términos de referencia para este examen adoptados por el Consejo Ejecutivo en su 144.^a sesión de enero de 2019 ([EB144/51](#), párrafos 15-20), la finalidad general del examen es: *a)* documentar los progresos realizados a nivel mundial en la aplicación de la atención primaria de la salud, determinando los logros y éxitos, las prácticas óptimas y los principales problemas que hayan surgido; y *b)* formular recomendaciones sobre el camino que hay que seguir para acelerar las estrategias y los planes de salud nacionales, regionales y mundiales con miras a la cobertura sanitaria universal y la atención primaria de la salud y a la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

El examen, que abarcará el periodo de 40 años que va desde la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud de 1978 hasta 2018, permitirá evaluar los progresos mundiales en la aplicación de la atención primaria de la salud a través de dos fuentes de información complementarias:

1. un examen sistemático de las fuentes existentes de datos publicados; y
2. una evaluación de la aplicación en los países mediante la participación de los Estados Miembros y las aportaciones obtenidas por medio de un cuestionario en línea dirigido a todos los Estados Miembros.

Este cuestionario es por lo tanto un componente importante de este examen.

Los siguientes puntos pueden ser útiles al completar el cuestionario:

- **Periodo examinado.** Este examen pretende cubrir en su totalidad el periodo desde la Declaración de Alma-Ata hasta la actualidad. Por lo tanto, le pediremos que responda a las preguntas según su conocimiento sobre el periodo abarcado.
- **Respuesta única, consolidada.** Completar el cuestionario puede requerir una consulta más amplia. Sin embargo, tenga en cuenta que sólo se puede aceptar un cuestionario completado por país. Si necesita realizar una consulta, le podemos proporcionar la versión Word o PDF del cuestionario.
- **Documentación.** En caso de que usted u otra persona quisiera compartir documentos clave que puedan ayudar al equipo examinador a comprender una o más respuestas, al final del cuestionario se lo ofrece la oportunidad de cargar dichos documentos.
- **Confidencialidad.** Sus respuestas serán completamente anónimas y estrictamente confidenciales, ya que los resultados se presentarán a nivel agregado.
- **Plazo de entrega.** Para que su respuesta pueda ser incluida en el análisis, **por favor envíe el cuestionario completo y consolidado no más tarde del viernes 5 de julio de 2019.**

Si tiene alguna pregunta sobre el examen o este cuestionario, contáctenos en evaluation@who.int.

Muchas gracias por completar el cuestionario, y por su aportación al examen.

PARTE A: Información general

P1. ¿En nombre de qué Estado Miembro presenta el cuestionario?

Como se indicó anteriormente, sus respuestas a este cuestionario se mantendrán en estricta confidencialidad, y el informe del examen no mencionará ningún país por su nombre. Las razones por las que necesitamos esta información son:

- a) para permitir al equipo examinador entender los logros específicos, desafíos, buenas prácticas y lecciones aprendidas en cada país dentro de su contexto específico;
- b) para descubrir posibles experiencias comunes o similitudes entre y a través de distintos países; y
- c) para comprobar información descubierta durante la fase de examen de fuentes existentes de datos publicados.

PARTE B.1: Progresos y desafíos en la atención primaria de la salud en su país, 1978-2018

Caja 1: el término «atención primaria de la salud» (APS) en este examen

Aunque el concepto de atención primaria de la salud (APS) se ha utilizado de varias maneras a lo largo del tiempo, la APS, tal como se describe en la [Declaración de Alma-Ata](#), sirve como base para la comprensión de la APS en este cuestionario. Todas las preguntas relacionadas con la APS se basan en los diversos aspectos de la APS enunciados en la Declaración.

P2. ¿Según los diversos aspectos de la APS descritos en la Declaración de Alma-Ata, cuáles han sido los elementos clave de la APS en su país durante los últimos 40 años?

Algunos ejemplos pueden ser: cualquier aspecto clave de la APS a la que se le haya otorgado una prioridad particularmente alta en su país; las formas en las que su país ha interpretado y aplicado los diversos aspectos de la APS; aspectos de la APS que no figuran en la Declaración que su país ha emprendido; o cualquier otra cosa que quiera resaltar.

P3. ¿Qué tanto éxito ha tenido la aplicación de la APS en su país?

Este examen pretende cubrir todo el periodo desde la Declaración de Alma-Ata hasta la actualidad. Le pediríamos, por lo tanto, que responda a esta pregunta según su conocimiento sobre el periodo mencionado.

Mucho éxito	Bastante éxito	Poco éxito	Muy poco éxito
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PARTE B.2: Progresos y desafíos en la atención primaria de la salud en su país, 1978-2018

Para cada una de las siguientes preguntas, resalte los ejemplos más relevantes y significativos de la experiencia de su país. Le rogamos que estas respuestas sean lo más específicas posible, transmitiendo los detalles clave del logro en cuestión, pero a la vez lo más concisas posible, para permitir que el gran volumen de información proporcionada por todos los países pueda ser analizada dentro del marco de tiempo asignado para este examen.

P4. ¿Cuáles son los logros más relevantes en la aplicación de la APS en su país?

P5. ¿Cuáles han sido los factores propicios en la elaboración y aplicación de enfoques de atención primaria de salud en su país?

«Factores propicios» se refiere a aquellos factores relevantes que ayudaron a facilitar el progreso de su país en la elaboración y aplicación de la APS hasta la actualidad.

P6. ¿Cuáles han sido los mayores desafíos en la elaboración y aplicación de enfoques de atención primaria de salud en su país?

«Desafíos» son los factores relevantes que contribuyeron a cualquier falta de progreso en la elaboración y aplicación de la APS en su país hasta la actualidad.

P7. ¿Qué enfoques intersectoriales se han aplicado en pro de la APS en su país?

P8. ¿Qué innovaciones importantes se han introducido en la aplicación de la APS en su país?

P9. ¿Qué efectos más amplios, si los hubiera, ha tenido la aplicación de la APS en su país (incluyendo innovaciones conexas o relacionadas)?

Los efectos más amplios podrían incluir, por ejemplo, mejoras en resultados sanitarios, la equidad, la colaboración intersectorial o la eficiencia.

PARTE C: Mirando hacia el futuro

Estas últimas preguntas le piden que considere la dirección futura de la APS, en particular con relación a la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, concretamente su Meta 3.8 («Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.»)

P10. ¿Qué enseñanzas, prácticas óptimas e innovaciones, desde la experiencia de su país, pueden adaptarse y compartirse en otros lugares, para promover y ampliar las actividades futuras en materia de atención primaria de salud y de cobertura sanitaria universal, según el ODS 3.8?

P11. ¿Cuáles son los desafíos más relevantes a los que su país se enfrentará al tratar de aplicar la APS en su totalidad, y así conseguir el ODS 3.8 para el año 2030?

P12. ¿Qué esfuerzos necesitan hacer en su país los actores gubernamentales a nivel nacional y subnacional para que la APS sea completamente aplicada, y así lograr el ODS 3.8 para el año 2030?

P13. ¿Qué papel específico puede jugar en el futuro la OMS y otros colaboradores (por ejemplo, organizaciones no gubernamentales, organizaciones comunitarias, sociedad civil, sectores privados y filantrópicos y otras entidades de la ONU) para apoyar la aplicación de la APS en su país?

P14. ¿Tiene algún otro comentario que desee proporcionar con relación a la aplicación de la APS en su país?

MUCHAS GRACIAS UNA VEZ MÁS POR SU PARTICIPACIÓN EN ESTE CUESTIONARIO.

POR FAVOR, NO DUDE EN CARGAR LOS DOCUMENTOS QUE DESEE AQUÍ:

Anexo 3: Lista de documentos examinados

Estudio documental de alto nivel

From Alma-Ata to Astana: primary health care – reflecting on the past, transforming for the future. Interim report from the World Health Organization European Region. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Europa, 2018.

Informe sobre la salud en el mundo 2008 – La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Organización Mundial de la Salud, 2008.

Primary health care at forty: reflections from South-East Asia. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para Asia Sudoriental, 2018.

Primary health care at 40 years of Alma Ata. Situation in the Americas. Regional report. Organización Panamericana de la Salud, 2018 (número de documento: PAHO/HSS/18-039).

Primary health care 21: everybody's business. An international meeting to celebrate 20 years after Alma-Ata. Almaty, Kazakhstan, 27-28 November 1998. Organización Mundial de la Salud, 2000.

Primary health care in the Western Pacific Region: looking back and future directions. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para el Pacífico Occidental, 2018.

Primary health care programme in the WHO African Region from Alma-Ata to Ouagadougou and beyond. The Africa health transformation programme: a vision for universal health coverage. Contribution of the World Health Organization Regional Office for Africa to the WHO global report, 2018.

Report on primary health care in the Eastern Mediterranean Region: review of progress over the last decade (2008-2018). Departamento de Desarrollo de Sistemas de Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para el Mediterráneo Oriental, octubre de 2018 (en curso).

Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Organización Panamericana de la Salud, 2019.

Informes de estudios de casos de los países

Albania: Health Systems in Transition. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2002.

Alemania: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2014.

Andorra: Health Systems in Transition. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2004.

Armenia: Health Systems in Transition. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2013.

Australia: Health in All Policies in South Australia lessons from 10 years of practice. Organización Mundial de la Salud, 2018.

Australia: Health Systems in Transition. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2006.

Australia: OECD Reviews of Health Care Quality: Raising Standards. OCDE, 2015.

- Austria: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2018.
- Azerbaiyán: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2010.
- Bangladesh: Primary health care systems (PRIMASYS): case study from Bangladesh. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, 2017.
- Belarús: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2013.
- Bélgica: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2010.
- Bosnia y Herzegovina: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2000.
- Brasil: Country case studies on primary health care: Brazil: the mais médicos programme. Organización Mundial de la Salud, 2018.
- Bulgaria: Health Systems Reform. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2018.
- Camerún: Primary health care systems (PRIMASYS): case study from Cameroon. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, 2017.
- Canadá: Government Policy on Prevention in Health: A HiAP Approach in Quebec, Canadá. Organización Mundial de la Salud, 2017.
- República Checa: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2015.
- República Checa: OECD Reviews of Health Care Quality: Raising Standards. OCDE, 2014.
- China: Country case studies on primary health care: China: Multidisciplinary teams and integrated service delivery across levels of care. Organización Mundial de la Salud, 2018.
- Chipre: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2012.
- Colombia: Primary health care systems (PRIMASYS): case study from Colombia, abridged version. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, 2017.
- Croacia: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2014.
- Dinamarca: OECD Reviews of Health Care Quality: Raising Standards. OCDE, 2013.
- Dinamarca: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2012.
- Egipto: Country case studies on primary health care: Egypt: health sector reform. Organización Mundial de la Salud, 2018.
- El Salvador: Country case studies on primary health care: El Salvador: territorial community teams. Organización Mundial de la Salud, 2018.
- Eslovaquia: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2016.
- Eslovenia: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2016.

España: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2018.

Estonia: Establishing family medicine as a specialty to strengthen primary health care. Primary Health Care Performance Initiative, 2016.

Estonia: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2018.

Estonia: Country case studies on primary health care: the development of family practice to support universal health coverage. Organización Mundial de la Salud, 2018.

Etiopía: Primary health care systems (PRIMASYS): case study from Ethiopia. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, 2017.

Federación de Rusia: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2011.

Finlandia: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2008.

Finlandia: How to take into account health, wellbeing and equity in all sectors in Finland. Organización Mundial de la Salud, 2017.

Francia: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2015.

Georgia: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2017.

Georgia: Primary health care systems (PRIMASYS): case study from Georgia. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, 2017.

Ghana: Country case studies on primary health care: community engagement, financial protection and expanding rural access. Organización Mundial de la Salud, 2018.

Ghana: Primary health care systems (PRIMASYS): case study from Ghana. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, 2017.

Grecia: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2017.

Hungría: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2011.

India (estado de Kerala): Decentralized governance and community engagement strengthen primary care. Primary Health Care Performance Initiative, 2018.

Indonesia: Primary health care systems (PRIMASYS): case study from Indonesia. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, 2018.

Irán (República Islámica del): Country case studies on primary health care. Organización Mundial de la Salud, 2018.

Irlanda: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2009.

Islandia: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2014.

Israel: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2015.

Israel: OECD Reviews of Health Care Quality: Raising Standards. OCDE, 2012.

- Italia: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2014.
- Italia: OECD Reviews of Health Care Quality: Raising Standards. OCDE, 2014.
- Jamaica: Country case studies on primary health care: Jamaica: development of workforce for first level of care. Organización Mundial de la Salud, 2018.
- Japón: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2009.
- Japón: OECD Reviews of Health Care Quality: Raising Standards. OCDE, 2015.
- Kazajstán: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2012.
- Kazajstán: Country case studies on primary health care: use of mobile technologies in primary health care as part of state-run reforms in the health sector. Organización Mundial de la Salud, 2018.
- Kenya: Primary health care systems (PRIMASYS): case study from Kenya. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, 2017.
- Kirguistán: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2011.
- Letonia: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2012.
- Líbano: Primary health care systems (PRIMASYS): comprehensive case study from Lebanon. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, 2017.
- Lituania: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2013.
- Luxemburgo: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2015.
- Malta: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2017.
- México: Primary health care systems (PRIMASYS): case study from Mexico. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, 2017.
- Mongolia: Country case studies on primary health care. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2007.
- Mongolia: Primary health care systems (PRIMASYS): comprehensive case study from Mongolia. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, 2017.
- Nigeria: Primary health care systems (PRIMASYS): case study from Nigeria. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, 2017.
- Noruega: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2013.
- Noruega: OECD Reviews of Health Care Quality: Raising Standards. OCDE, 2014.
- Nueva Zelanda: Health care systems in transition. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2002.
- Países Bajos: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2016.
- Pakistán: Primary health care systems (PRIMASYS): case study from Pakistan. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, 2017.

Perú: Primary health care systems (PRIMASYS): case study from Peru. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, 2018.

Perú: Pursuing Universal Health Coverage Through Local Community Participation in Peru. Primary Health Care Performance Initiative, 2018.

Polonia: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2019.

Portugal: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2017.

Portugal: OECD Reviews of Health Care Quality: Raising Standards. OCDE, 2015.

Reino Unido: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2015.

Reino Unido: OECD Reviews of Health Care Quality: Raising Standards. OCDE, 2016.

República de Corea: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2009.

República de Corea: OECD Reviews of Health Care Quality: Raising Standards. OCDE, 2012.

República de Moldova: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2012.

República Unida de Tanzania: Primary health care systems (PRIMASYS): comprehensive case study from United Republic of Tanzania. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, 2017.

Rumania: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2016.

Rwanda: Primary health care systems (PRIMASYS): case study from Rwanda. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, 2017.

Samoa: Country case studies on primary health care: engaging people for health promotion. Organización Mundial de la Salud, 2018.

Sri Lanka: Country case studies on primary health care: community-based workforce development for maternal and child health. Organización Mundial de la Salud, 2018.

Sri Lanka: Primary health care systems (PRIMASYS): case study from Sri Lanka. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, 2017.

Sudáfrica: Primary health care systems (PRIMASYS): case study from South Africa. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, 2017.

Suecia: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2012.

Suecia: OECD Reviews of Health Care Quality: Raising Standards. OCDE, 2018.

Suiza: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2016.

Suriname: Reducing the burden of disease and health inequity through HiAP- the case of Suriname. Organización Mundial de la Salud, 2017.

Tailandia: Improved geographic and financial access to care strengthens primary care. Primary Health Care Performance Initiative, 2018.

Tailandia: Country case studies on primary health care: the development of Primary Health Care. Organización Mundial de la Salud, 2018.

Tayikistán: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2016.

Turkmenistán: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2000.

Turquía: Family practice for quality in universal health coverage. Organización Mundial de la Salud, 2018.

Turquía: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2011.

Turquía: OECD Reviews of Health Care Quality: Raising Standards. OCDE, 2014.

Ucrania: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2014.

Uganda: Primary health care systems (PRIMASYS): case study from Uganda. Alianza para la Investigación en Políticas y Sistemas de Salud, 2017.

Uzbekistán: Health system review. Observatorio Europeo sobre los Sistemas y las Políticas de Salud, 2014.

Viet Nam: Country case studies on primary health care: improving equity in access to primary care. Organización Mundial de la Salud, 2018.