



Associació per a la Defensa de la Sanitat Pública de les Illes Balears

PROPUESTAS de la ADSP-IB

Punto 6

BASES PARA UNA POLITICA DE ATENCION PRIMARIA DEL SERVEI DE SALUT

06/03/2019

AREA DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Manifiesto ADSP-IB:

Punto 6: “Reforzar la Atención Primaria como eje y ordenación de la asistencia sanitaria y mejorar la coordinación entre los niveles asistenciales de atención primaria y atención especializada/hospitalaria.”

<http://adspillesbalears.org/es/manifiesto-adsp-illes-balears/>

Propuestas ADSP-IB:

- 1 – Potenciar una gestión autónoma, participativa y descentralizada de los servicios de atención primaria.**
- 2 – Incrementar la coordinación con atención especializada implantando modelos colaborativos con las metas de aumento de la capacidad de resolución en atención primaria y la reducción de las listas de espera en atención especializada.**
- 3 – Desarrollo en todos los centros de programas de prevención y promoción de la salud fomentando la coordinación intersectorial y la participación comunitaria.**
- 4 - Extensión de la cobertura de los servicios existentes e incremento de la cartera de servicios asistenciales en el área materno-infantil y patología del aparato locomotor.**
- 5- Incrementar las inversiones en los centros de salud para el acceso a nuevas tecnologías y la adecuación de las instalaciones actuales.**
- 6-Contribuir a la desmedicalización de la sociedad y a la prevención cuaternaria desarrollando la campaña “No es sano”, sumándose a las iniciativas “No hacer” y proponiendo en consulta alternativas no farmacológicas a demandas sanitarias.**

Propuestas detalladas ADSP-IB:

1 - Potenciar una gestión autónoma, participativa y descentralizada de los servicios de atención primaria.

El desarrollo de la atención primaria depende de la apertura de un espacio de poder y una dirección capaz, que marque claramente los objetivos a conseguir con los recursos disponibles y evalúe procesos y resultados. El incremento de recursos económicos sin el seguimiento y evaluación de los programas donde se invierten se ha mostrado ineficiente. No hay posibilidad de diálogo con los Hospitales sin este espacio autónomo.

La dirección debe ser participativa y descentralizada, potenciando la autonomía de cada centro de salud. Ha de estar basada en la negociación periódica de objetivos entre las instituciones y contar con un sistema de incentivos económicos asociado al cumplimiento de metas individuales de los profesionales y organizativas de cada centro:

- Gestión por proyectos y programas
- Contratos programa con objetivos pactados periódicamente
- Modelo de incentivos económicos por cumplimiento de objetivos

2 - Incrementar la coordinación con atención especializada implantando modelos colaborativos con las metas de aumento de la capacidad de resolución en atención primaria y la reducción de las listas de espera en atención especializada.

Las listas de espera de atención especializada (AE) son el primer problema asistencial que tiene la atención primaria (AP) y una de las causas de la privatización del sistema público. Según nuestro punto de vista AP debe participar en su resolución a través de la implantación de un modelo colaborativo de relación con AE. En este modelo están diferenciados los espacios de trabajo de cada nivel con criterios consensuados de transferencia de casos, pero además de ello hay un espacio de trabajo común. La base del modelo es la comunicación fluida y bidireccional entre profesionales en torno a pacientes concretos que genera vínculos y confianza y construye modelos particulares adaptados a cada situación concreta.

En el espacio de AP se busca un aumento de la capacidad de reconocer, contener, tratar y referir adecuadamente las demandas. El incremento de la oferta de servicios (nuevos recursos y capacidades, incremento del petitorio de pruebas complementarias, recursos de telemedicina), las medidas organizativas (responsables en el centro de salud de los programas de relación, gestión de citas y demora desde AP, objetivos pactados con los servicios de AE) y la formación son los instrumentos propuestos.

Del espacio de AE (hospitalización, consultas y urgencias) se espera el reconocimiento del papel de la AP, una comunicación fluida relativa a los pacientes basada en la accesibilidad de los especialistas y en los informes adecuados y entender que la formación es un resultado del trabajo conjunto. Sin duda lo más innovador del modelo es el espacio de colaboración que se crea a través del desplazamiento periódico de los especialistas para ver pacientes conjuntamente (supervisión, coterapia, interconsulta) y hablar de ellos en las sesiones formativas posteriores. Estos programas serán especialmente relevantes en la atención a pacientes crónicos pluripatológicos, salud mental y en aquellas especialidades donde la lista de espera sea más elevada.

- Establecimiento de canales de comunicación fluida entre niveles. Mejora de la calidad de derivaciones de primaria e informes de especialistas.

- Gestión de las derivaciones desde AP sobre objetivos pactados con AE.
- Uso de procedimientos de telemedicina para aumentar la capacidad de resolución de AP.
- Desplazamiento periódico de AE para ver pacientes conjuntamente y sesiones clínicas.
- Potenciación de la figura de profesionales de enlace.

3 – Desarrollo en todos los centros de programas de prevención y promoción de la salud fomentando la coordinación intersectorial y la participación comunitaria.

Este objetivo es imposible de realizar sin en trabajo conjunto con la Dirección General de Salud Publica sin trabas administrativas. El Departamento de Salud Publica debe tener a los centros de salud como efectores periféricos de sus políticas y la comunicación ha de ser permanente y fluida.

Desde la ADSP también apoyamos al Estrategia Nacional de Promoción de Salud a Nivel Local promovida por el Ministerio y la Consejería. En este sentido consideramos importante que todos los centros de salud de Baleares participen activamente en su desarrollo y puesta en marcha trabajando conjuntamente con los Ayuntamientos o Juntas de Distrito. Nos congratulamos por la inclusión en la cartera de servicios de AP de programas preventivos y de promoción de salud (vacunaciones, atención infanto-juvenil, programa escolar, consulta joven, educación maternal y control de embarazo, rutas saludables etc.) Así mismo consideramos necesaria la extensión del programa de atención al tabaquismo sin demora a todos los centros de salud y la formulación y puesta en marcha de un programa de abordaje de la obesidad y el sedentarismo. Para el desarrollo de los componentes de medicina comunitaria de cada centro de salud proponemos, donde no haya trabajador social, la contratación con dedicación exclusiva a este tema de un profesional de este perfil (trabajador social, educador social, psicólogo social)

- Elaboración participativa del mapa de activos de cada zona básica y puesta en marcha de sistemas de prescripción social en todos los centros de salud.
- Todos los centros de salud tendrán un programa de atención al tabaquismo sin lista de espera.
- Formulación y puesta en marcha del programa de atención a la obesidad y sedentarismo en todos los centros de salud

4 - Extensión de la cobertura de los servicios existentes e incremento de la cartera de servicios asistenciales en el área materno-infantil y patología del aparato locomotor.

Dada su prevalencia y relevancia social la atención integral a la mujer y los problemas osteomusculares obligan a repensar la cartera de servicios de AP. La experiencia altamente positiva del trabajo de las matronas en los centros de salud sugiere la necesidad de su refuerzo y la participación de todo el equipo (médicos de familia y enfermeras) en la atención a la mujer ampliando el programa de control de embarazo, ofertando servicios de primer nivel de planificación familiar, enfermedades de transmisión sexual y atención integral al climaterio. De la misma forma la experiencia positiva de servicios de fisioterapia ubicados en AP implica la necesidad de generalizarlos a todos los centros de salud y cambiar su dependencia administrativa.

- Implicación de médicos y enfermeras de familia en los programas de atención a la mujer

- Puesta en marcha de servicios básicos de planificación familiar, ITS y atención al climaterio
- Todos los centros de salud y UBS con población suficiente contarán con una matrona para el desarrollo del programa de atención a la mujer
- Servicios de fisioterapia dependientes de AP en todos los centros de salud. Contratación de fisioterapeutas de AP

5 - Incrementar las inversiones en los centros de salud para el acceso a nuevas tecnologías y la adecuación de las instalaciones actuales.

Es evidente que las propuestas que hemos enunciado requieren no solo incremento de profesionales vinculados al desarrollo de programas sino también un incremento de las inversiones destinadas a:

- Adquisición y acceso a nuevas tecnologías para el desarrollo de las funciones y los programas de AP (ecógrafos, servicios de cirugía menor, servicios de atención a la mujer, servicios de fisioterapia, atención al tabaquismo en todos los centros de salud y UBS con suficiente población)
- Reparaciones en los actuales centros de salud y nuevas instalaciones (aire acondicionado, obra menor, nuevos servicios)

6- Contribuir a la desmedicalización de la sociedad y a la prevención cuaternaria desarrollando la campaña “No es sano”, sumándose a las iniciativas “No hacer” y proponiendo en consulta alternativas no farmacológicas a demandas sanitarias.

Promover y difundir:

- La iniciativa “NO es SANO” sobre transparencia, costes, conflicto de interés y actividades promocionales en relación al medicamento.
- Los principios básicos para evaluar el valor aportado por los medicamentos y la tecnología, la aplicación de los criterios de eficiencia y de posicionamiento terapéutico.
- El análisis crítico de la medicalización de la vida y las alternativas no farmacológicas a problemas de consulta, con difusión de las estrategias y programas de desprescripción, desmedicalización y los criterios “No hacer”.(*)

(*) Ver documento “CONTRA LA MEDICALIZACION DE LA VIDA: ESTRATEGIAS Y PROPUESTAS” de la ADSP-IB

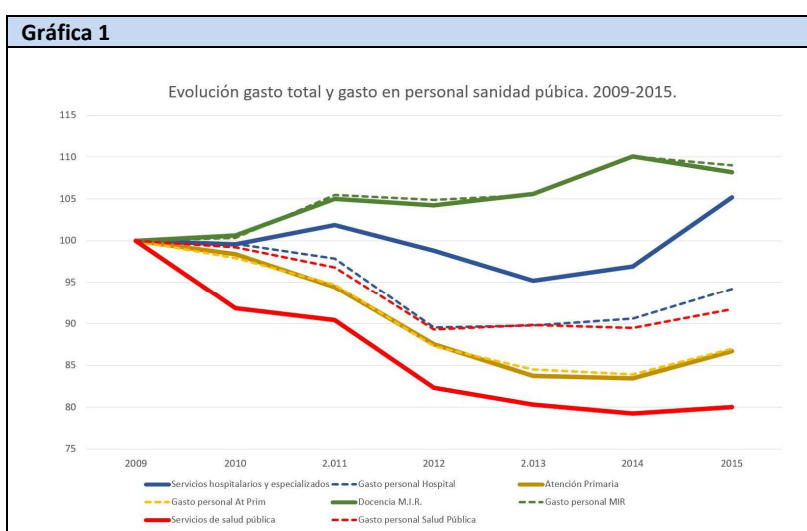
Estimación presupuesto anual 2019:

PROPUESTA	COSTE ESTIMADO	ANOTACIONES
1 - Potenciar una gestión autónoma, participativa y descentralizada de los servicios de atención primaria.	Propuesta: A estimar por servicios técnicos de IB salut y Conselleria.	
2 - Incrementar la coordinación con atención especializada implantando modelos colaborativos con las metas de aumento de la capacidad de resolución en atención primaria y la reducción de las listas de espera en atención especializada.	Propuesta: A estimar por servicios técnicos de IB salut y Conselleria.	
3 – Desarrollo en todos los centros de programas de prevención y promoción de la salud fomentando la coordinación intersectorial y la participación comunitaria.	Propuesta: A estimar por servicios técnicos de IB salut y Conselleria.	
4 - Extensión de la cobertura de los servicios existentes e incremento de la cartera de servicios asistenciales en el área materno-infantil y patología del aparato locomotor.	Propuesta: A estimar por servicios técnicos de IB salut y Conselleria.	
5- Incrementar las inversiones en los centros de salud para el acceso a nuevas tecnologías y la adecuación de las instalaciones actuales.	Propuesta: A estimar por servicios técnicos de IB salut y Conselleria.	
6- Contribuir a la desmedicalización de la sociedad y a la prevención cuaternaria desarrollando la campaña “No es sano”, sumándose a las iniciativas “No hacer” y proponiendo en consulta alternativas no farmacológicas a demandas sanitarias.	Propuesta: A estimar por servicios técnicos de IB salut y Conselleria.	
Total 2019:		

ANEXO

Análisis de la situación de los servicios públicos de atención primaria y estrategias de mejora

Los servicios sanitarios públicos de España están en crisis. Y hablamos de crisis cuando las finalidades previstas para ellos en las normas legales de las que democráticamente nos hemos dotado (el aumento del nivel de salud, la atención a la salud como derecho de los ciudadanos, la orientación hacia la promoción de la salud con prioridad a la atención primaria y la salud pública) no coinciden con las orientaciones actuales del Sistema Nacional de Salud. La crisis económica iniciada en 2009 supuso una reducción porcentual de los gastos en salud que llegó a su máximo en 2014. A partir de esa fecha se inicia un proceso de recuperación. La pregunta es si los servicios de salud que salen de la crisis son similares a cómo eran a su inicio. Sin entrar en detalle en una crisis de causas complejas queremos aportar unos datos y reflexiones del colectivo Silesia basadas en la evolución de los presupuestos en el periodo 2009-15 (Gráfica 1):



“...en el periodo 2009-2015 el gasto hospitalario apenas ha bajado, llegándose a incrementar en un 5% al final de la serie con respecto a 2009, mientras que el gasto en Atención Primaria ha caído en torno a un 12%. Es decir, cuando hablamos del periodo 2009-2015 estamos hablando de un periodo de reestructuración del gasto con el fortalecimiento del hospital como el centro de acumulación de capital y tecnologías y la atención primaria como el centro del lugar donde hacer cosas sin medios más allá de los humanos.

El recorte en personal en el periodo 2009-2015 ha sido más acusado en atención primaria que en atención hospitalaria; en 2009, por cada euro gastado en personal en atención primaria se gastaban 2.6 en atención hospitalaria; esa relación es ahora de 1:2.8 en favor del gasto en personal hospitalario.

Por otro lado, el gasto hospitalario ha crecido muy por encima de la evolución del gasto en personal (el % de gasto de personal en el hospital era de un 62.6% en 2009 y de un 56.1% en 2015), lo cual refleja una cosa: el hospital es el centro de la innovación tecnológica y medicamentosa. A día de hoy, la mayoría de las innovaciones diagnósticas y terapéuticas se implantan en el medio hospitalario, las innovaciones de gestión también se desarrollan en el ámbito hospitalario. Lo que en su momento fueron innovaciones y ya son tratamientos o herramientas diagnósticas muy establecidas se resisten a dejar el ámbito hospitalario (atención al VIH, control de embarazo y planificación familiar, diabetes tipo 2 etc.)...

No es solo un problema de gasto... actualmente, la distribución desigual del gasto sanitario entre hospital, atención primaria y salud pública es la expresión de una desigualdad de poder

en el establecimiento de los procesos, las localizaciones de las prestaciones y el diseño del sistema en su totalidad. No tendría sentido cambiar de un año para otro el gasto en Atención Primaria y hacerlo llegar al 20% del gasto total si eso no se tradujera en una revolución de las formas de pensar el sistema sanitario y de distribuir el poder y la relevancia de los diferentes niveles asistenciales en el paso del paciente por el mismo.

La Atención Primaria no desaparecerá mañana ⁽¹⁾, pero el periodo 2009-2015 ha dejado muy claro que su papel en el sistema sanitario actual es de comparsa de otro nivel asistencial que es donde realmente se juega el partido de pensar la sanidad del futuro” ⁽²⁾.

Datos Baleares: Si analizamos los datos específicos de Baleares comprobamos un panorama con tendencias similares con la característica específica de un crecimiento desmesurado en el mismo periodo de conciertos con entidades privadas (+134 %). (Tabla 1)

En miles de €	2009	2016	Dif 2009 2016	Dif en %
Servicios Hospitalarios y especializados	880.437	985.795	+105.358	+12%
Atención Primaria	194.143	175.254	-18.889	-10%
Salud Publica	10.741	10.139	-602	-6%
Farmacia extrahospitalaria (receta) (*)	218.882	197.222	-21.660	-10%
Conciertos	65.564	153.292	+87.728	+134%
Personal	732.544	711.983	-20.561	-3%

(*) En 2012 se introdujo el copago farmacéutico en los pensionistas, que asumieron con dinero de bolsillo una parte del incremento del gasto en recetas.

Es importante recalcar que en el gasto consolidado de servicios hospitalarios y especializados que muestra la tabla se incluyen las cuentas de farmacia hospitalaria y no así en atención primaria. En este sentido el estudio publicado por la ADSP-IB (Dosier informativo 4 Gasto Sanitario Público del Proyecto de presupuestos de las IB 2019) ⁽⁴⁾, analiza la evolución del gasto sanitario en atención primaria y especializada, con el gasto farmacéutico hospitalario presentado de forma conjunta con el gasto en receta y de forma desagregada entre 2009 y 2019. Ello se valora en dos periodos de 2009 a 2014 y de 2015 a 2019, con los resultados siguientes:

- En el periodo 2009 a 2014, los datos de gasto sanitario público en Baleares presentan una disminución del 7 %. La partida del gasto en servicios hospitalarios y especializados, disminuye un 19 % (-132 millones de €). El de atención primaria disminuye un 22 % (-87 millones de €). En contraste el gasto en medicamentos receta + hospitalarios (farmacia global) aumenta 14 % (+37 millones de €) y el de conciertos un 136 % (90 millones de €).(Gráfica 2).

Gráfica 2. Baleares, evolución del GS público 2009 2014. Agrupando en «Farmacia global»: Gasto medicamentos receta + hospitalario

¹Colectivo silesia, Javier Padilla, ¿Y si mañana desapareciera la Atención Primaria? 22/05/2017. <https://colectivosilesia.net/2017/05/22/manana-desapareciera-la-atencion-primaria/>

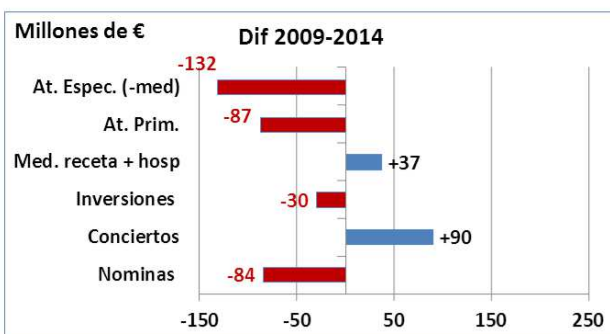
² Colectivo silesia, Si quieres Atención Primaria, díselo en los presupuestos. 03/07/2017 <https://colectivosilesia.net/2017/07/03/quieres-atencion-primaria-diselo-los-presupuestos/>

³Ministerio de Sanidad. Estadística del gasto sanitario público, principio de devengo (2002-2016) <https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/pdf/egspGastoReal.pdf>

⁴ ADSP-IB. Proyecto de presupuestos de las IB 2019. Análisis y propuestas. 30/12/2018 http://adspillesbalears.org/wp-content/uploads/2019/01/Observatorio-IB-Dosier-4-ARGUMENTARIUM-PRESUPUESTOS-2019-30_12_2018-ESP-a.pdf

Gasto sanitario evolución IB. Datos de 2009-2014

Nóminas, conciertos, inversiones, medicamentos, atención primaria y especializada. Variación y %



Gasto sanitario por partidas en el periodo 2009-2014.

En valores absolutos:

Disminución del gasto en AP, AE, inversiones y nóminas

Aumento en Medicamentos global (receta+hospital) y en Conciertos

Fuentes:

(1) Datos 2009 y 2014 EGSP Ministerio Sanidad y 2019 presupuesto CAIB.

<https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisinfSanSNS/pdf/egspGastoReal.pdf>

(2) Datos 2009 EGSP, datos 2014 Ministerio Hacienda y datos 2019 * estimación gasto real en medicamentos (gráfico 3).

<http://www.hacienda.gob.es/Documentacion/Publico/CDI/Gasto%20Sanitario/SERIE%20Gasto%20Farmac%C3%A9utico%20y%20Sanitario.xls>

(3) Datos 2009, 2014 y 2019 presupuesto Hacienda CAIB. Estructura funcional o por programas. Apartado IV

http://www.caib.es/sites/estadisticas/ca/proyecto_2019/

(4) Datos 2009, 2014 y 2019 presupuesto Hacienda CAIB. En 2019 * estimación gasto real en medicamentos (gráfico 3)

Así pues, la disminución del gasto sanitario entre 2009 y 2014 ha ido en perjuicio de los servicios asistenciales (atención primaria, hospitalaria y especializada), de la partida de personal (nóminas) que no se ha empezado a recuperar hasta 2017, y de las inversiones en equipamiento y estructuras. Por el contrario las partidas de conciertos y de medicamentos han aumentado en dicho periodo.

- Ampliando el periodo de estudio a 10 años de 2009-2019 ⁽⁵⁾ (Tabla 2), que incluye los últimos años con recuperación del presupuesto a datos previos al inicio de la crisis, se observa que la partida del gasto en servicios hospitalarios y especializados aumenta en Baleares un 14 % (+105 millones de €), el de atención primaria aumenta un 7 % (+30 millones de €) y en nóminas un +16% (+126 millones de €).

Tabla 2. Baleares, evolución del GS público 2009 2019 con Gasto medicamentos receta + hospitalario presentado de forma conjunta y desagregado de la atención especializada.

Gasto sanitario evolución 10 años 2009 a 2019 (Gráfica 6b)

Gráfica 6b.					
Gasto sanitario evolución 10 años. Datos de 2009-2014 y comparación con presupuestos 2019.					
Nóminas, conciertos, inversiones, medicamentos, atención primaria y especializada. Variación y %.					
	2009 (mill €)	2014 (mil €)	2019 (mill €)	Dif 2009-2019 (mill €)	Dif 2009-2019 %
Nóminas (1)	733	649	848	+116	+16%
Conciertos (1)	66	156	192	+126	+191%
Inversiones (1)	53	23	47	-6	-11%
Medicamentos global receta + hospital (2)	219+54 = 273	184+126 = 310	233+225 = 458 *	+185	+47%
Atención Primaria (3)	402	315	432	+30	+7%
Atención especializada (3)	746	686	851	+105	+14%
Atención especializada (- medicamentos hospital) (3) (4)	746 -54 = 692	686 -126 = 560	851 -180 = 671	-21	-3%
			851 - 225 = 626 *	-66	-10%
Total (1)	1426	1332	1726 (1773 *)	+300 (+347*)	+21 % (+24%*)

(1) Datos 2009 y 2014 EGSP Ministerio Sanidad y 2019 presupuesto CAIB.
<https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/sisinfSanSNS/pdf/egspGastoReal.pdf>

(2) Datos 2009 EGSP, datos 2014 Ministerio Hacienda y datos 2019 * estimación gasto real en medicamentos (gráfico 3).
<http://www.hacienda.gob.es/Documentacion/Publico/CDI/Gasto%20Sanitario/SERIE%20Gasto%20Farmac%C3%A9utico%20y%20Sanitario.xls>

(3) Datos 2009, 2014 y 2019 presupuesto Hacienda CAIB. Estructura funcional o por programas. Apartado IV
http://www.caib.es/sites/estadisticas/ca/proyecto_2019/

(4) Datos 2009, 2014 y 2019 presupuesto Hacienda CAIB. En 2019 * estimación gasto real en medicamentos (gráfico 3)

⁵ ADSP-IB. Proyecto de presupuestos de las IB 2019. Análisis y propuestas. 30/12/2018

http://adspillesbalears.org/wp-content/uploads/2019/01/Observatorio-IB-Dosier-4-ARGUMENTARIUM-PRESUPUESTOS-2019-30_12_2018-ESP-a.pdf

En contraste el aumento en medicamentos de hospital + receta es mucho mayor, del 47% (+185 millones de €) y al igual que el de conciertos del 191 % (+126 millones de €). Si el gasto hospitalario le restamos la partida de medicamentos hospitalarios, entonces el gasto hospitalario se reduce en el periodo 2009 a 2019 a % negativos del -3 al -10%. (Tabla 2)

Desafortunadamente no tenemos acceso a publicaciones que analicen los datos de gasto consolidado desde 2017 a la actualidad, y solo nos podemos basar en el gasto presupuestado, pero aunque el gobierno del PSOE haya acabado con los recortes del PP y haya incrementado las partidas destinadas a sanidad en los presupuestos anuales, el panorama y la configuración de los servicios sanitarios públicos en Baleares sigue la misma tendencia que en el resto del Estado. Es decir tenemos un sistema donde todo gira alrededor de un modelo de hospital que también recorta en personal pero apuesta por la innovación costosa en tecnología y medicamentos y además es insuficiente para resolver las demandas de atención especializada que plantea la población, generando listas de espera que en Baleares son una de las razones de la progresiva privatización de los servicios sanitarios públicos (crecimiento de los conciertos) y del florecimiento de la medicina privada. En este panorama la atención primaria juega un papel secundario desarrollando de forma insuficiente sus funciones de prevención y promoción e incluso su capacidad clínica y de contención de la demanda asistencial.

¿Es que la Atención Primaria ya no sirve como principio articulador de los servicios de salud?

Todas las agencias internacionales incluyendo la OMS piensan que no. La reciente declaración de Astaná (Octubre 2018) ⁽⁶⁾ refuerza y actualiza la declaración de Alma Ata donde se sentaron los principios de la Atención Primaria de Salud hace 40 años. La extensión de servicios básicos de salud es la meta para países donde estos no son accesibles a la mayor parte de la población, pero el patrón de morbimortalidad de los países desarrollados también es una guía : envejecimiento de la población, obesidad, enfermedades cardiovasculares, diabetes, sedentarismo, tabaquismo, alcoholismo y toxicomanías, muertes violentas y suicidios, estrés psicosocial y enfermedades mentales, problemas musculoesqueléticos, el cáncer y la desigualdad en salud son problemas no abordables en un sistema de salud centrado en la alta tecnología y la superespecialización. El reto es la orientación biopsicosocial, la articulación sociosanitaria y el trabajo intersectorial, todos mensajes ya enunciados en la declaración de Alma Ata de 1978. El reto es convertirse en un instrumento de la salud pública y esto solo se puede conseguir en conjunción con los Departamentos que la gestionan.

Además, en un mundo donde la iatrogenia crece en proporciones alarmantes, la atención primaria ha de asumir el reto de la prevención cuaternaria: defender a los pacientes de intervenciones médicas que causan más perjuicio que beneficio.

Aumento de la capacidad de resolución de problemas clínicos, coordinación y trabajo conjunto con la atención especializada y salud pública, reorientación hacia la prevención y promoción de salud, prevención cuaternaria y desmedicalización son los principios que orientan esta propuesta para el desarrollo de la atención primaria en Baleares.

⁶ Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud. Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible Astaná (Kazajstán), 25 y 26 de octubre de 2018 <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>