

Marco operacional para la atención primaria de salud

Transformar la visión en acción

Proyecto que se someterá a la consideración de los Estados Miembros en la 73.ª Asamblea Mundial de la Salud

© Organización Mundial de la Salud 2020. Todos los derechos reservados.

El presente proyecto se someterá al examen de los Estados Miembros y de todas las partes interesadas a los efectos de consulta sobre el proyecto de texto. El contenido del presente documento no es definitivo y el texto podrá ser objeto de revisión antes de su publicación. El documento no podrá revisarse, resumirse, citarse, reproducirse, transmitirse, distribuirse, traducirse ni adaptarse, en parte o en su totalidad, en ningún formato ni por ningún medio sin la autorización de la Organización Mundial de la Salud.

Índice

Prefacio.....	3
Siglas y acrónimos.....	4
Glosario.....	5
Resumen	16
1. Introducción.....	21
1.1 ¿Quién debe utilizar el presente documento?	24
1.2 ¿Cómo debe utilizarse el presente documento?	24
2. Mecanismos estratégicos básicos	26
2.1 Compromiso y liderazgo políticos.....	26
2.2 Marcos de gobernanza y de política.....	30
2.3 Financiación y asignación de recursos.....	35
2.4 Participación de las comunidades y otras partes interesadas.....	38
3. Mecanismos operacionales.....	43
3.1 Modelos de atención.....	43
3.2 Personal de atención primaria de salud.....	48
3.3 Infraestructura física	53
3.4 Medicamentos y otros productos sanitarios.....	57
3.5 Colaboración con los prestadores del sector privado.....	61
3.6 Sistemas de compra y de pago.....	65
3.7 Tecnologías digitales para la salud.....	69
3.8 Sistemas para mejorar la calidad de la atención	73
3.9 Investigaciones orientadas a la atención primaria de salud	79
3.10 Vigilancia y evaluación.....	82
4. Contribuciones de los asociados internacionales.....	88
Referencias.....	93
Anexo 1: Instrumentos y recursos para apoyar la puesta en marcha de mecanismos de atención primaria de salud.....	100

Prefacio

La Asamblea Mundial de la Salud, en su resolución WHA72.2 (2019), pide al Director General que, entre otras cosas, «elabore, en consulta con los Estados Miembros y con su participación, y a tiempo para su consideración por la 73.ª Asamblea Mundial de la Salud, un marco operacional para la atención primaria de la salud, que se habrá de tener plenamente en consideración en los programas generales de trabajo y los presupuestos por programas de la OMS con objeto de fortalecer los sistemas de salud y apoyar a los países en la intensificación de los esfuerzos nacionales para asegurar la atención primaria de la salud». El presente proyecto de marco operacional se basa en un proyecto inicial que se preparó como parte de una colección de documentos técnicos en apoyo de la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud (Astaná, 25 y 26 de octubre de 2018). Posteriormente, dicho proyecto se revisó a raíz de un examen por expertos, una consulta pública, una consulta con la sociedad civil, entrevistas con informantes clave y consultas con los Estados Miembros.

El presente marco operacional, el documento conexo titulado *A vision for primary health care in the 21st Century* («Perspectiva de la atención primaria de salud en el siglo XXI») y los documentos técnicos correspondientes se fundamentan en exámenes de la bibliografía, informes regionales preparados en 2018 sobre la atención primaria de salud, estudios monográficos de países sobre la atención primaria de salud, una síntesis de las enseñanzas extraídas en los últimos 40 años, aportaciones del Grupo Consultivo Internacional sobre Atención Primaria de Salud e informes temáticos sobre cuestiones fundamentales relacionadas con la atención primaria de salud. Se basa en la labor realizada por la OMS en materia de atención primaria de salud durante los últimos 40 años, en particular la Estrategia Mundial de Salud para Todos en el año 2000, la reunión internacional *Primary Health Care 21: «Everybody's business»* («Atención Primaria de Salud 21: 'un asunto que nos incumbe a todos'»), la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, el Marco de Acción de la OMS para el Fortalecimiento de los Sistemas de Salud y la Mejora de los Resultados Sanitarios, el Informe sobre la salud en el mundo 2008: la atención primaria de salud (más necesaria que nunca), y el marco de la OMS sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona.

Siglas y acrónimos

APS	Atención primaria de salud
CSU	Cobertura Sanitaria Universal
CSU2030	Alianza Sanitaria Internacional para la Cobertura Sanitaria Universal 2030
ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
Sida	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
VIH	virus de la inmunodeficiencia humana

DRAFT

Glosario

Acceso a conocimientos sanitarios. La consecución de un cierto nivel de conocimientos, aptitudes personales y confianza para adoptar medidas que mejoren la salud personal y comunitaria mediante la modificación de los estilos y condiciones de vida personales.

Acceso (a los servicios de salud). La capacidad, o la percepción de la capacidad, de llegar a los servicios de salud o a los centros de salud en función de la ubicación, la oportunidad y la facilidad de acceso.

Acción multisectorial en materia de salud. El diseño de políticas, la aplicación de políticas y otras acciones relacionadas con la salud y otros sectores (por ejemplo, la protección social, la vivienda, la educación, la agricultura, las finanzas y la industria) llevadas a cabo en colaboración o por separado, que abordan los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud y los factores comerciales asociados o mejoran la salud y el bienestar.

Adopción de decisiones compartida. Proceso interactivo en el que los pacientes, sus familias y cuidadores, en colaboración con sus prestadores de servicios de salud, eligen las siguientes acciones en su vía de atención, después de un análisis fundamentado de las posibles opciones, sus valores y preferencias.

Afecciones tratables con atención ambulatoria. Afecciones crónicas respecto de las que cabe la posibilidad de prevenir las exacerbaciones agudas y reducir la necesidad de un ingreso hospitalario mediante una atención primaria activa, por ejemplo, el asma, la diabetes o la hipertensión.

Afecciones urgentes/agudas. Las afecciones de aparición repentina que requieren atención inmediata.

Agente de salud comunitario. Persona que proporciona atención sanitaria y médica a los miembros de su comunidad local, a menudo en colaboración con profesionales de la salud; se le conoce también como trabajador sanitario de aldea, asistente o promotor de salud comunitario, educador sanitario, asesor sanitario profano, paciente experto, voluntario de la comunidad o alguna otra expresión.

Armonización. La coordinación de las contribuciones y actividades de los donantes, el intercambio transparente de información y el intento de ser eficaces colectivamente y evitar la duplicación en consonancia con las políticas, estrategias y planes nacionales de salud.

Atención a pacientes crónicos. Atención de la salud que da respuesta a las necesidades de las personas con afecciones de salud persistentes.

Atención centrada en la persona. Enfoques y prácticas de la atención en los que la persona se considera como un todo, con numerosas necesidades y objetivos, derivándose esas necesidades de sus determinantes sociales personales de la salud.

Atención centrada en las personas. Un enfoque de la atención que adopta conscientemente las perspectivas de las personas, los cuidadores, las familias y las comunidades como participantes en los sistemas de salud que inspiran confianza, y como beneficiarios de estos, y que responden a sus necesidades y preferencias de un modo humano y holístico. La atención centrada en las personas también requiere que estas tengan la educación y el apoyo que necesitan para adoptar decisiones y participar en su propia atención de salud.

Atención colaborativa. Atención que reúne a profesionales u organizaciones para trabajar en cooperación con las personas para lograr un propósito común.

Atención de calidad. Atención segura, eficaz, centrada en las personas, oportuna, eficiente, equitativa e integrada.

Atención integral. Atención que toma en consideración la persona completa, incluidos los factores psicológicos, sociales y ambientales, en lugar de solo los síntomas de una enfermedad o una mala salud.

Atención orientada a objetivos. Atención que se planifica y presta sobre la base de los objetivos y las metas que se derivan explícitamente de cada persona para el logro del nivel de salud más alto posible, según lo defina esa persona.

Atención primaria. Un proceso fundamental en el sistema de salud que favorece los servicios de contacto inicial, accesibles, integrales y coordinados que proporcionan una continuidad asistencial y están centrados en el paciente.

Atención primaria de salud. Un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto maximizar el nivel y la distribución de los servicios de salud y bienestar mediante tres componentes: a) servicios de salud integrados y centrados en la atención primaria y las funciones esenciales de salud pública; b) la política y la acción multisectoriales; y c) la capacidad de acción y decisión de las personas y las comunidades.

Atención primaria fuera del horario de trabajo. La organización y prestación de servicios de atención primaria fuera del horario normal de los centros de atención primaria durante la semana, y todo el día durante los fines de semana y los días festivos, para las afecciones urgentes/agudas que se pueden tratar de manera segura en la atención primaria.

Autoasistencia. Las personas, las familias y las comunidades reciben apoyo y tienen capacidad de acción y decisión para gestionar adecuadamente su salud y bienestar cuando no están en contacto directo con los servicios de salud.

Autoatención. Los conocimientos, las aptitudes y la confianza para gestionar la propia salud, cuidar una afección específica, saber cuándo buscar atención profesional o recuperarse de un episodio de mala salud.

Bienestar. Construcción multidimensional destinada a captar una experiencia de vida positiva, que suele equipararse a la calidad de vida y la satisfacción vital. Las medidas de bienestar suelen centrarse en los resultados comunicados por los pacientes, que abarcan una amplia gama de ámbitos, como la felicidad, las emociones positivas, el compromiso, el significado, el propósito, la vitalidad y la calma.

Cibersalud. Tecnologías de la información y las comunicaciones que respaldan la gestión a distancia de las personas y las comunidades con diversas necesidades de atención de la salud mediante el apoyo a la autoasistencia y la habilitación de comunicaciones electrónicas entre los profesionales de la salud, y entre estos y los pacientes.

Cobertura sanitaria universal. Acceso asegurado para todas las personas a los servicios de salud necesarios de promoción, prevención, reanimación, curación, rehabilitación y cuidados paliativos, de calidad suficiente para ser eficaces, asegurando al mismo tiempo que la utilización de esos servicios no exponga a ningún usuario a dificultades financieras.

Coherencia (de una política, estrategia o plan nacional de salud). a) La medida en que las estrategias propuestas son compatibles con las prioridades determinadas en el análisis de la situación; b) la medida en que los planes de los programas son compatibles con la estrategia y el plan nacionales de salud; c) la medida en que las diferentes estrategias programáticas de la política, la estrategia o el plan nacionales de salud son congruentes entre sí; o d) la medida en que el presupuesto, el marco de seguimiento y evaluación, y el plan de acción adoptan las estrategias propuestas.

Colaboración. Proceso que consiste en hacer participar a las personas y las comunidades en el diseño, la planificación y la prestación de servicios de salud, permitiéndoles así adoptar decisiones sobre las opciones de atención y tratamiento, o participar en la adopción de decisiones estratégicas sobre la forma de gastar los recursos sanitarios.

Comunidad. Una unidad de población, definida por una característica compartida (por ejemplo, la geografía, un interés, una creencia o una característica social), que es el emplazamiento geográfico de las responsabilidades políticas y sociales básicas y en la que tienen lugar las interacciones sociales cotidianas que implican la totalidad o la mayor parte de la gama de actividades vitales de las personas que la integran.

Conjunto de servicios. Lista de intervenciones y servicios prioritarios en todo el proceso continuo de atención que deben ponerse a disposición de todas las personas de una población definida. Puede ser aprobada por el gobierno a nivel nacional o subnacional, o acordada por los agentes cuando el que presta la atención es un agente no estatal.

Continuidad de la atención. El grado en que las personas experimentan una serie de eventos aislados de atención de la salud como coherentes e interconectados a lo largo del tiempo y compatibles con sus necesidades y preferencias en materia de salud.

Control de acceso. Los procesos mediante los cuales la atención primaria autoriza el acceso a la atención especializada, la atención hospitalaria y las pruebas diagnósticas, por ejemplo mediante la derivación obligatoria.

Coordinación de la atención. Un enfoque proactivo que reúne a los profesionales y a los dispensadores de la atención en torno a las necesidades de los usuarios de los servicios para que las personas reciban una atención integrada y centrada en la persona en diversos entornos.

Coproducción de atención de salud. Servicios de salud que se prestan en una relación igualitaria y recíproca entre los profesionales, los usuarios de los servicios de atención, sus familias y las comunidades a las que pertenecen. La coproducción implica una relación duradera entre las personas, los dispensadores y los sistemas de salud, por la que se comparten la información, la adopción de decisiones y la prestación de servicios.

Cuidadores (o cuidadores informales). Individuos que prestan atención a un miembro o miembros de su familia, de su círculo de amistades o de la comunidad. Pueden prestar atención regular, ocasional o sistemática, o participar en la organización de servicios de atención prestados por otros. Existe una contraposición entre los cuidadores y los dispensadores asociados a un sistema formal de prestación de servicios, bien sean remunerados o voluntarios (cuidadores formales).

Derivación. La orientación de una persona al centro o especialista adecuado de un sistema de salud o red de prestadores de servicios para atender las necesidades de salud pertinentes. La contraderivación puede producirse cuando una persona es derivada de nuevo a la atención primaria

para recibir atención de seguimiento después de una intervención en la atención secundaria o terciaria.

Desempeño del sistema de salud. El grado en que un sistema de salud cumple sus funciones de gobierno, financiación, dotación de recursos y prestación de servicios para alcanzar sus objetivos.

Directrices clínicas. Recomendaciones elaboradas sistemáticamente y basadas en pruebas que apoyan a los profesionales de la salud y a los pacientes en la adopción de decisiones sobre la atención de salud en circunstancias clínicas específicas.

Directrices de derivación. Una identificación de los vínculos que existen entre las diferentes plataformas del sistema de salud para que las necesidades de salud se atiendan sea cual fuere la plataforma en la que se haya solicitado la atención por primera vez. Facilita la gestión de los casos entre diferentes plataformas de prestación de servicios.

Dispositivo médico. Artículo, instrumento, aparato o máquina que se utiliza en la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de enfermedades o dolencias, o para detectar, medir, restaurar, corregir o modificar la estructura o la función del cuerpo con algún fin sanitario. Por lo general, la finalidad de un dispositivo médico no se logra por medios farmacológicos, inmunológicos ni metabólicos.

Eficacia. La medida en que una intervención, un procedimiento, un régimen o un servicio específicos hacen lo que se pretende hacer con una población determinada cuando se implementan en circunstancias cotidianas.

Empoderamiento. El proceso de apoyo a las personas y las comunidades para que asuman el control de sus propias necesidades de salud, que se traduce, por ejemplo, en la adopción de comportamientos más saludables o en un aumento de la capacidad de autotratamiento de las enfermedades.

Enfoque basado en la población. Enfoque de los servicios de salud que utiliza la información sobre la población para adoptar decisiones sobre la planificación y la gestión sanitarias, y la ubicación geográfica de los servicios de salud. Con ese enfoque se procura mejorar la eficacia y la equidad de las intervenciones y lograr una mejora de la salud y de la distribución de servicios de salud en la población. Esto se logra en el contexto de la cultura, el estado de salud y las necesidades sanitarias de los grupos geográficos, demográficos o culturales representados por una población.

Enfoque de la salud en todas las políticas. Un enfoque de las políticas públicas en todos los sectores que tenga en cuenta sistemáticamente las repercusiones de las decisiones en la salud y los sistemas sanitarios, busque colaboraciones y evite los efectos perjudiciales para la salud a fin de mejorar la salud de la población y la equidad sanitaria. Un enfoque de salud en todas las políticas se basa en los derechos y obligaciones relacionados con la salud. Hace hincapié en el efecto de las políticas públicas en los determinantes de la salud y tiene por objeto mejorar la rendición de cuentas de las instancias normativas respecto de los efectos en la salud de todos los niveles de la formulación de políticas.

Enfoque del curso de la vida. Un enfoque que sugiere que los resultados sanitarios de las personas y la comunidad dependen de la interacción de múltiples factores de protección y de riesgo a lo largo de la vida de las personas. Este enfoque proporciona una visión integral de la salud y sus determinantes, que exige el desarrollo de servicios de salud centrados en las necesidades de sus usuarios en cada etapa de sus vidas.

Entornos/centros de atención. Los diversos tipos de arreglos para la prestación de servicios, organizados además en diferentes centros, instituciones y organizaciones que prestan la atención. Entre los entornos figuran servicios ambulatorios, comunitarios, domiciliarios, de hospitalización y residenciales, mientras que las instalaciones se refieren a la infraestructura, como consultorios, centros de salud, hospitales de distrito, dispensarios u otras entidades, por ejemplo, consultorios móviles y farmacias.

Equidad en materia de salud. La ausencia de diferencias sistemáticas o potencialmente remediabiles en el estado de salud, el acceso a la atención de salud y a los entornos de mejora de la salud, y el tratamiento en uno o más aspectos de la salud entre poblaciones o grupos de población definidos social, económica, demográfica o geográficamente en los países y entre ellos.

Equipo médico. Un dispositivo médico que requiere calibración, mantenimiento, reparación, capacitación de los usuarios y puesta fuera de servicio, actividades que suelen estar a cargo de ingenieros clínicos. El equipo médico se utiliza con fines específicos de diagnóstico y tratamiento de enfermedades o de rehabilitación después de una enfermedad o lesión; cabe utilizarlo solo o en combinación con cualquier accesorio, artículo fungible u otro artículo de equipo médico. El equipo médico excluye los dispositivos médicos implantables, desechables o de solo uso.

Equipos multidisciplinarios. Una diversidad de profesionales de la atención de la salud que trabajan juntos para prestar una amplia gama de servicios con un enfoque coordinado. La composición de los equipos multidisciplinarios en la atención primaria variará en función del entorno, pero puede incluir médicos de medicina general (entre ellos los médicos de familia y los médicos generales), médicos ayudantes, personal de enfermería, personal de enfermería especializado, agentes de salud comunitarios, farmacéuticos, trabajadores sociales, dietistas, consejeros de salud mental, fisioterapeutas, educadores de pacientes, gestores, personal de apoyo y otros especialistas de la atención primaria.

Evaluación. Proceso que evalúa de forma sistemática y objetiva la pertinencia, la eficacia y el impacto de las actividades a la luz de sus objetivos y de los recursos desplegados. Cabe distinguir entre algunas variedades de evaluación, como la evaluación de la estructura, el proceso y los resultados.

Formulario de derivación. Un formulario normalizado en toda la red de prestadores de servicios para que se proporcione la misma información esencial siempre que se inicie una derivación. Está diseñado para facilitar la comunicación en ambas orientaciones —el centro iniciador completa la derivación al exterior, la carta de derivación, y al finalizar la atención, el centro receptor completa la contraderivación al centro inicial, y la carta de respuesta.

Fragmentación (de los servicios de salud). *a)* Coexistencia de unidades, instalaciones o programas que no están integrados en la red sanitaria; *b)* la falta de cobertura de servicios de toda la gama de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos; *c)* la falta de coordinación entre los servicios de las diferentes plataformas de atención; o *d)* la falta de continuidad de los servicios a lo largo del tiempo.

Funciones esenciales de salud pública. La gama de competencias y acciones que se requieren para alcanzar el objetivo fundamental de la salud pública: mejorar la salud de las poblaciones. El presente documento se centra en las funciones básicas o verticales: protección de la salud, promoción de la salud, prevención de enfermedades, vigilancia y respuesta, y preparación para emergencias.

Gestión de casos. Un enfoque de la atención específico, basado en la comunidad y proactivo, que incluye la búsqueda de casos, la evaluación, y la planificación y la coordinación de la atención para integrar los servicios en torno a las necesidades de las personas que presentan un alto nivel de riesgo y requieren una atención compleja (a menudo por parte de múltiples dispensadores o en múltiples lugares), las personas vulnerables o las personas que tienen necesidades sociales o sanitarias complejas. El gestor del caso coordina la atención al paciente a lo largo de todo el proceso de atención.

Gestión del cambio. Un enfoque para la transición de personas, equipos, organizaciones y sistemas a un estado futuro deseado.

Gestores sanitarios. Las autoridades encargadas de supervisar las operaciones y la prestación cotidiana de servicios, incluidos los procesos de planificación y presupuestación, la armonización de los recursos, la gestión de la ejecución y la vigilancia de los resultados.

Gobernanza clínica. Los procesos mediante los cuales los agentes se hacen responsables de mejorar continuamente la calidad de los servicios de salud que prestan y salvaguardar un alto nivel de atención.

Gobernanza sanitaria. La amplia gama de funciones relacionadas con la dirección y la elaboración de normas que llevan a cabo los gobiernos y las instancias decisorias en su intento de alcanzar los objetivos nacionales de política sanitaria. La gobernanza es un proceso político que equilibra las influencias y demandas que compiten entre sí. Comprende los siguientes elementos: el mantenimiento de la dirección estratégica de la formulación y aplicación de políticas; la detección y corrección de tendencias y distorsiones indeseables; la articulación de argumentos en favor de la salud en el contexto del desarrollo nacional; la regulación del comportamiento de una amplia gama de agentes, desde los que financian la atención de salud hasta los que la prestan; y el establecimiento de mecanismos de rendición de cuentas transparentes y eficaces.

Indicador. Métrica explícitamente definida y mensurable que ayuda a evaluar la estructura, el proceso o los resultados de una acción o un conjunto de acciones.

Inscripción en listas (o inclusión en listas) (de pacientes). La identificación y asignación de poblaciones a centros, equipos o dispensadores de atención de la salud específicos que se encargan de atender las necesidades de salud y prestar una atención coordinada en esa población.

Integración clínica. La coordinación de la atención al paciente en las diferentes funciones, actividades y unidades operativas del sistema. El grado de coordinación de la atención depende principalmente de la afección del paciente y de las decisiones adoptadas por su equipo de salud. La integración clínica incluye la integración horizontal y vertical.

Integración funcional. La medida en que las funciones y actividades de apoyo fundamentales, como la financiación, los recursos humanos, la planificación estratégica, la gestión de la información, la comercialización, y la garantía y mejora de la calidad, se coordinan entre todas las unidades de un sistema.

Integración horizontal. Coordinación de las funciones, actividades o unidades operativas que se encuentran en la misma etapa del proceso de producción de servicios; ejemplos de este tipo de integración son las consolidaciones, fusiones y servicios compartidos en el marco de una única plataforma de prestación.

Integración vertical. La coordinación de las funciones, actividades o unidades operacionales que se encuentran en diferentes fases del proceso de producción de servicios. Este tipo de integración incluye los vínculos entre las plataformas de prestación de servicios de salud, por ejemplo, entre la atención primaria y la de derivación, entre los hospitales y los grupos de médicos o entre los centros de cirugía ambulatoria y los organismos de atención domiciliaria.

Integralidad de la atención. La medida en que la gama de servicios de atención y la gama de recursos disponibles responden a toda la gama de necesidades de salud de una comunidad determinada. La atención integral abarca la promoción de la salud y las intervenciones de prevención, así como el diagnóstico y el tratamiento o la derivación y los cuidados paliativos. Incluye la atención domiciliaria a pacientes crónicos o de larga duración y, en algunos modelos, los servicios sociales.

Mecanismos de participación activa. Mecanismos destinados a lograr la rendición de cuentas y la representación de los intereses de la comunidad a nivel local, subnacional y nacional.

Medicamentos esenciales. Medicamentos que satisfacen las necesidades prioritarias de atención de la salud de la población y que se seleccionan en función de su pertinencia para la salud pública, de las pruebas de eficacia y seguridad, y de su costoeficacia comparativa.

Medicina de familia (o medicina general). Disciplina relativa a la prestación de una atención de salud integral y continua a las personas en el contexto de su familia y su comunidad. Su ámbito de aplicación abarca todas las edades y ambos sexos. Entre los dispensadores suelen figurar médicos generales o médicos de medicina de familia, médicos ayudantes, personal de enfermería de familia y otros profesionales de la salud.

Modelo de atención. Una conceptualización de la forma en que deben prestarse los servicios, incluidos los procesos de atención, la organización de los prestadores y la gestión de los servicios. El modelo de atención evoluciona para cumplir los objetivos y prioridades de salud de la población y mejorar el desempeño del sistema de salud.

Morbilidad tratable. La incidencia de enfermedades que se consideran evitables mediante intervenciones de atención de la salud.

Mortalidad tratable. Los fallecimientos considerados evitables mediante intervenciones de atención de la salud.

Paquete de prestaciones sanitarias. El tipo y alcance de los servicios de salud que un adquirente compra a los prestadores en nombre de sus beneficiarios.

Partes interesadas. Persona, grupo u organización que tiene interés en uno o varios aspectos del sistema de salud.

Participación. La medida en que una persona participa en la adopción de decisiones —en el presente documento en relación con su propia atención de salud y sistema de salud. La participación social es el derecho y la capacidad de la población de participar de manera efectiva y responsable en las decisiones en materia de salud y en la aplicación de dichas decisiones. La participación social en materia de salud es un aspecto de la participación cívica, condición inherente al ejercicio de la libertad, la democracia, el control social sobre la acción pública y la equidad.

Plataformas de prestación de servicios. Modos o canales de prestación de servicios de salud. Entre los ejemplos de estas plataformas cabe mencionar los centros de salud públicos y privados (por ejemplo, puestos de salud, dispensarios, centros de salud, dispensarios móviles, unidades de

atención de emergencia, hospitales de distrito y farmacias), otras entidades (por ejemplo, atención domiciliaria, escuelas, centros comunitarios y centros de atención crónica) y servicios, campañas o plataformas digitales periféricos. Estos pueden clasificarse de diversas formas. Por ejemplo, servicios comunitarios orientados a la familia; servicios programables orientados a la población; y servicios clínicos individuales en diferentes niveles (nivel primario, primer nivel de derivación y segundo nivel de derivación).

Primer nivel de atención. El punto de acceso al sistema de atención de salud en la interfaz entre los servicios y la comunidad; cuando el primer nivel de atención cumple varios criterios de calidad, se denomina atención primaria. Véase: atención primaria.

Proceso continuo de atención. La gama de servicios de atención de la salud personal y de la población que se necesita en todas las etapas de una afección, lesión o evento a lo largo de la vida, incluida la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos.

Procesos de prestación de servicios de salud. Los procesos singulares que contribuyen al desempeño de la prestación de servicios de salud, incluidos la selección de servicios, el diseño de la atención, la organización de los prestadores, la gestión de los servicios y la mejora del desempeño.

Productos sanitarios. Tecnologías y dispositivos sanitarios utilizados para la prevención, los medios de diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación o los cuidados paliativos. Incluye medicamentos, vacunas, dispositivos médicos, medios de diagnóstico *in vitro*, equipo de protección, ayudas técnicas e instrumentos de control de vectores.

Programas verticales. Programas de salud centrados en personas y poblaciones con situaciones sanitarias específicas (únicas).

Protocolos clínicos. Marco operacional convenido en el que se describe la atención que se ha de prestar a los pacientes en función de un tipo de atención, describiendo el motivo, el lugar y el momento de la prestación de atención, y el profesional que la presta.

Rectoría. Responsabilidad de la planificación y gestión eficaces de los recursos sanitarios para salvaguardar la equidad, y la salud y el bienestar de la población.

Red integrada de prestación de servicios de salud. Una red de organizaciones que presta, o concierta acuerdos para prestar, servicios de salud equitativos, amplios e integrados a una población definida, y tiene la disposición de rendir cuentas de sus resultados clínicos y económicos y del estado de salud de la población a la que presta esos servicios.

Reglamentación. La imposición de limitaciones al comportamiento de una persona u organización para forzar un cambio del comportamiento preferido o espontáneo.

Rendición de cuentas. La obligación de informar o de dar cuenta de sus actos, por ejemplo, a una autoridad gobernante mediante el escrutinio, el compromiso, la gestión y la reglamentación, o a un electorado.

Rendición de cuentas mutua (compartida). Proceso por el cual dos (o múltiples) asociados acuerdan asumir la responsabilidad de los compromisos que han contraído entre sí.

Resiliencia. La capacidad de un sistema, comunidad o sociedad expuestos a una amenaza de resistir, absorber, adaptarse y recuperarse de sus efectos de forma oportuna y eficiente, lo que incluye la preservación y restauración de sus estructuras y funciones básicas.

Salud. Estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Salud de la población. Un enfoque de la atención de la salud que trata de mejorar los resultados sanitarios de un grupo de personas, incluida la distribución de esos resultados dentro del grupo.

Salud mental. Un estado de bienestar en el que cada individuo canaliza su propio potencial, puede hacer frente a las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera, y es capaz de contribuir a su comunidad.

Servicio de salud. Todo servicio (no limitado a los servicios médicos o clínicos) destinado a contribuir a una mejora de la salud o el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las personas y las poblaciones.

Servicios de atención social. Servicios para mejorar el bienestar social de quienes los necesitan.

Servicios de salud de la población. Servicios de salud dirigidos a la población en su conjunto con el objetivo de mejorar la salud y el bienestar a gran escala.

Servicios de salud integrados. La gestión y prestación de servicios de salud para que las personas reciban ininterrumpidamente servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos mediante las diferentes funciones, actividades y centros de atención del sistema de salud.

Servicios de salud personal. Servicios de salud dirigidos a la persona, entre ellos la promoción de la salud, la prevención, el diagnóstico y el tratamiento oportunos de las enfermedades, la rehabilitación, los cuidados paliativos, la atención a enfermos agudos y los servicios de atención crónica.

Sistema de salud de distrito. a) Una red de centros de atención primaria de salud que prestan una amplia gama de servicios de atención de la salud de carácter promocional, preventivo y curativo a una población definida, con la participación activa de la comunidad y bajo la supervisión de un hospital de distrito y de un equipo de gestión de la salud de distrito. b) Una red de organizaciones que presta, o concierta acuerdos para prestar, servicios de salud equitativos, amplios e integrados a una población definida, y que tiene la disposición de rendir cuentas de sus resultados clínicos y económicos, y del estado de salud de la población a la que presta servicios. Véase también: red integrada de prestación de servicios de salud.

Sistema de salud orientado a la atención primaria de salud. Sistema de salud organizado y operado para garantizar el derecho al nivel de salud más alto posible como objetivo principal, a la vez que se maximizan la equidad y la solidaridad. Un sistema de salud orientado a la atención primaria de salud se compone de un conjunto básico de elementos estructurales y funcionales que contribuyen a la consecución de la cobertura universal de servicios y el acceso universal a esos servicios, que son aceptables para la población y promueven la equidad.

Tratamiento de la enfermedad. Un sistema de intervenciones de atención de salud coordinadas y proactivas con prestaciones y comunicaciones de reconocida eficacia para las poblaciones y las personas con afecciones sanitarias probadas, incluidos los métodos para mejorar los esfuerzos de autoasistencia de las personas.

Vía de atención (o vía clínica). Un plan de gestión multidisciplinario estructurado (además de la directriz clínica) que traza la ruta de la atención a través del sistema de salud para las personas con problemas clínicos específicos.

Zona de captación. Zona geográfica definida y atendida por un programa, centro o institución de salud, que se delimita en función de la distribución de la población, las fronteras geográficas nacionales y la accesibilidad a los medios de transporte.

DRAFT

Las definiciones del presente glosario se han adaptado de las siguientes fuentes:

Essential public health functions, health systems and health security: developing conceptual clarity and a WHO roadmap for action. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018
(<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272597/9789241514088-eng.pdf>).

Glossary of terms – The European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2016
(http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/318152/Glossary-of-terms-AIHSD-E-R-versions.pdf?ua=1).

Glossary of terms – WHO European PHC Impact, Performance and Capacity Tools (PHC-IMPACT). Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2019.
(http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0006/421944/Glossary-web-171219.pdf?ua=1).

Health systems strengthening glossary. Ginebra, Organización Mundial de la Salud
(http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/).

Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas
(https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Redes_Integradas_Servicios_Salud-Conceptos.pdf).

Primary Health Care-Based Health systems: Strategies for the Development of Primary Health Care Team. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2009.
(https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/PHC-Strategies_Development_PHC_Teams.pdf).

Wellbeing measures in primary health care: the Depcare project. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 1998
(http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0016/130750/E60246.pdf).

WHO global strategy on people-centred and integrated health services: interim report. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (<http://www.who.int/iris/handle/10665/155002>).

Resumen

ANTECEDENTES

1. De conformidad con la resolución WHA72.2 (2019), el Director General ha elaborado un proyecto de marco operacional para la atención primaria de salud, que se habrá de tener plenamente en consideración en los programas generales de trabajo y los presupuestos por programas de la OMS con objeto de fortalecer los sistemas de salud y apoyar a los países en la intensificación de los esfuerzos nacionales para asegurar la atención primaria de la salud. Está dirigido principalmente a los dirigentes gubernamentales nacionales y, cuando proceda, a los subnacionales. El marco operacional también tiene por objeto orientar las medidas de otros agentes nacionales y mundiales, por ejemplo, los agentes no estatales, en particular los donantes y la sociedad civil. Después de celebrar consultas con los Estados Miembros y recibir sus aportaciones, el proyecto de marco operacional se somete a la consideración de la 73.^a Asamblea Mundial de la Salud en 2020.

2. Como se indica en la Declaración de Alma-Ata de 1978, y, de nuevo, 40 años después, en el documento de la OMS y el UNICEF de 2018 titulado *A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*, la atención primaria de salud es un enfoque de la salud en el que participan todas las instancias gubernamentales y de la sociedad, y que combina estos tres componentes: políticas y medidas multisectoriales; la capacidad de acción y decisión de las personas y las comunidades; y servicios de salud integrados y centrados en la atención primaria y las funciones esenciales de salud pública. (1) Los sistemas de salud orientados hacia la atención primaria de salud son sistemas de salud cuya organización y funcionamiento giran en torno a un objetivo principal, que consiste en garantizar el derecho de todas las personas a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr, potenciando de este modo la equidad y la solidaridad. Están compuestos por un conjunto básico de elementos estructurales y funcionales que contribuyen a la consecución de la cobertura universal de servicios aceptables para la población que promueven la equidad, así como del acceso universal a los mismos. La expresión «atención primaria» se refiere a un proceso fundamental en el sistema de salud que favorece los servicios de contacto inicial, accesibles, integrales y coordinados que proporcionan una continuidad asistencial y están centrados en el paciente.

3. La Declaración de Astaná, basada en los principios consagrados en la Declaración de Alma-Ata, fue adoptada en la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud celebrada el 25 y 26 de octubre de 2018 en Astaná. En dicha declaración, los Estados Miembros reafirmaron su compromiso con la atención primaria de salud, como piedra angular de un sistema de salud sostenible en pro de la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la salud.

4. Los compromisos contenidos en la Declaración de Astaná —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— se basan en resoluciones anteriores destinadas a fortalecer la visión de la atención primaria de salud de la Declaración de Alma-Ata: la resolución WHA69.24 (2016) sobre el fortalecimiento de los servicios de salud integrados y centrados en la persona, la resolución WHA65.8 (2012) sobre los resultados de la Conferencia Mundial sobre los Determinantes Sociales de la Salud, y la resolución WHA62.12 (2009) sobre la atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud. En la resolución WHA62.12, la 62.^a Asamblea Mundial de la Salud pidió al Director General que preparara planes de aplicación para cuatro orientaciones normativas generales, incluido situar al individuo en el centro de la prestación de servicios. Estas cuatro orientaciones normativas, cuyo objetivo es reducir las desigualdades en materia de salud y mejorar la salud para todos, se reflejan en el Informe sobre la salud en el mundo

2008: la atención primaria de salud, más necesaria que nunca, publicado en el 30.º aniversario de la Declaración de Alma-Ata.(2)

5. La 72.ª Asamblea Mundial de la Salud en 2019 acogió con satisfacción la Declaración de Astaná en la resolución WHA72.2 e instó a los Estados Miembros a adoptar medidas para compartir y aplicar la visión y los compromisos de la Declaración de Astaná en función de los contextos nacionales.

6. Los comités regionales de la OMS también han pedido que se fortalezca la atención primaria de salud, una solicitud que se refleja en concreto en los informes regionales sobre la atención primaria de salud elaborados para la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud celebrada en 2018 en Astaná.(3)

LA IMPORTANCIA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

7. A pesar de la mejora destacable de los resultados sanitarios para la población mundial durante la era de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, siguen existiendo diferencias importantes en lo que respecta a la capacidad de las personas para lograr el mayor nivel posible de salud. Cerca de la mitad de la población mundial carece de acceso a los servicios que necesita y los problemas de salud afectan de manera desproporcionada a las personas expuestas a determinantes sociales de la salud y otros determinantes adversos, lo que aumenta las desigualdades sanitarias, tanto dentro de los países como entre ellos.(4)

8. La salud ocupa un lugar central en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, ya que está relacionada con muchos de los ODS y el énfasis específico del Objetivo 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades). El compromiso con la equidad y para que nadie quede atrás se refleja en la meta 3.8, que insta a lograr la cobertura sanitaria universal. La cobertura sanitaria universal implica que todas las personas y las comunidades reciban los servicios de salud que necesitan, lo que incluye servicios de promoción, protección, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos; además, la calidad de dichos servicios debe ser suficiente y su uso no debe exponer al usuario a dificultades financieras.

9. Los vínculos comprobados entre la atención primaria de salud y la mejora de los resultados de salud y la equidad, el aumento de la seguridad sanitaria y la mejora de la costoeficacia convierten la atención primaria en la piedra angular de la labor en pro del fortalecimiento de los sistemas de salud. Para lograr la cobertura sanitaria universal es esencial contar con sistemas de salud construidos sobre la base de la atención primaria de salud.

10. Los sistemas de salud orientados hacia la atención primaria son fundamentales para poder abordar las prioridades actuales de la OMS, a saber: el 13.º Programa General de Trabajo, 2019-2023 de la OMS, que se centra en promover la salud, preservar la seguridad mundial y servir a las poblaciones vulnerables; el Plan de acción mundial a favor de una vida sana y bienestar para todos, en particular el factor acelerador relativo a la atención primaria de salud, a fin de mejorar la colaboración entre los asociados para acelerar los progresos en los países respecto de las metas de los ODS relacionadas con la salud; el marco de la OMS sobre los servicios de salud integrados y centrados en la persona; y el marco de acción de la OMS para el fortalecimiento de los sistemas de salud y la mejora de los resultados sanitarios, integrado por seis componentes clave, cuyos principios y estrategias de acción están en consonancia con el enfoque general de la atención primaria de salud y los mecanismos descritos en el marco operacional.

MECANISMOS DEL MARCO OPERACIONAL PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

11. El marco operacional propone 14 mecanismos necesarios para transformar los compromisos mundiales contraídos en virtud de la Declaración de Astaná en acciones e intervenciones (véase el cuadro 1). Dichas acciones e intervenciones pueden ayudar a acelerar los progresos realizados en el fortalecimiento de sistemas orientados hacia la atención primaria de salud y, en última instancia, a lograr mejoras demostrables en la consecución del objetivo de salud para todos, sin distinción de ningún tipo.
12. Las acciones e intervenciones asociadas a cada mecanismo no han sido concebidas para ejecutarse de forma aislada: están estrechamente interrelacionadas, influyen unas en otras y contribuyen al éxito del resto de acciones e intervenciones. Deben ser parte integral de la estrategia nacional de salud y la forma en que se priorizaran, optimizan y secuencian debe garantizar la obtención de resultados generales en las tres dimensiones de la cobertura sanitaria universal.
13. Cada mecanismo del marco operacional va acompañado de una descripción explicativa. En el marco operacional también se facilita una lista no exhaustiva de las posibles acciones e intervenciones que se pueden considerar a nivel de políticas, operaciones y ejecución, así como de las acciones e intervenciones que deben realizar las personas y las comunidades que colaboran. También incluye una lista de instrumentos y recursos para facilitar las acciones en cada mecanismo. Se publicará próximamente un compendio de estudios monográficos de países que reflejan la forma en que se pueden aplicar uno o, más frecuentemente, varios mecanismos para promover la atención primaria de salud.
14. Los cuatro mecanismos estratégicos básicos abarcan el compromiso y liderazgo políticos, los marcos de gobernanza y de políticas, la financiación y asignación de recursos y la participación de las comunidades y otras partes interesadas. No es probable que las acciones e intervenciones asociadas a mecanismos operacionales contribuyan a lograr una atención primaria de salud eficaz si no se aplican estos mecanismos estratégicos básicos. Las acciones e intervenciones que guardan relación con todos los mecanismos, en particular las relacionadas con la gobernanza y la financiación, deben desarrollarse mediante un diálogo sobre políticas incluyente y constante en el que participe la comunidad como interlocutor. La utilización de mecanismos estratégicos básicos allana el camino para el uso de otros mecanismos. Al aplicar todos los mecanismos deben tenerse en consideración los contextos, los puntos fuertes y los puntos débiles del sistema de salud y las prioridades nacionales, subnacionales y locales en materia de cobertura sanitaria universal.
15. Para aplicar cambios normativos destinados a dirigir estratégicamente los recursos a los ámbitos donde son más necesarios y documentar los progresos realizados en el fortalecimiento de la atención primaria de salud a lo largo del tiempo, las instancias decisorias precisan datos de gran calidad sobre los tres componentes de la atención primaria de salud. A tal fin, se preparará como documento técnico independiente e instrumento suplementario un marco de vigilancia y evaluación de la atención primaria de salud que incluirá indicadores armonizados con los mecanismos del marco operacional, iniciativas existentes para el seguimiento de los avances relacionados con la cobertura sanitaria universal y otros procesos sistemáticos de planificación, vigilancia y evaluación.
16. Se espera que los países seleccionen los mecanismos y los indicadores más pertinentes para sus contextos, sobre la base de una evaluación de sus necesidades, la capacidad de sus sistemas y sus modelos de gobernanza sanitaria. También se supone que las acciones, intervenciones y estrategias específicas utilizadas para lograr una mejora visible de la atención primaria de salud variará en función de los contextos y a lo largo del tiempo e incidirá, según proceda, en la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, y los servicios de carácter curativo, rehabilitador y paliativo. A medida que evolucionan las economías, las instituciones y los recursos, los mecanismos y las formas en que estos se utilizan deben hacer lo propio.

ELEMENTOS QUE FACILITAN EL ÉXITO

17. Los mecanismos que figuran en el marco operacional se basan en los datos empíricos y la experiencia obtenidos durante años de aplicación de reformas del sistema sanitario. Están en consonancia con los elementos básicos y las funciones que caracterizan a los sistemas de salud efectivos. El valor añadido de este marco reside en la orientación que brinda a los países en el ciclo de planificación nacional sobre la forma en que el compromiso con la atención primaria de salud puede transformarse en salud para todos a través de acciones intersectoriales, la capacidad de acción y decisión de las personas y las comunidades, y los servicios de salud integrados y centrados en las personas.

18. La experiencia de las cuatro últimas décadas, en particular la era anterior a los Objetivos de Desarrollo del Milenio, ofrece información importante sobre los factores y las condiciones que han facilitado u obstaculizado el fortalecimiento de la atención primaria de salud. Los mecanismos del marco operacional deben tenerse en cuenta en el proceso de elaboración de una estrategia contextualizada para fortalecer los sistemas de salud, reforzar el ciclo de planificación nacional e integrar la aplicación en todos los sectores. Por consiguiente, el marco operacional debe utilizarse en las diferentes etapas del proceso de planificación operacional, en el entendimiento de que, en el siglo XXI, la función de los ministerios de salud es crear las condiciones y el entorno propicios para mejorar la salud. Los ministerios de salud también deben empoderar a los agentes y exigirles que rindan cuentas de sus acciones. Han de dirigir el sector de la salud como un todo y de forma inclusiva, involucrando a los agentes públicos, privados y de la sociedad civil, como se indica en el manual para la elaboración de políticas, estrategias y planes nacionales.⁽⁵⁾

19. La integración de la atención primaria en una amplia gama de políticas, estrategias, actividades y servicios probablemente exigirá, en muchos países, transformar significativamente la forma en que se priorizan, financian y aplican las políticas y medidas relacionadas con la salud. Esta reorientación del sistema de salud requerirá un compromiso político claro y un liderazgo sólido en todos los niveles para aplicar eficazmente todos los mecanismos y lograr los resultados deseados.

20. La participación de las personas, en calidad de individuos, las comunidades y las partes interesadas de todos los sectores en una labor conjunta para definir las necesidades sanitarias, identificar las soluciones y priorizar la acción es fundamental para la atención primaria de salud. Se deberían realizar esfuerzos especiales para llegar e involucrar de forma significativa a las poblaciones vulnerables y desfavorecidas que padecen desproporcionadamente problemas de salud y a menudo carecen de los recursos para participar en mecanismos tradicionales de participación. La promoción de la responsabilidad social reforzará la participación de la comunidad. Idealmente, la participación de las comunidades y otras partes interesadas debe integrarse en todos los sectores y orientar las acciones e intervenciones asociadas a todos los niveles.

21. Los cambios graduales en los sistemas de salud impulsados por las acciones e intervenciones asociadas a los mecanismos del marco operacional no bastarán para aplicar la Agenda 2030. Para ello, será necesario emprender acciones audaces basadas en el liderazgo político, con una visión explícita, firme y bien definida, la participación de las personas, las comunidades y otras partes interesadas, y datos empíricos y un marco de vigilancia y evaluación que sean pertinentes para la atención primaria de salud.

22. Muchos países todavía necesitarán apoyo técnico y/o financiero externo para mejorar la atención primaria de salud y, de este modo, lograr la cobertura sanitaria universal. En cada uno de estos países, se necesitan más que nunca un liderazgo firme y una gran labor de promoción para la armonización y el alineamiento de los donantes mundiales y los asociados técnicos que participan en las iniciativas en pro del fortalecimiento de la atención primaria de salud, todo bajo la dirección y las instrucciones de las autoridades de cada país. A través de plataformas como la Alianza Sanitaria Internacional para la CSU2030, la comunidad internacional debería apoyar las actividades de armonización y alineamiento en los países.

DRAFT

1. Introducción

1. En la Declaración de Astaná (2018), los países y los asociados internacionales se comprometieron a orientar los sistemas de salud hacia la atención primaria de salud (APS) para acelerar los progresos hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) relacionados con la salud. La visión y los compromisos audaces codificados en la Declaración de Astaná deben transformarse en medidas significativas a fin de avanzar hacia la salud para todos, sin distinción de ningún tipo (Recuadro 1).

Recuadro 1. La Declaración de Astaná: visión y compromisos

Aspiramos a:

Que **los gobiernos y las sociedades** den prioridad, promuevan y protejan la salud y el bienestar, tanto a nivel de población como individual, mediante sistemas de salud sólidos;

Una atención primaria de salud y servicios de salud de gran calidad, seguros, integrales, integrados, accesibles, disponibles y asequibles para todos y en todas partes, prestados con compasión, respeto y dignidad por profesionales de la salud bien formados, competentes, motivados y comprometidos;

Entornos propicios y favorables para la salud en los que las personas y comunidades tengan capacidad de acción y decisión, y colaboren en el mantenimiento y mejora de su salud y bienestar;

Asociados y partes interesadas alineadas en la prestación de apoyo efectivo a las políticas, estrategias y planes de salud nacionales.

Nos comprometemos a:

- tomar decisiones políticas audaces en pro de la salud en todos los sectores;
- establecer una atención primaria de salud sostenible;
- empoderar a las personas y las comunidades, y
- alinear el apoyo de las partes interesadas con las políticas, estrategias y planes nacionales.

2. La Declaración de Astaná está respaldada por el documento titulado *A vision for primary health care in the 21st century*,⁽¹⁾ en el que se define el concepto moderno de APS, se describen los componentes de un enfoque integral de APS y se describe la manera en que promueven la salud, la equidad y la eficiencia. En este documento también se explica la manera en que la APS se alinea con la cobertura sanitaria universal (CSU) y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y contribuye a su consecución. Además, en el documento se destacan algunas de las enseñanzas extraídas durante los últimos 40 años en relación con la implementación eficaz de la APS y se describen los desafíos a los que se enfrenta. Por último, en él se describe una visión de la APS para este siglo y se proponen mecanismos fundamentales para lograr dicha visión (cuadro 1).¹

Recuadro 2. Componentes de la atención primaria de salud

- 1) **Servicios de salud integrados haciendo especial hincapié en la atención primaria y las funciones de salud pública:** satisfacer las necesidades de salud de las personas mediante una amplia atención promocional, protectora, preventiva, curativa, rehabilitadora y de cuidados paliativos a lo largo de toda la vida, dando prioridad estratégica a los servicios clave de atención de salud dirigidos a las personas y las familias mediante la atención primaria, y a la población, con servicios de salud integrados y centrados en las funciones esenciales de salud pública.
- 2) **Políticas y acciones multisectoriales:** 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 y acciones en todos los sectores basadas en la evidencia.
- 3) **Capacidad de acción y decisión de las personas y las comunidades:** 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 autoasistentes y cuidadores.

3. Estos mecanismos profundizan en los componentes constitutivos del sistema de salud para determinar los elementos fundamentales del sistema de salud que se pueden utilizar para acelerar el progreso hacia la APS. Los mecanismos son interdependientes, están interrelacionados y se refuerzan mutuamente. Los mecanismos se dividen en niveles estratégicos y operacionales principales. Los mecanismos estratégicos básicos pueden allanar el camino a acciones en torno a otros mecanismos; toda mejora sostenible de los mecanismos operacionales resulta poco probable sin una base sólida de los mecanismos estratégicos. Por lo tanto, las acciones e intervenciones para cada mecanismo no se han concebido para ejecutarse de manera independiente, y debería considerarse su ejecución mutua y exhaustiva en todos los procesos nacionales de planificación sanitaria.

¹ Nota: Algunos mecanismos se han revisado durante las consultas y no figuran literalmente, como en el documento titulado *A vision for primary health care in the 21st century*. El contenido general sigue siendo el mismo.

Cuadro 1. Panorama general de los mecanismos de atención primaria de salud

Título	Descripción completa
Mecanismos estratégicos básicos	
Compromiso y liderazgo políticos	El compromiso y el liderazgo políticos que sitúan la APS en el centro de las iniciativas para lograr la cobertura sanitaria universal y reconocer la importante contribución de la APS a los ODS.
Marcos de gobernanza y de políticas	Estructuras de gobernanza, marcos de políticas y reglamentación en pro de la APS que establecen alianzas sectoriales e intersectoriales, y promueven el liderazgo comunitario y la rendición de cuentas mutua.
Financiación y asignación de recursos	Financiación adecuada para la APS, que se moviliza y asigna con el objetivo de promover la equidad en el acceso, proporcionar una plataforma y un entorno de incentivos para prestar una atención y servicios de alta calidad y minimizar las dificultades financieras.
Participación de la comunidad y otras partes interesadas	Participación de las comunidades y otras partes interesadas de todos los sectores para definir los problemas y las soluciones y dar prioridad a las acciones mediante un diálogo sobre políticas.
Mecanismos operacionales	
Modelos de atención	Modelos de atención que promueven una atención primaria de gran calidad centrada en la persona y funciones esenciales de salud pública como el pilar de los servicios de salud integrados a lo largo del curso de la vida.
Personal de atención primaria de salud	Adecuación del número de profesionales, el nivel de competencias y la distribución de profesionales de atención primaria de salud multidisciplinarios y dedicados; el personal debe incluir agentes de salud de establecimientos sanitarios, de la comunidad y para la promoción con el apoyo de una supervisión efectiva de la gestión y de una remuneración adecuada.
Infraestructura física	Instalaciones de salud seguras y accesibles a fin de prestar servicios eficaces, que incluyen agua, saneamiento y evacuación y reciclado de desechos, conexiones de telecomunicaciones y un suministro de energía eléctrica fiables, así como sistemas de transporte que puedan trasladar a los pacientes para que sean atendidos por otros dispensadores de atención.
Medicamentos y otros productos sanitarios	Disponibilidad y asequibilidad de medicamentos y otros productos sanitarios adecuados, seguros, efectivos y de gran calidad obtenidos mediante procesos transparentes para mejorar la salud.
Colaboración con dispensadores del sector privado	Alianza sólida entre los sectores público y privado para la prestación de servicios de salud integrados.
Sistemas de compra y de pago	Sistemas de compra y de pago que fomenten una reorientación de los modelos de atención para la prestación de servicios de salud integrados y centrados en la atención primaria y la salud pública.
Tecnologías digitales para la salud	Utilización de las tecnologías digitales para la salud a fin de facilitar el acceso a la atención y la prestación de servicios, mejorar la eficacia y la eficiencia, y fomentar la rendición de cuentas.
Sistemas para mejorar la calidad de la atención	Sistemas locales, subnacionales y nacionales para evaluar y mejorar continuamente la calidad de los servicios de salud integrados.
Investigaciones orientadas a la atención primaria de salud	Investigación y gestión de los conocimientos, en particular la divulgación de las enseñanzas extraídas, así como el uso de los conocimientos para acelerar la ampliación de estrategias eficaces y, de este modo, fortalecer los sistemas orientados a la APS.
Seguimiento y evaluación	Vigilancia y evaluación por medio de sistemas de información sanitaria que funcionan correctamente, generan datos fiables y apoyan el uso de información para mejorar la adopción de decisiones y el aprendizaje de los agentes locales, nacionales y mundiales.

4. Este marco operacional para la atención primaria de salud proporciona información más detallada para cada mecanismo y propone acciones e intervenciones a fin de encauzar los esfuerzos de los países hacia un fortalecimiento de los sistemas de salud orientados a la APS. Se basa en gran medida en la bibliografía publicada, en los documentos de orientación existentes y, en algunos ámbitos, en los acuerdos que ya han concertado los Estados Miembros de la OMS en el contexto de la Asamblea Mundial de la Salud.

5. Para cada mecanismo se utiliza una estructura coherente:

- descripción narrativa;
- acciones e intervenciones que pueden aplicarse en los planos normativo, operacional y de ejecución;
- cuadros que muestran los instrumentos y recursos que facilitan las acciones e intervenciones para cada mecanismo (la lista completa figura en el anexo 1).

6. El documento concluye con una sección sobre la manera en que los asociados internacionales pueden apoyar mejor a los países para poner en práctica la Declaración de Astaná.

7. Además, este marco operacional está respaldado por dos documentos complementarios que se están elaborando en la actualidad: 1) la medición del desempeño y la orientación del seguimiento, y 2) un compendio de estudios monográficos que muestran la puesta en marcha de mecanismos y los resultados conexos.

1.1 ¿Quién debe utilizar el presente documento?

8. Este documento está destinado principalmente a ayudar a los países a cumplir sus compromisos de mejorar la APS. Los gobiernos y las instancias normativas, tanto nacionales como subnacionales, son un público fundamental. Además, muchas de las acciones son pertinentes para otras partes interesadas a nivel de país, como las organizaciones no gubernamentales, el sector privado y los asociados para el desarrollo. Las personas que trabajan en instituciones académicas podrían considerar útil este documento para determinar las esferas que requieren una investigación más profunda. Dada la función primordial que desempeñan las personas y las comunidades en la APS, cada cuadro de acciones tiene una columna especializada en esas funciones.

9. En el documento también se destaca la función de los asociados internacionales de apoyo a los esfuerzos realizados por los países para mejorar la APS. Cabe facilitar esto mediante el Plan de acción mundial de la OMS a favor una vida sana y bienestar para todos, una iniciativa mediante la cual los asociados internacionales están mejorando la colaboración para acelerar el progreso hacia los ODS relacionados con la salud a través de la APS.

1.2 ¿Cómo debe utilizarse el presente documento?

10. Los mecanismos del marco operacional deben utilizarse para orientar y fundamentar los procesos de planificación nacionales y la adopción de decisiones para la implementación de la APS. Se proponen acciones para cada mecanismo. Sin embargo, los mecanismos y sus acciones conexas no tienen por objeto proporcionar un enfoque único. Los mecanismos y acciones tendrán una importancia distinta en países con diferentes niveles de desarrollo social o económico, grados de orientación de la APS y situaciones sanitarias. El presente documento tiene por objeto ser aplicable a una amplia gama de países y, por lo tanto, incluye una serie de acciones, de las cuales no todas serán adecuadas en todos los países ni deben considerarse prioritarias en cada país. Los cuadros de

acciones proporcionan un menú de sugerencias prácticas y basadas en datos científicos que los países pueden contextualizar para acelerar los esfuerzos que realizan en torno a la APS.

11. Los mecanismos deben tomarse en consideración en las diferentes etapas de los procesos de planificación nacionales para la salud y el desarrollo. Los países tendrán que evaluar, dar prioridad, optimizar y secuenciar los mecanismos y sus respectivas acciones, al tiempo que consideran específicamente la manera en que los mecanismos estratégicos básicos pueden facilitar las acciones planificadas en los mecanismos operacionales. Este proceso debe tener lugar en el contexto de un proceso de planificación inclusivo, con participación de la comunidad, que incluya a las personas más vulnerables, desfavorecidas y marginadas. La selección y ejecución de acciones específicas debe guiarse por una sólida base de datos científicos, tanto locales (por ejemplo, la situación y las tendencias sociales, económicas y ambientales en el país, la carga de morbilidad, y los puntos fuertes y débiles del sistema de salud) como mundiales (por ejemplo, lo que se ha demostrado que funciona o no para mejorar la APS), así como por los valores y preferencias de una variada gama de partes interesadas. Además, las acciones deben perfilarse en función de los progresos realizados y a medida que se vayan generando más pruebas y experiencias para promover la APS.

12. Reconociendo que una ejecución adecuada de acciones e intervenciones en todos los mecanismos requiere datos de gran calidad para fundamentar las decisiones de política y el establecimiento de prioridades, se están elaborando orientaciones complementarias para supervisar el desempeño de la APS. Aquellas incluirán indicadores para los tres componentes y los 14 mecanismos a fin de supervisar el progreso en los tres componentes de la APS y los 14 mecanismos del marco operacional que están alineados con los que se están utilizando en los esfuerzos de supervisión en curso de la cobertura sanitaria universal y los ODS. Las orientaciones también pondrán de relieve dónde y cómo pueden invertir los países en fuentes de datos para garantizar una información regular, fiable y precisa. Por último, en dichas orientaciones se prestará especial atención a los métodos y las prácticas óptimas para analizar y utilizar los datos con el fin de impulsar una mejora del desempeño, proporcionando ejemplos de análisis en cascada, evaluación comparativa y uso de datos para fundamentar los diálogos sobre políticas, los procesos de reforma de la APS y exámenes más amplios del desempeño del sector sanitario. Se pondrán de relieve los tableros de control y perfiles de prácticas óptimas en el marco de esos procesos de inversión y promoción.

2. Mecanismos estratégicos básicos

2.1 Compromiso y liderazgo políticos

El compromiso y liderazgo políticos que sitúan la APS en el centro de las iniciativas para lograr la cobertura sanitaria universal y reconocer la importante contribución de la APS a los ODS

13. La historia de la salud mundial es, en numerosos aspectos, una historia de compromiso y liderazgo políticos: los ámbitos en los que se han contraído compromisos y se han ejercido liderazgos sostenidos han sido testigos de cambios impresionantes, mientras que los que carecen de ellos a menudo han languidecido. El compromiso y el liderazgo dentro del sector sanitario son importantes, pero un cambio verdaderamente transformador requiere compromiso y liderazgo no solo en el sector de la salud: la participación de los Jefes de Estado y de Gobierno, de otros líderes políticos (por ejemplo, los parlamentarios), la sociedad civil y figuras influyentes de la comunidad, figuras religiosas y empresariales es importante para movilizar mejoras a gran escala en la APS.

14. Estos líderes deben asegurarse de que la APS se considera una prioridad, formalizando compromisos con ella (por ejemplo, mediante declaraciones), poniéndola de relieve en documentos clave (como los planes nacionales de desarrollo y/o los planes para lograr la cobertura sanitaria universal y los ODS), transmitiendo regularmente su importancia, proporcionando una financiación adecuada y, en última instancia, centrándose en la realización de esfuerzos para mejorar la APS. El compromiso y el liderazgo son especialmente importantes debido a la ambiciosa visión de la APS, en particular, las complejidades asociadas a sus tres componentes interrelacionados: servicios de salud integrados, políticas y acciones multisectoriales, y personas y comunidades con capacidad de acción y decisión.

15. La prestación eficaz de servicios de salud integrados requiere compromiso y liderazgo políticos, ya que los sistemas de salud se desvían con demasiada frecuencia de la salud pública y de la atención primaria. En particular, la atención terciaria suele privilegiarse a expensas de la atención primaria, y las funciones de salud pública suelen adolecer de una inversión insuficiente. Adoptar la visión de la APS significa tomar decisiones difíciles para volver a priorizar los recursos y reorientar los sistemas.

16. No cabe abordar los determinantes sociales, económicos, ambientales y comerciales de la salud mediante políticas y acciones multisectoriales sin un compromiso y un liderazgo políticos, debido a los considerables retos que plantean las respuestas multisectoriales. En particular, las políticas y acciones multisectoriales exigen abordar el enfoque fragmentario que da lugar a la separación de los sectores, así como los diferentes incentivos con que pueden operar los distintos sectores (por ejemplo, los ministerios distintos del de salud tendrán sus propias prioridades, que pueden dar lugar o no a que se preste especial atención a las esferas más importantes para mejorar los resultados sanitarios). Las políticas y acciones multisectoriales suelen requerir el establecimiento de alianzas intersectoriales en las que participan agentes públicos y privados. En numerosos países, los ministerios de salud carecen de poder e influencia suficientes para hacer frente a este desafío por sí solos y necesitan el apoyo de los niveles superiores del gobierno. Además, el *statu quo* —incluidos los factores sociales, económicos, ambientales y comerciales que perjudican la salud— suele estar respaldado por intereses arraigados y poderosos sin que haya una disposición para dar cabida a cambios. Para superar esta resistencia y apoyar las respuestas multisectoriales a la salud se requiere un compromiso y un liderazgo políticos coordinados.

17. Del mismo modo, el empoderamiento de las personas y las comunidades entraña la adopción de decisiones difíciles que requieren compromiso y liderazgo. Muchas de las poblaciones que tienen las peores situaciones sanitarias se enfrentan a una discriminación sistémica basada en la raza, el origen étnico, el género, la orientación sexual, la situación socioeconómica, la ubicación (por ejemplo, en el medio rural), la religión, la situación educativa y la discapacidad. En este contexto, el empoderamiento requiere una redistribución del poder para que todas las personas y comunidades participen plenamente. Dentro de esas comunidades —incluso las marginadas— también hay oportunidades para que las personas demuestren su liderazgo y apoyen el empoderamiento de otros.

18. En el entendimiento de que, en el siglo XXI, la función de los ministerios de salud es crear las condiciones y el entorno propicios para mejorar la salud, esas autoridades tienen una importante función rectora en la orientación de las políticas, estrategias y planes nacionales del sector de la salud en torno a la APS, incluso durante sus procesos de desarrollo y ejecución. Los ministerios de salud también deben empoderar a los agentes —tanto dentro como fuera del sector sanitario— y exigirles que rindan cuentas de sus acciones. Deben dirigir el sector sanitario de una forma inclusiva que implique a los agentes públicos, privados y de la sociedad civil, tal y como se describe en el manual de la OMS sobre políticas, estrategias y planes nacionales de salud.(5)

19. La historia de los esfuerzos para poner en práctica la APS pone de relieve un escollo importante que hay que evitar. Aunque un enfoque integral de la APS debería situarse como fundamento para lograr la cobertura sanitaria universal y la salud para todos, esto no siempre ha ocurrido, ya que suele ser más fácil favorecer los enfoques selectivos que cuentan con grupos de intereses ya establecidos e intervenciones claramente delineadas. Esta trayectoria ha dado lugar a unos mejores resultados para cada una de las enfermedades o necesidades del curso de la vida a expensas de mejorar los sistemas de salud integrales orientados a la APS, que están en mejores condiciones de atender las diversas necesidades de salud de las personas y las comunidades de manera integrada y centrada en las personas. Por consiguiente, para lograr la visión de una APS integral se requiere un compromiso y liderazgo políticos más firmes que los que han caracterizado los últimos 40 años desde la Declaración de Alma-Ata.

Cuadro 2. Compromiso y liderazgo políticos: acciones e intervenciones

A nivel nacional
• Desarrollar defensores de la APS en todos los sectores influyentes de la sociedad (gobierno, comunidad, religión, empresas), ya sea a través de estructuras formales (por ejemplo, grupos de alto nivel) o individualmente (por ejemplo, embajadores). • Desarrollar una visión integral de la APS y formalizar el compromiso con la APS como una prioridad para todo el gobierno (a través de declaraciones, políticas o leyes formales; integrándola como un componente central de las estrategias nacionales, incluyendo unas estrategias de desarrollo más amplias, los planes nacionales de desarrollo y los planes para la consecución de los ODS; y las políticas, estrategias y planes específicos del sector sanitario) y asegurando la existencia de estructuras intergubernamentales adecuadas para supervisar la APS. • Transmitir ampliamente el compromiso de mejorar la APS. • Asegurarse de que la retórica sobre el compromiso se corresponde con la provisión de una financiación adecuada para la APS (véase también la Sección 2.3). • Exigir una rendición de cuentas a los que se encargan de la implementación de la APS (no solo a los funcionarios del ministerio de salud, sino también a otros líderes gubernamentales, como los parlamentarios, y a los funcionarios de otros ministerios que deban ocuparse de otros determinantes de la salud). • Crear un entorno propicio para la participación de las comunidades, incluidas las personas marginadas y vulnerables de todos los grupos de edad, mediante la identificación proactiva de los obstáculos y las oportunidades de empoderamiento de las personas y las comunidades, el fomento de la capacidad de las comunidades para un diálogo constructivo y la creación y evaluación periódica de mecanismos de diálogo sobre políticas. • Cumplir los compromisos de adoptar enfoques basados en los derechos humanos.
A nivel subnacional
• Colaborar con los niveles administrativos superiores para que las necesidades y opiniones de la comunidad reciban la atención adecuada en la adopción de decisiones. • Si procede, dado el nivel de descentralización, realizar los mismos esfuerzos a nivel subnacional que a nivel nacional: ○ desarrollar defensores locales; ○ formalizar los compromisos con la APS (por ejemplo, integrando la APS como un componente básico de las estrategias de desarrollo y salud locales); ○ transmitir el compromiso con la APS; ○ proporcionar una financiación adecuada.
De las personas y las comunidades
• Exigir que los líderes políticos rindan cuentas por mejorar la APS. • Desarrollar redes a nivel comunitario para asegurar que las voces de la comunidad sean escuchadas. • Participar en los esfuerzos por establecer procesos inclusivos. • Demostrar liderazgo en la defensa de la visión integral de la APS. • Intercambiar información sobre buenas prácticas en torno a la rendición de cuentas entre iguales (tanto dentro de los países como entre diversos países).

Cuadro 3. Compromiso y liderazgo políticos: instrumentos y recursos

Instrumentos y recursos del sistema de salud
Conceptual framework on the contribution of law to UHC
Country planning cycle database
Legal access rights to health care
Strategizing national health in the 21st century: a handbook

DRAFT

2.2 Marcos de gobernanza y de política

Estructuras de gobernanza, marcos de política y reglamentación en pro de la APS que establecen alianzas sectoriales e intersectoriales, y promueven el liderazgo comunitario y la rendición de cuentas mutua

20. La gobernanza se refiere a «asegurar que existan marcos de política estratégica y que estos se combinen con una supervisión eficaz, la creación de coaliciones, la reglamentación, la atención al diseño del sistema y la rendición de cuentas». (6) Históricamente, en la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos, los gobiernos se han centrado en la prestación de servicios del sector público por sí mismos en lugar de adoptar una visión más amplia de la gobernanza que integre los sectores público y privado en un sistema de salud mixto. Este sistema es cada vez más obsoleto, habida cuenta tanto de la creciente gama de agentes que intervienen en el sector de la salud como del reconocimiento de que el ministerio de salud no puede actuar como prestador de todos los servicios de salud. Por ejemplo, el sector privado (ya sea con o sin fines de lucro) es un agente crucial de la salud en muchos entornos, y una reciente encuesta de la OMS realizada en 65 Estados Miembros mostró que el sector privado proporciona más del 40% de la atención de la salud en los países encuestados (incluidos los servicios prestados a las personas más pobres). La importancia de la participación de agentes de otros sectores goza de un reconocimiento cada vez mayor.

21. Esta visión más amplia de la gobernanza exige que los gobiernos supervisen y orienten todo el sistema de salud, no solo el sistema público, para proteger el interés público. (6, 7) La transformación de la función tradicional de los ministerios de salud como prestadores de servicios en administradores de la salud que involucran a una amplia gama de agentes (incluidos los de sectores distintos del sanitario y los agentes sanitarios del sector privado) no ha sido fácil en numerosos países de ingresos bajos y medianos, pero este cambio transformador de la gobernanza de la salud es fundamental para adoptar un enfoque integral de la APS.

22. En numerosos países, la adopción de la función de administrador requerirá cambios y creación de capacidad en los ministerios de salud. El paso de centrarse principalmente en la prestación directa de servicios a orientar un sistema de salud que combina la prestación de servicios públicos y privados requiere el desarrollo de aptitudes en materia de alianzas, vigilancia, supervisión y reglamentación.

23. Otra dimensión importante para mejorar la gobernanza es el fortalecimiento de la función de las comunidades. Esto puede dar como resultado que los sistemas de salud orientados a la APS sean más flexibles, no solo porque una función más relevante permite un rápido reconocimiento de las preocupaciones locales, sino también porque las comunidades pueden propugnar más eficazmente el reconocimiento de sus nuevas necesidades. Un posible resultado sería una respuesta rápida, a diferencia de los gobiernos subnacionales y nacionales distantes que tal vez no puedan reaccionar con análoga agilidad o flexibilidad. Para aprovechar esta función se necesitan estructuras y procesos de gobernanza eficaces en los planos nacional, subnacional y local que permitan una mejor participación de la comunidad, una mayor legitimidad y una mejor rendición de cuentas, que se traduzcan en una atención de salud sostenible, equitativa y de gran calidad. Entre los ejemplos de esa estructura de gobernanza cabe mencionar la participación de representantes elegidos por la comunidad como miembros de pleno derecho de las estructuras de gestión de los centros o de distrito, o el establecimiento de una junta consultiva comunitaria que desempeñe una función formal de supervisión de los servicios de salud.

24. En el supuesto de que las comunidades no desempeñen funciones formales en la gobernanza sanitaria local, los dispensadores y administradores de atención de salud pueden continuar resistiéndose a la rendición de cuentas ante la comunidad y responder únicamente ante los mecanismos internos de rendición de cuentas del gobierno o de la organización. La legitimación de las funciones de las redes comunitarias puede garantizar que los sistemas de salud de distrito permitan efectivamente la participación, satisfagan las necesidades de los usuarios y rindan cuentas a las personas y comunidades a las que prestan servicios. Dicha gobernanza sanitaria local debe incorporarse a los sistemas de salud nacionales y subnacionales de apoyo para garantizar la transparencia y la equidad, de modo que las estructuras locales de poder y las desigualdades existentes no se reflejen en los sistemas de salud descentralizados. Esa gobernanza en varios niveles también aumenta la resiliencia de los sistemas de salud, ya que en un nivel pueden compensar las deficiencias de gobernanza de otro nivel.

25. Otro cambio importante que debe introducirse es un enfoque de todo el gobierno, en particular dada la necesidad de una política y acción multisectoriales. Un instrumento importante para ello es el enfoque de la salud en todas las políticas, que fue reconocido oficialmente por la Asamblea de la Salud en la resolución WHA62.12 como «un enfoque de las políticas públicas en todos los sectores que sistemáticamente tiene en cuenta las implicaciones para la salud de las decisiones, busca sinergias y evita efectos perjudiciales para la salud a fin de mejorar la salud de la población y la equidad en materia de salud».(8, 9) En el enfoque de la salud en todas las políticas se considera que el sector sanitario es el defensor de la salud, manteniendo firmemente la salud en el programa político, pero siendo conscientes de la necesidad de una labor coordinada que trate de lograr beneficios generales para la sociedad.(5)

26. No existe un modelo único para aplicar el enfoque de la salud en todas las políticas, pero la experiencia acumulada en todo el mundo ha permitido determinar un conjunto de características que son fundamentales para una aplicación satisfactoria: «buena gobernanza; creación de alianzas firmes y sólidas basadas en el diseño y la prestación conjuntos, y en los beneficios indirectos; capacidad y recursos específicos; y utilización de pruebas y evaluación».(10) La OMS ha elaborado una serie de materiales que pueden ayudar a los países a iniciar, aplicar y mantener el enfoque de la salud en todas las políticas, incluido un manual de capacitación y una serie de estudios monográficos.(11 a 13)

27. La vigilancia y la evaluación se tratan más adelante (véase la sección 3.10), pero es importante destacar la función crucial que desempeñan la transparencia y el acceso a los datos para garantizar una buena gobernanza. Estos son necesarios para que los gobiernos cumplan sus funciones de administración, para que la sociedad civil pueda exigir la rendición de cuentas y para que los agentes multisectoriales comprendan los vínculos existentes entre su labor y los resultados sanitarios. Los medios de comunicación y las personas tienen que desempeñar una función cada vez más importante para garantizar que se publique y se difunda ampliamente información sanitaria precisa, ya que las redes sociales y otros cambios impulsados por la tecnología permiten cada vez más que el contenido generado por los usuarios se difunda ampliamente.

28. Estos cambios en la gobernanza deben estar respaldados por marcos de políticas que reflejen la amplia definición de la APS. En particular, el concepto de APS, que tiene tres componentes interrelacionados —servicios de salud integrados, políticas y acciones multisectoriales, y personas y comunidades con capacidad de acción y decisión—, debe incorporarse a los marcos normativos fundamentales que rigen el sector sanitario. Dado que la APS es una orientación, y no simplemente un

programa, ello no significa necesariamente que cada país deba tener una política específica de APS. Por el contrario, es más importante que la visión integral de la APS se incluya en el conjunto de marcos de política más pertinentes para cada país, incluyendo una política/estrategia nacional de salud, una estrategia para la cobertura sanitaria universal, políticas subsectoriales, o para esferas como la del personal sanitario o los medicamentos, e incluso estrategias programáticas que aborden temas como la salud y la nutrición reproductiva, materna, neonatal, infantil y de los adolescentes, o el VIH/sida.

29. El proceso de elaboración y posterior aplicación de esos marcos también debe incluir una orientación sobre la APS. Este proceso incluye la utilización de un enfoque participativo que habilite a las personas y las comunidades para desempeñar una función activa en la configuración de las políticas que influyen en sus vidas. Ese enfoque exigiría superar los procesos exclusivamente tecnocráticos que dependen solo de los expertos de las capitales para utilizar metodologías que involucren a las personas y las comunidades donde viven, incluido un reconocimiento de la complejidad de las dinámicas de poder que conforman la capacidad de las personas y las comunidades de participar de forma significativa.

Cuadro 4. Marcos de gobernanza y políticas: acciones e intervenciones

A nivel nacional
• Fortalecer la función rectora y la capacidad técnica del ministerio de salud para facilitar los acuerdos multisectoriales con otros ministerios e instituciones y permitir la participación del sector privado y otros agentes (como las asociaciones profesionales y los sindicatos) o las alianzas con ellos, cuando y donde sea útil y adecuado. • Legitimar la gobernanza sanitaria local mediante el fortalecimiento (o el desarrollo, cuando sea necesario) de los mecanismos institucionales pertinentes para la organización de los diferentes niveles de gobierno y las competencias asignadas a la salud y los asuntos sociales. • Establecer mandatos legislativos y un marco claro de gobernanza y rendición de cuentas para un enfoque de la salud en todas las políticas siguiendo la orientación de la OMS para los países y dedicar recursos al apoyo y la sostenibilidad de la labor multisectorial. • Legitimar la función de las comunidades en la gobernanza y los procesos sanitarios locales de manera que se permita una mayor participación de la comunidad y la sociedad civil sin ningún tipo de discriminación (por ejemplo, mediante representantes elegidos por la comunidad en las estructuras de gobernanza o en las juntas consultivas comunitarias). • Proporcionar financiación y supervisión a la gobernanza comunitaria colaborativa de la APS para garantizar la disponibilidad de recursos adecuados y su uso equitativo. • Asegurar la rendición de cuentas de la APS en el ministerio de salud, de manera que se aplique más allá de los límites tradicionales entre los departamentos y que esté vinculada al equipo o equipos que se encargan de la cobertura sanitaria universal, a los determinantes más amplios de la salud y a los ODS relacionados con la salud. • Utilizar pruebas para documentar los vínculos existentes entre la salud y otras prioridades de políticas gubernamentales (incluso haciendo uso de metodologías más utilizadas en otros sectores, como la modelización económica y la investigación cualitativa). • Apoyar el uso de instrumentos de auditoría, como las evaluaciones del impacto sanitario y las auditorías de políticas, para permitir que haya transparencia en el examen de los resultados de las políticas en materia de salud y equidad. • Apoyar los esfuerzos por dar a conocer los datos sobre el desempeño de los servicios de salud, aun cuando las conclusiones no sean positivas, y apoyar la vigilancia intersectorial de los efectos de las políticas de otros sectores en la salud. • Reflejar una orientación de la APS en todos los marcos de políticas y estrategias pertinentes.
A nivel subnacional
• Reformar y armonizar el mecanismo integrado de gobernanza orientado a la APS y los procesos de planificación a nivel subnacional para dar respuesta a sus tres componentes. • Crear foros comunitarios de múltiples partes interesadas para la rendición de cuentas y la adopción de medidas colectivas sobre la salud y las cuestiones relacionadas con la salud. • Crear una cultura institucional que favorezca el seguimiento y la evaluación mediante el intercambio de conocimientos, la retroalimentación abierta y la demanda de datos en los procesos de adopción de decisiones. • Fortalecer los protocolos de gestión orientados a la APS que fomenten las fichas de calificación del prestador de asistencia, las encuestas de satisfacción de los pacientes, los resultados terapéuticos descritos y las tarjetas de puntuación equilibrada. • Apoyar a los agentes públicos, privados y comunitarios para que desarrollen competencias que les permitan participar en todos los componentes de la APS.

De las personas y las comunidades

- Abogar por la concertación de acuerdos institucionales dirigidos por la comunidad con respecto a los cuales los funcionarios del gobierno responsables de la APS deberán rendir cuentas.
- Participar en los esfuerzos por establecer procesos inclusivos (por ejemplo, participando en foros de planificación) y exigir la rendición de cuentas de los líderes de los sectores público y privado.
- Difundir ampliamente los datos sobre el desempeño de los servicios de salud.

Cuadro 5. Marcos de gobernanza y políticas: instrumentos y recursos

Instrumentos y recursos del sistema de salud
Health in All Policies as part of the primary health care agenda on multisectoral action
Health in all policies training manual
Health in all policies: Helsinki statement Framework for country action
Principales enseñanzas sobre la aplicación del enfoque de la salud en todas las políticas en el ámbito mundial: folleto informativo
Primary health care and health emergencies: brief
Primary health care and health emergencies (documento extenso)
Progressing the Sustainable Development Goals through Health in All Policies: Case studies from around the world
Road Map for the Plan of Action on Health in All Policies
Strategizing national health in the 21st century: a handbook

2.3 Financiación y asignación de recursos

Financiación adecuada para la APS, que se moviliza y asigna con el objetivo de promover la equidad en el acceso a fin de proporcionar una plataforma y un entorno de incentivos para prestar una atención y servicios de alta calidad y minimizar las dificultades financieras

30. Los recursos proceden de tres fuentes: los ingresos públicos nacionales, los hogares y las empresas privadas (en particular, las contribuciones voluntarias pagadas por adelantado y los gastos directos) y las fuentes externas, principalmente la asistencia para el desarrollo destinada a la salud. Los componentes de estas fuentes varían considerablemente de un país a otro, en cada nivel de ingresos y entre los distintos niveles de ingresos. Sin embargo, en general y debido en gran medida a las diferencias de capacidad fiscal, los países de ingresos bajos y medianos dependen en mayor medida de los pagos directos (que son, simultáneamente, una causa de falta de equidad en el acceso y, para los que pagan, de dificultades financieras), mientras que en los países de ingresos medianos altos y altos suele predominar la financiación pública nacional. La financiación externa representa una pequeña proporción en la mayoría de los países de ingresos medianos, pero en los países de ingresos bajos representa en promedio alrededor del 30% del gasto total en salud.(14)

31. La proporción de recursos nacionales que se gasta en la APS depende en gran medida de tres factores:(15)

- la proporción del producto interno bruto de un país que se destina al gasto público general (que, a su vez, es una función de la capacidad fiscal);
- la proporción del gasto público general que se destina a la salud; y
- la proporción del gasto público en salud que se destina a la APS.

32. Existe una notable variabilidad entre países en cuanto a esos tres factores, e históricamente ha sido difícil cuantificar el gasto en APS. La metodología para contabilizar el gasto sanitario (el Sistema de Cuentas de Salud 2011) no incluye una medida directa de gasto en APS, pero la OMS publicó los primeros datos preliminares de estimación del gasto en APS para la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud,(16) aunque, debido a limitaciones técnicas, la definición actual del gasto estimado en APS no incluye el gasto en varias funciones de salud pública, el empoderamiento de las personas y las comunidades o el carácter multisectorial de la APS. La APS es la vía más eficiente hacia la cobertura sanitaria universal, pero la financiación general de la APS es insuficiente. De los 16 países de ingresos bajos de los que se dispone de datos, en 2016 ninguno gastó más de US\$ 50 por habitante en APS, y solo cinco países gastaron más de US\$ 30 por habitante en APS.(17)

33. El enfoque más eficaz para aumentar la financiación nacional de la APS variará considerablemente en función del punto de partida de un país (por ejemplo, la solución en un país que recauda ingresos muy escasos como una parte de su producto interno bruto probablemente será diferente de la solución que moviliza suficientes ingresos en general, pero asigna solo una pequeña parte a la salud) y de las consideraciones políticas y económicas locales. En general, los esfuerzos realizados con el fin de recaudar recursos para la APS y utilizarlos de la manera más eficaz deben integrarse en una estrategia de financiación de la salud más amplia que abarque todo el sector sanitario. La elaboración o actualización de una estrategia de financiación de la salud debe llevarse a cabo en colaboración con una serie de partes interesadas, tanto dentro como fuera del sector sanitario (como por ejemplo, los ministerios de finanzas). Por ejemplo, en algunos países la colaboración con otros sectores ha dado lugar al establecimiento de impuestos que fomentan la salud y gravan productos nocivos, como el tabaco y el alcohol. Dichos impuestos no solo promueven

entornos más sanos y reducen la carga general para la salud, sino que también ayudan a recaudar recursos para la salud.

34. Esa estrategia también debe abordar cuestiones fundamentales relacionadas con la asignación de recursos dentro del sector sanitario. En el ámbito de la APS, los fondos deben repartirse racionalmente entre la atención primaria, las intervenciones de salud pública y las iniciativas que promueven la participación de la comunidad y la coordinación multisectorial. En el nivel más amplio del sistema de salud, un desafío importante en muchos países consiste en que las instalaciones de atención terciaria reciben una parte desproporcionadamente elevada de los presupuestos sanitarios. Este desequilibrio reduce la financiación disponible para la APS y aumenta los costos de todo el sistema de salud, y la dependencia excesiva de la utilización de los hospitales para prestar servicios de atención primaria es un factor de ineficiencia importante en numerosos países. El hecho de corregir ineficiencias en otras partes del sistema de salud es importante, porque esas medidas pueden servir de base a nuevas asignaciones en favor de la APS.

35. La cuestión de la manera en que se utilizan los recursos que se han movilizado para pagar los servicios de salud se trata más adelante, en la sección 3.6.

Cuadro 6. Financiación y asignación de recursos: acciones e intervenciones

A nivel nacional
• Asegurar que la APS se aborde explícitamente en el marco de las estrategias de financiación de la salud. • Supervisar el nivel de gasto en APS mediante el análisis de las cuentas nacionales de salud, así como realizar «inmersiones más profundas», como los exámenes del gasto público. • Fortalecer los sistemas públicos de gestión financiera para permitir una presupuestación y una ejecución presupuestaria más eficaces, eficientes y equitativas en el sector de la salud, en particular en la APS. • Establecer indicadores clave del desempeño para la APS a fin de supervisar la asignación de fondos.
A nivel subnacional
• Supervisar la distribución de fondos públicos entre las diversas plataformas de prestación de servicios en el marco de las unidades subnacionales, así como las diferencias en la asignación de fondos sanitarios por habitante en todos los niveles subnacionales. • Desarrollar la capacidad a nivel subnacional para vigilar los gastos y analizar y afrontar los obstáculos que dificultan la utilización de los servicios de salud.
De las personas y las comunidades
• Abogar por una mayor transparencia en el gasto público en salud y una mayor eficiencia en el gasto de las asignaciones existentes, en particular para la APS. • Desarrollar la capacidad para supervisar los procesos de examen del presupuesto y el gasto. • Formar alianzas con grupos de la sociedad civil que lleven a cabo exámenes de base amplia (es decir, que no son específicos del sector de la salud) de los presupuestos y los gastos.

Cuadro 7. Financiación y asignación de recursos: instrumentos y recursos

Instrumentos y recursos del sistema de salud
A system-wide approach to analysing efficiency across health programmes
Building the economic case for primary health care: a scoping review
Community health planning & costing tool
Global Health Expenditure Database - estimations of primary health care expenditure
Integrated Community Case Management Gap Analysis Tool De próxima publicación, UNICEF
OneHealth Tool
Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report
Strengthening Primary Health Care through Community Health Workers - Investment Case and Financing Recommendations
UHC intervention compendium De próxima publicación, OMS
WHO CHOICE

2.4 Participación de las comunidades y otras partes interesadas

Participación de las comunidades y otras partes interesadas de todos los sectores para definir los problemas y las soluciones y dar prioridad a las acciones mediante el diálogo sobre políticas

36. El establecimiento de relaciones de colaboración que permitan a las partes interesadas definir conjuntamente las necesidades sanitarias, determinar soluciones y dar prioridad a las acciones mediante mecanismos contextualmente adecuados y eficaces es fundamental para la APS. El hecho de vincular la búsqueda de la salud con personas y comunidades comprometidas y con capacidad de acción y decisión hace realidad el compromiso de la APS de volver a centrar la atención en la persona desde una perspectiva holística y en comunidades enteras, y no en las enfermedades. La participación de las comunidades debe formar parte de una estrategia integral para reorientar los sistemas de salud a fin de que satisfagan las expectativas y necesidades de las poblaciones, teniendo en cuenta, al mismo tiempo, los contextos sociales cambiantes.

37. Las comunidades comprenden una diversidad de agentes, entre los que figuran cada uno de los usuarios de los servicios de salud y sus familias, el público profano y los grupos de intereses del sector privado (tanto con fines de lucro como sin ellos), incluidas las organizaciones de la sociedad civil (por ejemplo, los grupos de consumidores, las organizaciones comunitarias, confesionales y no gubernamentales, y los grupos de afiliados). Las personas y las comunidades, así como su capacidad, su deseo y sus mecanismos de participación, evolucionan constantemente, en parte debido a las dimensiones sociales cambiantes que tienen un profundo impacto en el proceso de participación, así como en la salud y el bienestar generales. Por ejemplo, factores como la globalización, los movimientos de población, las emergencias humanitarias y los conflictos provocan cambios fundamentales en las estructuras y los comportamientos de la comunidad, como por ejemplo la desintegración de familias extensas y un mayor aislamiento de los cuidadores. La consideración de estas dimensiones humanas y sociales es fundamental para un enfoque centrado en las personas y una participación eficaz de la comunidad.

38. Los sectores de la agricultura y el desarrollo tienen una larga historia de participación de la comunidad en proyectos (por ejemplo, el desarrollo impulsado por la comunidad y el aprendizaje y la acción participativos). Los esfuerzos más recientes se han centrado en la prestación de ayuda mediante el desarrollo conjunto y la implicación local (por ejemplo, «acometiendo el desarrollo de manera diferente»). El sector de la salud también ha elaborado numerosos modelos y marcos relacionados con la participación y el empoderamiento de la comunidad desde la Declaración de Alma-Ata de 1978.(18 a 20)

39. La participación de la comunidad y la población en la salud puede considerarse en tres niveles interrelacionados: la gobernanza de los sistemas de salud, la planificación y el establecimiento de prioridades, y la puesta en funcionamiento y la prestación de servicios de salud. En cada uno de ellos, la participación de la comunidad procura determinar los intereses y prioridades de las partes interesadas y armonizar los objetivos y medidas compartidos. Como tales, las personas son, a la vez, copropietarias y coproductoras de salud, y desempeñan una función primordial en la mejora de la prestación y la cobertura de los servicios de salud, a la vez que influyen en la planificación sanitaria y el establecimiento de prioridades a nivel nacional. Los enfoques de la gobernanza deben apoyar consecuentemente esas funciones creando entornos propicios que fomenten el respeto y la confianza mutuos necesarios para un diálogo, una alianza y una acción conjunta provechosos. Además, deben garantizar la capacidad de respuesta de los sistemas de salud

a las voces de las personas y las comunidades, incluso mediante la asignación de recursos para las necesidades y prioridades definidas.

40. Las comunidades y las partes interesadas también desempeñan una doble e importante función en la rendición de cuentas, a saber: al hacer que los sistemas de salud se responsabilicen de las necesidades de sus poblaciones; y al contribuir a la rendición de cuentas en la gobernanza, planificación, prestación y evaluación de la atención de salud. La creación de condiciones propicias a la rendición de cuentas exigirá que los gobiernos inviertan en el fomento de la capacidad de las comunidades (por ejemplo, en programas destinados a mejorar los conocimientos en materia de salud), así como de los gobiernos.

41. La participación no es una intervención o estrategia única y aislada, sino una forma de trabajar constante y para todo el sistema. Como ya se ha señalado, las comunidades no son ni homogéneas ni estáticas, y tienen sus propios antecedentes y dinámicas que están en constante evolución. Para dar cabida a las opiniones cambiantes, divergentes y, a veces, controvertidas de múltiples grupos de intereses de una comunidad (por ejemplo, los grupos de edad más jóvenes y más mayores) se requerirá una serie de estrategias y procesos en múltiples niveles.

42. La elaboración de esas estrategias o procesos puede incluir una movilización mediante estructuras específicas de salud (por ejemplo, los comités de salud, los grupos de defensa del paciente, los programas de investigación participativa y los agentes de salud comunitarios), así como estructuras más amplias (por ejemplo, los comités de aldea, los grupos de mujeres y las asociaciones de desarrollo rural). Cabe utilizar diferentes métodos de participación en los planos nacional, subnacional y local. Estos pueden abarcar desde medidas sencillas para solicitar retroinformación (por ejemplo, buzones de sugerencias), hasta la aportación activa de contribuciones (por ejemplo, mediante juntas consultivas comunitarias), o hasta una participación más amplia en la dirección y/o gestión conjunta de los servicios de salud (por ejemplo, mediante la participación en órganos de gobernanza y/o en la adopción de decisiones sobre la asignación de recursos). La selección de los enfoques debe ser pertinente y específica para cada contexto, y debe adaptarse y evolucionar en función de los cambios de las necesidades y experiencias de las comunidades.

43. También debe darse prioridad a las necesidades, los derechos y la inclusión de grupos vulnerables, marginados y desfavorecidos en todos los niveles de participación. Estos grupos suelen tener necesidades específicas, pero con frecuencia carecen de los recursos y las oportunidades para participar en mecanismos tradicionales de participación. Su inclusión requiere procesos flexibles y adaptables, así como el establecimiento de entornos seguros y fiables desarrollados progresivamente mediante esfuerzos deliberados y sostenidos.

44. La participación de los grupos de intereses del sector privado debe tomar en consideración explícitamente sus intereses y objetivos, que en ocasiones pueden no ajustarse al bien público. Entre los posibles desafíos cabe mencionar los conflictos de intereses no resueltos, la captura del regulador (en virtud de la cual los organismos reguladores están al servicio de los intereses de las industrias que deben vigilar y regular) y el abuso del poder de mercado. Aun cuando los objetivos están más estrechamente armonizados, como en el caso de los grupos sin fines de lucro, los gobiernos pueden tener dificultades para aprovechar eficazmente esas distintas iniciativas a fin de ayudar a cumplir los objetivos sanitarios de los gobiernos y las poblaciones. Por ejemplo, los gobiernos pueden tener información incompleta sobre los dispensadores sin fines de lucro o carecer de los mecanismos de gobernanza necesarios para armonizar las actividades con los sistemas y

prioridades nacionales de salud. Por último, como parte del proceso de participación, es importante ser consciente de la posibilidad de que grupos de consumidores sean captados por intereses comerciales.(21)

DRAFT

Cuadro 8. Participación de las comunidades y otras partes interesadas: acciones e intervenciones

A nivel nacional
• Entablar un diálogo con las instancias normativas y los líderes para fomentar la creación de entornos y culturas que apoyen la colaboración y faciliten los métodos de trabajo interprofesionales. • Llevar a cabo una identificación de las comunidades y las partes interesadas. Evaluar sistemáticamente los puntos fuertes de las relaciones entre la comunidad y las partes interesadas e incorporar procesos para comprender sus necesidades y preferencias. Utilizar esta información para optimizar la participación y facilitar el empoderamiento. • Asociarse con partes interesadas y grupos nacionales, subnacionales y locales para determinar y fortalecer los mecanismos que posibilitan la participación de las comunidades en los procesos de gobernanza, planificación y establecimiento de prioridades (incluida la asignación de recursos), y prestación de servicios. • Realizar esfuerzos especiales para apoyar la participación de las personas y las comunidades en los mecanismos de rendición de cuentas, incluida la participación de las secciones de una comunidad que, de otro modo, podrían no participar en las actividades, como las personas vulnerables y desfavorecidas, o los jóvenes y las personas de edad. • Fomentar los conocimientos en materia salud y los enfoques conexos que ayuden a los miembros y grupos de la comunidad a participar eficazmente en actividades relacionadas con la salud. • Participar en los esfuerzos de creación de capacidad para asegurar que las comunidades sean conscientes de sus funciones y derechos, y dispongan de los instrumentos y recursos necesarios para participar plenamente y establecer alianzas significativas. • Apoyar los esfuerzos de las organizaciones de la sociedad civil para participar más activamente en la mejora del desempeño del sistema de salud. • Elaborar programas de capacitación sobre la participación de la comunidad para los profesionales de la salud e integrar esos programas en los planes de estudios nacionales de enseñanza de la medicina. • Llevar a cabo una identificación y un análisis de las partes interesadas para asegurar una participación y un empoderamiento óptimos de las comunidades y partes interesadas pertinentes.
A nivel subnacional
• Apoyar la creación de estructuras (por ejemplo, comités de salud) a nivel de distrito, ciudad y aldea, y apoyar la participación de todos los grupos sociales en esas estructuras. • Apoyar los esfuerzos para fomentar el diálogo entre los diferentes elementos de la comunidad (por ejemplo, entre las organizaciones comunitarias, las autoridades locales, el sector privado y las instituciones académicas). • Promover la elaboración de planes de acción comunitarios adaptados a las necesidades locales que aborden las necesidades y los objetivos determinados colectivamente. • Evaluar y fortalecer la capacidad de las autoridades locales para utilizar métodos e instrumentos de planificación y ejecución participativos. • Crear mecanismos de vigilancia comunitaria para supervisar los brotes, las epidemias y las enfermedades de alta prioridad (por ejemplo, entre las organizaciones comunitarias y las instituciones académicas). • Designar centros de coordinación para la participación comunitaria en diversas secciones del ministerio de salud (por ejemplo, los encargados de la planificación, la presupuestación y la vigilancia) y en los comités de salud subnacionales (por ejemplo, de distrito).

De las personas y las comunidades

- Asegurarse de que las personas y las comunidades conozcan sus derechos y lo que pueden esperar de sus dispensadores de atención de salud.
- Asegurar que existan oportunidades y mecanismos para que los individuos y las comunidades proporcionen retroinformación sobre su experiencia y capacidad de respuesta en materia de atención/servicio.
- Asociarse con organizaciones comunitarias para fomentar los conocimientos sanitarios en el ámbito local, desarrollar mecanismos de rendición de cuentas comunitarios e iniciativas locales de promoción que aborden la participación en la gobernanza, la planificación, y el establecimiento y la aplicación de prioridades en materia de salud.
- Apoyar la formación de asociaciones o redes que permitan una participación más representativa en la gobernanza, la planificación y el establecimiento de prioridades, así como en la aplicación.
- Ofrecer oportunidades a las personas y las comunidades para que participen en mecanismos que aprovechen los puntos fuertes y los activos locales, determinen los problemas, formulen soluciones y den prioridad a las medidas que mejoran la puesta en funcionamiento, la vigilancia y la evaluación de los servicios de salud.

Cuadro 9. Participación de las comunidades y otras partes interesadas: instrumentos y recursos

Instrumentos y recursos del sistema de salud
Community health planning & costing tool
Community planning toolkit
Caja de herramientas comunitarias
Compassion resilience toolkit
Minimum Quality Standards for Community Engagement
Realising the value: Ten key actions to put people and communities at the heart of health and wellbeing
WHO community engagement framework for quality, people-centred and resilient health services
WHO Handbook on Social Participation for Universal Health Coverage De próxima publicación , OMS UHC2030 civil society consultation
Working Together: A toolkit for health professionals on how to involve the public
Instrumentos y recursos específicos de los programas
An evidence map of social, behavioural and community engagement interventions for reproductive, maternal, newborn and child health
WHO recommendation on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups for maternal and newborn health
Working with individuals, families and communities to improve maternal and newborn health (with toolkit for implementation)

3. Mecanismos operacionales

3.1 Modelos de atención

Modelos de atención que promueven una atención primaria de alta calidad centrada en la persona y las funciones esenciales de salud pública como el pilar de los servicios de salud integrados a lo largo del curso de la vida

45. Un modelo de atención es una conceptualización de la forma en que deben prestarse los servicios, incluidos los procesos de atención, la organización de los dispensadores y la gestión de los servicios, respaldada por la determinación de las funciones y responsabilidades de las diferentes plataformas y dispensadores, además de las vías de atención. El modelo de atención evoluciona en respuesta a los cambios en los objetivos y prioridades de la población en materia de salud y para mejorar el desempeño del sistema de salud. El modelo de atención debe adaptarse para optimizar la eficacia, la equidad y la eficiencia. A su vez, el modelo de atención tiene repercusiones en la disposición de los elementos estructurales (gobernanza, financiación, personal sanitario, entorno físico, sistemas de información y otras tecnologías sanitarias), que deben utilizarse para facilitar el modelo de atención deseado. En un sistema de salud pueden coexistir diferentes modelos de atención y utilizarse para desempeñar las diversas funciones necesarias en dicho sistema. Los modelos de atención que dan buenos resultados evolucionan en respuesta a una vigilancia constante del desempeño de las poblaciones, las necesidades y los contextos sanitarios cambiantes, con el objetivo de que todas las personas reciban la atención adecuada, en el momento adecuado, por el equipo adecuado y en el lugar adecuado.

46. Los modelos de atención deben adaptarse a los contextos locales, ya que lo que se necesita y es factible diferirá inevitablemente entre lo que funciona mejor en un entorno frágil y afectado por un conflicto o en un país estable de ingreso medio alto, o entre una comunidad urbana y otra rural. Sin embargo, hay algunos principios que son comunes a todos los contextos. En primer lugar, los modelos de atención deben promover servicios de salud integrados, dando prioridad estratégica a las funciones de atención primaria y de salud pública y asegurando una coordinación adecuada entre ellas. En un examen preparado para la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud se identificaron seis modelos para integrar las funciones de salud pública y de atención primaria:(22)

- los profesionales de la salud pública integrados en la atención primaria;
- los servicios de salud pública y los dispensadores de atención primaria trabajando juntos;
- paquetes de prestaciones amplias y proactivas que incluyen la salud pública;
- servicios de atención primaria en entornos de salud pública;
- la creación de incentivos de salud pública en la atención primaria;
- capacitación multidisciplinaria del personal de atención primaria en la salud pública.

47. En segundo lugar, en el plano de los servicios de atención de la salud individuales es necesario reorientar los sistemas de salud para facilitar el acceso a servicios más cercanos al lugar donde viven las personas (por ejemplo, la atención domiciliaria y comunitaria, la atención primaria en servicios de atención crónica, las unidades de rehabilitación en hospitales locales, las unidades de atención especializada de urgencia en centros de salud integrales y los hospitales de primer nivel), teniendo en cuenta el contexto (por ejemplo, las condiciones de vida, el transporte público, la disponibilidad del transporte de urgencia y la atención prehospitalaria), las preferencias de las personas y la costoeficacia. También deben velar por que la atención primaria sea el primer punto de contacto y el punto de contacto regular del núcleo central del sistema de salud, con la que se han

establecido vínculos con todas las demás plataformas de prestación de servicios mediante sistemas de derivación y contraderivación que funcionan.

48. En esta reorientación, el modelo de atención puede definir estructuras o funciones para orientar a los pacientes hacia el lugar más adecuado para recibir la atención en una situación determinada. Cabe la posibilidad de atribuir una función de control de acceso a los dispensadores de atención primaria para garantizar su función de primer punto de contacto para la mayoría de las afecciones, encargados de la prestación de servicios de atención primaria, así como de la coordinación y la derivación de pacientes a otros centros y plataformas. Además, cabría establecer una atención primaria fuera del horario de trabajo para las afecciones urgentes o agudas que requieren tiempo y que pueden gestionarse con seguridad en la atención primaria, o derivar a los pacientes a otras plataformas de prestación de servicios, lo que requiere el establecimiento de unidades especializadas de urgencias en centros de salud integrales y/o hospitales de primer nivel para garantizar una respuesta oportuna a las necesidades sanitarias emergentes. También deberá tomarse en consideración la función de los hospitales. Una proporción considerable del personal sanitario, la tecnología y los recursos financieros de un país se concentra en los hospitales; los hospitales se encargan de formar a muchos profesionales de los servicios de salud y tienen el poder político, económico y social de facilitar u obstaculizar la transformación del sistema. Para facilitar la orientación de la APS, los hospitales deben apartarse de su definición tradicional de edificios físicos (delimitados por paredes y camas) y, en lugar de ello, considerarse a sí mismos organizaciones flexibles que reúnen recursos escasos y funcionan como un bien público. Los hospitales deben dejar atrás su condición de instituciones aisladas y únicas responsables de los pacientes individuales que necesitan una atención altamente especializada para enfermos agudos y, en su lugar, deben asumir la responsabilidad de la salud de la población conjuntamente con otros dispensadores de atención de salud. Los hospitales también deben ampliar su enfoque de los episodios agudos e inmediatos a un enfoque más amplio y, en última instancia, más eficaz de las vías de atención integrada.

49. En tercer lugar, los modelos de atención deben promover una atención continua, amplia, coordinada y centrada en las personas, en lugar de centrarse en enfermedades específicas (en particular teniendo en cuenta el reconocimiento cada vez mayor de la importancia de dar respuesta a la multimorbilidad). Por último, los modelos de atención deben reconocer la función crucial que desempeña la APS al dar respuesta a los problemas de salud existentes y los que van surgiendo (incluido el desplazamiento de la carga de morbilidad al que se enfrentan muchos países a medida que las enfermedades transmisibles están mejor controladas, pero las no transmisibles se vuelven más frecuentes).

50. Una estrategia importante para que los modelos de atención adopten una orientación en materia de APS es la de los equipos multidisciplinares (que también se examina en la sección 3.2). No existe un modelo único para estos equipos, pero suelen ser el resultado de combinar una serie de aptitudes y profesiones, como los agentes de salud comunitarios, el personal de enfermería, los médicos de familia, los farmacéuticos, los dietistas, los asistentes sociales, los prácticos de la medicina tradicional y el personal de gestión/administrativo, a fin de poder satisfacer todas las necesidades de las personas a las que atienden. La conexión de los agentes de salud comunitarios con el personal hospitalario es un aspecto particularmente importante, tanto para mejorar la calidad de la atención ofrecida por los primeros como porque pueden desempeñar una función vital en la vinculación de las comunidades con las instalaciones y la prestación de servicios basados en la población.

51. Otra estrategia común consiste en confiar la salud de determinadas comunidades a equipos específicos mediante un proceso de inscripción en listas de pacientes. Esto se denomina también «inclusión en listas» de pacientes y entraña la asignación de pacientes o poblaciones a determinados dispensadores, equipos o centros de atención primaria. La asignación de dispensadores puede ser obligatoria o voluntaria, y puede basarse en la zona geográfica de captación o en la elección individual. La inscripción en listas de pacientes alienta a los dispensadores/equipos a que asuman la responsabilidad de un enfoque holístico de la salud de las personas a las que atienden, lo que facilita el desempeño de funciones de salud pública y atención primaria.

52. Los modelos de atención orientados a la APS requieren una conexión entre los tres componentes de la APS. Por lo que respecta a la producción, las personas y las comunidades deben figurar en todo el diseño y la organización de los modelos de atención, y estos últimos deben reforzarse mutuamente y empoderar la participación de la comunidad. En cuanto al usuario, los modelos de atención también deben promover la participación de los pacientes y el apoyo a la autoatención mediante intervenciones educativas y de apoyo para que las personas puedan gestionar su propia salud. De forma similar, los modelos de atención orientados a la APS también deben crear oportunidades para una acción multisectorial a nivel nacional, subnacional y comunitario a fin de abordar los determinantes más amplios de la salud.(23) La integración de los servicios de salud y los servicios de atención social, por ejemplo, es cada vez más importante para atender las necesidades de la población.

53. La gobernanza, la rendición de cuentas, la financiación para obtener resultados, los arreglos relativos al personal sociosanitario, la elaboración y el uso de instrumentos y directrices basados en pruebas (como las vías de atención, las directrices clínicas, y las normas y los protocolos de las instalaciones), los procesos de organización y gestión de las instalaciones (como la supervisión de apoyo, la gestión eficiente de los recursos y la participación de la comunidad) y el funcionamiento de los sistemas de información son catalizadores clave para el éxito de los modelos de atención.(23 a 29) Al diseñar los nuevos modelos de atención que promueven la integración de los servicios de salud, también es importante examinar las posibilidades que ofrecen las nuevas tecnologías. Las innovaciones en los modelos de prestación de atención, como las que facilitan las tecnologías digitales para la salud (véase la sección 3.7), pueden facilitar una mejora continua de la capacidad de respuesta y la eficiencia del sistema. Por ejemplo, si los agentes de salud comunitarios y el personal hospitalario tienen acceso a los registros sanitarios electrónicos de un paciente, cabe la posibilidad de compartir las actualizaciones sobre el paciente en tiempo real, facilitando así los modelos holísticos de atención para que todo el personal sanitario proporcione información complementaria y la confirme, y mejore la calidad de la atención.

Cuadro 10. Modelos de atención: acciones e intervenciones

A nivel de políticas
• Elaborar modelos de atención que se adapten a los contextos nacionales y locales, y fomentar los principios de promoción de los servicios de salud integrales e integrados (incluida una combinación de salud pública y atención primaria), situando la atención primaria como primer punto de contacto y punto de contacto regular para que la atención sea continua, integral, coordinada y centrada en las personas, y dando respuesta tanto a las cuestiones existentes como a las emergentes. • Asegurar la actualización de los marcos de políticas para poner de manifiesto las pruebas relativas a los modelos de atención que han resultado eficaces, como la importancia de conectar a los agentes de salud comunitarios con el personal hospitalario. • Considerar la posibilidad de adoptar tecnologías sanitarias nuevas y adecuadas que puedan facilitar los modelos holísticos de atención. • Apoyar la elaboración de nuevos modelos de atención mediante programas de capacitación específicos para los profesionales sanitarios y las instancias normativas. • Desarrollar y fortalecer los sistemas de información para vigilar y facilitar la evaluación de los modelos de atención y de evaluación comparativa.
A nivel operacional
• Apoyar el desarrollo del liderazgo local y el empoderamiento de las personas y las comunidades en el marco de modelos de atención adaptados a las necesidades locales y que tengan en cuenta la edad y las cuestiones de género. • Formalizar las relaciones de colaboración en los equipos multidisciplinarios. • Establecer sistemas de derivación bidireccionales para que los servicios de atención primaria (como el primer punto de contacto para la mayoría de las personas) puedan enviar casos con fluidez a otras plataformas de prestación de servicios. • Establecer redes integradas de servicios de salud.
De las personas y las comunidades
• Abogar por modelos de atención que incorporen los principios fundamentales de la APS. • Participar en el diseño de nuevos modelos de atención y en el examen de su desempeño.

Cuadro 11. Modelos de atención: instrumentos y recursos

Instrumentos y recursos del sistema de salud
Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of WHO's framework on integrated, people-centred health services
Critical pathways towards integrated people-centred health services De próxima publicación, OMS
Imbalances in rural primary care: a scoping literature review with an emphasis on the WHO European Region De próxima publicación , OMS
Integrating health services: brief
Local Engagement Assessment and Planning (LEAP): A toolkit for enhancing integrated and people-centred health services De próxima publicación, OMS
Primary health care and health emergencies: brief
Primary health care and health emergencies (documento extenso)
Primary health care: closing the gap between public health and primary care through integration
The transformative role of hospitals in the future of primary health care
UHC intervention compendium De próxima publicación, OMS
Access to rehabilitation in primary health care: an ongoing challenge
Instrumentos y recursos específicos de los programas
Age-friendly Primary Health Care Centres Toolkit
Child Friendly Communities in ESAR: An Integrated Approach to Community Platforms
Implementing malaria in pregnancy programs in the context of World Health Organization recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience
Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework: guidance for systems and services
Integrated care for older people: realigning primary health care to respond to population ageing
Mental health in primary care: illusion or inclusion?
Nutrition - WASH Toolkit. Guide for Practical Joint Actions
Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers
Primary health care as an enabler for «ending the epidemics» of high-impact communicable diseases: brief Documento largo de próxima publicación , OMS
Sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health in the context of primary health care
Lucha contra las ENT: «mejores inversiones» y otras intervenciones recomendadas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles
The AIDS response and primary health care: linkages and opportunities
Tools for implementing WHO PEN (Package of essential noncommunicable disease interventions)
Traditional and complementary medicine in primary health care De próxima publicación , OMS
Why palliative care is an essential function of primary health care

3.2 Personal de atención primaria de salud

Adecuación del número de profesionales, los niveles de competencia y la distribución del personal multidisciplinario y comprometido de atención primaria de salud, entre los que se encuentran profesionales sanitarios de hospitales, profesionales sanitarios con proyección divulgativa y agentes de salud comunitarios, respaldados por una supervisión eficaz de la gestión y una remuneración adecuada

54. El personal de APS engloba todas las ocupaciones que participan en el proceso continuo de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, incluido el personal de salud pública y los profesionales que se dedican a abordar los determinantes sociales de la salud. También engloba a los cuidadores, la mayoría de los cuales son mujeres, que complementan las acciones de los trabajadores asalariados.(30) Además de la prestación de servicios, el personal sanitario engloba personal de gestión/administrativo que es crucial para el funcionamiento del sistema de salud en los diferentes entornos de atención, por ejemplo, los responsables de información y los planificadores. El personal sanitario es un medio fundamental para alcanzar las metas del ODS 3 (Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades) y de otros ODS relacionados con la salud. Se requiere un personal sanitario adecuado, bien distribuido, motivado, habilitado y respaldado para fortalecer la APS y avanzar hacia la cobertura sanitaria universal.

55. Según datos de 2013, las estimaciones muestran un déficit mundial previsto de 18 millones de profesionales sanitarios para lograr y mantener la cobertura sanitaria universal para 2030, principalmente en los países de ingresos bajos y medios bajos, incluidos 2,6 millones de médicos, 9 millones de trabajadores de la enfermería y la partería, y 5,9 millones de personas que representan a otras categorías de profesionales sanitarios.(31)

56. Es esencial mejorar la disponibilidad y distribución de los trabajadores de la APS en los lugares donde hay escasez, pero también es importante mejorar la productividad y el desempeño del personal existente. La adopción de una combinación diversa y sostenible de aptitudes orientadas a la APS, incluidos los vínculos adecuados mediante todas las plataformas de prestación de servicios con el personal de los servicios sociales, garantiza un uso más eficaz y eficiente de los recursos, al tiempo que se ajusta mejor a las necesidades de la comunidad. En algunos contextos, la optimización de la combinación de aptitudes del personal de APS incluye el aprovechamiento de las posibilidades de los agentes de salud comunitarios que operan en equipos interprofesionales de atención primaria.

57. La Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: personal sanitario 2030, de la OMS,(32) y las recomendaciones de la Comisión de Alto Nivel de las Naciones Unidas sobre Empleo en el Ámbito de la Salud y Crecimiento Económico proporcionan la orientación estratégica y las opciones de política para fortalecer el personal sociosanitario que se asigne a la APS, la cobertura sanitaria universal y los ODS relacionados con la salud.

58. Los cuatro objetivos de la Estrategia mundial de recursos humanos para la salud guardan relación directa con el personal de APS:

- optimizar el desempeño, la calidad y el impacto del personal sanitario mediante políticas de recursos humanos para la salud basadas en pruebas científicas;
- alinear la inversión en recursos humanos para la salud con las necesidades presentes y futuras de la población y de los sistemas de salud, teniendo en cuenta la dinámica del mercado laboral y las políticas educativas;
- fortalecer la capacidad de las instituciones en los planos subnacional, nacional, regional y mundial en pro de una rectoría de las políticas públicas, un liderazgo y una gobernanza eficaces respecto de las medidas relacionadas con los recursos humanos para la salud;
- reforzar los datos sobre los recursos humanos para la salud con miras al seguimiento y la rendición de cuentas de las estrategias nacionales y regionales y de la Estrategia mundial.

59. El cumplimiento de estos objetivos requerirá esfuerzos concertados y rendición de cuentas para superar múltiples retos, entre ellos garantizar una disponibilidad y distribución suficientes del personal sanitario, mejorar la productividad y el desempeño en aras de una mejor calidad de la atención, y mejorar la gestión y utilización de los recursos humanos.

60. La necesidad de tratar cada uno de estos factores difiere de un país a otro. El punto de partida para una planificación eficaz del personal sanitario es comprender la dinámica del mercado laboral del sector sanitario sobre la base de un fundamento de pruebas sólido que garantice la disponibilidad de profesionales sanitarios cualificados y adecuados, lo que, a su vez, requiere una comprensión del perfil actual y futuro del personal sociosanitario (número de profesionales, distribución, combinación de capacidades, educación, reglamentación, entrada/salida, condiciones de trabajo y remuneración). Para dar respuesta a esos retos también se requiere un esfuerzo multisectorial que incluya un compromiso con los sectores de la educación, el trabajo y las finanzas.

61. Al evaluar la disponibilidad y distribución del personal sanitario es importante adoptar una visión holística y reconocer que un equipo multidisciplinario (que también se examina en la sección 3.1) suele ser la mejor manera de prestar la atención sanitaria. La prestación de atención primaria mediante equipos multidisciplinarios que funcionen bien requiere optimizar la combinación de aptitudes del personal sanitario. No existe un modelo ideal para estos equipos, ya que cada país organiza su personal sociosanitario sobre la base de su propio contexto, disponibilidad de recursos y capacidad de inversión. La composición ideal de los equipos multidisciplinarios debe permitir la prestación de una atención continua, integral, coordinada y centrada en las personas.

62. En algunos países, las estrategias de APS se basan en modelos dirigidos por médicos, ya sea un médico general o un médico de familia, ya que disponen de un amplio conjunto de competencias generalistas que son esenciales para dar respuesta a las diversas cuestiones que se plantean en la atención primaria. Otros países pueden optar por tener una composición más diversa de los equipos de atención primaria, que podrían incluir personal paramédico, personal de enfermería profesional y agentes de salud comunitarios, además de médicos. En algunos casos, cuando se produce una sobrecarga de los recursos y las aptitudes disponibles, la optimización de la combinación de aptitudes podría lograrse reorganizando los ámbitos de actuación (a menudo denominados en la bibliografía «delegación de funciones», «distribución de tareas», «delegación» o «sustitución»), mediante lo cual algunas tareas que se realizan en el contexto de una ocupación concreta y no están reguladas pueden ampliarse a otras ocupaciones mediante una formación adicional, y ser objeto de regulación para garantizar una práctica segura.

63. Dado el carácter multisectorial de la APS, también es importante considerar la forma de que participen profesiones de otros sectores, como el del agua y el saneamiento, la educación y el medio ambiente, así como las personas con experiencia en la participación de personas y comunidades, como los especialistas en desarrollo comunitario o los antropólogos.

64. Es importante ser conscientes de que las cuestiones relacionadas con la contratación, la capacitación, el despliegue y la permanencia de cada uno de los tipos de profesionales sanitarios pueden diferir de un caso a otro y, por lo tanto, requerir soluciones diferentes. Un problema especialmente frecuente es la contratación y la permanencia de los agentes de salud comunitarios. Algunos países han mejorado este aspecto formalizando su función, por ejemplo, pagándoles e integrándolos en los sistemas de APS (por ejemplo, poniéndolos en contacto con los servicios de salud), pero esto todavía no es la norma en todos los programas de agentes de salud comunitarios. En las Directrices de la OMS sobre política sanitaria y apoyo al sistema para optimizar los programas de agentes de salud comunitarios se aportan pruebas adicionales sobre la integración de los agentes de salud comunitarios en los sistemas de salud.(33)

65. Es esencial mejorar la disponibilidad y la distribución de los profesionales, pero también es importante mejorar los procesos y la rendición de cuentas para maximizar la utilización, la productividad y el desempeño del personal existente. Además de una combinación inadecuada de aptitudes y de funciones y expectativas poco claras, las limitaciones relativas al desempeño incluyen también deficiencias en materia de competencia, una motivación insuficiente, una remuneración y unos incentivos inadecuados, una supervisión y unos procesos de trabajo deficientes, unas directrices poco claras y entornos de trabajo difíciles. Por lo tanto, aun cuando no hay una escasez crítica de personal, los profesionales sanitarios pueden seguir prestando una atención que no alcanza los niveles de calidad adecuados.(34) En la sección 3.8 se tratan varios aspectos relativos a la mejora de la calidad de la atención, pero también es cierto que unas simples mejoras en la gestión de los recursos humanos para la salud pueden aportar con frecuencia grandes beneficios. Medidas tales como definir las funciones y responsabilidades de un equipo multidisciplinario, mejorar las comunicaciones, poner fin a las prácticas y comportamientos discriminatorios, equilibrar las cargas de trabajo y proporcionar supervisión y retroalimentación son funciones básicas de una buena gestión de los recursos humanos que, con demasiada frecuencia, no se hacen efectivas de forma sistemática. Invertir en la creación de capacidad de gestión de los profesionales sanitarios y el personal administrativo puede ser importante para mejorar el desempeño.

66. En la mayoría de los países, una buena elección de las intervenciones puede ayudar a obtener logros rápidos y eliminar los obstáculos críticos. Sin embargo, la preparación de un personal de APS idóneo, especialmente en los países que se enfrentan a una escasez crítica, requiere una respuesta estratégica a mediano y largo plazo, aunque algunas intervenciones a corto plazo también pueden ayudar a alcanzar logros rápidos. Una respuesta concertada a nivel nacional, subnacional y comunitario, con el apoyo de los asociados mundiales y regionales para el desarrollo, puede contribuir a acelerar el progreso para llegar a contar con un personal de APS adecuado, competente, bien distribuido y multidisciplinario.

Cuadro 12. Personal de atención primaria de salud: acciones e intervenciones

A nivel de políticas
• Desarrollar políticas, estrategias y planes relativos al personal sanitario basados en pruebas, que den prioridad a las inversiones en el personal de APS para satisfacer las necesidades de la comunidad y la población. • Establecer foros o mecanismos de coordinación intersectorial adecuados en los que la participación de los ministerios de educación, trabajo, finanzas y planificación garantice la alineación de los diferentes grupos de intereses y partes interesadas en torno a cuestiones de educación, aptitudes, empleo y remuneración del personal sanitario (incluyendo el apoyo a esos ministerios para incorporar las necesidades del personal sanitario en sus propios planes sectoriales). • Movilizar una financiación adecuada de fuentes nacionales y de donantes para sostener el suministro, la contratación, el despliegue y la permanencia del personal de APS y reducir al mínimo la salida prematura de profesionales. • Mejorar la distribución del personal mediante estrategias adecuadas (por ejemplo, de reglamentación, incentivos financieros y de otro tipo, educación) para desplegar a los profesionales de APS en las comunidades y los servicios insuficientemente atendidos. • Armonizar la educación y las aptitudes de los profesionales sanitarios con las necesidades de la comunidad y la población, y fortalecer las instituciones de educación y capacitación para ampliar y sostener el despliegue de profesionales de APS en un número y con una calidad y pertinencia adecuados para dar respuesta a las prioridades sanitarias actuales y futuras. • Reorganizar los ámbitos de actuación, de ser necesario, para ampliar el acceso a los servicios fundamentales y optimizar la prestación de atención primaria. • Fortalecer la capacidad de gobernanza de las autoridades nacionales de reglamentación para regular adecuadamente la educación y la práctica de los profesionales sanitarios, entre ellos los agentes de los sectores público y privado. • Apoyar la constitución de asociaciones profesionales que puedan participar activamente en un diálogo sobre políticas y ejercer una supervisión.
A nivel operacional
• Asegurarse de que el personal sanitario de APS tenga las competencias básicas necesarias para prestar el conjunto de servicios de salud definido. • Institucionalizar la educación y la formación interprofesional continua de los equipos de APS para que estén capacitados y dotados de competencias amplias y actualizadas. • Establecer procesos de gestión y rendición de cuentas para optimizar la motivación, la satisfacción, la permanencia y el desempeño. • Promover un trabajo decente que asegure un empleo sensible a las cuestiones de género y sin violencia, discriminación ni acoso, con cargas de trabajo razonables, remuneración e incentivos adecuados, y con salud y seguridad en el trabajo. • Elaborar y utilizar descripciones de puestos de trabajo para todas las ocupaciones del personal de APS que tengan las competencias, cumplan las expectativas y ejecuten las tareas clave adecuadas en relación con la contratación, el despliegue, el desempeño y la progresión basados en el mérito. • Proporcionar oportunidades de desarrollo profesional mediante la seguridad en el empleo, la supervisión de apoyo y los medios de desarrollo profesional (en particular para los agentes de salud comunitarios). • Fortalecer los sistemas de información sobre el personal sanitario y/o el establecimiento de cuentas nacionales del personal de salud para fundamentar las políticas y la planificación y fortalecer la supervisión del desempeño.

- Considerar otras configuraciones del personal basadas en la disponibilidad de entornos y recursos para dar respuesta a la evolución de las necesidades sanitarias y las poblaciones.
- Proporcionar un apoyo adecuado (financiero o en especie) a los cuidadores no remunerados.

De las personas y las comunidades

- Mejorar la rendición de cuentas del personal de APS de la comunidad, con proyección divulgativa y de hospitales mediante una supervisión del desempeño y una retroalimentación sobre este regulares.
- Asegurar una representación del personal de APS en las asociaciones profesionales.
- Participar en la selección y distribución del personal a nivel de la comunidad, de proyección divulgativa y de hospitales.

Cuadro 13. Personal de atención primaria de salud: instrumentos y recursos

Instrumentos y recursos del sistema de salud
Building the Primary Health Care Workforce of the 21st Century
CHW Guideline: Health systems supports for CHWs
Community Health Worker Assessment and Improvement Matrix (CHW AIM): Updated Program Functionality Matrix for Optimizing Community Health Programs
Global Competency Framework for Universal Health Coverage De próxima publicación, OMS
Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030
National Health Workforce Accounts Handbook and Implementation Guide
Directrices de la OMS sobre política sanitaria y apoyo al sistema para optimizar los programas de agentes de salud comunitarios
Working for health and growth: Investing in the health workforce
Indicadores de carga de trabajo para la estimación del personal necesario (WISN)
Manual del Usuario
Instrumentos y recursos específicos de los programas
Formar a un personal sanitario competente en salud del adolescente
Cancer workforce strategy for comprehensive prevention and control De próxima publicación, OMS
Competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los dispensadores de atención primaria
Midwifery education modules - Education material for teachers of midwifery
Strengthening midwifery toolkit
Strengthening quality midwifery education for universal health coverage 2030: Framework for action
Strengthening the capacity of community health workers to deliver care for sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health
Using auxiliary nurse midwives to improve access to key maternal and newborn health interventions in sexual and reproductive health
WHO Competency Framework for Health Workers' Education and Training on Antimicrobial Resistance

3.3 Infraestructura física

Instalaciones de salud seguras y accesibles a fin de prestar servicios eficaces, que incluyen agua, saneamiento y evacuación y reciclado de desechos, conexiones de telecomunicaciones y un suministro de energía eléctrica fiables, así como sistemas de transporte que puedan trasladar a los pacientes para que sean atendidos por otros dispensadores de atención

67. La infraestructura física de los centros de salud tiene importantes repercusiones tanto en la capacidad de los dispensadores de atención de salud para realizar su trabajo como en la satisfacción de los pacientes, lo que, a su vez, tiende a afectar a la utilización de los servicios sanitarios. Sin embargo, se suelen pasar por alto o descuidar las necesidades y el mantenimiento de la infraestructura, en particular en entornos de atención primaria como las clínicas y los centros de salud.⁽³⁵⁾ Entre los elementos fundamentales de la infraestructura física de las instalaciones se encuentran el suministro de agua, el saneamiento y la evacuación y reciclado de desechos, las conexiones de telecomunicaciones y el suministro de energía eléctrica.

68. Las medidas eficaces de prevención y control de las infecciones y los servicios de agua, saneamiento e higiene en los centros de atención de salud constituyen la base de una atención de calidad. Las instalaciones deben disponer de servicios de agua y saneamiento para todos los usuarios, incluidos los familiares de los pacientes. Deben cumplir la normativa nacional y velar por un mantenimiento regular con suficiente personal calificado para conservarlas en funcionamiento y limpias. Estas medidas garantizan que todos los servicios se presten en un entorno limpio y seguro, lo que es esencial para mantener la salud del personal sanitario y de la población en general. Si no existe tal normativa, los pacientes corren un mayor riesgo de contraer infecciones mientras solicitan atención médica, lo que se traduce en infecciones más difíciles y costosas de tratar y, en algunos casos, puede contribuir a la resistencia a los antimicrobianos. Además, el tratamiento y la evacuación higiénicos de los desechos infecciosos y las aguas residuales son importantes para prevenir la propagación de enfermedades en las comunidades. Además, la limpieza de las instalaciones y la disponibilidad y funcionalidad de servicios específicos, como los inodoros y el agua potable, repercuten en aquellos que solicitan atención y en la satisfacción de los pacientes.

69. Las conexiones de telecomunicaciones se están convirtiendo en un aspecto cada vez más indispensable de la infraestructura física de la atención de la salud. Numerosos países dependen de sistemas electrónicos para la recopilación de datos. Así pues, cabe la posibilidad de que los trabajadores de las instalaciones que carecen de conectividad no puedan informar periódicamente, o tengan que recurrir a su propia tecnología personal. Además, como se examinó en la sección 3.7, los avances en la tecnología digital entrañan una promesa de mejora de los servicios de salud considerable, pero esos posibles beneficios se verán en gran medida menoscabados si las instalaciones no pueden ofrecer una conectividad fiable para apoyar iniciativas e instrumentos como la telemedicina, el ciberaprendizaje, el registro sanitario electrónico o los mensajes de texto (SMS) para comunicaciones específicas de los pacientes y de toda la población (por ejemplo, para recordatorios de citas de pacientes o campañas de promoción de la salud).

70. Un suministro de energía eléctrica fiable es indispensable para el funcionamiento de los centros de salud. Además, no solo es necesario para las conexiones de las telecomunicaciones, sino también para una amplia gama de otros fines, entre ellos proporcionar una iluminación adecuada para los procedimientos de diagnóstico y médicos, y para garantizar el funcionamiento del equipo médico y de otro tipo (por ejemplo, los frigoríficos necesarios para mantener las cadenas de frío). La fiabilidad se ha hecho considerablemente más viable en los últimos años a medida que el suministro

de energía eléctrica sin conexión a la red, en particular mediante paneles solares, se ha vuelto más asequible y fácil de instalar. De lo contrario, la inestabilidad de la energía eléctrica puede causar fallas en el equipo difíciles de reparar y puede afectar a la capacidad de las instalaciones para prestar atención, en particular en zonas remotas.

71. En 2019, en una consulta de la Oficina Regional para Asia Sudoriental sobre el fortalecimiento de los servicios de primera línea en relación con la cobertura sanitaria universal se propuso que las siguientes esferas funcionaran «de manera diferente» para proporcionar unas instalaciones más limpias y seguras que aprovecharan muchos de los principales mecanismos estratégicos y operacionales:(36)

- Aportar lo esencial: por ejemplo, proporcionando sistemas de agua, saneamiento e higiene y suministro de energía eléctrica adecuados mediante una colaboración multisectorial; promover la participación de la comunidad para exigir lo esencial; intermediar con parlamentarios e instancias decisorias; y suministrar equipos de protección al personal de limpieza de las instalaciones.
- Aplicar normas: por ejemplo, definir normas claras para que en las instalaciones se utilicen instrumentos como la serie de documentos técnicos de la OMS denominada *Service Availability and Readiness Assessments* («Evaluaciones de la disponibilidad y preparación de servicios»); difundir normas entre todas las partes interesadas; y utilizar el apoyo legislativo para hacer cumplir las normas.
- Fortalecer la gestión, el seguimiento y la supervisión: por ejemplo, impartiendo capacitación a los gestores de las instalaciones; establecer sistemas de acreditación basados en normas; e informar sistemáticamente de acontecimientos adversos.
- Mejorar la resiliencia de los centros de salud: por ejemplo, esterilizando el equipo médico para prevenir infecciones; asegurar el suministro esencial de agua y energía eléctrica para responder a las emergencias; y aplicar las normas sobre infraestructura sanitaria para proteger las instalaciones de terremotos, incendios o inundaciones.

72. El último aspecto de la infraestructura física es el transporte. La falta de transporte puede representar un obstáculo importante para la prestación de atención y puede exacerbar las desigualdades y, por consiguiente, se trata de un aspecto fundamental de la infraestructura general. Hay varias formas posibles de que los funcionarios locales puedan abordar esta cuestión, entre ellas la propiedad directa de los vehículos (por ejemplo, las ambulancias), las alianzas con proveedores de transporte privados o mediante vales para subvencionar el costo del transporte. La posibilidad de trasladar a los pacientes que requieren una atención más avanzada o más urgente de la que los centros de atención primaria pueden prestar a centros de atención secundaria o terciaria es particularmente importante para garantizar el acceso. Además, podría surgir la necesidad de contar con sistemas de transporte adecuados y adaptables para otros aspectos de la atención, como la prestación de servicios en zonas de difícil acceso o para campañas de divulgación.

73. La infraestructura física de los centros de atención de salud también desempeña una importante función al fomentar la confianza entre las personas y las comunidades y el sistema de salud. Esto implica que los centros de salud han de responder a las necesidades médicas y de otra índole de las personas y comunidades a las que atienden, incluidas las necesidades físicas, culturales y religiosas. Ello puede entrañar la creación de espacios de espera cómodos, estructuras físicas que garanticen la privacidad de las visitas (en particular para tratar asuntos delicados o íntimos), la adopción de medidas para crear entornos más propicios para los niños (como la colocación de escalones junto a los lavabos para que los niños pequeños se laven las manos) o la creación de zonas

especiales separadas para hombres y mujeres. También debe prestarse atención para que las personas con distintos tipos de capacidades puedan acceder y utilizar todos los servicios de salud. Entre los elementos que deben tomarse en consideración figuran los ascensores, las escaleras mecánicas, las rampas, las puertas y pasajes amplios, las escaleras seguras con barandillas, las zonas de descanso con asientos cómodos, una señalización adecuada y unas instalaciones de aseos públicos accesibles.

DRAFT

Cuadro 14. Infraestructura física: acciones e intervenciones

A nivel de políticas
• Establecer normas nacionales para la prevención y el control de las infecciones. • Elaborar planes de instalación y funcionamiento para que todos los centros de salud tengan sistemas de agua, saneamiento e higiene, medios de transporte, conexiones de telecomunicaciones, y un suministro de energía eléctrica fiable. • Formular políticas que promuevan el acceso físico universal (en un tiempo de desplazamiento razonable) a los centros de salud para personas de todas las edades y capacidades.
A nivel operacional
• Asegurarse de que todas las instalaciones de salud recién construidas tengan sistemas de agua, saneamiento e higiene y conexiones de telecomunicaciones fiables y un suministro de energía eléctrica fiable. • Asegurar una gestión y un mantenimiento adecuados de los centros de salud, dando prioridad a la prevención y el control de las infecciones y los sistemas de agua, saneamiento e higiene, las conexiones de telecomunicaciones fiables y un suministro de energía eléctrica fiable. • Establecer protocolos para garantizar la existencia de instalaciones de salud donde se tengan en cuenta las cuestiones de género y que estén libres de violencia, discriminación y acoso. • Elaborar un enfoque para que el transporte no sea un obstáculo para acceder a los servicios ni para prestarlos.
De las personas y las comunidades
• Utilizar los mecanismos establecidos para facilitar el suministro de información sobre las normas y funciones de los centros de salud (por ejemplo, las tarjetas de puntuación de los ciudadanos).

Cuadro 15. Infraestructura física: instrumentos y recursos

Instrumentos y recursos del sistema de salud
AccessMod
Access to Modern Energy Services for Health Facilities in Resource-Constrained Settings: a review of status, significance, challenges and measurement
Preguntas e indicadores principales para el monitoreo de los servicios de agua, saneamiento e higiene en los establecimientos de salud en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible
Normas básicas de higiene del entorno en la atención sanitaria
Overview of technologies for the treatment of infectious and sharp waste from health care facilities
Safe management of wastes from health-care activities: a summary
Training modules in health-care waste management
El agua, el saneamiento y la higiene en los establecimientos de salud: Medidas prácticas para lograr el acceso universal a una atención de calidad
Instrumento de mejora del agua, el saneamiento y la higiene en los establecimientos de salud «WASH FIT» - Guía práctica para mejorar la calidad de la atención mediante los servicios de agua, saneamiento e higiene en los establecimientos de salud
WHO/UNICEF guidance on health facility indicators

3.4 Medicamentos y otros productos sanitarios

Disponibilidad y asequibilidad de medicamentos y otros productos sanitarios adecuados, seguros, efectivos y de gran calidad obtenidos mediante procesos transparentes

74. La APS se basa en el acceso a productos sanitarios, como medicamentos, vacunas, dispositivos médicos, medios de diagnóstico *in vitro*, equipo de protección e instrumentos de control de vectores, y ayudas técnicas. Estos deben ofrecer garantías de seguridad, eficacia/rendimiento y calidad. Además, deben ser adecuados y asequibles, y estar disponibles.

75. El hecho de que los productos sanitarios que son adecuados para la atención primaria estén disponibles y sean asequibles depende de decisiones de política y de procesos integrados vinculados a la evaluación, selección, fijación de precios, adquisición, gestión de la cadena de suministro, mantenimiento (en el caso de los dispositivos médicos), prescripción y dispensación (en el caso de los medicamentos) y de un uso seguro y adecuado de los productos sanitarios.

76. La disponibilidad de los productos sanitarios debe guiarse por procesos de selección basados en pruebas, como la evaluación de la tecnología sanitaria, una evaluación sistemática de las propiedades, los efectos y las repercusiones de una tecnología sanitaria. (38) Se trata de un proceso multidisciplinario que evalúa las cuestiones sociales, económicas, institucionales y éticas relacionadas con la tecnología sanitaria, fundamentando las decisiones sobre cuándo, dónde y cómo puede utilizarse. Las directrices mundiales, como las listas de medicamentos, vacunas, dispositivos médicos y ayudas técnicas esenciales, son útiles para determinar la tecnología sanitaria adecuada para la evaluación local en apoyo de los servicios de salud y en función del modelo de atención (por ejemplo, la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS (39) y otras listas incluidas en el cuadro 17). Dado que es esencial garantizar la disponibilidad de productos sanitarios adecuados para que los servicios de atención primaria respondan a las necesidades de la población, la OMS está elaborando una lista específica de productos sanitarios para los servicios de atención primaria.

77. Las autoridades nacionales de reglamentación se encargan de garantizar la seguridad, la eficacia/rendimiento y la calidad de los productos sanitarios en todo el sistema de salud. El registro o la autorización de comercialización de los productos sanitarios es un paso reglamentario fundamental para permitir la entrada de productos sanitarios en un país. Las autoridades nacionales de reglamentación se encargan de que los productos sanitarios se almacenen, distribuyan y dispensen adecuadamente. Esas actividades entrañan la concesión de licencias a establecimientos, como las instalaciones de almacenamiento o las farmacias. En la medida en que se estima que los medicamentos de calidad subestándar provocan cientos de miles de muertes cada año, (37) la vigilancia posterior a la comercialización a todos los niveles es esencial para garantizar la seguridad y el rendimiento de los productos sanitarios. Si los medicamentos causan un evento adverso grave o un dispositivo médico no funciona como se esperaba, es importante informar a las autoridades nacionales de reglamentación para que se puedan evaluar los beneficios y los riesgos del problema y se puedan adoptar medidas en caso necesario.

78. Las buenas prácticas y políticas de adquisición que favorecen la compra de medicamentos genéricos desempeñan un papel fundamental para obtener productos de calidad a precios asequibles. Esas políticas apoyan el uso eficaz de los recursos gubernamentales y contribuyen a la reducción de los gastos directos de los pacientes.

79. Una buena gestión de la cadena de suministro asegura la disponibilidad de productos de calidad en todo el sistema de salud. Entre las competencias de gestión de la cadena de suministro que se requieren especialmente en los centros de salud figuran la gestión y el mantenimiento de las existencias (de dispositivos médicos y de frigoríficos para conservar la cadena de frío). Un aspecto fundamental de la gestión de la cadena de suministro consiste en garantizar la disponibilidad de productos sanitarios durante un brote, un desastre natural u otra emergencia. Esto es cada vez más crucial a medida que los fenómenos extremos son más frecuentes como consecuencia del cambio climático, y es importante aumentar la resiliencia de las cadenas de suministro.⁽⁴⁰⁾ El rastreo fiable de los productos es una dimensión fundamental de una buena gestión de la cadena de suministro, y algunos países han implantado sistemas de información sobre la gestión logística para asegurar la disponibilidad inmediata de información sobre los productos sanitarios. Una buena gestión de la cadena de suministro en la que se haga hincapié en la atención primaria debe abarcar no solo las instalaciones, sino también los productos sanitarios utilizados por los agentes de salud comunitarios.

80. La adquisición de equipo médico (incluidas las garantías ampliadas y los accesorios) que pueda funcionar adecuadamente en condiciones de energía inestable, alta humedad o temperaturas extremas es importante para el funcionamiento de las instalaciones, evitar largas esperas y reducir al mínimo la necesidad de enviar a los pacientes a otras instalaciones debido a averías en el equipo o a la falta de bienes fungibles, especialmente en zonas remotas.

81. El mantenimiento de los productos sanitarios es otra cuestión crucial, especialmente en lo que respecta al equipo médico. Ello suele requerir conocimientos especializados que tal vez no estén fácilmente disponibles en los centros de salud y, por consiguiente, también es importante disponer de un presupuesto adecuado para el mantenimiento, las piezas de repuesto o los artículos fungibles y una futura reposición del equipo. Es importante que los profesionales de la salud tengan las competencias necesarias para la aplicación de las directrices de práctica clínica, la prescripción y dispensación adecuadas de medicamentos y la seguridad en el uso, la descontaminación y/o la eliminación adecuadas de los dispositivos médicos para evitar infecciones cruzadas. Esto es imprescindible, ya que el uso indiscriminado de antibióticos sin un diagnóstico previo puede contribuir a propagar la resistencia a los antimicrobianos, lo que representa una amenaza cada vez mayor para la salud de las personas y de la población.

82. Por último, aunque esta sección se ha centrado principalmente en los productos sanitarios de los centros de salud, la APS también utiliza diversos productos que no proceden del sector de la salud. Las tecnologías relacionadas con los alimentos son especialmente importantes, entre ellas las destinadas a la preparación de alimentos, como las cocinas que no propician la contaminación del aire, las quemaduras accidentales o las intoxicaciones, así como los productos que garantizan el abastecimiento de agua potable salubre para evitar la propagación de enfermedades infecciosas.

Cuadro 16. Medicamentos y otros productos sanitarios para mejorar la salud: acciones e intervenciones

A nivel de políticas
• Asegurar la formulación de políticas de tecnología sanitaria que incluyan todos los productos sanitarios y considerar los procesos de innovación, evaluación, selección, reglamentación, fijación de precios, adquisición, suministro, uso, mantenimiento y retirada. • Fortalecer los órganos nacionales de reglamentación para garantizar la seguridad, la eficacia/rendimiento y la calidad utilizando, entre otras cosas, la herramienta de evaluación comparativa mundial de la OMS para la formulación de planes de desarrollo institucional. • Aplicar enfoques de colaboración para el registro de productos sanitarios y el seguimiento en caso de eventos adversos. • Utilizar métodos de selección basados en pruebas, incluidas las evaluaciones de la tecnología sanitaria y el uso de las listas esenciales y prioritarias de la OMS, para orientar las decisiones de adquisición y reembolso. • Establecer políticas de fijación de precios para aprovechar al máximo los genéricos y otras estrategias de adquisición que maximicen los recursos y reduzcan los pagos directos. • Fortalecer la gestión de la cadena de suministro para garantizar la disponibilidad de productos sanitarios (incluido el mantenimiento de los dispositivos médicos) en el lugar de utilización. • Establecer listas nacionales de medicamentos y productos sanitarios esenciales para la atención primaria. • Garantizar recursos nacionales adecuados para proporcionar acceso a los productos sanitarios en la atención primaria. • Asegurar la capacidad nacional para prepararse y responder a las necesidades de productos sanitarios en situaciones de emergencia, entre ellos los medios de diagnóstico, el equipo de protección personal, los medicamentos y los dispositivos médicos.
A nivel operacional
• Aplicar directrices técnicas, normas y criterios para la garantía de la calidad y la seguridad de los productos sanitarios. • Fortalecer la gobernanza y la supervisión, incluso en lo que respecta a la eficiencia y la integridad de la cadena de suministro, en particular mediante el apoyo de la tecnología de la información. • Garantizar las capacidades de prescripción, dispensación y uso adecuados de los medicamentos, así como una gestión y un mantenimiento correctos de los dispositivos médicos, especialmente antes de la introducción de nuevos productos. • Realizar periódicamente encuestas aleatorias sobre el almacenamiento, la disponibilidad y la calidad de los productos sanitarios. • Garantizar el mantenimiento de los productos sanitarios (especialmente del equipo médico). • Garantizar la capacitación del personal sanitario sobre la seguridad en el uso adecuado de los productos sanitarios. • Crear la capacidad local para movilizar la tecnología sanitaria durante las emergencias sanitarias, incluido el equipo de protección personal necesario.
De las personas y las comunidades
• Participar en la toma de decisiones sobre la adopción de nuevas tecnologías sanitarias. • Participar en la vigilancia de los precios, la disponibilidad, la seguridad y la calidad de los productos sanitarios.

Cuadro 17. Medicamentos y otros productos sanitarios: instrumentos y recursos

Instrumentos y recursos del sistema de salud
Antimicrobial resistance and primary health care: brief
Documento largo de próxima publicación , OMS
2019 WHO AWaRe Classification Database of Antibiotics
Good governance for medicines: model framework, updated version 2014
Guide to integrated community case management procurement and supply and management Planning for Global Fund Grants
Interagency package: essential health products for primary health care
De próxima publicación, OMS
Roadmap for access to medicines, vaccines and health product 2019-2023: comprehensive support for access to medicines, vaccines and other health products
Selection of essential medicines at country level – Using the WHO model list of essential medicines to update a national essential medicines list
TOWARDS ACCESS 2030 - WHO Medicines and Health Products Programme Strategic Framework 2016 - 2030
WHO Antimicrobial Stewardship Programmes in health-care facilities in LMICs - A WHO Practical Tool Kit
WHO Global Model Regulatory Framework for Medical Devices including in vitro diagnostic medical devices
Sistema mundial OMS de vigilancia y monitoreo de productos médicos de calidad subestándar y falsificados
WHO guideline on country pharmaceutical pricing policies
Lista de dispositivos médicos prioritarios de la OMS
WHO medicines quality assurance guidelines
WHO model list of essential in vitro diagnostics
WHO priority assistive products list
World Health Organization model list of essential medicines: 21st list 2019
Instrumentos y recursos específicos de los programas
Appropriate storage and management of oxytocin – a key commodity for maternal health WHO/UNICEF/UNFPA Joint Statement
Interagency list of medical devices for essential interventions for reproductive, maternal, newborn and child health

3.5 Colaboración con los prestadores del sector privado

Alianza sólida entre los prestadores de los sectores público y privado para la prestación de servicios de salud integrados

83. En el ámbito de la salud, el sector privado hace referencia a todos los agentes no estatales que participan en dicho ámbito: entidades con o sin fines de lucro, formales e informales, y nacionales e internacionales. Casi todos los países tienen sistemas de salud mixtos con bienes y servicios proporcionados por los sectores público y privado, y consumidores de servicios de salud que solicitan esos servicios a ambos sectores. La participación del sector privado en los sistemas de salud es significativa por su escala y alcance, y abarca la prestación de servicios relacionados con la salud, los medicamentos y otros productos sanitarios, los seguros de salud, la gestión de la cadena de suministro, la capacitación del personal sanitario, la tecnología de la información, así como la infraestructura y los servicios de apoyo.

84. La expresión «sector privado» abarca una amplia gama de agentes y servicios en todo el sistema de salud con distintas funciones, como la financiación, el desarrollo de nuevas tecnologías y productos, la gestión de las cadenas de suministro, la promoción y la prestación de servicios.⁽⁴¹⁾ Así pues, la colaboración con el sector privado está incluida en muchos de los principales mecanismos estratégicos y operacionales. Sin embargo, este mecanismo no trata de añadir la función del sector privado a todos los mecanismos, sino que se centra específicamente en la importante función de prestación de servicios de los dispensadores del sector privado.

85. Este ámbito es fundamental, porque prácticamente todos los países tienen un sistema de salud mixto que abarca la prestación de atención tanto pública como privada. La proporción varía en función del servicio de que se trate ^(41 a 44) y, como se señala en la sección 2.2 (párrafo 21), en una reciente encuesta de la OMS se comprobó que en la mayoría de los 65 países encuestados el sector privado proporciona más del 40% de la atención, y en algunos países más del 70%. En numerosos países, el sector privado representa una proporción significativa de la prestación de servicios de atención primaria, que abarca desde médicos particulares, prácticos de la medicina tradicional, asistentes sociales, farmacéuticos, dietistas u otros que dirigen tiendas informales de medicamentos hasta prestadores sin fines de lucro como las organizaciones confesionales o no gubernamentales. Además, varias empresas prestan servicios de salud ocupacional a sus empleados. Estos programas suelen estar orientados a la salud y la seguridad en el trabajo, pero a menudo también prestan atención primaria a los trabajadores (y sus familias).

86. Es importante destacar que, en la mayoría de los países, los sectores público y privado no están aislados uno del otro. Los profesionales de la salud pueden ejercer en los dos sectores, y una parte importante de los pacientes solicita servicios en ambos sectores (a veces por la misma afección). Además, las medidas dirigidas a un sector (por ejemplo, la mejora de la calidad de la atención en los centros públicos) suelen terminar influyendo en el otro sector (por ejemplo, trasladando la demanda de los prestadores del sector privado de menor calidad al sector público).^(41, 45)

87. Tanto el sector público como el privado se encargan de la prestación de servicios, pero los gobiernos deben supervisar y orientar todo el sistema de salud para proteger el interés público. Para ello es necesario reforzar la función de los ministerios de salud como administradores de la salud. Cabe utilizar varios criterios e instrumentos para velar por una administración satisfactoria. En el plano de la formulación de políticas, el sector privado debe ser tratado como un grupo de intereses que puede aportar conocimientos especializados pertinentes, y suele resultar provechoso invitar a

representantes del sector privado para que participen en la formulación de estrategias y políticas pertinentes. La red intergubernamental denominada *Joint Learning Network for Universal Health Coverage* ha identificado cinco medidas clave para fortalecer el diálogo con el sector privado, entre las que cabe mencionar la búsqueda de un terreno común beneficioso para todos («win-wins») y el establecimiento de un proceso consultivo regular.(46)

88. La labor de la OMS en este ámbito se centra en el apoyo a los países para que trabajen en seis comportamientos de gobernanza: fomentar la comprensión, aplicar la estrategia, habilitar a las partes interesadas, fomentar las relaciones, armonizar las estructuras y fomentar la confianza.

89. Cabe señalar que existe la posibilidad de que surjan conflictos de intereses (por ejemplo, al impulsar un cambio de la política nacional que acabe beneficiando a un interés comercial) y es importante que las autoridades nacionales estén atentas a esa posibilidad y adopten medidas para reducirla al mínimo: por ejemplo, colaborando con asociaciones o redes comerciales con las que, posiblemente, la probabilidad de tener conflictos sea menor, y garantizando una transparencia total en todas las colaboraciones con el sector privado.

90. En lo que respecta a la prestación de atención en el sector privado, en un marco (47) se destacan cuatro posibles enfoques gubernamentales para una colaboración:

- Prohibición: la prohibición de algunas o todas las formas de práctica privada, como la prohibición de los dispensadores sin licencia; en la práctica las prohibiciones son poco frecuentes, porque suelen ser difíciles de aplicar.
- Limitación: aunque las prohibiciones directas son poco frecuentes, la mayoría de los países imponen algunas limitaciones a los prestadores privados, normalmente en forma de reglamentaciones, como los controles reglamentarios, la acreditación o la autorreglamentación por parte de las asociaciones profesionales; estas abarcan esferas como los recursos humanos, los medicamentos, las instalaciones y el equipo.
- Fomento e incentivación: numerosos países tratan de incentivar al sector privado para que mejore el acceso a los servicios y/o su calidad; para ello se utilizan diversos mecanismos, como las alianzas público-privadas, las franquicias sociales, la mercadotecnia social, los beneficios fiscales, la impartición de capacitación y/o la prestación de otro tipo de apoyo para mejorar la calidad de la atención.
- Compras: numerosos gobiernos contratan a prestadores privados para adquirir algunos elementos de la prestación de servicios (por ejemplo, servicios de laboratorio y/o equipo médico y gestión de la cadena de suministro de medicamentos); la mayoría de los planes nacionales de seguro médico contratan a dispensadores privados para la atención de pacientes ambulatorios y hospitalizados; algunos también utilizan programas de vales para dirigir las subvenciones a poblaciones concretas (por ejemplo, para reducir los obstáculos financieros a las poblaciones desfavorecidas que acceden a los servicios de salud materno infantil).

91. En determinados países suele ocurrir que se adopten múltiples enfoques al mismo tiempo para tratar diferentes aspectos de la colaboración con el sector privado. Para contribuir a ello, la OMS ha elaborado un modelo de adopción de decisiones y un conjunto de instrumentos destinados a apoyar la adopción de decisiones basadas en pruebas, entre los que cabe mencionar:

- la comprensión de los mercados sanitarios de un país, los tipos de agentes privados, y la naturaleza y el nivel de la actividad privada;

- la identificación de los posibles ámbitos de riesgo y la oportunidad que ofrece el sector privado de alcanzar los objetivos de salud de un país;
- la evaluación de la capacidad de gobernanza y reglamentación, adecuando esa capacidad a la función prevista para el sector privado, y ayudar a diseñar reformas para colmar las lagunas que afectan a la capacidad;
- la identificación de los diferentes modos de control o de colaboración del sector privado.

92. El marco de los enfoques gubernamentales de participación del sector privado y el modelo de adopción de decisiones de la OMS tienen por objeto ayudar a los países a formular políticas sobre el sector privado y elegir e implementar instrumentos de política jurídica y financiera para aplicarlas.

93. Para continuar apoyando esta labor, la OMS está elaborando los siguientes instrumentos:

- Una nueva hoja de ruta sobre la participación del sector de la prestación de servicios de salud privados mediante la gobernanza de los sistemas de salud mixtos, en la que se describen con más detalle los seis comportamientos antes mencionados. Su objetivo es facilitar una nueva forma de gobernar los sistemas de salud mixtos mediante la creación de un consenso en torno a los medios y estrategias para que el sector sanitario privado participe en la prestación de servicios de atención de salud. Proporciona orientación para lograr un sistema de salud bien administrado en el que los agentes públicos y privados cumplan colectivamente las exigencias de equidad, acceso, calidad y protección financiera.⁽⁴⁸⁾
- Recomendaciones para comprender la contribución del sector privado a la salud mediante la elaboración del mejor panorama disponible utilizando los datos existentes, al tiempo que se invierte en mejoras multisectoriales de la disponibilidad de datos normalizados.
- Recomendaciones sobre los principios para la participación del sector privado.
- Directrices para la formulación de políticas relacionadas con el sector sanitario privado.
- Una nueva orientación que tiene por objeto resolver los problemas de rendición de cuentas que plantea el sector privado.

94. Para abordar el hecho de que numerosos países no tienen una idea exacta del alcance de la prestación del sector privado, la red intergubernamental denominada *Joint Learning Network for Universal Health Coverage* también ha elaborado una guía para identificar paso a paso a los prestadores del sector privado, que es fundamental para obtener una base de información adecuada en la adopción de decisiones.⁽⁴⁶⁾ Los proyectos SHOPS y SHOPS Plus, que han realizado evaluaciones en más de dos docenas de países y han preparado una guía para llevar a cabo evaluaciones basadas en esta experiencia, han elaborado un enfoque algo más amplio para realizar evaluaciones del sector privado.⁽⁴⁹⁾

95. Por último, también es importante asegurar la participación de los prestadores privados en las actividades nacionales de vigilancia y evaluación, y lo ideal sería hacerlo mediante sistemas de información sobre gestión sanitaria. Esta participación ha resultado ser un reto en varios países,⁽⁵⁰⁾ pero las nuevas tecnologías están creando oportunidades para una mayor colaboración en los sistemas de vigilancia, y los agentes y las redes del sector privado deben considerarse responsables de participar en los sistemas nacionales.

Cuadro 18. Colaboración con prestadores del sector privado: acciones e intervenciones

A nivel de políticas
• Elaborar un enfoque para colaborar con el sector privado en la formulación de políticas (por ejemplo, mediante un proceso o plataforma de participación consultiva periódica), que incluya la forma de gestionar los conflictos de intereses. • Determinar los problemas (por ejemplo, un retraso que afecta a elementos de la prestación de servicios) y evaluar si una mayor participación del sector privado podría mejorar el desempeño. • Elaborar el enfoque (por ejemplo, limitación, estímulo o adquisición) para la colaboración con el sector privado que sea más adecuado para afrontar el reto identificado. • Evaluar marcos jurídicos y reglamentarios para que regulen adecuadamente el sector privado, en particular con respecto a las cuestiones relativas a la rendición de cuentas. • Llevar a cabo una identificación de prestadores o una evaluación del sector privado para obtener información precisa sobre el alcance de la prestación de servicios del sector privado. • Llegar de forma proactiva a los prestadores del sector privado para que se integren en los sistemas nacionales de vigilancia y evaluación.
A nivel operacional
• Fortalecer la capacidad de llevar a cabo la supervisión/control del sector privado de conformidad con las leyes y reglamentos. • Si procede, y dado el grado de descentralización en los niveles subnacionales, elaborar un enfoque para colaborar con el sector privado en la formulación de políticas (por ejemplo, mediante un proceso o plataforma de participación consultiva periódica), que incluya la forma de gestionar los conflictos de intereses.
De las personas y las comunidades
• Organizar alianzas o redes que puedan mejorar la representación del sector privado en el diálogo sobre políticas con el gobierno. • Participar activamente en los órganos normativos existentes. • Aportar datos a los sistemas de información sanitaria.

Cuadro 19. Colaboración con prestadores del sector privado: instrumentos y recursos

Instrumentos y recursos del sistema de salud
Engaging the private sector for service delivery
Engaging the Private Sector in Primary Health Care to Achieve universal health coverage: Advice from Implementers, to Implementers
Draft road map for engaging the private health sector for universal health coverage Documento final de próxima publicación, OMS
Regulation of private primary health care
The private sector, universal health coverage and primary health care

3.6 Sistemas de compra y de pago

Sistemas de compra y de pago que fomenten una reorientación de los modelos de atención para la prestación de servicios de salud integrados centrados en la atención primaria y la salud pública

96. Los sistemas de compra y pago orientados a la APS tienen por objeto fomentar la implementación de modelos de atención orientados a la APS (véase la sección 3.1). Cuando se apoyan en flujos de recursos adecuados en respaldo de la APS e impulsados por modelos de atención orientados a la APS, los sistemas de compra y pago aumentan la accesibilidad de las intervenciones prioritarias a toda la población y la integración de los servicios centrada en la atención primaria y la salud pública. Las compras estratégicas —incluido el diseño de las prestaciones, los métodos de pago a los prestadores y los acuerdos contractuales— pueden reforzar la orientación de los modelos de atención hacia la APS y promover la integración de los servicios de salud, al tiempo que se avanza hacia la consecución de otros objetivos del sistema de salud.

97. El diseño de las prestaciones debe implicar siempre la participación de las personas y las comunidades, incluidos los prestadores y los compradores, y debe tener por objeto promover la equidad y no dejar a nadie atrás. Los paquetes de servicios de salud, que suelen constituir la base de los derechos a obtener prestaciones, deben tener en cuenta el modelo de atención y poner de manifiesto una amplia gama de servicios e intervenciones para toda la población y con carácter individual a lo largo del curso de la vida. Mediante la inclusión de servicios de promoción, protección, prevención, reanimación, curación, rehabilitación y cuidados paliativos en todas las plataformas de prestación de servicios, los paquetes de servicios pueden orientar la delimitación de las funciones y mejorar la coordinación entre las plataformas de prestación de servicios, fundamentando así la asignación eficaz y eficiente de recursos y mejorando la integración. Además, los cambios en las condiciones de acceso a un conjunto de prestaciones, como las reducciones en los mecanismos de participación en la financiación de los gastos (la reducción de los cánones de utilización o las políticas para la eliminación de estos), pueden incentivar la utilización de los servicios de atención primaria. Numerosos países han comenzado a dejar de cobrar cánones de utilización a medida que cada vez es más evidente que estos tienen importantes efectos negativos en las poblaciones más pobres y agravan la desigualdad.

98. La forma en que se paga a los prestadores tiene un profundo impacto en el volumen y la calidad de los servicios de salud que se prestan. El diseño y la implementación de métodos de pago a los prestadores apropiados pueden proporcionar los incentivos adecuados para promover servicios de salud integrados y centrados en la atención primaria y la salud pública. Cabría incentivar, por ejemplo, la utilización de los servicios de atención primaria mediante tasas de remuneración relativamente más elevadas. La adopción de nuevos enfoques del pago a los prestadores está adquiriendo una importancia mayor a medida que los sistemas orientados a la APS son dirigidos cada vez con mayor frecuencia por médicos de familia en los países de ingresos bajos y medianos. Entre los métodos de pago a los prestadores más utilizados cabe mencionar un presupuesto por partidas (el salario del personal es la partida), un presupuesto global, el pago por servicio prestado, la capitación (pago por habitante), los viáticos y el pago basado en casos específicos (por ejemplo, en grupos relacionados por el diagnóstico). Los cuatro primeros son más pertinentes para el pago a los dispensadores de atención primaria y se explican en el cuadro 20.

Cuadro 20. Evaluación de los métodos de pago a los prestadores

Método de pago	Características	Incentivos para los prestadores	¿Cuándo puede ser útil el método?
Presupuesto por partidas	Los prestadores reciben una cantidad fija durante un periodo determinado para cubrir gastos específicos de insumos (por ejemplo, para personal, medicamentos y servicios públicos), pero normalmente no es posible transferir fondos de una partida a otra.	- Aumentar las derivaciones, aumentar los insumos, gastar todos los fondos restantes al final del ejercicio presupuestario. - Ningún incentivo o mecanismo para mejorar la eficiencia.	La capacidad de gestión del comprador y los prestadores es baja; el control de los costos es una prioridad máxima.
Presupuesto global	- Los prestadores reciben una cantidad fija durante un periodo determinado para cubrir los gastos globales a fin de proporcionar un conjunto de servicios acordados. - El presupuesto es fijo, pero puede utilizarse con mayor flexibilidad y no está vinculado a partidas.	- Los presupuestos globales se elaboran sobre la base de los insumos: disminuir los servicios prestados, aumentar las derivaciones, aumentar los insumos. - Presupuestos globales elaborados en función del volumen: aumentar el número de servicios, aumentar las derivaciones, disminuir los insumos (posible eficiencia).	La capacidad de gestión del comprador y el prestador es al menos moderada; la competencia entre los prestadores no es posible o no es un objetivo; el control de los costos es una prioridad máxima.
Pago por servicio prestado	- Se paga a los prestadores por cada servicio. - Los honorarios se fijan por adelantado para cada servicio o grupo de servicios.	Aumentar el número de servicios, incluso por encima del nivel necesario; reducir los insumos por servicio, lo que puede mejorar la eficiencia de la mezcla de insumos.	El aumento de la productividad, la oferta de servicios y el acceso son de la máxima prioridad; es necesario fidelizar o atraer a más dispensadores; el control de los costos es de baja prioridad.
Capitación (por habitante)	Se paga a los dispensadores una cantidad fija por adelantado para que proporcionen un conjunto definido de servicios a cada persona inscrita durante un periodo de tiempo determinado.	Mejorar la eficiencia de la mezcla de insumos, atraer a personas para que se inscriban, disminuir los insumos, disminuir los servicios prestados, aumentar las derivaciones, mejorar la combinación de resultados (centrándose en una promoción de la salud y una prevención menos costosas), tratar de seleccionar a los inscritos más sanos (menos costosos).	La capacidad de gestión del comprador es de moderada a avanzada; el fortalecimiento de la atención primaria y la equidad son objetivos; el control de los costos es una prioridad; la elección y la competencia son posibles.

Fuente: Adaptado de la referencia.(51)

99. Aunque no existe un método de pago ideal para todos los contextos, y cada método tiene sus puntos fuertes y débiles, numerosos países están avanzando hacia sistemas de pago combinados que incluyen, por ejemplo, el pago por capitación y el pago por servicio prestado. Esto es debido a que dichos sistemas son los más coherentes con la filosofía de la APS (que fomentan la gestión y la productividad basadas en la población) y a que las alternativas han demostrado deficiencias en el apoyo a un sistema de salud orientado a la APS. La capitación se estructura en torno al pago de un conjunto definido de servicios para una población de una zona de captación definida (o para las personas afiliadas a ese centro) y un periodo de tiempo, y no vinculando el pago a servicios específicos de diagnóstico y curativos cuando estos se prestan, por lo que suele vincularse a la inscripción en listas de pacientes (véase la sección 3.1, párrafo 52).

100. Está surgiendo un número cada vez mayor de nuevas combinaciones de pago a dispensadores, que tratan explícitamente de armonizar los incentivos para el pago con los objetivos del sistema de salud relacionados con la coordinación de la atención, la calidad, la mejora de la salud y la eficiencia, recompensando la aplicación efectiva de medidas de desempeño específicas. Estas se han conocido colectivamente como «remuneración con arreglo al desempeño». Por ejemplo, un sistema de remuneración con arreglo al desempeño puede tener por objeto apoyar la integración y coordinación de la atención en todo el sistema de salud, incentivando a los dispensadores de atención primaria para que presten servicios más promocionales, protectores o preventivos, o incentivando a otros dispensadores de atención para que apoyen la prestación de servicios en entornos de atención más cercanos a la comunidad (por ejemplo, proporcionando segundas opiniones mediante teleconsulta a los dispensadores de atención primaria o mediante el hospital local para la derivación o el traslado de pacientes). Los datos sobre la repercusión de los mecanismos de remuneración con arreglo al desempeño en los resultados sanitarios son diversos. Cabe la posibilidad de que sus contribuciones más importantes sean sus efectos de refuerzo de iniciativas más amplias de mejora del desempeño y sus efectos indirectos en el fortalecimiento de otros sistemas de salud que se producen como subproducto de los programas de incentivos.(52)

101. La contratación es otro mecanismo de adquisición útil para impulsar modelos de atención orientados a la APS, generando una rendición de cuentas del dispensador con respecto a las metas y objetivos relacionados con la APS. Por ejemplo, las cláusulas contractuales podrían estar formuladas para vincular los pagos al logro satisfactorio de resultados sanitarios nacionales y/o locales, o para apoyar la creación, expansión y gestión de redes integradas de dispensadores basadas en las necesidades de la comunidad.

102. La existencia de datos adecuados es fundamental para el buen funcionamiento de los sistemas de adquisición y pago, por lo que toda reforma de las compras estratégicas debe incluir el fortalecimiento de la capacidad de vigilancia.(53)

Cuadro 21. Sistemas de compra y pago: acciones e intervenciones

A nivel de políticas
• Elaborar un enfoque participativo e inclusivo del pago a los dispensadores y de su contratación en todos los entornos de atención como parte de una estrategia más amplia de financiación de la salud y de compras estratégicas, con miras a reorientar los modelos de atención hacia la atención primaria y apoyar la coordinación y la integración. • Definir un paquete integral de prestaciones que incluya servicios de promoción, protección, prevención, reanimación, curación, rehabilitación y cuidados paliativos antes de seleccionar los métodos de pago. • Utilizar una combinación de cálculo de costos y otras informaciones para conseguir los recursos adecuados que permitan ofrecer el paquete integral de prestaciones. • Establecer políticas nacionales de salud que eliminen los cánones de utilización en los servicios de atención primaria. • Establecer condiciones de acceso al paquete de prestaciones sanitarias que reduzcan los cánones de utilización en los servicios de atención primaria. • Establecer mecanismos de contratación que generen la rendición de cuentas de los dispensadores con respecto a las metas y los objetivos orientados a la APS. • Fortalecer los sistemas de vigilancia para que los mecanismos de compra y pago se basen en datos fiables.
A nivel operacional
• Asegurar una delimitación adecuada de funciones en todas las plataformas y los prestadores de servicios, basada en modelos de atención acordados y en los recursos disponibles. • Apoyar la mejora continua de los sistemas de compra y pago mediante la supervisión periódica de los incentivos y, posiblemente, el ajuste o los ajustes del método de pago. • Promover en la mayor medida posible la transparencia mediante la publicación de datos sobre presupuestos y gastos.
De las personas y las comunidades
• Participar en el diseño y la elaboración de estrategias nacionales de compras estratégicas, el diseño de paquetes de prestaciones y la contratación —por ejemplo, en diálogos sobre políticas, en comités consultivos técnicos, y en juntas de supervisión de seguros de salud. • Supervisar el desempeño de las instalaciones o los dispensadores para que la calidad deseada de la atención minimice la falta o el exceso de prestación. • Familiarizar a las personas y a la comunidad con las reglas y mecanismos de participación en la financiación de los gastos.

Cuadro 22. Sistemas de compra y pago: instrumentos y recursos

Instrumentos y recursos del sistema de salud
Analytical guide to assess a mixed provider payment system
Governance for strategic purchasing: An analytical framework to guide a country assessment
Purchasing health services for universal health coverage: how to make it more strategic?
Strategic purchasing for universal health coverage: key policy issues and questions - A summary from expert and practitioners' discussions

3.7 Tecnologías digitales para la salud

Utilización de las tecnologías digitales para la salud a fin de facilitar el acceso a la atención y la prestación de servicios, mejorar la eficacia y la eficiencia, y fomentar la rendición de cuentas

103. Las tecnologías digitales —desde las tecnologías de la información y las comunicaciones, como internet y la telefonía móvil, hasta el desarrollo más reciente de la informática avanzada que conduce al uso de los macrodatos, la inteligencia artificial y la genómica— están mejorando la eficacia y la eficiencia de los servicios de salud integrados y la prestación de atención de la salud. Aunque el acceso todavía no es universal, más de ocho de cada diez personas de los países en desarrollo poseen un teléfono móvil y casi la mitad de la población mundial utiliza internet. Estas tecnologías están distribuidas más equitativamente por todo el planeta que los ingresos, en el sentido de que incluso la región con el menor índice de penetración de telecomunicaciones móviles —el África subsahariana— cuenta con 78 suscripciones de teléfonos móviles por cada 100 personas.(54, 55)

104. La revolución de las tecnologías de la información y las comunicaciones ha producido cambios importantes en la forma en que las personas y las comunidades gestionan su propia salud y tienen acceso a información sobre la situación sanitaria, las opciones terapéuticas y la disponibilidad (y, a veces, la calidad) de los prestadores de servicios. Estos cambios pueden desempeñar una función importante en la promoción del principio básico de la APS del empoderamiento de las personas y las comunidades, al depositar un nuevo poder en manos de las personas y modificar la naturaleza de la relación entre el prestador de servicios médicos y el paciente mediante una reducción de la asimetría de la información. Sin embargo, en la actualidad un volumen excesivo de información solo está disponible en inglés u otros idiomas que no suelen ser el primer idioma de la población de los países de ingresos bajos y medianos. Además, los escasos conocimientos en materia de salud digital limitan los posibles efectos de esas tecnologías de la información y las comunicaciones en esos entornos. Las tecnologías digitales están creando nuevas formas en que las personas pueden pedir cuentas a los prestadores de servicios, y posibilitando una labor de promoción y fomento de la salud más eficaz y a mayor escala.

105. Las tecnologías digitales también están teniendo serias repercusiones en la prestación de servicios de salud, en particular mediante la rápida expansión de las intervenciones de salud digital, sobre todo las iniciativas de mSalud (salud móvil) y ciber salud (salud electrónica). Los gobiernos han respondido rápidamente a este panorama cambiante elaborando estrategias nacionales. En la actualidad, más de 120 países han elaborado políticas o estrategias nacionales de ciber salud, telemedicina o salud digital.(56, 57)

106. Las intervenciones de salud digital pueden tener cuatro usos principales:(58)

- para los clientes (por ejemplo, la comunicación dirigida a los clientes, como los recordatorios, las comunicaciones entre iguales, el seguimiento de la salud personal y el suministro de información por parte de los ciudadanos);
- para el personal sanitario (por ejemplo, la identificación y el registro de clientes, los registros sanitarios, los instrumentos de apoyo a la adopción de decisiones, la telemedicina, la coordinación de la derivación de pacientes, la capacitación y la gestión de la prescripción y/o de los medios de diagnóstico);
- para los gestores de los sistemas de salud (por ejemplo, la gestión de los recursos humanos, la gestión de la cadena de suministro, el registro civil y las estadísticas vitales);
- para los servicios de datos (por ejemplo, la reunión, gestión y utilización de datos, la cartografía de ubicaciones y el intercambio de datos).

106. La OMS ha concluido recientemente un amplio examen de las pruebas de unas pocas intervenciones de salud digital seleccionadas.⁽⁵⁹⁾ Las pruebas de la eficacia de numerosas intervenciones son aún limitadas, pero se formularon 10 recomendaciones en la mayoría de las cuales se destacaba el hecho de que, en la actualidad, solo cabía recomendar las intervenciones en determinadas situaciones, por ejemplo, cuando existían procedimientos operativos normalizados y normas de privacidad de los datos.

107. A pesar de que la base de pruebas científicas es limitada, las intervenciones de salud digital se han ido ampliando rápidamente, puesto que se considera que ofrecen formas de afrontar los principales problemas del sistema de salud, algunos de los cuales son muy pertinentes para la APS. Por ejemplo, un número cada vez mayor de países está tratando de corregir las limitaciones de recursos humanos en todo el sistema de salud mediante el ciberaprendizaje o la telemedicina, especialmente en relación con la atención primaria. El primero tiene por objeto fomentar la capacidad del personal sanitario mediante cursos electrónicos u otras formas de capacitación antes y durante el servicio. Estos pueden reducir el costo de la capacitación, mejorar el acceso a los conocimientos especializados y permitir el acceso a la capacitación en entornos dotados de instalaciones educativas limitadas.

108. La telemedicina puede proporcionar acceso a distancia a conocimientos especializados mediante la transmisión de imágenes médicas y datos o descripciones clínicas a instalaciones externas que apoyen el diagnóstico y puedan proponer opciones terapéuticas. Las esferas de interés hasta ahora son la radiología, la dermatología, la patología y la psiquiatría, pero las mejoras en la tecnología móvil están ampliando la gama de dispositivos y servicios que pueden ofrecerse, incluso en nuevos ámbitos como la cardiología y la oftalmología. La respuesta a la COVID-19 en muchos países ha demostrado la viabilidad de este enfoque, como parte del mantenimiento de los servicios de salud esenciales. Estas tecnologías pueden ayudar a reorientar las intervenciones desde los centros de atención secundaria y terciaria, como los hospitales, hacia los hogares de las personas. Este cambio está transformando la atención primaria y desplazando los sistemas de salud hacia un modelo de prestación de servicios de salud más centrado en las personas e integrado. Sin embargo, también es importante señalar que toda intervención de salud digital, como la telemedicina, requiere un entorno propicio dotado de infraestructura, personal capacitado, protocolos de privacidad y seguridad, una legislación adecuada, políticas y observancia.

109. Otras tecnologías innovadoras, como la inteligencia artificial y la genómica, están cobrando impulso gracias a la avanzada capacidad de procesamiento y a la disponibilidad de grandes cantidades de datos. La utilización de la inteligencia artificial en la medicina y la salud pública, aunque todavía se encuentra en sus primeras etapas y está más lejos de un uso generalizado en los países de ingresos bajos y medianos, probablemente tendrá un gran impacto en los próximos años. Por ejemplo, ya se está empezando a utilizar la inteligencia artificial para mejorar los diagnósticos (por ejemplo, los medios de diagnóstico asistidos por computadora, cuando no se dispone de especialistas) y la genómica personalizada tiene el potencial de permitir enfoques de tratamiento adaptados.

110. Los avances en las tecnologías de la información y las comunicaciones ya han provocado un cambio radical en los sistemas de información sanitaria y los sistemas documentales tradicionales han sido sustituidos parcial o totalmente por sistemas electrónicos de reunión, codificación y

agregación de datos en numerosos países, lo que ha dado lugar a importantes mejoras en la puntualidad y precisión de los sistemas de información, por ejemplo, mediante el Sistema de Información Sanitaria Distrital 2.(60) Los registros sanitarios electrónicos están menos extendidos, pero la OMS ha comunicado un aumento de casi el 50% en la utilización de esos sistemas entre 2010 y 2015.(56) La promulgación de una legislación que proteja la confidencialidad es un componente importante de los registros sanitarios electrónicos, pero en varios países se ha quedado a la zaga.

111. Otras dos nuevas aplicaciones de las tecnologías de la información y las comunicaciones, que son particularmente pertinentes para la APS, son la capacidad de utilizar enfoques basados en «macrodatos» para analizar pautas y tendencias y mejorar la orientación de los esfuerzos de salud pública (a veces denominada «salud pública de precisión»). Las nuevas tecnologías ya han tenido un impacto en la gestión de la cadena de suministro (por ejemplo, mediante sistemas electrónicos de información para la gestión de la logística) y se están realizando esfuerzos para utilizar enfoques de vanguardia, como la tecnología de cadenas de bloques para mejorar la fiabilidad de las cadenas de suministro.

112. Las tecnologías digitales también están impulsando cada vez más el desarrollo de dispositivos médicos y ayudas técnicas que pueden acelerar el diagnóstico, apoyar la adopción de decisiones y facilitar la prestación de atención.

113. En todas estas esferas, es esencial que se atiendan debidamente las preocupaciones éticas. En particular, la protección de datos es fundamental para mantener la privacidad de la información sanitaria sensible.

114. En respuesta a una solicitud de los Estados Miembros, la Secretaría está preparando una estrategia mundial sobre salud digital² para subsanar las deficiencias existentes en materia de investigación, innovación, desarrollo, colaboración y adopción de soluciones de salud digital adecuadas en apoyo de la APS, la cobertura sanitaria universal y los ODS relacionados con la salud. La estrategia mundial tiene los cuatro objetivos estratégicos siguientes: 1) promover la colaboración en el plano mundial y fomentar la transferencia de conocimientos de salud digital; 2) impulsar la ejecución de estrategias nacionales de salud digital; 3) fortalecer la gobernanza en pro de la salud digital en los planos mundial, regional y nacional; y 4) propugnar sistemas de salud centrados en las personas facilitados por medio de salud digital.(61) En la estrategia se proponen además una serie de medidas que han de adoptar los Estados Miembros, los asociados y la Secretaría para alcanzar sus objetivos. La estrategia mundial se presenta a la 73.ª Asamblea Mundial de la Salud para su examen.

² Documento A73/4.

Cuadro 23. Tecnologías digitales para la salud: acciones e intervenciones

A nivel de políticas
• Elaborar, según proceda, estrategias, arquitectura, marcos y planes nacionales de ciber salud y legislación en la materia, así como políticas de protección de datos en torno a cuestiones como el acceso a los datos, el intercambio, el consentimiento, la ciberseguridad, la privacidad, la compatibilidad y la inclusión, y los identificadores personales de salud únicos y compatibles con las obligaciones internacionales en materia de derechos humanos. • Examinar si las condiciones son adecuadas para poner en marcha intervenciones en materia de salud digital. • Establecer mecanismos para conocer los nuevos avances de las tecnologías de la información y las comunicaciones a nivel mundial, e identificar las lagunas en las iniciativas existentes que podrían colmarse mediante las nuevas tecnologías.
A nivel operacional
• Cuando las pruebas demuestren su eficacia, ampliar las intervenciones de salud digital a partir de planes piloto, incluida la integración de tecnologías digitales en las infraestructuras y la reglamentación de los sistemas de salud existentes. • Según proceda, realizar evaluaciones de la tecnología sanitaria. • Acelerar los esfuerzos para poner en funcionamiento sistemas digitales de información sanitaria, incluidos los registros de ciber salud.
De las personas y las comunidades
• Utilizar las tecnologías digitales para convertirse en consumidores informados de datos sanitarios. • Utilizar nuevas vías habilitadas por la tecnología para proporcionar retroinformación sobre los servicios de salud.

Cuadro 24. Tecnologías digitales para la salud: instrumentos y recursos

Instrumentos y recursos del sistema de salud
Community Information Integration (CII) and the Central Patient Attached Registry (CPAT), a tool to integrate community Electronic Medical Records (EMRs)
Datos e innovación: proyecto de estrategia mundial sobre salud digital
Documento final de próxima publicación, OMS
Designing Digital Health Interventions for Impact
Digital education for building health workforce capacity
Atlas digital de la salud
Digital Health for RSSH for Global Fund guideline
Digital technologies: shaping the future of primary health care
Framework for the implementation of a telemedicine service
National eHealth strategy toolkit
UNICEF Digital Health approach
WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening

3.8 Sistemas para mejorar la calidad de la atención

Sistemas locales, subnacionales y nacionales para evaluar y mejorar continuamente la calidad de los servicios de salud integrados

115. En el informe de *The Lancet Global Health Commission on High Quality Health Systems in the SDG Era* se puso de relieve que en la actualidad se producen más muertes en los países de ingresos bajos y medianos como resultado de la mala calidad de la atención que por la falta de acceso a esta.(62)

116. Una atención de calidad es eficaz, segura y centrada en las personas. Debe ser oportuna, eficiente, equitativa e integrada. Es esencial para mejorar el desempeño, mantener la confianza, lograr la sostenibilidad del sistema de salud y garantizar que todos los esfuerzos y recursos invertidos para facilitar el acceso a la atención y prestarla se traduzcan en una mejora de la salud de las personas. Una atención de calidad requiere una planificación cuidadosa en la que participen y se involucren las principales partes interesadas, en particular los usuarios de la atención. El control de la calidad mediante la vigilancia interna y la evaluación continua, junto con la garantía de la calidad, asegura que los procesos se adhieran a una norma establecida y mejoren continuamente mediante intervenciones de mejora de la calidad para aumentar el desempeño. Los sistemas en los planos local, subnacional y nacional deben estar equipados para evaluar, asegurar, valorar y mejorar continuamente la calidad de la atención primaria, así como de otros servicios de salud, mediante intervenciones adaptadas, seleccionadas entre una amplia gama de intervenciones de mejora de la calidad basadas en pruebas científicas, para que se ajusten mejor a sus necesidades.

117. Cabe utilizar una variedad de enfoques, pero es necesario hacer hincapié en la elaboración de un conjunto multimodal de intervenciones adaptadas al contexto local, al tiempo que se trabaja para mejorar el entorno y la cultura de los sistemas de salud en general que apoyan la prestación de una atención de calidad. La publicación conjunta de la OMS, la Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos y el Banco Mundial en 2018 sobre una prestación de servicios de salud de calidad pone de relieve la importancia de elaborar una estrategia y/o política nacional de calidad y propone que los gobiernos seleccionen un conjunto de intervenciones de mejora de la calidad basadas en pruebas científicas en relación con cuatro categorías: el entorno del sistema de salud; la reducción de los daños; la mejora de la atención clínica; y la colaboración y el empoderamiento del paciente, la familia y la comunidad.(63)

El entorno del sistema de salud

118. La mejora de la calidad de los servicios de salud integrados, incluidos los servicios de atención primaria, dependerá no solo de las intervenciones centradas en los procesos de atención y la prestación de servicios, sino también de los esfuerzos por crear las condiciones de apoyo, los procesos de gobernanza, el entorno legislativo y la cultura necesarios para que los dispensadores y profesionales puedan alcanzar los niveles de atención deseados. Esta medida hará hincapié en la capacidad del personal sanitario para prestar una atención de calidad, así como en los mecanismos de rendición de cuentas vinculados a la evaluación con respecto a normas de calidad definidas y basadas en pruebas.

La reducción de los daños

119. Estas intervenciones se centran en las principales actividades destinadas a defender el principio fundamental de no causar daños evitables a las personas. Para lograrlo es necesario adoptar medidas multimodales y multidisciplinarias para aplicar una serie de instrumentos prácticos —como los protocolos de seguridad y las listas de verificación— y, al mismo tiempo, gestionar sistemáticamente los riesgos y atender las necesidades de capacitación y los cambios de comportamiento y culturales necesarios para crear un entorno sosteniblemente seguro.

La mejora de la atención clínica

120. Esta categoría de intervenciones se centra en los procesos e instrumentos destinados a aumentar la eficacia de la atención clínica. Incorpora instrumentos fundamentales para ayudar al personal sanitario a planificar una gestión clínica eficaz, como normas, vías, protocolos, listas de verificación, formularios clínicos normalizados e instrumentos de apoyo a la adopción de decisiones clínicas adecuados al contexto, así como procesos de mejora que pueden determinar las necesidades de perfeccionamiento, como por ejemplo, auditorías clínicas y exámenes de la morbilidad y la mortalidad.

La colaboración y el empoderamiento del paciente, la familia y la comunidad

121. Las personas y las comunidades suelen ser las que mejor conocen los problemas que se les plantean para recibir una atención de calidad —ya sea debido a la falta de coordinación de los servicios, a la escasa capacidad clínica o al suministro insuficiente de información—, por lo que es fundamental que participen como asociados en la tarea de mejorar la calidad. Es necesario lograr la participación de los pacientes, las familias y las comunidades en la planificación, prestación y evaluación de servicios de salud de calidad. La APS proporciona un enlace natural entre las comunidades y los servicios. Entre las intervenciones que pueden considerarse en la tarea de mejorar la calidad de la atención figuran la participación y el empoderamiento formalizados de la comunidad, la mejora de los conocimientos sanitarios, la adopción de decisiones compartida y la garantía de la medición y el uso de datos sobre la experiencia de los pacientes en materia de atención. Además de las categorías de intervención para la mejora de la calidad enumeradas anteriormente, los países pueden tratar de promover la acción colectiva para hacer frente a los problemas de calidad mediante la aplicación de programas y métodos de mejora continua de la calidad. Existen numerosos marcos para la mejora de la calidad, pero por lo general comparten el compromiso de utilizar datos para fundamentar los mecanismos de aprendizaje que presentan ciclos de planificación, acción, evaluación y mejora. Los mecanismos de mejora de la calidad no deben considerarse un paso final en la prestación de servicios o el desarrollo del sistema de salud, sino más bien como un punto de partida en el que los planificadores de la salud pueden basar los objetivos de prestación de servicios y la planificación, independientemente de la madurez o el contexto del sistema de salud.

122. El papel fundamental del establecimiento de orientaciones nacionales sobre la calidad se amplía aún más en el manual titulado *WHO's Handbook for national quality policy and strategy*, de la OMS.⁽⁶⁴⁾ Otros recursos clave son *Quality in primary health care* y la serie técnica de la OMS titulada *Technical Series on Safer primary care*.^(65, 66)

123. En cualquier enfoque para mejorar la calidad, es importante reconocer que normalmente se requiere un proceso de gestión del cambio. Para ello es necesario establecer una visión (y unas metas), fomentar el apoyo a los cambios, comunicar claramente sobre ellos y hacer un seguimiento de los progresos. En esa labor pueden participar diversas partes interesadas multisectoriales, entre ellas personas y comunidades, prestadores de servicios (públicos y privados), asociaciones profesionales, organizaciones no gubernamentales y confesionales, instituciones académicas e instituciones de educación y capacitación de profesionales sanitarios, organismos de evaluación externa o de concesión de licencias, organismos de evaluación de la tecnología sanitaria, ministerios de salud y equipos de calidad subnacionales, de los centros y de la comunidad.

DRAFT

Cuadro 25. Sistemas para mejorar la calidad de la atención: acciones e intervenciones

A nivel de políticas
• Elaborar una política y/o estrategia nacional de calidad en la que participen las partes interesadas en consonancia con la política y los procesos de planificación nacionales en materia de salud. • Medir sistemáticamente e informar públicamente sobre la calidad de los servicios de salud, incluidas las mediciones de la experiencia de los pacientes. • Asegurar que los esfuerzos de mejora de la calidad se financien adecuadamente, se sostengan y se amplíen los proyectos piloto que hayan tenido éxito. • Incluir principios de calidad en la capacitación antes y durante el servicio de los profesionales de la salud, así como en el desarrollo profesional continuo.
A nivel operacional
• Elaborar un plan operacional presupuestado para apoyar la ejecución de la política/estrategia nacional de calidad. • Instituir mecanismos que permitan a las personas, las familias y las comunidades proporcionar retroinformación sobre la calidad de los servicios de salud (por ejemplo, los formularios de reclamaciones de los pacientes) e incorporar esa retroinformación en las actividades de mejora. • Desarrollar y mantener la gobernanza, la rendición de cuentas y el liderazgo en materia de calidad y seguridad a nivel local, por ejemplo, los equipos de calidad y los centros de coordinación de distrito y la atención primaria. • Desarrollar sistemas para vigilar el cumplimiento de las normas de atención. • Establecer una infraestructura para generar conocimientos y compartir el aprendizaje sobre servicios de salud de calidad.
De las personas y las comunidades
• Contribuir a la elaboración de orientaciones nacionales sobre calidad, así como a su puesta en práctica a nivel subnacional. • Colaborar y comprometerse con los profesionales sanitarios y los dispensadores, por ejemplo mediante mecanismos de retroalimentación y mecanismos formales de participación de la comunidad para examinar el desempeño clínico y contribuir al diseño de actividades de mejora.

Cuadro 26. Sistemas para mejorar la calidad de la atención: instrumentos y recursos

Instrumentos y recursos del sistema de salud
A compendium of tools and resources for improving the quality of health services
Core components for Infection, prevention and control - Implementation tools and resources
Handbook for national quality policy and strategy - A practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care
Improving the quality of health services: tools and resources
Conjunto de herramientas de la OMS para los servicios de salud integrados (entre ellos los módulos para la atención primaria, la atención de urgencia y los cuidados intensivos)
Conjunto de herramientas de la OMS para la atención de urgencia:
Herramienta de evaluación de los sistemas de atención de urgencia
Registro Internacional de Atención de Traumatismos y Urgencias
OMS-CICR Atención básica de emergencia: abordaje de lesionados y enfermos agudos
Medical Emergency Checklist
Trauma Checklist
Conjunto de instrumentos de atención primaria y componentes de la atención a enfermos graves (de próxima aparición)
Minimum Requirements for infection prevention and control (IPC) programmes
National Quality Policy and Strategy Tools and Resources Compendium
Quality in primary health care
Quality of care: what are effective policy options for governments in low- and middle-income countries to improve and regulate the quality of ambulatory care?
Taking Action: Steps 4 & 5 in Twinning Partnerships for Improvement
Instrumentos y recursos específicos de los programas
Care for Child Development Package
Caring for the sick child in the community, adaptation for high HIV or TB settings
Companion of choice during labour and childbirth for improved quality of care
Counselling for maternal and newborn health care - a handbook for building skills
Emergency Triage Assessment and Treatment (ETAT) course
Enhanced capacity building training for frontline staff on building trust and communication facilitator's guide
Every Newborn: an action plan to end preventable deaths
Normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de atención de salud de los adolescentes
Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level
Conjunto de instrumentos técnicos HEARTS
Integrated management of adolescent and adult illness (IMAI) modules
Implementation guide for the Global standards for quality health care services for adolescents
Atención integrada para las personas mayores (ICOPE): Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud
Integrated care for older people (ICOPE): Handbook App
Integrated management of childhood illness (IMCI) Chart Booklet
Integrated management of childhood illness (IMCI) set of distance learning modules
Management of the sick young infant aged up to 2 months

<u>Management of the sick young infant aged up to 2 months: IMNCI training course</u>
<u>Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors – 2nd ed.</u>
<u>Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential</u>
<u>Pocket book of hospital care for children: Second edition</u>
<u>Quality of care for maternal and newborn health: a monitoring framework for network countries</u>
<u>Quality, equity, dignity: the network to improve quality of care for maternal, newborn and child health – strategic objectives</u>
<u>Service delivery framework and tools for infants, children and adolescents living with HIV</u>
<u>Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities</u>
<u>Standards for improving the quality of care for children and young adolescents in health facilities</u>
<u>Surgical Care at the District Hospital - The WHO Manual</u>
Revisión de próxima publicación, OMS
<u>Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn</u>
<u>Tools for implementing WHO PEN (Package of essential noncommunicable disease interventions)</u>
<u>Cardiovascular risk prediction charts</u>
<u>WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes</u>
<u>WHO recommendations on newborn health</u>

3.9 Investigaciones orientadas a la atención primaria de salud

Investigación y gestión de los conocimientos, en particular la divulgación de las enseñanzas extraídas, así como el uso de los conocimientos para acelerar la ampliación de estrategias eficaces y, de este modo, fortalecer los sistemas orientados a la APS

124. Los sistemas, las políticas, las estrategias y los planes operacionales de salud deben basarse en las mejores pruebas disponibles sobre lo que funciona y cómo funciona. Las investigaciones sobre sistemas de salud y las investigaciones sobre la aplicación de las intervenciones que apoyan los tres componentes de la APS son fundamentales para proporcionar esta información. Este mecanismo operacional se vincula directamente con todos los demás mecanismos del marco operacional, ya que las investigaciones sobre sistemas de salud y sobre la aplicación deben fomentar de manera integral la creación, la gestión, la difusión y el uso de los conocimientos en torno a todos los mecanismos para impulsar los progresos hacia la APS.

125. Las investigaciones sobre la aplicación relacionadas con la APS se enfrentan a varios retos fundamentales, entre ellos:

- elaborar estrategias para atender las necesidades de la población y las prioridades de políticas, y para adoptar enfoques eficientes en el establecimiento de prioridades;
- determinar las formas óptimas de colaborar con las personas, las comunidades y otras partes interesadas multisectoriales para mejorar los resultados sanitarios;
- revigorizar un enfoque de la equidad, por ejemplo, abordando de manera eficaz la brecha entre las zonas urbanas y rurales o las dimensiones de género de la salud;
- garantizar la prestación de servicios esenciales en situaciones de emergencia;
- determinar los mejores criterios para responder adecuadamente (tanto respecto de la gestión como de la prevención) a los retos que plantean la multimorbilidad y una polimedicación inadecuada a través de plataformas de prestación de servicios;
- comprender la calidad de los servicios de salud (entre ellos la eficacia, la atención centrada en las personas, la puntualidad, la integración, la eficiencia y la seguridad) y las investigaciones operacionales para evaluar el impacto de las intervenciones destinadas a mejorar esas dimensiones de la calidad;
- evaluar los efectos y las modalidades más eficaces de la prestación de servicios tanto del sector privado como del público, incluida una evaluación de las consecuencias para la equidad;
- desarrollar y apoyar modelos de transmisión de conocimientos para salvar la brecha del conocimiento y promover la asimilación de conocimientos en la aplicación y la investigación de los sistemas de APS.

126. Dado que las investigaciones orientadas a la APS deben centrarse en los tres componentes de la APS, también deben reunir a una amplia gama de partes interesadas del sector de la salud, así como a otros sectores que se encargan de ámbitos que influyen en la salud de las personas, como la educación, el trabajo o el transporte. Entre las partes interesadas pertinentes que deben participar figuran entidades que financian la investigación (públicas y de beneficencia), instituciones académicas y centros de investigación, instituciones de evaluación de la tecnología sanitaria, sociedades científicas, los ministerios que se encargan de la ciencia y la investigación, y otras instancias decisorias gubernamentales y profesionales de la atención sanitaria. En la mayor medida posible, los investigadores externos deben asociarse con instituciones locales y crear capacidad en esas instituciones para que puedan dirigir los procesos de investigación. Asimismo, es importante que las personas y las comunidades participen en el proceso de investigación en la mayor medida

posible, a fin de asegurar la comprensión de los problemas que requieren investigaciones sobre la aplicación y un diseño adecuado de los estudios, a lo que sigue una cooperación con ellos en la difusión de las conclusiones y, por último, la traducción de estos en un cambio de políticas.(67 a 70) La investigación basada en la acción participativa reconoce las importantes contribuciones que las personas y las comunidades aportan al establecimiento de prioridades respecto de las cuestiones, la creación de conocimientos y la acción basada en pruebas en materia de salud, como por ejemplo:(71)

- la respuesta a preguntas que son importantes para las comunidades y que ayudan a comprender los determinantes sociales de la salud;
- la comprensión de los modos en que las funciones y las relaciones sociales afectan al desempeño de los sistemas de salud;
- el fortalecimiento de la comunicación y el respeto mutuo entre las partes interesadas en el ámbito de la salud, incluidas las más vulnerables y desfavorecidas;
- la reducción del desfase entre el conocimiento y la práctica;
- la mejora de la credibilidad de los resultados de las investigaciones;
- el fortalecimiento de los mecanismos de responsabilidad social.

127. No basta simplemente con llevar a cabo esta investigación. Es crucial que se difunda para fundamentar la formulación de políticas y la adopción de decisiones. Los medios de difusión se están transformando rápidamente a medida que las modernas tecnologías de la información y las comunicaciones permiten nuevas opciones, como los wikis y los modelos de aprendizaje, que funcionan virtualmente. Es importante compartir los enfoques y modelos que han tenido éxito, pero también es importante compartir ejemplos de fracasos para que otros puedan aprender de ellos.

128. El compromiso político y el liderazgo de la APS (véase la sección 2.1) son factores propicios para que los conocimientos y el aprendizaje generados recientemente en torno a la APS no solo se difundan, sino que se reflejen en la gobernanza, las políticas, las estrategias y los planes. La consecuencia es que la financiación de la APS en su conjunto (véase la sección 2.3) debe garantizar una asignación de fondos adecuada y sostenible para llevar a cabo una investigación orientada a la APS que fundamente y acelere la adopción de decisiones y medidas en torno a los mecanismos de la APS. Tanto el compromiso político como la asignación de fondos demuestran la manera en que las investigaciones orientadas a la APS y los otros mecanismos se habilitan mutuamente, y estos últimos facilitan aquellas.

Cuadro 27. Investigaciones orientadas a la atención primaria de salud: acciones e intervenciones

A nivel de políticas
• Aumentar la financiación específica destinada a la capacidad de investigación orientada a la APS (como por ejemplo en los institutos o escuelas nacionales de investigación) y la financiación específica en particular para la investigación de sistemas complejos mediante convocatorias de propuestas estándar y específicas. • Adoptar modelos eficientes de transmisión de conocimientos, posiblemente como parte de las atribuciones específicas de los institutos de investigación en materia de APS. • Aplicar una perspectiva de equidad a la investigación y evaluación de las políticas sobre los sistemas de salud. • Desarrollar y aplicar enfoques para la coproducción de investigaciones orientadas a la APS (incluidas las cuestiones de investigación, el diseño, la difusión y el uso de los resultados) con personas y comunidades, así como establecer la participación de las personas y las comunidades como requisito para el acceso a proyectos financiados con fondos públicos.
A nivel operacional
• Apoyar el desarrollo de redes de investigación orientadas a la APS. • Apoyar las investigaciones sobre la aplicación para fundamentar la ampliación de intervenciones y modelos eficaces. • Implicar a las comunidades en el desarrollo de un programa de investigación compartido de salud pública.
De las personas y las comunidades
• Abogar por la participación de las personas y las comunidades en las cuestiones de investigación, el diseño y la realización de estudios, y su difusión. • Participar cuando se establezca la participación del público y de los pacientes (por ejemplo, mediante juntas consultivas comunitarias).

Cuadro 28. Investigaciones orientadas a la atención primaria de salud: instrumentos y recursos

Instrumentos y recursos del sistema de salud
A health policy analysis reader: The politics of policy change in low- and middle-income countries
A Health Policy and Systems Research Reader on Human Resources for Health
Evidence synthesis for health policy and systems: a methods guide
Health Policy and Systems Research - A Methodology Reader
Investigación sobre la implementación de políticas de salud: Guía práctica
Implementation research toolkit
Participatory Action Research in health systems - A Methods Reader
Primary Health Care Systems (PRIMASYS) Case Studies
Rapid reviews to strengthen health policy and systems: a practical guide

3.10 Vigilancia y evaluación

Vigilancia y evaluación por medio de sistemas de información sanitaria que funcionan correctamente, generan datos fiables y apoyan el uso de información para mejorar la toma de decisiones y el aprendizaje de los agentes locales, nacionales y mundiales

129. La vigilancia, la evaluación y el examen de los progresos y el desempeño en materia de salud son esenciales para que las medidas y decisiones prioritarias se apliquen según lo previsto en relación con los objetivos y metas convenidos. En el contexto de la APS, esto significa que los países tendrán que ser capaces de evaluar las deficiencias, determinar las prioridades, establecer líneas de base y metas, y hacer un seguimiento de los progresos y el desempeño en todos los mecanismos estratégicos y operacionales del marco operacional en sus esfuerzos encaminados a fortalecer los tres componentes de la APS.

130. Dado que el objetivo final del fortalecimiento de la APS es la salud para todos, sin distinción de ningún tipo, tal como se plasma en la cobertura sanitaria universal y en los ODS relacionados con la salud, los países tendrán que ser capaces de hacer un seguimiento de la forma en que sus decisiones, acciones e inversiones relativas a la APS abordan y mejoran la cobertura de los servicios, la protección del riesgo financiero, los determinantes de la salud y, en última instancia, el estado de salud de las personas y las poblaciones.

131. Este empeño requiere que los países establezcan un enfoque amplio, coherente e integrado de la vigilancia y la evaluación basado en un marco lógico y en los resultados, que abarque las dimensiones de la equidad y los componentes multisectoriales en su totalidad. Este marco debe incluir indicadores que se ajusten a los mecanismos del marco operacional y otras actividades de vigilancia conexas (por ejemplo, en el desempeño de los sistemas de salud, la CSU y los ODS); basarse en datos precisos y actualizados de una serie de sistemas de datos nacionales que funcionen bien; y permitir un análisis gradual o «en cascada» que vincule los insumos con los resultados y facilite la adopción de decisiones y la mejora del desempeño. Los indicadores deben tener la suficiente profundidad y especificidad para permitir a los países evaluar, planificar, gestionar y priorizar los ámbitos de desempeño de la APS a nivel nacional, subnacional, de los centros y de la comunidad, con el fin de adoptar medidas correctivas, asignar los recursos de forma adecuada y fundamentar el diálogo sobre políticas. Para evitar la duplicación y la fragmentación, la vigilancia del desempeño de la APS debe ajustarse a los procesos nacionales de vigilancia y examen de los planes, las estrategias y los mecanismos de rendición de cuentas del sector sanitario nacional, e incorporarse a dichos procesos.

Indicadores

132. En los últimos años se ha avanzado considerablemente en la consecución de un acuerdo sobre los indicadores estándar que pueden utilizarse para seguir de cerca los progresos en la APS.(28, 72 a 75) No obstante, sigue habiendo lagunas, en particular en ámbitos distintos de la prestación de servicios, y en los que hay menos consenso en cuanto a los métodos más adecuados, como «las personas y comunidades con capacidad de acción y decisión» o «las políticas y medidas multisectoriales». Sin embargo, la necesidad de medir la cobertura efectiva de los servicios y el carácter integrado de los ODS han desviado la atención hacia esos ámbitos y han dado lugar a una evolución de los métodos, las innovaciones y el aprendizaje.(62, 76, 77)

133. Para evaluar y vigilar eficazmente el desempeño de la APS, los países deberán basarse en una amplia gama de fuentes de datos e invertir en ellas.

134. Los sistemas de información de los centros sanitarios, entre ellos los sistemas de información clínica sistemática y las evaluaciones de los centros, son la piedra angular de la vigilancia de la APS. Los sistemas de notificación sistemáticos de los centros sanitarios, conocidos a veces como sistemas de información sobre la gestión sanitaria, proporcionan información en tiempo real sobre la utilización y la cobertura de los servicios, la atención individualizada a los clientes y los resultados sanitarios. Estos datos son esenciales para mejorar la prestación de servicios.

135. Los países también tendrán que establecer un sistema regular de evaluación de los centros con el fin de proporcionar medidas objetivas para la evaluación de la disponibilidad, la preparación, la calidad y la seguridad de los servicios de salud, en particular medidas para evaluar las capacidades de preparación y respuesta («resiliencia») en caso de emergencia o brote. Habría que incorporar encuestas a nivel individual para evaluar las experiencias y los resultados de los pacientes, y comprender mejor los conocimientos y las necesidades de la comunidad. Todos los países deben disponer de sistemas electrónicos de información logística y bases de datos exhaustivas sobre los centros de salud (una lista principal de centros de salud) que abarquen tanto la prestación de servicios del sector público como del privado. Todos los países deben disponer de sistemas de cuentas nacionales de salud y cuentas nacionales del personal de salud mantenidas de conformidad con los patrones internacionales.

136. También se necesitarán sistemas de vigilancia de la salud pública que se basen tanto en datos sistemáticos sobre los centros como en canales basados en eventos que aprovechen una gama más amplia de fuentes. Entre ellas deben figurar las fuentes comunitarias, habida cuenta de la función decisiva que desempeñan los centros de atención primaria y sus vínculos comunitarios en la detección y la alerta temprana.

137. El uso de encuestas de población también será importante para comprender y satisfacer mejor las necesidades de la población con un alcance más amplio, como los obstáculos en el acceso a la atención, para mejorar la cobertura efectiva.

138. Será necesario realizar evaluaciones cualitativas periódicas para supervisar los progresos realizados en numerosos mecanismos, como el fomento de la aplicación de la legislación, los mecanismos de gobernanza, las reformas normativas, los sistemas de reglamentación, el diseño de la APS y los modelos de atención, entre otros.

139. Dado que las políticas y acciones multisectoriales son fundamentales para la APS, también deben recabarse datos de otros sectores, como el agua y el saneamiento, la educación, el medio ambiente y la agricultura. Además, los datos sanitarios deben incorporarse a las evaluaciones del desempeño de otros sectores. El examen de los datos multisectoriales que repercuten en la salud también debe considerarse en el marco de los mecanismos de coordinación multisectorial existentes. Los datos específicos variarán según el país en función de los determinantes más pertinentes de la salud, y la reunión de datos requerirá normalmente la colaboración con los ministerios pertinentes distintos del de salud.

140. Como se destaca en la sección 3.7, las tecnologías de la información y las comunicaciones están ofreciendo nuevas posibilidades, ya que los teléfonos móviles y las tabletas facilitan la rápida reunión e intercambio de datos. Sus aplicaciones también pueden ayudar a abordar en qué medida todos los dispensadores —incluidos los agentes de salud comunitarios, los dispensadores del sector privado y los dispensadores de zonas remotas— están incluidos en los sistemas de reunión de datos. Cabe la posibilidad de que esas tecnologías también respalden la importante función que desempeñan las personas y las comunidades al generar información sobre su propia salud y las experiencias de interacción con los sistemas de salud. Por ejemplo, en los países de ingresos altos, las tecnologías de la información y las comunicaciones han permitido que las personas hagan un seguimiento de su propio estado de salud y de los principales determinantes de la salud (como la ingesta calórica o los niveles de ejercicio) e informen sobre la calidad de la atención que reciben con mucha más precisión que en generaciones anteriores.(78)

141. Es necesario establecer sistemas sólidos de protección de la privacidad y de protección de datos en todas las fuentes de datos.

Medición para impulsar una mejora del desempeño

142. Es necesario contar con fuentes de datos fiables para mejorar el desempeño, pero no es suficiente: los datos deben utilizarse para identificar los impedimentos y efectuar correcciones del rumbo. Los funcionarios del ministerio de salud, los gestores de distrito y de instalaciones, las asociaciones de profesionales sanitarios, los dispensadores (públicos y privados), los órganos legislativos, las comunidades, los pacientes y los medios de comunicación exigen información sanitaria accesible y de gran calidad para diversos fines.

143. Este desafío tiene dimensiones técnicas, como la necesidad de sistemas interoperables y de que los datos estén disponibles en tiempo oportuno y en formatos fáciles de asimilar. Se trata de un elemento importante para crear una cultura de examen periódico y uso de datos para fundamentar la adopción de decisiones. Sin embargo, para completar el proceso de reunión, análisis y utilización de los datos se requiere un cambio de comportamiento —por ejemplo, mediante capacitación e incentivos— además de soluciones técnicas. Una forma de institucionalizar el uso de datos es crear un proceso periódico mediante el cual las principales partes interesadas se reúnan para examinar los datos y efectuar correcciones del rumbo basadas en ellos. Numerosos países realizan exámenes anuales de los progresos realizados, ocasionalmente en forma de una asamblea nacional de la salud ampliamente consultiva.(79) Los exámenes de mitad de periodo de las estrategias nacionales son otro momento importante para sintetizar y analizar los datos y reflexionar sobre los resultados. Esos exámenes deben fundamentarse en un informe analítico amplio que ofrezca una síntesis y un análisis a fondo de todos los datos pertinentes. En los centros de salud y a nivel subnacional, las tarjetas de puntuación o los tableros de control que incluyen un conjunto limitado de indicadores clave con metas y «semáforos» tienen un gran potencial para apoyar los exámenes periódicos del desempeño de la atención primaria y mejorar la calidad de los datos.

Orientación

144. Con el fin de apoyar a los países en su labor de seguir y vigilar el desempeño de la APS, la Secretaría está elaborando una orientación complementaria para vigilar el desempeño de la APS a fin de proporcionar un marco coherente basado en los resultados para vigilar el fortalecimiento de los sistemas de salud orientados a la APS con miras a la consecución de la cobertura sanitaria universal y los ODS relacionados con la salud. Aquella proporcionará a los países un menú de indicadores para vigilar los progresos realizados en los tres componentes de la APS y los

14 mecanismos del marco operacional que se alinean con los esfuerzos de vigilancia en curso de la cobertura sanitaria universal y los ODS. La orientación también pondrá de relieve dónde y cómo pueden invertir los países en fuentes de datos para garantizar una información regular, fiable y precisa. Por último, en dicha orientación se describirán los métodos y las prácticas óptimas para analizar y utilizar los datos con el fin de impulsar una mejora del desempeño, proporcionando ejemplos de análisis en cascada, evaluación comparativa y uso de datos para fundamentar los diálogos sobre políticas, los procesos de reforma de la APS y exámenes más amplios del desempeño del sector sanitario. La orientación también abarcará los tableros de control y los perfiles de las prácticas óptimas en el marco de estos procesos relativos a la inversión y la promoción.

DRAFT

Cuadro 29. Seguimiento y evaluación: acciones e intervenciones

A nivel de políticas
• Establecer una gobernanza eficaz y mecanismos dirigidos por los países para el seguimiento y la evaluación de la APS en el contexto del seguimiento de la estrategia nacional de salud y el examen de las estrategias de salud. • Asegurar el compromiso y la participación multisectorial y de múltiples partes interesadas (por ejemplo, las comunidades, el sector privado, grupos de la sociedad civil y grupos de pacientes) en el desarrollo y la implementación de la vigilancia y evaluación del desempeño de la APS. • Asegurar que las actividades de seguimiento y evaluación, y de fortalecimiento de los sistemas de información sanitaria se presupuesten y financien en total consonancia con las partes interesadas y con pleno apoyo de estas. • Como parte integrante de la planificación sanitaria nacional en torno a la APS, diseñar y aplicar un marco integral que oriente la vigilancia, la evaluación prospectiva y el examen de la APS, y que esté en consonancia con la labor de vigilancia para lograr la CSU y otras prioridades nacionales, en particular los ODS. • Construir una cultura de examen de los progresos y el desempeño que incluya análisis sistemáticos de información cualitativa y cuantitativa, y la utilización de los resultados para la adopción de decisiones mediante la realización de exámenes regulares y transparentes con la participación de múltiples partes interesadas. • Asegurar que los resultados de los exámenes se utilicen para impulsar la asignación de recursos a las poblaciones y colectivos prioritarios más vulnerables.
A nivel operacional
• Acordar indicadores clave, adecuados a nivel nacional, para seguir de cerca los progresos realizados en el fortalecimiento de la APS y en los tres componentes del marco operacional de la APS. • Fortalecer los sistemas para generar datos sobre indicadores seleccionados, a saber, los sistemas de notificación sistemáticos de los centros sanitarios, las evaluaciones de los centros de salud, las finanzas de la salud y la contabilidad del personal, los sistemas de información para la gestión logística, las evaluaciones cualitativas, las encuestas y los sistemas de vigilancia de los pacientes y la comunidad, las encuestas domiciliarias y otros estudios y evaluaciones de las investigaciones. • Aplicar las tecnologías de la información y las comunicaciones para ampliar el alcance de los sistemas de información sobre la gestión sanitaria y los sistemas de vigilancia de pacientes, por ejemplo, a las comunidades, el sector privado y zonas remotas. • Desarrollar incentivos (financieros y de otro tipo) para promover mejoras de la calidad de los datos y supervisar el sistema de recopilación de datos, utilizando técnicas tales como un sistema de evaluaciones aleatorias o criterios de garantía de la calidad de los lotes. • Utilizar la información de los sistemas habituales como punto de partida para mejorar la supervisión de apoyo del personal de primera línea. • Crear capacidad para reunir, analizar y utilizar datos a todos los niveles para la adopción de decisiones en el ámbito local, desde los niveles comunitario, de instalaciones, subnacional y nacional. • Garantizar que los resultados de los exámenes y la información conexa sobre la APS, incluidos los de otros sectores, se publiquen y se pongan ampliamente a disposición de todas las partes interesadas.

De las personas y las comunidades

- Participar en la utilización de las tecnologías de la información y las comunicaciones para mejorar el seguimiento personal de la salud, y en los sistemas de vigilancia comunitaria.
- Participar en los esfuerzos por mejorar la calidad de los servicios de salud utilizando mecanismos de notificación para determinar las buenas y malas prácticas.

Cuadro 30. Seguimiento y evaluación: instrumentos y recursos

Instrumentos y recursos del sistema de salud
Analysis and use of health facility data toolkit
Data Quality Review (DQR) toolkit
Global Reference List of 100 Core Health Indicators (plus health-related SDGs), 2018
Harmonized approach to health facility assessments (HFA)
Health Data Collaborative
Health facility and community data toolkit
Health system performance assessment: working towards a common understanding
Indicators and Measurement Registry (IMR)
Measuring the performance of primary health care
Monitoring, evaluation and review of national health strategies: a country-led platform for information and accountability
Primary health for universal health coverage and the Sustainable Development Goals – performance measurement and monitoring De próxima publicación, OMS
Service Availability and Readiness Assessment (SARA)
Instrumentos y recursos específicos de los programas
Analysis and use of health facility data - Guidance for RMNCAH programme managers
Vigilancia de anomalías congénitas: atlas de algunos defectos congénitos
Para que cada bebé cuente: auditoría y examen de las muertes prenatales y neonatales
Maternal death surveillance and response: technical guidance. Information for action to prevent maternal death
The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM
Tripartite Monitoring and Evaluation (M&E) framework for the Global Action Plan on Antimicrobial Resistance
WHO recommendations on home-based records for maternal, newborn and child health

4. Contribuciones de los asociados internacionales

145. Como se reconoce en los compromisos de la Declaración de Astaná, la armonización del apoyo de las partes interesadas con las políticas, estrategias y planes nacionales bajo la dirección de los países es esencial para lograr progresos sostenibles en materia de APS con miras a la cobertura sanitaria universal. Los asociados internacionales —entre ellos las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, los donantes bilaterales y multilaterales, las organizaciones filantrópicas y las alianzas— apoyan la APS en los países de muy diversas formas en los planos nacional, regional y mundial. Ese apoyo incluye la prestación de orientación normativa, asistencia técnica, creación de capacidad, financiación, apoyo al aprendizaje transfronterizo, elaboración de instrumentos y generación y gestión de conocimientos. Estos esfuerzos deben intensificarse para acelerar los progresos.

146. Además de seguir apoyando la APS de esta forma, el hecho de que los asociados internacionales puedan ser más eficientes y eficaces al prestar su apoyo coordinando mejor sus esfuerzos bajo la orientación y dirección de los países es cada vez más reconocido por los propios asociados internacionales. Los asociados mundiales deben prestar apoyo a la APS mediante un enfoque integrado que aproveche al máximo las diversas ventajas y capacidades de las diferentes partes interesadas, respondiendo al mismo tiempo a las prioridades y necesidades identificadas por los países. La alineación de los donantes y el apoyo técnico con las políticas, estrategias y planes nacionales del sector sanitario, especialmente en los países que dependen en gran medida de la financiación externa para hacer realidad la APS, es especialmente importante para hacer realidad la visión de la APS.

147. En los dos últimos decenios, los países y la comunidad mundial de desarrollo se han comprometido a respetar los principios de la eficacia del desarrollo, incluidos los «siete comportamientos» para la eficacia del desarrollo sanitario y los principios que orientan el Pacto mundial de CSU2030 para avanzar hacia la cobertura sanitaria universal (véase el cuadro 31). Además, durante el Cuarto Foro de Alto Nivel sobre la Eficacia de la Ayuda celebrado en 2011, más de 160 países y 50 organizaciones acordaron los siguientes principios en el marco del acuerdo de la Alianza de Busan, sobre la base de acuerdos anteriores sobre la eficacia de la ayuda concertados en Roma (2003), París (2005) y Accra (2008): 1) alianzas para el desarrollo inclusivo; 2) apropiación de las prioridades del desarrollo por parte de los países en desarrollo; 3) concentración en los resultados; y 4) transparencia y rendición de cuentas mutua.

Cuadro 31. Principios de la eficacia del desarrollo

Siete comportamientos para la eficacia del desarrollo sanitario	Principios rectores del Pacto mundial de CSU2030
• Proporcionar asistencia técnica bien coordinada. • Apoyar una única estrategia nacional de salud. • Registrar todos los fondos para la salud en el presupuesto nacional. • Armonizar y alinearse con los sistemas nacionales de gestión financiera. • Armonizar y alinearse con los sistemas nacionales de adquisición y suministro. • Utilizar una plataforma de información y rendición de cuentas. • Apoyar la cooperación Sur-Sur y la cooperación triangular.	• No dejar a nadie atrás: un compromiso con la equidad, la no discriminación y un enfoque basado en los derechos. • Transparencia y rendición de cuentas con respecto a los resultados. • Estrategias y liderazgo nacionales en materia de salud basadas en pruebas con la rectoría gubernamental para garantizar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de la prestación de servicios. • Hacer que los sistemas de salud sean un asunto que incumbe a todos, con la participación de los ciudadanos, las comunidades, la sociedad civil y el sector privado. • Cooperación internacional basada en el aprendizaje mutuo entre países, sea cual fuere el grado de desarrollo y de los progresos realizados en el logro y la consolidación de la cobertura sanitaria universal y los principios de la eficacia del desarrollo.

La Alianza Sanitaria Internacional para la Cobertura Sanitaria Universal 2030 (CSU2030)

148. La CSU2030 es el movimiento de múltiples partes interesadas destinado a acelerar el progreso hacia la CSU. Entre sus diversos miembros y grupos de interés figuran países, organizaciones internacionales e iniciativas sanitarias mundiales, fundaciones filantrópicas, la sociedad civil y el sector privado.

149. La CSU2030 procura contribuir a que los sistemas de salud sean más fuertes y resilientes y a la ampliación tanto de la cobertura como de la protección financiera. Entre sus objetivos y su enfoque figuran la consolidación del compromiso (político y financiero) y la rendición de cuentas respecto de la CSU, y la promoción de una labor conjunta más coherente por parte de los países y de todos los asociados pertinentes en el ámbito de la salud en respuesta a las necesidades de los sistemas de salud de los países y de la CSU.

150. La OMS y sus asociados, junto con otras 11 organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, está facilitando una iniciativa para mejorar la colaboración de los agentes mundiales a fin de aprovechar el alcance, la experiencia y los conocimientos especializados de la comunidad sanitaria mundial para acelerar los progresos hacia la consecución de las metas relacionadas con la salud de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. El Plan de acción mundial de los ODS a favor de una vida sana y bienestar para todos reúne el compromiso de las 12 organizaciones del sistema de las Naciones Unidas en un enfoque común basado en cuatro compromisos estratégicos: (80, 81)

- Comprometerse: un compromiso de colaborar con los países para determinar las prioridades y llevar a cabo conjuntamente la planificación y aplicación.
- Acelerar: un compromiso de actuar conjuntamente para apoyar a los países en temas específicos sobre factores aceleradores, incluidos la igualdad de género y los bienes públicos mundiales.
- Alinear: un compromiso de armonizar las estrategias, políticas y enfoques operacionales y financieros.
- Responder: un compromiso de examinar los progresos y aprender juntos para mejorar la rendición de cuentas compartida.

151. En el marco del Plan de acción mundial a favor de una vida sana y bienestar para todos, la APS se ha identificado como el primero de los siete temas transversales sobre factores aceleradores en los que la colaboración de los asociados y la acción conjunta ofrecen oportunidades sustanciales para acelerar los progresos hacia el Objetivo 3 y los demás ODS relacionados con la salud. (81) Los seis temas restantes sobre factores aceleradores — financiación sostenible para la salud; participación de la comunidad y la sociedad civil; determinantes de la salud; programación innovadora en entornos frágiles y vulnerables para las respuestas a brotes epidémicos, la investigación y el desarrollo; innovación y acceso; y datos y salud digital — se vinculan estrechamente con los mecanismos estratégicos y operacionales básicos bajo la égida de la APS y ofrecen nuevas oportunidades para que los asociados se unan en un enfoque colectivo de la APS en los países.

152. Además de estas 12 entidades de las Naciones Unidas, los asociados mundiales que trabajan en la APS se reunieron anteriormente en un grupo de «Asociados para la ejecución de la APS» que también examinó cuestiones de coordinación. En 2019, este grupo se unió a los asociados del Plan de acción mundial a favor de una vida sana y bienestar para todos en un acuerdo para coordinar y colaborar mejor en la prestación de la APS en el marco del factor acelerador de la APS. Este grupo más amplio está estudiando la posibilidad de crear un asociado que colabore bajo la égida de la CSU2030.

153. Los asociados del Plan de acción mundial a favor de una vida sana y bienestar para todos han acordado varias acciones conjuntas en materia de atención primaria de la salud (cuadro 32).

Cuadro 32. Plan de acción mundial a favor de una vida sana y bienestar para todos: acciones conjuntas acordadas en materia de atención primaria de salud

Acciones nacionales	Acciones mundiales/regionales
Apoyar a los países mediante una acción colectiva armonizada en los siguientes ámbitos: • apoyar la evaluación de la APS, armonizando los enfoques existentes a nivel de organismo y utilizando un enfoque común para la evaluación de los sistemas de salud; • prestar apoyo adaptado y coordinado a los países para fortalecer los sistemas de salud para la APS mediante la generación de pruebas, el establecimiento de prioridades, la planificación y la presupuestación en los países, la movilización de la financiación y el desarrollo del personal sanitario para mejorar la cobertura y la equidad, incluso en los entornos frágiles y vulnerables; • prestar asistencia para identificar quiénes se están quedando atrás y por qué, y dar prioridad a la integración con otros sectores para influir en los determinantes de la salud y los resultados sanitarios.	Garantizar un apoyo más coherente y eficaz a los países armonizando enfoques e instrumentos, y promoviendo acciones sobre los bienes públicos en los siguientes ámbitos: • colaborar en los tres componentes de la APS utilizando los mecanismos existentes, incluido un replanteamiento del apoyo financiero, cuando proceda; • utilizar los mecanismos mundiales existentes para acordar un marco para la vigilancia de la APS con una mejor medición que se pondrá a disposición de los países para su adaptación y utilización, incluida la financiación; • perfeccionar y fortalecer la capacidad de los asociados para comprometerse, acelerar, armonizar y rendir cuentas de manera eficaz a fin de promover la APS mediante su labor a nivel de los países utilizando herramientas, instrumentos y enfoques comunes; • desarrollar, finalizar y ampliar los instrumentos y enfoques de «no dejar a nadie atrás» para promover una orientación común de los equipos de las Naciones Unidas en los países.

154. El UNICEF y la OMS, que lideran conjuntamente el factor acelerador de la APS, apoyarán la función de coordinación a nivel nacional y mundial. Este mecanismo de coordinación no sustituye ni reemplaza ningún acuerdo de coordinación vigente del sector de la salud que ya exista en un país determinado.

155. Los cambios graduales en la APS impulsados por acciones e intervenciones aisladas y acompañadas de los mecanismos del proyecto de marco operacional no bastarán para lograr la CSU ni los ODS relacionados con la salud. Para lograr los dos últimos objetivos será necesario emprender acciones audaces basadas en el liderazgo político, con una visión explícita, firme y bien definida, y la participación de las personas, las comunidades y otras partes interesadas, y datos empíricos y un marco de vigilancia y evaluación que sean pertinentes para la APS. Las lecciones extraídas de anteriores esfuerzos para coordinar a los asociados en torno a las políticas, estrategias y planes nacionales de salud deben aplicarse a estos mecanismos permanentes si los asociados mundiales van a formar parte de una transformación satisfactoria de la APS en los países. En cada país se

necesita un fuerte liderazgo gubernamental y una promoción continua de la armonización y alineación de los donantes mundiales y los asociados técnicos que participan en el fortalecimiento de la APS si queremos cumplir la visión de la APS y los compromisos contraídos en la Declaración de Astaná.

DRAFT

Referencias

1. WHO, UNICEF. 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, 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328065>).
2. OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2008: la atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2008 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43952/9789243563732_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
3. WHO technical document on primary health care. Regional reports on primary health care. (<https://www.who.int/primary-health/technical-documents>), consultado el 19 de noviembre de 2019.
4. OMS, Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento/Banco Mundial. Seguimiento de la cobertura sanitaria universal: informe de monitoreo global 2017. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/310925/WHO-HIS-HGF-17.2-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).
5. Schmets G, Rajan D, Kadandale S, editors. Strategizing national health in the 21st century: a handbook. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250221>).
6. WHO. Everybody's business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2007 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43918>).
7. Siddiqi S, Masud T, Nishtar S, Peters DH, Sabri B, Bile KM et al. Framework for assessing governance of the health system in developing countries: gateway to good governance. Health Policy; 2009; 90(1):13–25.
8. WHO. The 8th Global Conference on Health Promotion, Helsinki, Finland, 10–14 June 2013: the Helsinki Statement on Health in All Policies. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.
9. 67.ª Asamblea Mundial de la Salud. Contribución al desarrollo social y económico: la actuación multisectorial sostenible para mejorar la salud y la equidad sanitaria. Resolución WHA67.12 (2014) (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67-REC1/A67_2014_REC1-sp.pdf#page=23).
10. WHO. Adelaide Statement II: Outcome Statement from the 2017 International Conference Health in All Policies: Progressing the Sustainable Development Goals. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.
11. Government of South Australia, WHO. Progressing the Sustainable Development Goals through Health in All Policies: case studies from around the world. Adelaide: Government of South Australia; 2017.

12. OMS. Principales enseñanzas sobre la aplicación del enfoque de la salud en todas las políticas en el ámbito mundial: folleto informativo. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331362/WHO-CED-PHE-SDH-18.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).
13. WHO. Social determinants of health. Health and development governance: Health in All Policies. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (http://www.who.int/social_determinants/healthinallpolicies-hiap/en/), consultado el 19 de octubre de 2018.
14. WHO. Global spending on health: a world in transition. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/330357>).
15. WHO. Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019 (https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf), consultado el 24 de abril de 2020.
16. Xu K, Soucat A, Kutzin J, Brindley C, Van de Maele N, Touré H et al. Public spending on health: a closer look at global trends. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/276728>).
17. OMS. Data from the Global Health Expenditure Database (<http://apps.who.int/nha/database/Home/Index/en/>), consultado el 18 de abril de 2020.
18. Sarrami-Foroushani P, Travaglia J, Debono D, Braithwaite J. Implementing strategies in consumer and community engagement in health care: results of a large-scale, scoping meta-review. BMC Health Services Research 2014;14:402.
19. WHO. WHO community engagement framework for quality, people-centred and resilient health services. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259280>).
20. Primary Health Care Performance Initiative. Community engagement (<https://improvingphc.org/improvement-strategies/population-health-management/community-engagement>), consultado el 30 de abril de 2020.
21. Clarke D, Doerr S, Hunter M, Schmets G, Soucat A, Pavisa A. The private sector and universal health coverage. Bulletin of the World Health Organization 2019; 97:434-435.
22. WHO, UNICEF. Technical Series on Primary Health Care. Primary health care: closing the gap between public health and primary care through integration. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326458>).
23. WHO Regional Office for Europe Integrated care models: an overview (working document). Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe; 2016 (http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/322475/Integrated-care-models-overview.pdf), consultado el 24 de abril de 2020.
24. WHO. People-centred and integrated health services: an overview of the evidence. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155004/WHO_HIS_SDS_2015.7_eng.pdf?sequence=1).

25. OMS. Marcos sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona: Informe de la Secretaría. 69.ª Asamblea Mundial de la Salud, punto 16.1 del orden del día, documento A69/39. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-sp.pdf).
26. Kruk ME, Porignon D, Rockers PC, Van Lerberghe W. The contribution of primary care to health and health systems in low-and middle-income countries: a critical review of major primary care initiatives. *Social Science and Medicine*. 2010; 70(6):904–11.
27. Kane J, Landes M, Carroll C, Nolen A, Sodhi S. A systematic review of primary care models for non-communicable disease interventions in sub-Saharan Africa. *BMC Family Practice*. 2017; 18:46. doi:10.1186/s12875-017-0613-5.
28. Primary Health Care Performance Initiative: indicators library (<https://improvingphc.org/content/indicator-library>), consultado el 30 de abril de 2020.
29. WHO. Lessons from transforming health services delivery: compendium of initiatives in the WHO European Region. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/health-services-delivery/publications/2016/lessons-from-transforming-health-services-delivery-compendium-of-initiatives-in-the-who-european-region-2016>), consultado el 20 de octubre de 2018.
30. WHO. Building the primary health care workforce of the 21st century. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/328072>).
31. WHO. Health workforce requirements for universal health coverage and the sustainable development goals. Human Resources for Health Observer Series No. 17. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250330/9789241511407-eng.pdf?sequence=1>).
32. WHO. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf;sequence=1>).
33. OMS. Directrices de la OMS sobre política sanitaria y apoyo al sistema para optimizar los programas de agentes de salud comunitarios. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326553/9789243550367-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).
34. Day-Stirk F, Massoud R. Improving health worker productivity and performance in the context of universal health coverage: the roles of standards, quality improvement, and regulation. Technical Working Group (TWG) #7 (http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/WG7_Productivityandperformance.pdf), consultado el 20 de octubre de 2018.
35. Bouzid M, Hunter P. What is the impact of water, sanitation and hygiene in health care facilities on care seeking behaviour and patient satisfaction? A systematic review of evidence from low- and middle-income countries. 2018. *BMJ Global Health*. 3;3.

36. WHO Regional Office for South-East Asia. Strengthening frontline services for universal health coverage by 2030: Report of the Regional Consultation, 23-25 July 2019. New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South-East Asia; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329858>).
37. WHO. A study on the public health and socioeconomic impact of substandard and falsified medical products. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (<http://www.who.int/medicines/regulation/ssffc/publications/Layout-SEstudy-WEB.pdf>), consultado el 20 de octubre de 2018.
38. WHO. Health technology assessment. (<http://www.who.int/health-technology-assessment/en/>), consultado el 20 de octubre de 2018.
39. World Health Organization. Model list of essential medicines: 21st list. 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325771>).
40. The World Bank Group. Climate-smart healthcare: Low-carbon and resilience strategies for the health sector. 2017 (<https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/27809>), consultado el 10 de julio de 2019.
41. Mackintosh M, Channon A, Karan A, Selvaraj S, Cavagnero E, Zhao H. What is the private sector? Understanding private provision in the health systems of low-income and middle-income countries. Lancet. 2016; 388(10044):596–605.
42. Grépin K. Private sector an important but not dominant provider of key health services in low- and middle-income countries. Health Affairs. 2016; 35(7):1214–21.
43. Powell-Jackson T, Macleod D, Benova L, Lynch C, Campbell OM. The role of the private sector in the provision of antenatal care: a study of Demographic and Health Surveys from 46 low- and middle-income countries. Tropical Medicine and International Health. 2015; 20(2):230–9.
44. Private sector accounts (<http://www.privatesectorcounts.org/>), consultado el 20 de octubre de 2018.
45. McPake B, Hanson K. Managing the public–private mix to achieve universal health coverage. Lancet. 2016; 388(10044):622–30.
46. Thomas C, Makinen M, Blanchet N, Krusell K, editors. Engaging the private sector in primary health care to achieve universal health coverage: advice from implementers, to implementers. Joint Learning Network for Universal Health Coverage Primary Health Care Technical Initiative; 2016.
47. Montagu D, Goodman C. Prohibit, constrain, encourage, or purchase: how should we engage with the private health-care sector? Lancet. 2016; 388(10044):613–21.
48. WHO. Draft for Consultation - Engaging the private health service delivery sector through governance in mixed health systems. 2019. The Advisory Group on the Governance of the Private Sector for UHC. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019 (<https://www.who.int/news-room/articles-detail/public-consultation-on-the-draft-who-roadmap-engaging-the-private-health-sector-through-integrated-service-delivery-governance-in-mixed-health-systems>), consultado el 20 de abril de 2020.

49. SHOPS Plus. Assessment to action: a guide to conducting private health sector assessments (<https://assessment-action.net/>), consultado el 20 de octubre de 2018.
50. Phalkey RK, Butsch C, Belesova K, Kroll M, Kraas F. From habits of attrition to modes of inclusion: enhancing the role of private practitioners in routine disease surveillance. BMC Health Services Research 2017; 17:599.
51. Langenbrunner JC, Cashin CS, O'Dougherty S, editors. Designing and implementing health care provider payment systems: how-to manuals. Washington DC: World Bank; 2009.
52. Cashin C, Chi Y-L, Smith PC, Borowitz M, Thomson S. Paying for performance in health care: implications for health system performance and accountability. European Observatory on Health Systems and Policies Series. Maidenhead, United Kingdom: McGraw-Hill Education; 2014 (http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0020/271073/Paying-for-Performance-in-Health-Care.pdf), consultado el 21 de octubre de 2018.
53. Joint Learning Network. Using Data Analytics to Monitor Health Provider Payment Systems. 2017 (<http://www.jointlearningnetwork.org/resources/data-analytics-for-monitoring-provider-payment-toolkit>), consultado el 10 de julio de 2019.
54. ICT facts and figures 2017 [and related downloads]. International Telecommunication Union (<https://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Pages/facts/default.aspx>), consultado el 21 de octubre de 2018).
55. World development report 2016: digital dividends. Washington DC: World Bank; 2016 (<http://www.worldbank.org/en/publication/wdr2016>), consultado el 21 de octubre de 2018.
56. Global diffusion of eHealth: Making universal health coverage achievable. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252529/9789241511780-eng.pdf?sequence=1>).
57. National eHealth strategy toolkit. World Health Organization and International Telecommunication Union; 2012 (<http://www.who.int/iris/handle/10665/75211>).
58. WHO. Classification of digital health interventions v1.0: A shared language to describe the uses of digital technology for health. 2018 (<https://www.who.int/reproductivehealth/publications/mhealth/classification-digital-health-interventions/en/>), consultado el 10 de julio de 2019.
59. WHO. WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311941>).
60. District Health Information System 2 (DHIS2) (disponible en <https://www.dhis2.org/>, consultado el 21 de octubre de 2018).

61. Data and innovation: draft global strategy on digital health (disponible en https://www.who.int/docs/default-source/documents/gs4dhdaa2a9f352b0445bafbc79ca799dce4d.pdf?sfvrsn=f112ede5_38, consultado el 30 de abril de 2020); véase también Datos e innovación: proyecto de estrategia mundial sobre salud digital, documento EB146/26. Organización Mundial de la Salud, Consejo Ejecutivo, 146.ª reunión, 2019 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146_26-sp.pdf?ua=1), consultado el 20 de abril de 2020.
62. Kruk ME, Gage A, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, et al. for the Lancet Global Health Commission on High-Quality Health Systems in the SDG Era. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Global Health*. 2018;6(11):E1196-E1252 doi: 10.1016/S2214-109X (18)30386-3.
63. Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage. Geneva: World Health Organization, Organization for Economic Co-operation and Development, and World Bank; 2018 (<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272465/9789241513906-eng.pdf?ua=1>).
64. WHO. Handbook for national quality policy and strategy: a practical approach for developing policy and strategy to improve quality of care. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272357>).
65. WHO. Technical Series on Safer Primary Care. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2016 (http://www.who.int/patientsafety/topics/primary-care/technical_series/en/), consultado el 20 de octubre de 2018.
66. WHO. Quality in primary health care. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326461>).
67. Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases: implementation research toolkit. Ginebra, Organización Mundial de la Salud (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/110523>).
68. Goodyear-Smith F, Mash R. How to do primary care research. Boca Raton, United States of America: CRC Press; 2018.
69. Awoonor-Williams JK, Appiah-Denkyira E. Bridging the intervention–implementation gap in primary health care delivery: the critical role of integrated implementation research. *BMC Health Services Research*. 2017; 17(3):772.
70. Paina L, Ekirapa-Kiracho E, Ghaffar A, Bennett S, editors. Engaging stakeholders in implementation research: tools, approaches, and lessons learned from application. *Health Research Policy and Systems*; 2017.
71. Loewenson R, Laurell AC, Hogstedt C, D'Ambruoso L, Schroff Z (2014). Participatory action research in health systems: a methods reader. TARSC, AHPSP, WHO, IDRC Canada, EQUINET, Harare. ISBN 9780797459762 (https://equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/PAR_Methods_Reader2014_for_web.pdf), consultado el 21 de abril de 2020.

72. WHO. 2018 Global reference list of 100 core health indicators (plus health-related SDGs). Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259951>).
73. OECD. Health at a Glance 2019: OECD Indicators. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development; 2019 (<https://www.oecd.org/health/health-systems/health-at-a-glance-19991312.htm>), consultado el 27 de abril de 2020.
74. OECD, Statistical Office of the European Communities, WHO. A system of health accounts, 2011 edition. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development; 2011 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44775>).
75. OMS. Cuentas nacionales del personal de salud: un manual. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330361/9789243513119-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).
76. Global Sustainable Development Goals Indicators Database. United Nations Statistics Division (<https://unstats.un.org/sdgs/indicators/database/>), consultado el 27 de abril de 2020.
77. Recommendations to OECD ministers of health from the high level reflection group on the future of health statistics – Strengthening the international comparison of health system performance through patient-reported indicators. Paris: Organization for Economic Co-operation and Development; 2017 (<https://www.oecd.org/els/health-systems/Recommendations-from-high-level-reflection-group-on-the-future-of-health-statistics.pdf>), consultado el 27 de abril de 2020.
78. U-Report (<https://ureport.in/>), consultado el 21 de octubre de 2018.
79. WHO. The triangle that moves the mountain: nine years of Thailand's National Health Assembly. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2017.
80. WHO. Global action plan for healthy lives and well-being for all. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019 (<https://www.who.int/sdg/global-action-plan>), consultado el 10 de julio de 2019.
81. OMS. Mayor colaboración, mejor salud: plan de acción mundial a favor de una vida sana y bienestar para todos. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2019 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327844/9789243516431-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>).

Anexo 1: Instrumentos y recursos para apoyar la puesta en marcha de mecanismos de atención primaria de salud

Instrumento/recurso	Ubicación	Mecanismo(s) ³
2019 WHO AWaRe Classification Database of Antibiotics	https://adoptaware.org/	Medicamentos y otros productos sanitarios
A compendium of tools and resources for improving the quality of health services	https://www.who.int/servicedeliverysafety/compendium-tools-resources/en/	Sistemas para mejorar la calidad de la atención
A health policy analysis reader: The politics of policy change in low- and middle-income countries	https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/publications/hpa-reader/en/	Investigación orientada a la APS
A Health Policy and Systems Research Reader on Human Resources for Health	https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/publications/9789241513357/en/	Investigación orientada a la APS
A system-wide approach to analyzing efficiency across health programmes	https://apps.who.int/iris/handle/10665/254644	Financiación y asignación de recursos
Access to rehabilitation in primary health care: an ongoing challenge	https://apps.who.int/iris/handle/10665/325522	Modelos de atención
AccessMod	https://www.who.int/choice/geoaccess/en/	Modelos de atención Infraestructura física
Access to modern energy services for health facilities in resource-constrained settings: a review of status, significance, challenges and measurement	https://apps.who.int/iris/handle/10665/156847	Infraestructura física
Age-friendly Primary Health Care Centres Toolkit	https://apps.who.int/iris/handle/10665/43860	Modelos de atención
An evidence map of social, behavioural and community engagement interventions for reproductive, maternal, newborn and child health	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/social-behavioural-community-engagement-interventions-evidence/en/	Participación de las comunidades y otras partes interesadas

³ Los instrumentos/recursos transversales pueden servir de mecanismos adicionales con respecto a la forma en que están representados en los cuadros de instrumentos y recursos de todo el documento.

Analysis and use of health facility data toolkit	https://www.who.int/healthinfo/tools_data_analysis_routine_facility/en/	Seguimiento y evaluación
Analysis and use of health facility data - Guidance for RMNCAH programme managers	https://www.who.int/healthinfo/FacilityAnalysisGuidance_RMNCAH.pdf?ua=1	Seguimiento y evaluación
Analytical guide to assess a mixed provider payment system	https://www.who.int/publications-detail/analytical-guide-to-assess-a-mixed-provider-payment-system	Sistemas de compra y de pago
Antimicrobial resistance and primary health care: brief	https://apps.who.int/iris/handle/10665/328084 Documento largo de próxima publicación, OMS: https://www.who.int/primary-health/technical-documents	Marcos de gobernanza y de políticas Medicamentos y otros productos sanitarios Sistemas para mejorar la calidad de la atención
Appropriate storage and management of oxytocin – a key commodity for maternal health WHO/UNICEF/UNFPA Joint Statement	https://www.who.int/reproductivehealth/publications/appropriate-storage-management-oxytocin/en/	Medicamentos y otros productos sanitarios
Vigilancia de anomalías congénitas: atlas de algunos defectos congénitos	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149821/9789243564760_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y	Seguimiento y evaluación
Formar a un personal sanitario competente en salud del adolescente	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254661/WHO-FWC-MCA-15.05-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y	Personal de atención primaria de salud
Building the economic case for primary health care: a scoping review	https://apps.who.int/iris/handle/10665/326293	Financiación y asignación de recursos
Building the Primary Health Care Workforce of the 21st Century	https://apps.who.int/iris/handle/10665/328072	Personal de atención primaria de salud
Cancer workforce strategy for comprehensive prevention and control	De próxima publicación, OMS	Personal de atención primaria de salud
Care for Child Development Package	https://www.unicef.org/earlychildhood/index_68195.html	Sistemas para mejorar la calidad de la atención

Care for child development: improving the care for young children	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/care_child_development/en/	Participación de las comunidades y otras partes interesadas
Caring for newborns and children in the community - Package of resources	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/community-care-newborns-children/en/	Participación de las comunidades y otras partes interesadas
Caring for the child's healthy growth and development: Caring for newborns and children in the community	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/child-healthy-growth-development/en/	Participación de las comunidades y otras partes interesadas
Caring for the sick child in the community, adaptation for high HIV or TB settings	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/newborn-child-community-care/en/	Sistemas para mejorar la calidad de la atención
Child Friendly Communities in ESAR: An Integrated Approach to Community Platforms	https://unicef.sharepoint.com/teams/ESAR-Health/Child%20Health/UNICEF%20ESAR%20Child%20Friendly%20Communities%20Ref%20Guide%20FINAL%2028May2018.pdf	Modelos de atención
Directrices de la OMS sobre política sanitaria y apoyo al sistema para optimizar los programas de agentes de salud comunitarios	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326553/9789243550367-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y	Personal de atención primaria de salud
Community health planning & costing tool	https://www.msh.org/resources/community-health-planning-and-costing-tool	Financiación y asignación de recursos Participación de las comunidades y otras partes interesadas
Community Health Worker Assessment and Improvement Matrix (CHW AIM): Updated Program Functionality Matrix for Optimizing Community Health Programs	https://www.unicef.org/media/58176/file	Participación de las comunidades y otras partes interesadas Personal de atención primaria de salud

Community Information Integration (CII) and the Central Patient Attached Registry (CPAT), a tool to integrate community Electronic Medical Records (EMRs)	https://actt.albertadoctors.org/PMH/panel-continuity/CII-CPAR/Pages/CII-Tools-and-Resources.aspx	Participación de las comunidades y otras partes interesadas Tecnologías digitales para la salud
Community planning toolkit	https://www.communityplanningtoolkit.org/community-engagement	Participación de las comunidades y otras partes interesadas
Caja de Herramientas Comunitarias	https://ctb.ku.edu/es	Participación de las comunidades y otras partes interesadas
Companion of choice during labour and childbirth for improved quality of care	https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/companion-during-labour-childbirth/en/	Sistemas para mejorar la calidad de la atención
Compassion resilience toolkit	https://compassionresiliencetoolkit.org/health-care/a-toolkit-for-healthcare/	Participación de las comunidades y otras partes interesadas
Conceptual framework on the contribution of law to UHC	https://www.who.int/publications-detail/uhc-law-infographic	Compromiso y liderazgo políticos Marcos de gobernanza y de políticas
Continuity and coordination of care: a practice brief to support implementation of WHO's framework on integrated, people-centred health services	https://apps.who.int/iris/handle/10665/274628	Modelos de atención
Competencias básicas en materia de salud y desarrollo de los adolescentes para los proveedores de atención primaria	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/178251/9789243508313_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y	Personal de APS
Core components for Infection, prevention and control - Implementation tools and resources	https://www.who.int/infection-prevention/tools/core-components/en/	Sistemas para mejorar la calidad de la atención
Preguntas e indicadores principales para el monitoreo de los servicios de agua, saneamiento e higiene en los establecimientos de salud en el marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible	https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/core-questions-and-indicators-for-monitoring-wash/es/	Infraestructura física

Counselling for maternal and newborn health care - a handbook for building skills	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241547628/en/	Sistemas para mejorar la calidad de la atención
Country planning cycle database	https://extranet.who.int/countryplanningcycles/	Compromiso y liderazgo políticos Marcos de gobernanza y de políticas Financiación y asignación de recursos Participación de las comunidades y otras partes interesadas Seguimiento y evaluación
Critical pathways towards integrated people-centred health services	De próxima publicación, OMS	Modelos de atención
Datos e innovación: proyecto de estrategia mundial sobre salud digital	https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB146/B146_26-sp.pdf Documento final de próxima publicación, OMS	Tecnologías digitales para la salud
Data Quality Review (DQR) toolkit	https://www.who.int/healthinfo/tools_data_analysis/en/	Seguimiento y evaluación
Designing Digital Health Interventions for Impact	https://www.unicef.org/innovation/reports/designing-digital-interventions-lasting-impact	Tecnologías digitales para la salud
Digital education for building health workforce capacity	https://apps.who.int/iris/handle/10665/331524	Tecnologías digitales para la salud
Atlas digital de la salud	https://digitalhealthatlas.org/es/-/	Tecnologías digitales para la salud
Digital Health for RSSH for Global Fund guideline	https://www.theglobalfund.org/media/4759/core_resilient_sustainable_systems_for_health_in_fonote_en.pdf	Tecnologías digitales para la salud
Digital technologies: shaping the future of primary health care	https://apps.who.int/iris/handle/10665/326573	Tecnologías digitales para la salud

Draft road map for engaging the private health sector for universal health coverage	https://www.who.int/news-room/articles-detail/public-consultation-on-the-draft-who-roadmap-engaging-the-private-health-sector-through-integrated-service-delivery-governance-in-mixed-health-systems Documento final de próxima publicación, OMS	Colaboración con los dispensadores del sector privado
Emergency Triage Assessment and Treatment (ETAT) course	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241546875/en/	Sistemas para mejorar la calidad de la atención
Engaging the private sector for service delivery	https://www.who.int/news-room/articles-detail/public-consultation-on-the-draft-who-roadmap-engaging-the-private-health-sector-through-integrated-service-delivery-governance-in-mixed-health-systems	Colaboración con los dispensadores del sector privado
Engaging the Private Sector in Primary Health Care to Achieve universal health coverage: Advice from Implementers, to Implementers	https://www.jointlearningnetwork.org/resources/primary-health-care-indicator-inventory/	Colaboración con los dispensadores del sector privado
Enhanced capacity building training for frontline staff on building trust and communication facilitator's guide	https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/qhc/trust-communication_training-guide.pdf?ua=1	Sistemas para mejorar la calidad de la atención
Normas básicas de higiene del entorno en la atención sanitaria	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246209/9789243547237-spa.pdf?sequence=1	Infraestructura física
Every Newborn: an action plan to end preventable deaths	https://www.who.int/publications-detail/every-newborn-an-action-plan-to-end-preventable-deaths	Sistemas para mejorar la calidad de la atención
Evidence synthesis for health policy and systems: a methods guide	https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/publications/hsr-synthesis/en/	Investigaciones orientadas a la atención primaria de salud

Framework for the implementation of a telemedicine service	https://iris.paho.org/handle/10665.2/28414	Tecnologías digitales para la salud
Global Competency Framework for Universal Health Coverage	De próxima publicación, OMS	Personal de atención primaria de salud
Global Health Expenditure Database - estimations of primary health care expenditure	https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/Index/en	Financiación y asignación de recursos
Global Reference List of 100 Core Health Indicators (plus health-related SDGs), 2018	https://www.who.int/healthinfo/indicators/2018/en/	Seguimiento y evaluación
Normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de atención de salud de los adolescentes	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/global-standards-adolescent-care/es/	Sistemas para mejorar la calidad de la atención
Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf?sequence=1	Personal de atención primaria de salud
Good governance for medicines: model framework, updated version 2014	https://apps.who.int/iris/handle/10665/129495	Medicamentos y otros productos sanitarios
Governance for strategic purchasing: An analytical framework to guide a country assessment	https://www.who.int/publications-detail/governance-for-strategic-purchasing-an-analytical-framework-to-guide-a-country-assessment	Sistemas de compra y de pago
Guide to integrated community case management procurement and supply and management Planning for Global Fund Grants	https://www.childhealthtaskforce.org/sites/default/files/2018-12/Guide%20to%20iCCM%20PSM%20Planning%20for%20Global%20Fund%20Grants%20%28English%29_Nairobi%20iCCM%20Meeting%202016.pdf	Participación de las comunidades y otras partes interesadas. Medicamentos y otros productos sanitarios
Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level	https://www.who.int/gpsc/ipc-components-guidelines/en/	Sistemas para mejorar la calidad de la atención
Handbook for national quality policy and strategy - A practical approach for developing policy and	https://apps.who.int/iris/handle/10665/272357	Sistemas para mejorar la calidad de la atención

strategy to improve quality of care		
Harmonized approach to health facility assessments (HFA)	https://www.who.int/healthinfo/systems/Standardized-HFA-Flier-Dec2019.pdf?ua=1	Seguimiento y evaluación
Health Data Collaborative	https://www.healthdatacollaborative.org/	Seguimiento y evaluación
Health facility and community data toolkit	https://www.who.int/healthinfo/facility_information_systems/Facility_Community_Data_Toolkit_final.pdf?ua=1	Seguimiento y evaluación
Health in All Policies as part of the primary health care agenda on multisectoral action	https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/326463	Marcos de gobernanza y de políticas
Health in all policies training manual	https://apps.who.int/iris/handle/10665/151788	Marcos de gobernanza y de políticas Participación de las comunidades y otras partes interesadas
Health in all policies: Helsinki statement Framework for country action	https://apps.who.int/iris/handle/10665/112636	Marcos de gobernanza y de políticas Participación de las comunidades y otras partes interesadas
Health Policy and Systems Research - A Methodology Reader	https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/publications/9789241503136/en/	Investigaciones orientadas a la atención primaria de salud
Health system performance assessment: working towards a common understanding	https://www.uhc2030.org/what-we-do/coordination-of-health-system-strengthening/uhc2030-technical-working-groups/health-systems-assessment-technical-working-group/	Compromiso y liderazgo políticos Marcos de gobernanza y de políticas Seguimiento y evaluación
HEARTS technical package	https://www.who.int/cardiovascular_diseases/hearts/en/	Sistemas para mejorar la calidad de la atención
Imbalances in rural primary care: a scoping literature review with an emphasis on the WHO European Region	Documento largo de próxima publicación, OMS: https://www.who.int/primary-health/technical-documents	Modelos de atención

Implementation guide for the Global standards for quality health care services for adolescents	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/183935/9789241549332_vol2_eng.pdf?sequence=4	Sistemas para mejorar la calidad de la atención
Investigación sobre la implementación de políticas de salud: Guía práctica	https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/Implementation_Research_SP.pdf?ua=1	Investigaciones orientadas a la atención primaria de salud
Implementation research toolkit	https://www.who.int/tdr/publications/topics/ir-toolkit/en/	Investigaciones orientadas a la atención primaria de salud
Implementing malaria in pregnancy programs in the context of World Health Organization recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience	https://www.who.int/reproductivehealth/publications/implementing-malaria-pregnancy-programmes-brief/en/	Modelos de atención
Improving the quality of health services: tools and resources	https://apps.who.int/iris/handle/10665/310944?locale-attribute=pt&	Sistemas para mejorar la calidad de la atención
Indicators and Measurement Registry (IMR)	https://apps.who.int/gho/data/node.wrapper.imr?x-id=1	Seguimiento y evaluación
Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework: guidance for systems and services	https://www.who.int/ageing/publications/icope-framework/en/	Modelos de atención
Atención integrada para las personas mayores (ICOPE): Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud	https://www.who.int/ageing/publications/icope-handbook/en/	Sistemas para mejorar la calidad de la atención
Integrated care for older people (ICOPE): Handbook App	https://www.who.int/ageing/health-systems/icope/en/	Sistemas para mejorar la calidad de la atención
Integrated care for older people: realigning primary health care to respond to population ageing	https://apps.who.int/iris/handle/10665/326295	Modelos de atención
Integrated Community Case Management Gap Analysis Tool	De próxima publicación, UNICEF	Financiación y asignación de recursos Participación de las comunidades y otras partes interesadas

WHO Integrated health services toolkit (including modules for primary care, emergency and critical care)	WHO emergency care toolkit: Emergency Care Systems Assessment Tool: https://www.who.int/emergencycare/activities/en/ International Registry for Trauma and Emergency Care: https://www.who.int/emergencycare/irtec/en Atención básica de emergencia: abordaje de lesionados y enfermos agudos: https://www.who.int/es/publications/i/item/basic-emergency-care-approach-to-the-acutely-ill-and-injured Medical Emergency Checklist: https://www.who.int/publications-detail/who-medical-emergency-checklist Trauma Checklist: https://www.who.int/emergencycare/trauma-care-checklist-launch/en/ Primary care toolkit and critical care components forthcoming	Sistemas para mejorar la calidad de la atención
Integrated management of adolescent and adult illness (IMAI) modules	https://www.who.int/3by5/publications/documents/imai/en/	Sistemas para mejorar la calidad de la atención
Integrated management of childhood illness (IMCI) Chart Booklet	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/IMCI_chartbooklet/en/	Sistemas para mejorar la calidad de la atención
Integrated management of childhood illness (IMCI) set of distance learning modules	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9789241506823/en	Sistemas para mejorar la calidad de la atención
Integrating health services: brief	https://apps.who.int/iris/handle/10665/326459	Modelos de atención
Interagency list of medical devices for essential interventions for reproductive, maternal, newborn and child health	https://apps.who.int/iris/handle/10665/205490	Medicamentos y otros productos sanitarios

Interagency package: essential health products for primary health care	De próxima publicación, OMS	Medicamentos y otros productos sanitarios
Principales enseñanzas sobre la aplicación del enfoque de la salud en todas las políticas en el ámbito mundial: folleto informativo	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331362/WHO-CED-PHE-SDH-18.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y	Marcos de gobernanza y de políticas Participación de las comunidades y otras partes interesadas
Legal access rights to health care	https://www.who.int/publications-detail/uhc-law-in-practice-legal-access-rights-to-health-care-introduction	Compromiso y liderazgo políticos Marcos de gobernanza y de políticas
Local Engagement Assessment and Planning (LEAP): A toolkit for enhancing integrated and people-centred health services	De próxima publicación, OMS	Modelos de atención
Overview of technologies for the treatment of infectious and sharp waste from health care facilities	https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/technologies-for-the-treatment-of-infectious-and-sharp-waste/en/	Infraestructura física
Para que cada bebé cuente: auditoría y examen de las muertes prenatales y neonatales	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/258931/9789243511221-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y	Seguimiento y evaluación
Management of the sick young infant aged up to 2 months	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/management-sick-young-infant-0-2-months/en/	Sistemas para mejorar la calidad de la atención
Management of the sick young infant aged up to 2 months: IMNCI training course	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/management-sick-young-infant-0-2-months-training/en/	Sistemas para mejorar la calidad de la atención
Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors – 2nd ed.	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/managing-complications-pregnancy-childbirth/en/	Sistemas para mejorar la calidad de la atención
Maternal death surveillance and response: technical guidance. Information for	https://apps.who.int/iris/handle/10665/87340	Seguimiento y evaluación

action to prevent maternal death		
Measuring the performance of primary health care	https://www.jointlearningnetwork.org/resources/primary-health-care-indicator-inventory/	Sistemas para mejorar la calidad de la atención
Mental health in primary care: illusion or inclusion?	https://apps.who.int/iris/handle/10665/326298	Modelos de atención
Midwifery education modules - Education material for teachers of midwifery	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241546662/en/	Personal de atención primaria de salud
Minimum Quality Standards for Community Engagement	https://www.unicef.org/mena/reports/community-engagement-standards	Participación de las comunidades y otras partes interesadas
Minimum Requirements for infection prevention and control (IPC) programmes	https://www.who.int/infection-prevention/publications/min-req-ipc-manual/en/	Sistemas para mejorar la calidad de la atención
Monitoring, evaluation and review of national health strategies: a country-led platform for information and accountability	https://apps.who.int/iris/handle/10665/85877	Seguimiento y evaluación
National eHealth strategy toolkit	https://apps.who.int/iris/handle/10665/75211	Tecnologías digitales para la salud
National Health Workforce Accounts Handbook and Implementation Guide	https://www.who.int/hrh/statistics/nhwa/en/	Personal de atención primaria de salud
National Quality Policy and Strategy Tools and Resources Compendium	https://apps.who.int/iris/handle/10665/329961	Sistemas para mejorar la calidad de la atención
Nurturing care for early childhood development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272603/9789241514064-eng.pdf	Sistemas para mejorar la calidad de la atención
Nutrition - WASH Toolkit. Guide for Practical Joint Actions	https://www.unicef.org/eap/reports/nutrition-wash-toolkit-guide-practical-joint-actions	Modelos de atención
OneHealth Tool	https://www.who.int/choice/onehealthtool/en/	Financiación y asignación de recursos

Participatory Action Research in health systems - A Methods Reader	https://equinetafrica.org/sites/default/files/uploads/documents/PAR_Methods_Reader2014_for_web.pdf	Investigaciones orientadas a la atención primaria de salud
Planning and implementing palliative care services: a guide for programme managers	https://www.who.int/ncds/management/palliative-care/palliative_care_services/en/	Modelos de atención
Pocket book of hospital care for children: Second edition	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/child_hospital_care	Sistemas para mejorar la calidad de la atención
Primary health care and health emergencies: brief	https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/326451	Marcos de gobernanza y de políticas Participación de las comunidades y otras partes interesadas Modelos de atención
Primary health care and health emergencies (documento extenso)	https://apps.who.int/iris/restricted/bitstreams/1251548/retrieve	Marcos de gobernanza y de políticas Participación de las comunidades y otras partes interesadas Modelos de atención
Primary health care as an enabler for «ending the epidemics» of high-impact communicable diseases: brief	https://apps.who.int/iris/handle/10665/326294 Documento largo de próxima publicación, OMS: https://www.who.int/primary-health/technical-documents	Modelos de atención
Primary health care on the road to universal health coverage: 2019 monitoring report	https://www.who.int/healthinfo/universal_health_coverage/report/uhc_report_2019.pdf?ua=1	Financiación y asignación de recursos Participación de las comunidades y otras partes interesadas Modelos de atención
Primary Health Care Systems (PRIMASYS) Case Studies	https://www.who.int/alliance-hpsr/projects/primasys/en/	Investigaciones orientadas a la atención primaria de salud
Primary health care: closing the gap between public health and primary care through integration	https://apps.who.int/iris/handle/10665/326458	Modelos de atención
Primary health for universal health coverage and the Sustainable Development Goals – performance measurement and monitoring	De próxima publicación, OMS	Seguimiento y evaluación

Progressing the Sustainable Development Goals through Health in All Policies: Case studies from around the world	https://www.who.int/social_determinants/publications/Hiap-case-studies-2017/en/	Marcos de gobernanza y de políticas
Purchasing health services for universal health coverage: how to make it more strategic?	https://www.who.int/publications-detail/purchasing-health-services-for-universal-health-coverage-how-to-make-it-more-strategic	Sistemas de compra y de pago
Quality in primary health care	https://apps.who.int/iris/handle/10665/326461	Sistemas para mejorar la calidad de la atención
Quality of care for maternal and newborn health: a monitoring framework for network countries	https://www.who.int/docs/default-source/mca-documents/advisory-groups/quality-of-care/quality-of-care-for-maternal-and-newborn-health-a-monitoring-framework-for-network-countries.pdf?sfvrsn=b4a1a346_2	Sistemas para mejorar la calidad de la atención Seguimiento y evaluación
Quality of care: what are effective policy options for governments in low- and middle-income countries to improve and regulate the quality of ambulatory care?	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/208217/9789290616955_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y	Sistemas para mejorar la calidad de la atención
Quality, equity, dignity: the network to improve quality of care for maternal, newborn and child health – strategic objectives	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/quality-care-network-objectives/en/	Sistemas para mejorar la calidad de la atención
Rapid reviews to strengthen health policy and systems: a practical guide	https://www.who.int/alliance-hpsr/resources/publications/rapid-review-guide/en/	Investigaciones orientadas a la atención primaria de salud
Realising the value: Ten key actions to put people and communities at the heart of health and wellbeing	https://www.health.org.uk/publications/realising-the-value	Participación de las comunidades y otras partes interesadas Sistemas para mejorar la calidad de la atención
Regulation of private primary health care	https://www.jointlearningnetwork.org/resources/primary-health-care-indicator-inventory/	Colaboración con los dispensadores del sector privado Sistemas para mejorar la calidad de la atención

Road Map for the Plan of Action on Health in All Policies	https://iris.paho.org/handle/10665.2/31313	Marcos de gobernanza y de políticas Participación de las comunidades y otras partes interesadas
Roadmap for access to medicines, vaccines and health product 2019-2023: comprehensive support for access to medicines, vaccines and other health products	https://apps.who.int/iris/handle/10665/330145	Medicamentos y otros productos sanitarios
Safe management of wastes from health-care activities: a summary	https://www.who.int/water_sanitation_health/publications/safe-management-of-waste-summary/en/	Infraestructura física
Selection of essential medicines at country level – Using the WHO model list of essential medicines to update a national essential medicines list	https://www.who.int/publications-detail/selection-of-essential-medicines-at-country-level	Medicamentos y otros productos sanitarios
Service Availability and Readiness Assessment (SARA)	https://www.who.int/healthinfo/systems/sara_introduction/en/	Seguimiento y evaluación
Service delivery framework and tools for infants, children and adolescents living with HIV	http://www.childrenandaids.org/Paediatric-Service-Delivery-Framework	Sistemas para mejorar la calidad de la atención Modelos de atención
Sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health in the context of primary health care	https://apps.who.int/iris/handle/10665/326297	Modelos de atención
Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/improving-maternal-newborn-care-quality/en/	Sistemas para mejorar la calidad de la atención
Standards for improving the quality of care for children and young adolescents in health facilities	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/quality-standards-child-adolescent/en/	Sistemas para mejorar la calidad de la atención
Strategic purchasing for universal health coverage: key policy issues and questions - A summary from expert and practitioners' discussions	https://www.who.int/healthfinancing/documents/strategic-purchasing-discussion-summary/en/	Sistemas de compra y de pago

Strategizing national health in the 21st century: a handbook	https://apps.who.int/iris/handle/10665/250221	Compromiso y liderazgo políticos Marcos de gobernanza y de políticas Financiación y asignación de recursos Participación de las comunidades y otras partes interesadas Seguimiento y evaluación
Strengthening midwifery toolkit	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/strengthening_midwifery_toolkit/en/	Personal de atención primaria de salud
Strengthening Primary Health Care through Community Health Workers - Investment Case and Financing Recommendations	https://www.who.int/hrh/news/2015/CHW-Financing-FINAL-July-15-2015.pdf	Financiación y asignación de recursos Participación de las comunidades y otras partes interesadas
Strengthening quality midwifery education for universal health coverage 2030: Framework for action	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/strengthening-quality-midwifery-education-framework/en/	Personal de atención primaria de salud
Strengthening the capacity of community health workers to deliver care for sexual, reproductive, maternal, newborn, child and adolescent health	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/community-capacity-h4plus/en/	Personal de atención primaria de salud
Surgical Care at the District Hospital - The WHO Manual	https://www.who.int/surgery/publications/scdh_manual/en/ Revisión de próxima publicación, OMS	Sistemas para mejorar la calidad de la atención
Survive and thrive: transforming care for every small and sick newborn	https://www.who.int/publications-detail/survive-and-thrive-transforming-care-for-every-small-and-sick-newborn	Sistemas para mejorar la calidad de la atención
Lucha contra las ENT: «mejores inversiones» y otras intervenciones recomendadas para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259351/WHO-NMH-NVI-17.9-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y	Modelos de atención

Taking Action: Steps 4 & 5 in Twinning Partnerships for Improvement	https://www.who.int/servicedeliverysafety/twinning-partnerships/steps4-5/en/	Sistemas para mejorar la calidad de la atención
The AIDS response and primary health care: linkages and opportunities	https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/328102	Modelos de atención
The private sector, universal health coverage and primary health care	https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/312248	Colaboración con los dispensadores del sector privado
The transformative role of hospitals in the future of primary health care	https://apps.who.int/iris/handle/10665/326296	Modelos de atención
The WHO application of ICD-10 to deaths during the perinatal period: ICD-PM	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249515/9789241549752-eng.pdf?sequence=1	Seguimiento y evaluación
Tools for implementing WHO PEN (Package of essential noncommunicable disease interventions)	https://www.who.int/ncds/management/pen_tools/en/	Modelos de atención Sistemas para mejorar la calidad de la atención
TOWARDS ACCESS 2030 - WHO Medicines and Health Products Programme Strategic Framework 2016 - 2030	https://www.who.int/medicines/publications/towards_access2030/en/	Medicamentos y otros productos sanitarios
Traditional and complementary medicine in primary health care	De próxima publicación, OMS: https://www.who.int/primary-health/technical-documents	Modelos de atención
Tripartite Monitoring and Evaluation (M&E) framework for the Global Action Plan on Antimicrobial Resistance	https://www.who.int/antimicrobial-resistance/global-action-plan/monitoring-evaluation/tripartite-framework/en/	Seguimiento y evaluación
UHC intervention compendium	De próxima publicación, OMS	Financiación y asignación de recursos Modelos de atención
UNICEF Digital Health approach	https://www.unicef.org/innovation/reports/unicefs-approach-digital-health%E2%80%8B%E2%80%8B	Tecnologías digitales para la salud
Using auxiliary nurse midwives to improve access to key maternal and newborn health interventions in sexual and reproductive health	https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/rhr1422/en/	Personal de atención primaria de salud

El agua, el saneamiento y la higiene en los establecimientos de salud - Medidas prácticas para lograr el acceso universal a una atención de calidad	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/330043/9789243515519-spa.pdf?ua=1	Infraestructura física
Instrumento de mejora del agua, el saneamiento y la higiene en los establecimientos de salud «WASH FIT» - Guía práctica para mejorar la calidad de la atención mediante los servicios de agua, saneamiento e higiene en los establecimientos de salud	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/278066/9789243511696-spa.pdf?ua=1	Infraestructura física
WHO Antimicrobial Stewardship Programmes in health-care facilities in LMICs - A WHO Practical Tool Kit	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/329404/9789241515481-eng.pdf	Medicamentos y otros productos sanitarios
WHO Cardiovascular risk prediction charts	https://www.who.int/news-room/detail/02-09-2019-who-updates-cardiovascular-risk-charts	Sistemas para mejorar la calidad de la atención
WHO CHOICE	https://www.who.int/choice/cost-effectiveness/en/	Financiación y asignación de recursos
WHO community engagement framework for quality, people-centred and resilient health services	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259280/WHO-HIS-SDS-2017.15-eng.pdf	Participación de las comunidades y otras partes interesadas
WHO Competency Framework for Health Workers' Education and Training on Antimicrobial Resistance	https://www.who.int/hrh/resources/WHO-HIS-HWF-AMR-2018.1/en/	Personal de atención primaria de salud
WHO Global Model Regulatory Framework for Medical Devices including in vitro diagnostic medical devices	https://www.who.int/medical_devices/publications/global_model_regulatory_framework_meddev/en/	Medicamentos y otros productos sanitarios
Sistema mundial OMS de vigilancia y monitoreo de productos médicos de calidad subestándar y falsificados	https://www.who.int/medicines/regulation/ssffc/publications/GSMS_report_SP.pdf?ua=1	Medicamentos y otros productos sanitarios
WHO guideline on country pharmaceutical pricing policies	https://apps.who.int/iris/handle/10665/153920	Medicamentos y otros productos sanitarios

Directrices de la OMS sobre política sanitaria y apoyo al sistema para optimizar los programas de agentes de salud comunitarios	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326553/9789243550367-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y	Personal de atención primaria de salud
WHO guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening	https://apps.who.int/iris/handle/10665/311941	Tecnologías digitales para la salud
WHO Handbook on Social Participation for Universal Health Coverage	https://www.who.int/activities/promoting-participatory-governance-social-participation-and-accountability https://www.uhc2030.org/what-we-do/accountability/civil-society-consultation-on-handbook-on-social-participation-for-uhc/	Participación de las comunidades y otras partes interesadas
Lista de dispositivos médicos prioritarios de la OMS	https://www.who.int/medical_devices/priority/es/	Medicamentos y otros productos sanitarios
WHO medicines quality assurance guidelines	https://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/quality_assurance/guidelines/en/	Medicamentos y otros productos sanitarios
WHO model list of essential in vitro diagnostics	https://apps.who.int/iris/handle/10665/329527	Medicamentos y otros productos sanitarios
WHO recommendation on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups for maternal and newborn health	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/community-mobilization-maternal-newborn/en/	Participación de las comunidades y otras partes interesadas
WHO recommendations on home-based records for maternal, newborn and child health	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/home-based-records-guidelines/en/	Seguimiento y evaluación

WHO recommendations on interventions to improve preterm birth outcomes	https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/preterm-birth-guideline/en/	Sistemas para mejorar la calidad de la atención
WHO recommendations on newborn health	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/newborn-health-recommendations/en/	Sistemas para mejorar la calidad de la atención
WHO/UNICEF guidance on health facility indicators	https://www.who.int/healthinfo/tools_data_analysis_routine_facility/en/	Infraestructura física
Why palliative care is an essential function of primary health care	https://apps.who.int/iris/handle/10665/328101	Modelos de atención
Working for health and growth: Investing in the health workforce	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250047/9789241511308-eng.pdf?sequence=1	Personal de atención primaria de salud
Working Together: A toolkit for health professionals on how to involve the public	https://www.weahsn.net/our-work/involving-our-patients-and-the-public/working-together/	Participación de las comunidades y otras partes interesadas Sistemas para mejorar la calidad de la atención
Working with individuals, families and communities to improve maternal and newborn health (with toolkit for implementation)	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_fch_rhr_0311	Participación de las comunidades y otras partes interesadas
Working with individuals, families and communities to improve maternal and newborn health (with toolkit for implementation)	https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/community-engagement-mnh-toolkit/en/	Participación de las comunidades y otras partes interesadas
Indicadores de carga de trabajo para la estimación del personal necesario (WISN) Manual del Usuario	https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205233/9789243500195_users_spa.pdf?sequence=1	Personal de atención primaria de salud
World Health Organization model list of essential medicines: 21st list 2019	https://apps.who.int/iris/handle/10665/325771	Medicamentos y otros productos sanitarios