

Medición del gasto en atención primaria de salud según SHA 2011

Nota técnica, diciembre de 2021



Organización
Mundial de la Salud

Medición del gasto en atención primaria de salud según SHA 2011

Nota técnica, diciembre de 2021



**Organización
Mundial de la Salud**

Medición del gasto en atención primaria de salud según SHA 2011: nota técnica, diciembre de 2021 [Measuring primary health care expenditure under SHA 2011: technical note, December 2021]

ISBN 978-92-4-004610-8 (versión electrónica)

ISBN 978-92-4-004611-5 (versión impresa)

© Organización Mundial de la Salud 2022

Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia 3.0 OIG Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra para fines no comerciales, siempre que se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la OMS refrenda una organización, productos o servicios específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OMS. En caso de adaptación, debe concederse a la obra resultante la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons. Si la obra se traduce, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: «La presente traducción no es obra de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción. La edición original en inglés será el texto auténtico y vinculante».

Toda mediación relativa a las controversias que se deriven con respecto a la licencia se llevará a cabo de conformidad con el Reglamento de Mediación de la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual (<https://www.wipo.int/amc/es/mediation/rules>).

Forma de cita propuesta. Medición del gasto en atención primaria de salud según SHA 2011: nota técnica, diciembre de 2021 [Measuring primary health care expenditure under SHA 2011: technical note, December 2021]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022. Licencia: [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](#).

Catalogación (CIP). Puede consultarse en <http://apps.who.int/iris>.

Ventas, derechos y licencias. Para comprar publicaciones de la OMS, véase <http://apps.who.int/bookorders>. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase <https://www.who.int/es/copyright>.

Materiales de terceros. Si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, por ejemplo cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

Notas de descargo generales. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OMS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OMS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OMS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación, no obstante lo cual, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OMS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

Índice

Agradecimientos	iv
Siglas y abreviaturas.....	v
Resumen ejecutivo.....	vii
1 Introducción	1
2 La importancia de monitorear el gasto en APS.....	2
2.1 El concepto de la atención primaria de salud	3
2.2 Políticas relativas a la medición del gasto en APS	5
3 Una medición mundial del gasto en APS	8
3.1 Gasto en APS y marco contable del SHA 2011.....	8
3.2 Medición del gasto en APS utilizando las clasificaciones funcionales del SHA 2011.....	13
3.2.1 Una medición para la evaluación comparativa internacional, y no un sustituto del monitoreo a nivel de país	14
3.3 Principales aspectos metodológicos de la estimación del gasto en APS utilizando la clasificación funcional	16
3.3.1 Dificultades inherentes a la definición y estimación precisas del gasto en APS.....	16
3.3.2 Medición del gasto en productos médicos y gestión relacionados con la APS	17
3.3.3 Exclusiones en la medición mundial del gasto en APS	20
3.3.4 Problemas derivados de un desglose funcional insuficiente de los datos sobre el gasto	22
3.4 Combinación de la información sobre funciones y proveedores para una mejor comprensión del gasto en APS a nivel de país	23
4 Estimación del gasto en APS sobre la base de la propuesta de medición	24
4.1 Estimaciones a nivel nacional del gasto en salud por funciones y proveedores	24
4.1.1 Inventario de funciones y proveedores.....	24
4.1.2 Fuentes de datos	26
4.2 Estimaciones del gasto en APS en la GHED.....	27
4.2.1 Controles de calidad y validación de datos	29
5 Dificultades y perspectivas futuras	30
5.1 Llamado a la acción	31
Referencias.....	33
Anexos.....	38
Anexo 1. Clasificación de las funciones de atención de salud (HC), Sistema de Cuentas de Salud (SHA 2011)	38
Anexo 2. Fuentes de datos	39
Anexo 3. Cuadro de HC x FS del gasto corriente en salud por función y fuente de financiamiento	43

Agradecimientos

La presente nota técnica es el resultado del esfuerzo colectivo de muchas personas de todo el mundo encabezado por el Equipo de Cuentas de Salud en la sede de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en Ginebra. El equipo de redacción principal del documento estuvo compuesto por Natalja Eigo, Lachlan McDonald, Patricia Hernández, Laura Rivas, Julien Dupuy y Ke Xu.

La OMS agradece las contribuciones y el apoyo de numerosas personas y organismos por hacer posible esta publicación, incluidas las aportaciones a la elaboración de la medición mundial del gasto en atención primaria de salud (APS), las observaciones y las sugerencias recibidas. Los colaboradores de la OMS incluyen a Baktygul Akkazieva, Shannon Barkley, Ernesto Báscolo, Annie Chu, Camilo Cid, Seydou Coulibaly, Peter Cowley, Ilker Dastan, Valeria de Oliveira Cruz, Tamás Evetovits, Mahmoud Farag, Luis Gabriel Cuervo, María Aranguren García, Triin Habicht, Chandika Indikadahena, Faraz Khalid, Joe Kutzin, Dongxue Li, Hernán Luque, Awad Mataria, Diane Muhongerwa, Juliet Nabyonga, Benjamin Nganda, Claudia Pescetto, Tomaš Roubal, Guillermo Sandoval, Andrew Siroka, Taketo Tanaka, Hapsatou Touré, Nathalie van de Maele, Lluís Vinals, Ding Wang y Ning Xu.

La nota se benefició especialmente gracias a las aportaciones de muchos expertos de los equipos de cuentas de salud de los países, en particular, de Anastas Aghazaryan, Victoria Arbulo, María Angélica Borges dos Santos, Fulvia Carranza, Frank Cox, Gloria Farías, Kieu Huu Hanh, Stward Hernández, Premila Devi Jeganathan, Giselle Jorcin, Romina Leal, Allan Rimola, Oscar Santiago, Josefina Silva, Carlos Sosa, Rozita Halina Binti Tun Hussein, Katre Väärsi, Mariannela Villalobos y Phyu Win Thant.

La OMS reconoce la valiosa contribución de Michael Mueller y David Morgan del equipo de Cuentas de Salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, Joseph Dieleman del Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud y el experto en cuentas de salud global Cor van Mosseveld, quienes brindaron comentarios en varias etapas del trabajo.

La OMS agradece al consorcio de inversores de cuentas de salud, particularmente a la Fundación Bill y Melinda Gates, por su apoyo financiero a la elaboración de cuentas de salud, incluidas la metodología y redacción de guías.

Siglas y abreviaturas

APS	Atención primaria de salud
FS	Ingresos de los esquemas de financiamiento de la atención de salud (revenues of health care financing schemes)
GHED	Base de datos mundial sobre gasto en salud (Global Health Expenditure Database)
HC	Funciones de atención de salud (health care functions)
HC. RI	Partidas de notificación de las funciones de atención de la salud (health care functions reporting items)
HF	Esquemas de financiamiento de la salud (financing schemes)
HP	Proveedores de atención de salud (health care providers)
ICHA	Clasificación Internacional de Cuentas de Salud (International Classification for Health Accounts)
OCDE	Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos
ODS	Objetivo de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PIB	Producto interno bruto
SHA	Sistema de Cuentas de Salud (System of Health Accounts)
SHA 2011	Sistema de Cuentas de Salud 2011 (System of Health Accounts 2011)

Resumen ejecutivo

La presente nota técnica proporciona información sobre la medición del gasto en atención primaria de salud (APS) comparable internacionalmente. Existe una clara justificación para invertir en APS, respaldada por una amplia evidencia de que la APS es una de las estrategias más equitativas y eficaces para mejorar la salud de las poblaciones y fomentar la cobertura universal de salud. Para hacer el seguimiento de las inversiones en estrategias nacionales de APS y de sus correspondientes avances, es fundamental disponer de una medición clara y conceptualmente precisa del gasto en APS. La evaluación comparativa internacionalmente del gasto en APS también puede dar lugar a una investigación más profunda de las razones por las que algunos países obtienen mejores resultados que otros. La información sobre gastos, combinada con otra información sobre insumos, actividades y resultados, también es una poderosa herramienta analítica para orientar las inversiones y evaluar la relación calidad-precio en el gasto en salud.

La mejor herramienta disponible para medir el gasto en APS es el marco del Sistema de Cuentas de Salud (SHA, por su sigla en inglés) 2011, un método sistemático y reconocido internacionalmente para rastrear el gasto en atención de salud que es fundamental para establecer cuentas de salud. Sin embargo, el SHA 2011 no incluye una clasificación ya elaborada del gasto en APS. Por lo tanto, tras un amplio e intenso proceso de consulta de expertos con las partes interesadas técnicas, se estableció una medición que estima el gasto en APS utilizando la Clasificación Internacional de Cuentas de Salud - funciones de la atención de salud (ICHA-HC) en el SHA 2011. La medida se centra en los servicios personales de primer contacto, los servicios basados en la población y algunas otras caracterizaciones transversales del gasto (en particular, la gobernanza y los productos médicos).

Desde 2016, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado estimaciones del gasto en APS en la base de datos mundial sobre gasto de salud (GHED). Esos datos ya están contribuyendo a un nuevo nivel de conocimiento del gasto en APS, incluidos su volumen y priorización dentro de las diferentes fuentes de financiamiento, y sobre cómo difieren entre los países y sus circunstancias. Sin embargo, cabe señalar que no miden si el gasto es efectivo, lo que requiere datos y análisis adicionales a nivel de país.

Como indicador indirecto del gasto en APS, la medida propuesta hace simplificaciones e implica compromisos, lo que significa que no es una medida exhaustiva del gasto nacional en APS. En consecuencia, debería complementar, no reemplazar, las medidas existentes del gasto en APS a nivel de país, que también pueden incluir la clasificación de proveedores de atención de salud (ICHA-HP). De hecho, se invita a los países a tabular los datos cruzando las clasificaciones de servicios ICHA-HC y de provisión ICHA-HP para comprender mejor la configuración de la prestación de servicios, mejorar la precisión de las estimaciones de gastos en ICHA-HC (y, por lo tanto, de APS) y monitorear los cambios de política.

Es importante destacar que la medición del gasto en APS se mejora constantemente. La medición actual representa un cambio fundamental, pero es necesario seguir trabajando. La OMS está realizando consultas y colaborando estrechamente con los países para examinar las estimaciones de gasto por función. En última instancia, la calidad de las estimaciones del gasto en APS depende de la calidad y precisión de la información sobre el gasto en atención de salud a nivel nacional, combinada con la capacidad de los contadores de la salud. Inicialmente puede parecer desalentador hacer

esfuerzos para mejorar la recopilación de información, pero es probable que las inversiones obtengan grandes beneficios.

A largo plazo, a medida que aumenten el conocimiento del gasto en APS y la capacidad de acopio y análisis de datos, podría considerarse la posibilidad de establecer un elemento de reporte notificación funcional independiente denominado «Gasto en atención primaria de salud» dentro de otros elementos de notificación (HC.RI) en el SHA 2011. Los países tendrían la responsabilidad de aplicar la definición utilizando fuentes de datos y supuestos para informar sobre los gastos que correspondan con la definición, cruzándolos con los datos sobre los proveedores de atención de salud (HP).

1 Introducción

En todo el mundo, disponer de una APS sólida y efectiva es una prioridad clara, sostenida y unificadora de la salud pública. En 1978, la Declaración de Alma-Ata (véase recuadro 1) estableció los principios de la APS. Como resultado, surgió un movimiento mundial que situó una APS efectiva en el centro de los esfuerzos por alcanzar la meta de «Salud para todos», la realización del objetivo constitucional de la OMS de «alcanzar para todos el grado más alto posible de salud», que de facto se ha convertido en el principio rector de la salud mundial (1).

Recuadro 1. Declaración de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6 al 12 de septiembre de 1978 (artículo VI)

«La atención primaria de salud es la atención de la salud esencial basada en prácticas sustentadas científicamente y métodos socialmente aceptables y tecnologías puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso continuo de atención de la salud.»

La importancia primordial de la APS en las estrategias de salud internacionales, regionales y nacionales se ha puesto de relieve repetidamente desde Alma-Ata. El fortalecimiento de la APS fue el mensaje central del *Informe sobre la salud en el mundo 2008* (2), y la APS está firmemente integrada en los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)¹. Más recientemente, el compromiso político con la APS como piedra angular de los sistemas de salud sostenibles para la cobertura universal de salud se reafirmó y renovó en la Declaración de Astaná (4). El compromiso político con la APS, y el compromiso de ampliar los esfuerzos de aplicación nacional, fue formalizado más tarde por los Estados Miembros en la 72.ª Asamblea Mundial de la Salud. Esto se complementó con el compromiso de los Estados Miembros de las Naciones Unidas de destinar inversiones adicionales en APS por valor del 1% del producto interno bruto (PIB) de la ayuda gubernamental y externa (5).

Para el cumplimiento de estos compromisos es fundamental disponer de una medición efectiva del gasto en APS que pueda aplicarse en diferentes contextos. Sin embargo, elaborar una medida así del gasto en APS no es sencillo. La APS es inherentemente una estrategia multisectorial. Los países también tienen diferentes enfoques para definir y medir la APS. Además, el Sistema de Cuentas de Salud 2011, la norma internacional de contabilidad para las estimaciones del gasto en salud, no incluye una clasificación específica para el gasto en APS (6).

Por lo tanto, es necesario crear una medición del gasto en APS nueva. En los últimos años se han logrado importantes progresos en este ámbito. La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) ha comenzado a trabajar en una metodología para estimar el gasto en APS en los

¹ Como un elemento transversal de las metas del ODS 3 («Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades»), en lugar de un objetivo explícito (3).

países de alto ingreso (7, 8). Tras un amplio proceso de consulta, la OMS también ha estado elaborando una propuesta para una medición del gasto en APS internacionalmente comparable, que se basa en la clasificación funcional del gasto en salud en el marco del SHA 2011 (9). Si bien están sujetas a mejoras continuas, en la base de datos mundial de la OMS sobre gasto de salud (GHED) se publican las estimaciones del gasto en APS para la mayoría de los países del mundo, calculadas utilizando este enfoque.

La presente nota técnica se centra en describir detalladamente la medición del gasto en APS utilizada en la GHED y cómo pueden aplicarla en su propio entorno los países. Puede revestir interés para los encargados de la formulación de políticas de salud y otros observadores, como los socios para el desarrollo, las organizaciones internacionales y las organizaciones de servicios comunitarios que participan en el cálculo y/o análisis de los gastos en APS.

A continuación de esta introducción, en la sección 2 se examina la justificación de una medición clara, conceptualmente precisa e internacionalmente comparable del gasto en APS. La sección 3 presenta la medición mundial del gasto en APS, calculada utilizando exclusivamente las categorías funcionales incluidas en el SHA 2011, y examina algunas de las principales cuestiones metodológicas en su elaboración. También se abordan los beneficios adicionales que suponen para los países combinar la información sobre funciones y proveedores al medir el gasto en APS. Como la clasificación funcional del gasto en salud no siempre es sencilla, en la sección 4 se proporcionan elementos técnicos sobre cómo se puede operacionalizar la medición mundial para obtener estimaciones del gasto en APS. Esto incluye asesoramiento sobre cómo pueden estimar mejor las categorías funcionales los países en sus procesos nacionales de contabilidad de la salud. En la sección 4 también se analizan las estimaciones del gasto en APS que se registran en la GHED, tanto las principales estimaciones del gasto en APS como una serie de otras estimaciones pertinentes para las políticas que pueden calcularse cuando la información sobre el gasto en APS se combina con otras clasificaciones del SHA 2011. En la sección 5, con la que concluye la nota técnica, se plantea cómo se pueden introducir más mejoras.

Habida cuenta de que los países son únicos y no necesariamente adoptan un solo enfoque ampliado, a lo largo de la nota técnica se proporcionan ejemplos de países para ilustrar los diversos contextos y definiciones en que se enmarca la medición del gasto en APS en todo el mundo.

2 La importancia de monitorear el gasto en APS

Resumen

- El concepto de APS ha sido reinterpretado y redefinido desde que fue establecido por primera vez en la Declaración de Alma-Ata de 1978; sigue siendo un concepto amplio, multidimensional y centrado en las personas.
- Existe una clara justificación para invertir en APS, respaldada por una amplia evidencia de que la APS es una de las estrategias más equitativas y eficaces para mejorar la salud de las poblaciones y fomentar la cobertura universal de salud.
- El seguimiento del gasto en APS es necesario para establecer niveles de base y objetivos futuros en relación con las inversiones. Las comparaciones entre países facilitan la

evaluación comparativa y pueden propiciar una investigación más profunda de las razones por las que el desempeño de algunos países es mejor que el de otros.

- La información detallada sobre cómo se destinan los fondos a servicios específicos de APS puede ayudar a los responsables de la formulación de políticas nacionales y los asociados internacionales a dar seguimiento al progreso de las estrategias de APS a nivel nacional.
- La información sobre gastos, combinada con otra información sobre insumos, actividades y resultados, también es una poderosa herramienta analítica para orientar las inversiones y evaluar la relación calidad-precio en el gasto en salud.

2.1 El concepto de la atención primaria de salud

La APS, como se describió originalmente en la Declaración de Alma-Ata de 1978 y 40 años después en la Declaración de Astaná, y se refrendó en la 72.^a Asamblea Mundial de la Salud (junto con otros logros destacados; véase recuadro 2), es un enfoque de la salud adoptado por todo gobierno y toda sociedad que tienen como objetivo garantizar el nivel más alto posible de salud y bienestar y su distribución equitativa. Combina tres componentes (10):

- **Servicios integrados de salud, con énfasis en la atención primaria y las funciones de salud pública.** Se atienden las necesidades de salud de las personas mediante la promoción, protección y prevención de la salud, la atención curativa y los cuidados paliativos integrales a lo largo de toda la vida. También conlleva priorizar estratégicamente los servicios básicos de salud orientados a las personas y familias (a través de la atención primaria) y a la población. Las funciones esenciales de salud pública son los elementos centrales de los servicios integrados de salud.
- **Políticas e intervenciones multisectoriales.** A través de políticas e intervenciones intersectoriales basadas en la evidencia se abordan 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).
- **Empoderamiento de las personas y comunidades.** Se capacita 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 de salud y sociales y como autocuidadores y cuidadores.

Esta visión integral sitúa a las personas, como individuos y comunidades, como eje central de todos los esfuerzos centrados en la APS. Se basa en la noción de que la APS es un componente esencial del desarrollo humano, ya que se fundamenta en un compromiso con la justicia y la equidad social, y en el reconocimiento de que todo ser humano, sin distinción, tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud². Mediante el énfasis en la equidad y la solidaridad también se pone de relieve la responsabilidad de los gobiernos de que los servicios de salud esenciales de calidad estén disponibles y sean accesibles, y de aplicar políticas que promuevan y protejan la salud y el bienestar.

En particular, el enfoque basado en la prestación de atención a lo largo de toda la vida que se incorpora en esta caracterización de la APS es mucho más amplio y profundo que el que tan solo proporciona un conjunto de intervenciones de salud prioritarias para prevenir y tratar enfermedades con alta

² Esto se expresa formalmente en la Constitución de la OMS y se reafirma en la Declaración Universal de Derechos Humanos: «Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.»

mortalidad y morbilidad en entornos de bajos ingresos (a veces denominada «APS selectiva»). La APS tampoco es simplemente una clasificación administrativa o jurídica particular de los proveedores. Más bien se refiere a un proceso en el sistema de salud que:

- proporciona una atención de primer contacto accesible, continua, integral, coordinada y centrada en el paciente;
- protege a las personas de los resultados adversos para la salud (como las enfermedades endémicas locales y los brotes de enfermedades) mediante medidas basadas en la población; y
- aborda los determinantes generales de la salud, por ejemplo, los factores sociales determinantes de los riesgos para la salud y la vida cotidiana.

Esto puede observarse, por ejemplo, en el caso de Chile (11), donde las inequidades en salud se han reducido a medida que aumentan la accesibilidad y la utilización de los servicios de APS. Los programas específicos han desarrollado y ensayado con éxito nuevas tecnologías orientadas a iniciativas locales. Esas iniciativas abordan las necesidades asociadas con la creciente prevalencia de enfermedades no transmisibles, incluido el programa Fondo Farmacia Enfermedades no Transmisibles para abordar la discontinuidad del tratamiento de la hipertensión, la diabetes tipo 2 y el colesterol alto.

Recuadro 2: Logros mundiales de la APS: el ejemplo de las Américas

En 2005, los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respaldaron la Declaración de Montevideo para la renovación de la APS en las Américas. El proceso de renovación reconoció explícitamente que la APS es la base para la transformación del sistema de salud y que para garantizar la salud para todos deben tenerse en cuenta los determinantes sociales de la salud.

En 2014, los Estados Miembros de la OPS incorporaron esta visión de la APS en la Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. La estrategia señala que la asignación eficiente del gasto público para la salud debe tener como objetivos aumentar la equidad mediante la mejora del acceso al primer nivel de atención y ampliar progresivamente la oferta de servicios para todos.

En 2018, los Estados Miembros de la OPS aprobaron la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 y reafirmaron su compromiso con el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

En 2019, los Estados Miembros de la OPS, a través del desarrollo del Plan Estratégico 2020-2030, definieron metas específicas para avanzar en la cobertura universal de salud en la Región, incluidos el Pacto 30-30-30; APS para la Salud Universal y un compromiso con la transformación de los sistemas de salud basados en la APS.

En este desarrollo regional integral, se hace una distinción importante entre la APS y el primer nivel de atención (atención primaria). La APS es un enfoque estratégico para el desarrollo, organización, gestión y financiamiento de los sistemas de salud orientado a promover la salud y el bienestar. El primer nivel de atención (atención primaria) se refiere a un nivel de atención en la prestación de servicios de salud (12, 13) que proporciona una atención amplia, integrada y continua para satisfacer la mayoría de las necesidades y demandas de atención médica de la población a lo largo del tiempo y el curso de la vida. Es el nivel de la red de salud que establece los

vínculos más estrechos con las personas, las familias y la comunidad, y con el resto de los sectores sociales, facilitando así la participación social y la acción intersectorial. El primer nivel de atención desempeña además un papel muy importante en la coordinación de la sucesión de servicios y del flujo de información a través de toda la red de salud; también es el nivel más crítico para lograr la integración operativa de los programas centrados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, y los servicios personales y de salud pública (13).

2.2 Políticas relativas a la medición del gasto en APS

La importancia de invertir en APS está respaldada por una amplia evidencia de que la APS es una de las estrategias más equitativas y efectivas para mejorar la salud de las poblaciones y fomentar la cobertura universal de salud (10). Un sistema de salud orientado a la APS facilita la integración y coordinación de la prestación de servicios que están bien equipados para enfrentar los desafíos de salud de la población. Los servicios personales de primer contacto que son continuos, integrales, coordinados y centrados en las personas (por ejemplo, un médico general de familia) proporcionan una «oportunidad única» práctica y accesible para las personas. Acercan los servicios a la comunidad, reducen los obstáculos de acceso y disminuyen la fragmentación y descoordinación en la atención. Mediante su énfasis en los servicios basados en la comunidad, la APS se convierte en un medio importante para garantizar el acceso a los servicios de salud, incluso en poblaciones rurales, remotas y desfavorecidas. Los servicios basados en la población incorporados en la APS también proporcionan funciones esenciales de salud pública que mejoran mucho la salud y el bienestar y ayudan a fortalecer la preparación de los países frente a emergencias.^{3,4}

Además, la APS ayuda a mejorar la eficiencia en el sistema de salud. Por otro lado, proporciona una función esencial como «guardián» del acceso a niveles de atención más altos (y más costosos) en el sistema de salud; esto ayuda a contener los costos y garantizar que los escasos recursos de salud se asignen a donde más se necesitan. Al ubicar los servicios de salud cerca de las comunidades y ayudar a abordar los determinantes subyacentes de la salud, la APS apoya los esfuerzos para mejorar la protección financiera y disminuir los gastos directos reduciendo la necesidad de atención individual y evitando la escalada de los problemas de salud a condiciones más complejas y costosas, incluidos los medicamentos de alto costo.

Dada la visión general de la APS como base de la cobertura universal de salud, en el presente contexto y más allá de los ODS se necesita una medición precisa del gasto en APS. Desde hace algún tiempo, la OMS ha estado apoyando a los Estados Miembros para probar y generar capacidad técnica a nivel nacional a fin de mejorar el diseño de los sistemas de cobertura universal de salud (21). Esto incluye la elaboración de un marco operacional para la APS. El marco contiene cuatro facilitadores

³ En el Brasil, los resultados de la expansión de la atención primaria se pueden observar en la reducción de las hospitalizaciones (14, 15), la mortalidad general (16) y la mortalidad infantil (17). Namibia ha obtenido buenos resultados en la lucha contra la epidemia de VIH/SIDA y en la reducción de la mortalidad materno infantil y las enfermedades infecciosas y crónicas; la APS ha sido la estrategia principal, basada en la prestación descentralizada de servicios de salud (18). Aunque todavía es necesario luchar contra las desigualdades, la APS ha demostrado ser un medio para mejorar progresivamente la cobertura y calidad de la atención.

⁴ Durante la pandemia de COVID-19, la APS ha sido fundamental para la comunicación de riesgos y los servicios de primer contacto, como el triaje y la vacunación, así como para la vigilancia de enfermedades, como se ha documentado ampliamente en países de todo el mundo, como Colombia, la India, Sri Lanka y África subsahariana (19, 20).

estratégicos básicos, y otros 10 facilitadores operativos, para ayudar a los Estados Miembros a traducir los compromisos mundiales en medidas e intervenciones (22). Con objeto de ayudar a aplicar el marco, la OMS y los Estados Miembros están elaborando un marco de monitoreo con indicadores para fortalecer la capacidad de los países para dar seguimiento a los progresos en la mejora del desempeño de la APS, independientemente de su nivel de gasto.

Para esos marcos es fundamental disponer de una medida internacionalmente comparable del gasto en APS: «medir es conocer». A un alto nivel, para establecer bases de referencia de los países y objetivos futuros en torno a las inversiones es necesario conocer la cantidad total gastada en APS. Las comparaciones entre países también pueden ayudar a los responsables de la toma de decisiones del sistema de salud y a las partes interesadas internacionales a comprender dónde se encuentran los países entre sus iguales. Esas evaluaciones comparativas pueden servir de detonante para mejorar el seguimiento de la APS dentro de los países. También pueden propiciar una investigación más profunda de las razones por las que el desempeño de algunos países en la mejora del acceso a los servicios de salud, la protección contra los riesgos financieros y la cobertura universal de salud es mejor que el de otros. La evidencia de mejor calidad también puede proporcionar una base para que los países coordinen con sus socios para el desarrollo las acciones en materia de políticas y promuevan una mejor orientación de la asistencia para el desarrollo.

La información detallada sobre cómo se destinan los fondos a servicios específicos de APS puede ayudar a los responsables de la formulación de políticas nacionales y los socios internacionales a dar seguimiento al progreso de las estrategias de APS a nivel nacional y a la adecuación de los recursos con las políticas. Esto puede ser particularmente importante en lugares como Guatemala, donde desde 1985 el Ministerio de Salud es constitucionalmente responsable de la APS (23). Para comprender mejor los déficits de recursos a nivel del sistema y de los servicios individuales pueden efectuarse comparaciones entre las asignaciones reales y las necesidades de recursos estimadas. De este modo se pueden facilitar las asignaciones estratégicas en todo el sistema de salud y entre los servicios, según sea necesario. La información sobre el gasto en APS por componente también puede contribuir a las evaluaciones de la calidad del gasto en salud, con arreglo a las cuatro «E»: equidad; eficacia, eficiencia y empoderamiento.

Cuando se combina con otra información sobre actividades y resultados de salud, los datos sobre el gasto en APS pueden convertirse en una poderosa herramienta analítica para evaluar más a fondo la calidad del gasto en APS. La referencia cruzada entre el gasto en APS y la ubicación y los tipos de servicios prestados, por ejemplo, puede ayudar a los ministerios de salud a monitorear los recursos utilizados y a examinar si el sistema de salud está proporcionando una buena relación calidad-precio. Es importante destacar que ser capaz de demostrar el uso efectivo de los recursos disponibles también es un enfoque básico de los ministerios de finanzas, por lo que la evidencia de buena calidad puede ser un insumo fundamental para fortalecer la posición del sector de la salud durante el proceso importante de negociación presupuestaria. Tanto las cuentas de salud como el primer nivel de atención (atención primaria) desempeñan un papel importante en el nuevo marco de funciones esenciales de salud pública (24) y en el programa de fortalecimiento de la gestión y gobernanza de los sistemas de salud.

Entre los ejemplos destacados de la pertinencia normativa a nivel de los países de la medición de los gastos en salud en general, y de los gastos en APS en particular, figuran los siguientes:

- En Ghana, el seguimiento de las cuentas de salud ha ayudado al país a planificar la reestructuración de su sistema de financiamiento de la salud, lo que implica reformar los planes nacionales de financiamiento y reducir progresivamente la dependencia de fuentes de financiamiento externas, en gran parte relacionadas con la APS (25).
- En lugares como México (26), Nigeria (27) y la República Democrática Popular Lao (28), donde se destinan ingresos específicos a la salud (ingresos relacionados con los recursos del petróleo y la hidroelectricidad, en estos casos), el conocimiento de los gastos en APS puede ser útil en las negociaciones presupuestarias y facilitar las solicitudes de financiamiento adicional.
- En un análisis situacional del sistema de salud de Malasia realizado en 1997-2013 (29) se comprobó que una gran parte del gasto en salud se había desplazado de la APS a los niveles secundario y terciario. Esto dio lugar a la prueba piloto de un proyecto de atención primaria mejorada para incrementar el financiamiento de la APS, por ejemplo, para promover una mayor detección de enfermedades no transmisibles.
- En Costa Rica, la medición del gasto en APS ha ayudado a orientar la discusión sobre la idoneidad del monto del gasto público en APS (30). Esto ha llevado a centrarse en la necesidad de mejorar la medición del gasto en APS para fortalecer la capacidad de controlar las enfermedades crónicas, especialmente la diabetes y la hipertensión.
- En Viet Nam, donde el Gobierno tiene un enfoque de política a mediano plazo (2016-2025) sobre la reforma y fortalecimiento del sistema de salud a nivel comunitario, una medición del gasto en APS podría ser útil para guiar el seguimiento del progreso (31).
- A menudo los datos sobre el gasto en APS forman parte de los principales planes estratégicos nacionales de atención de salud. En Armenia, la APS está en el centro del marco de gastos a mediano plazo del Gobierno para 2020-2022, que señala la APS como una de sus líneas estratégicas. En general, en cualquier plan de fortalecimiento o reestructuración del sistema de salud se tiene en cuenta la información detallada sobre el gasto en APS. Desde 2006, la APS es gratuita para la población (32).
- En Chile, el seguimiento de los recursos e intervenciones dirigidos a grupos especiales de población pueden mejorar el acceso de los migrantes a la APS. Desde 2016, diversas iniciativas específicas han proporcionado cobertura a los inmigrantes que aún no están plenamente integrados al sistema y a los no pueden cotizar. La atención se centra en las mujeres embarazadas, los niños y la atención de emergencia (11).

Es importante comprender las limitaciones de los datos relativos a los gastos. La información sobre el gasto por sí sola no es una medición normativa. No puede dar a conocer, por ejemplo, cuál es la mejor manera de invertir en un sistema de APS o su grado de efectividad. Por sí solos, los datos sobre el gasto no pueden sugerir cuál es la calidad de los servicios que se prestan. Tampoco pueden ayudar a fundamentar las opiniones acerca de la idoneidad de los servicios de APS que prestan los proveedores, o de si los servicios son equitativamente accesibles. Ni siquiera pueden determinar cuál podría ser el nivel correcto de gasto en APS. Todas estas consideraciones son muy específicas al contexto, lo que requiere un conocimiento particular de la APS en cada país, así como información detallada adicional sobre insumos, actividades y productos.

Por lo tanto, en la elaboración de las estrategias de APS y en el seguimiento de las políticas para ajustar los sistemas de salud basados en dichas estrategias, es importante que los datos relativos al gasto se examinen en conjunto con otra información, incluida la que se considera fuera de los límites convencionales de la atención de salud. En consecuencia, el marco de monitoreo y otros mecanismos

de vigilancia de la OMS (por ejemplo, la Iniciativa de Mejora del Desempeño de la Atención Primaria de Salud (33)) incluyen el gasto en APS junto con otros indicadores de desempeño.

3 Una medición mundial del gasto en APS

Resumen

- El marco del SHA 2011, que es fundamental para la preparación de las cuentas de salud, no incluye una clasificación ya elaborada del gasto en APS.
- Tras un amplio e intenso proceso de consulta de expertos con las partes técnicas interesadas, se ha formulado una medición que caracteriza el gasto en APS en cuanto a funciones de atención de salud incluidas en la Clasificación Internacional de Cuentas de Salud (ICHA-HC), en lugar de considerar a los proveedores de atención de salud (ICHA-HP). La medida se centra en los servicios personales de primer contacto, los servicios basados en la población y algunas otras caracterizaciones transversales del gasto (en particular, la gobernanza y los productos médicos).
- La elección de la clasificación de proveedores de atención de salud de salud (HC) como marco pertinente para estimar el gasto en APS se debió principalmente al hecho de que refleja mejor el concepto de APS y permite comparaciones entre países. Cada país tendrá su propia definición de APS, a menudo clasificada según tipo de servicios (HC). La medición mundial del gasto en APS no pretende reemplazar las medidas nacionales, sino más bien complementarlas.
- La definición y medición precisas de los gastos en APS utilizando la clasificación de HC se ha visto respaldada por un conjunto de procedimientos normalizados de estimación que pueden usarse para desglosar los componentes del servicio y evitar sobreestimaciones o subestimaciones, según las circunstancias.
- Se alienta a los países a que elaboren tabulaciones cruzadas de las funciones de proveedores para comprender mejor las configuraciones de su prestación de servicios, mejorar la precisión de las estimaciones de gastos en HC (y, por lo tanto, en APS) y dar seguimiento de los cambios normativos.

3.1 Gasto en APS y marco contable del SHA 2011

La mejor herramienta disponible para obtener una medición internacionalmente comparable del gasto en APS es el marco del SHA 2011. El SHA 2011 es fundamental para estimar las cuentas de salud: proporciona una metodología sistemática y reconocida internacionalmente para el seguimiento de todos los gastos incurridos dentro de los límites de la atención de salud en un país determinado durante un periodo definido, independientemente de la entidad o institución que financió y gestionó ese desembolso⁵. Garantiza la comparabilidad del gasto en salud entre países y a lo largo del tiempo.

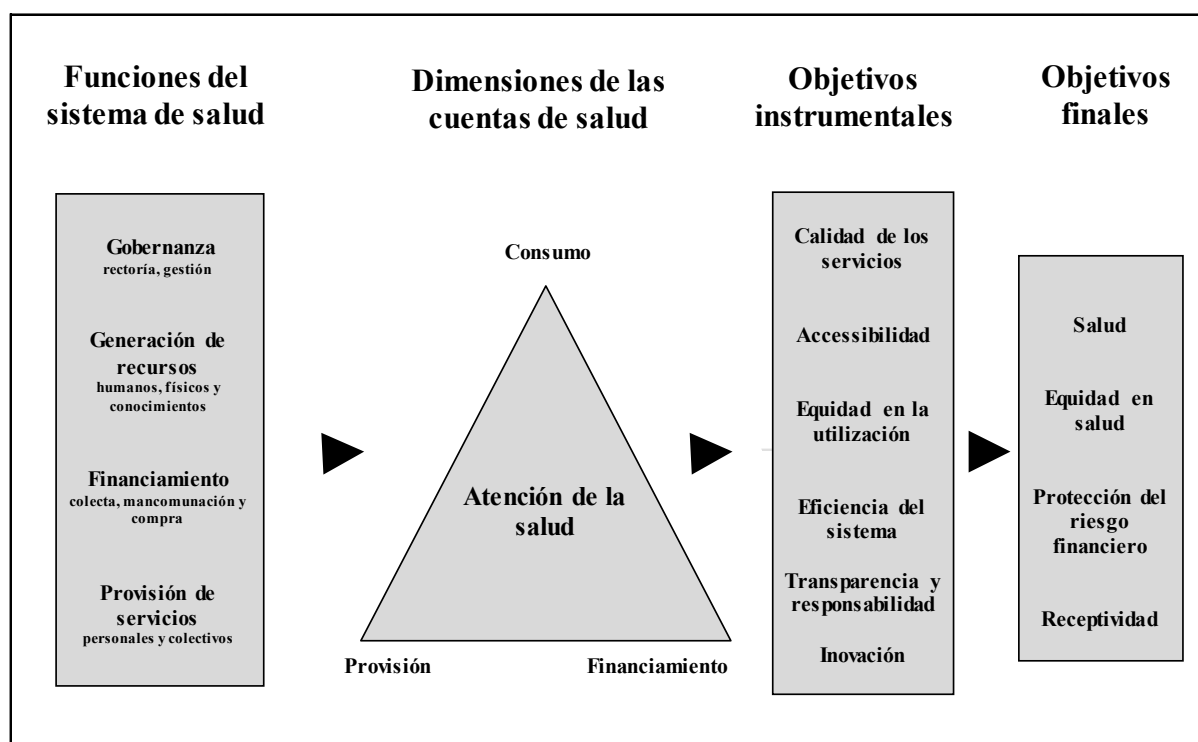
⁵ Estos límites se definen en el SHA 2011 y están delimitados por la clasificación funcional de la atención de salud. El principio básico para determinar el gasto corriente en salud es que el desembolso se destina a productos y servicios finales (es decir, a proporcionar a los beneficiarios la atención de salud que necesitan) y que forman parte de «todas las actividades orientadas a mejorar y mantener

Dadas su naturaleza y sus características distintas, los gastos corrientes y de capital se informan por separado. El gasto corriente en salud mide el valor de los productos y servicios de atención de salud utilizados por los diferentes actores. El gasto de capital en salud mide el valor total de los activos que los proveedores de atención de salud han adquirido durante el periodo contable (menos el valor de las enajenaciones de activos) y que se utilizan repetidamente durante más de un año en la prestación de servicios de salud.

El SHA 2011 se basa en un marco triaxial para registrar el gasto corriente total en salud, conforme al cual el valor de lo que se consume también se ha proporcionado y financiado. En los tres ejes existen clasificaciones y desagregados estandarizados del gasto: consumo (funciones de atención de salud, enfermedades), prestación (proveedores y factores asociados a la prestación) y financiamiento (fuentes de ingresos, esquemas y agentes de financiamiento). Las cuatro funciones básicas del sistema de salud (gobernanza, generación de recursos, financiamiento y prestación de servicios) pueden vincularse a esos tres ejes, que a su vez están relacionados con el objetivo último de la atención de salud (figura 1). En la contabilidad de la salud, la información sobre el gasto en salud generalmente se presenta en «tabulaciones cruzadas» de dos clasificaciones de gastos representando el flujo de recursos; por ejemplo, proveedor por función o esquema de financiamiento por fuente de financiamiento.

el estado de salud de las personas, prevenir su deterioro y mitigar las consecuencias de la mala salud mediante la aplicación de conocimientos cualificados en materia de salud» (pág. 52). La educación y formación de recursos humanos para la salud y las actividades de investigación y desarrollo como objetivos finales por ejemplo, no forman parte del consumo final de servicios de salud de la población y, por lo tanto, no se incluyen, a menos que se lleven a cabo como parte de las actividades del sistema de salud para mejorar directamente la prestación de servicios, como la investigación operativa y la capacitación práctica (pág. 104). Estas inclusiones se distribuyen entre los servicios que pretenden apoyar.

Figura 1. Vinculación entre los marcos de los sistemas de salud y las cuentas de salud



Fuente: Reproducido de OCDE, Eurostat y OMS (34).

Es importante señalar que el SHA 2011 no incluye una clasificación ya elaborada del gasto en APS. No obstante, dentro del SHA 2011 y la Clasificación Internacional de Cuentas de Salud (ICHA, por su sigla en inglés) las más adecuada para estimar el gasto en APS son la clasificación de funciones de atención de la salud (ICHA-HC) y la clasificación de proveedores de atención de salud (ICHA-HP)⁶.

De conformidad con el manual del SHA 2011 (34), la clasificación funcional del gasto (HC) se utiliza para describir el consumo (es decir, excluyendo el gasto de capital) por parte de la población de acuerdo con la *finalidad* de los servicios de salud. Las líneas divisorias básicas para estructurar las funciones de atención de salud son los productos y servicios médicos individuales frente a los colectivos, las finalidades básicas de la atención (por ejemplo, atención curativa, atención de rehabilitación, atención de largo plazo) y los modos de prestación (por ejemplo, atención hospitalaria, atención ambulatoria). La clasificación HC también incluye los gastos relativos a la gobernanza y gestión del sistema de salud. Esto significa que la clasificación funcional puede utilizarse para vincular el gasto en salud con las categorías pertinentes para la APS: los servicios de primer contacto, coordinados, continuos e integrales; y los servicios especializados y basados en la derivación⁷. En el recuadro 3 se proporcionan más detalles sobre el marco de clasificación de las funciones de atención de salud, y en el anexo 1 se ofrece una taxonomía completa de dichas funciones.

⁶ En este documento, las clasificaciones ICHA-HC e ICHA-HP se denominan simplemente como HC y HP.

⁷ En muchos países, como por ejemplo, en la Arabia Saudita, el sistema de referencia y contrarreferencia no es óptimo (35).

Recuadro 3. Clasificación de las funciones de atención de salud (ICHA-HC) en el SHA 2011

Las funciones de atención de salud hacen referencia al tipo de servicios prestados por el sistema de salud y utilizados por el beneficiario, independientemente del proveedor y la vía de financiamiento. En el nivel más alto (primer dígito) de la clasificación, las funciones de atención de salud se organizan en siete grupos de actividades, basadas en la finalidad principal de los servicios de salud o en las necesidades de un usuario de dichos servicios. Esto incluye el gasto en bienes y servicios que forman parte de:

- la atención curativa (HC.1);
- la atención de rehabilitación (HC.2);
- los cuidados paliativos o de largo plazo para pacientes con un grado de dependencia (HC.3);⁸
- la atención preventiva (HC.6).

Dentro de estas categorías basadas en la atención figura el uso de bienes y servicios médicos (por ejemplo, medicamentos y servicios de laboratorio) que forman parte integral de un conjunto de servicios de atención proporcionados a pacientes hospitalizados.

Además:

- Los servicios auxiliares (HC.4) y los bienes médicos (HC.5) se contabilizan por separado cuando corresponden a bienes y servicios que el paciente compra y utiliza directamente en un contacto independiente con el sistema de salud, y que no forman parte integral de un servicio de salud. El servicio de ambulancia y transporte de pacientes (HC.4.3) puede incluir atención curativa, que involucra medicamentos y otros productos médicos que se contabilizan como parte del servicio. Además, algunos productos farmacéuticos y médicos proporcionados y utilizados durante los servicios de laboratorio forman parte de HC.4 y no de HC.5.
- La gobernanza y gestión del sistema de salud (HC.7) engloba las actividades a nivel del sistema de salud (por ejemplo, administración, regulación, coordinación, supervisión del sistema de salud, del seguro de salud y la gestión de fondos).

En el nivel del segundo dígito de la clasificación de la atención curativa, de rehabilitación y de largo plazo se especifican las actividades por modo de prestación. Esto permite que estas funciones se desglosen en atención hospitalaria (que implica una estancia de una noche después del ingreso), atención de día (ingreso formal del paciente en un establecimiento de salud, al que se da de alta el mismo día) y atención ambulatoria y atención domiciliaria (que no requieren ingreso formal).

Los servicios curativos también se desglosan en el nivel del tercer dígito, para distinguir entre atención general y especializada. A menudo la atención general es el punto de entrada al sistema de atención de salud, antes de que se efectúe una derivación. Este servicio atiende los casos más frecuentes y sin complicaciones en todos los campos médicos (incluida la atención básica proporcionada a personas con necesidades complejas de atención de salud, si faltan capacidades y tecnología para la atención especializada). Los servicios especializados se relacionan con la atención

⁸ La atención de largo plazo (HC.3), exclusivamente para pacientes con un grado de dependencia y para los que la rehabilitación no es posible. Incluye la atención médica o de enfermería, y los servicios de atención personal que proporcionan ayuda en las actividades cotidianas; con frecuencia se asocia con actividades básicas de la vida diaria, que están excluidas del gasto en salud. Para más detalles, véanse las guías de la OCDE relativas al gasto en atención de largo plazo (36).

curativa que conlleva un mayor nivel de tecnología y conocimientos requeridos para algunas necesidades de atención médica menos frecuentes y más complejas. Es probable que tengan un mayor costo, y a menudo se accede a ellos a través de un sistema de derivación.

La atención preventiva consiste en la prevención primaria y secundaria, incluidos los servicios personales y colectivos antes del diagnóstico. El segundo dígito de la atención preventiva también se basa en el tipo de servicio. Incluye actividades para grupos de población sanos (por ejemplo, vacunación; detección temprana de enfermedades; seguimiento del estado de salud; información, educación y asesoramiento), así como programas de vigilancia, control de riesgos y enfermedades, y preparación para programas de respuesta a desastres y emergencias.

El segundo dígito de HC.7 distingue la gestión del sistema de salud y del financiamiento de la salud.

Dado que los proveedores reciben y ejecutan los fondos que se utilizarán para llevar a cabo las actividades de APS, y que a menudo también tienen una población asignada que recibe servicios de APS, existe un vínculo importante entre la APS y los proveedores. La clasificación HP en el SHA 2011 organiza el gasto en atención de salud de manera estandarizada de acuerdo con los diversos agentes (organizaciones y personas) que ofrecen bienes y servicios de atención de salud. Muestra la estructura del sistema de salud específico de cada país y la tecnología aplicada en él. Aunque existe una heterogeneidad considerable en la forma en que se organizan los sistemas de salud entre los países y en el nivel tecnológico de sus proveedores, la clasificación HP agrupa a los proveedores de atención de salud en grupos significativos y homogéneos que son aplicables en todos los entornos (por ejemplo, hospitales, centros residenciales de atención de largo plazo, proveedores de atención ambulatoria, minoristas de bienes médicos, gestores y financiadores del sistema de salud).

Sin embargo, el vínculo entre los servicios de APS y los proveedores no siempre es obvio. Las categorías de proveedores están alineadas con la categoría de servicio principal, aunque la mayoría de los proveedores ofrecen más de un tipo de servicio, lo que dificulta la concordancia de los servicios de APS con un tipo de proveedor individual. Además, la naturaleza de un servicio (incluidos los servicios de APS) puede diferir según el proveedor que lo preste. Por ejemplo, una consulta general puede ser cualitativamente diferente en un hospital terciario de la que se preste en un dispensario de salud. El tipo de servicios de APS también puede diferir entre los proveedores; por ejemplo, la detección del cáncer de mama se puede realizar como atención ambulatoria tanto en un hospital como en un dispensario de salud (dependiendo de la disponibilidad de equipo médico pertinente); este servicio preventivo debe incluirse en ambos casos como APS.

Las comparaciones internacionales del gasto en APS basadas en el marco de la clasificación HP pueden estar determinadas por una serie de diferencias estructurales y tecnológicas, particularmente entre los países de ingresos altos y los países de ingresos bajos y medianos. Concretar el gasto en APS sobre la base de una medida de la capacidad del proveedor (tecnológica o de otro tipo) correría el riesgo de tratar de manera diferente a los países; por ejemplo, un proveedor altamente especializado en un país tal vez no tenga la misma categoría en otro país. Además, las diferencias en los estándares internos de los países pueden dar lugar a que una categoría determinada de proveedor desempeñe diferentes funciones en la prestación de atención en el primer punto de contacto o en la atención continua, integral, centrada en el paciente y coordinada. Por ejemplo, en los países de elevados ingresos, como en Europa, para que un establecimiento de salud sea designado como «hospital» puede tener que

cumplir determinadas normas, mientras que en otros, como Myanmar, se espera que un cierto tipo de hospital sea un punto de entrada en el sistema de salud, a través de los servicios de APS (véase el recuadro 6).

3.2 Medición del gasto en APS utilizando las clasificaciones funcionales del SHA 2011

Tras un amplio e intenso proceso de consulta de expertos con las partes interesadas técnicas (recuadro 4), utilizando el marco de clasificación funcional del SHA 2011 se ha elaborado una medición del gasto en APS que se aproxima al concepto integral de dicho gasto. Esa medición mundial del gasto en APS incluye los siguientes componentes de gasto, que incorporan servicios personales que son de primer contacto, servicios basados en la población y otros elementos transversales pertinentes:

- atención curativa general ambulatoria (por ejemplo, visitas a un médico general o una enfermera) (HC.1.3.1);
- atención odontológica ambulatoria (por ejemplo, visitas para el control periódico u otro tratamiento bucodental) (HC.1.3.2);
- atención curativa ambulatoria no clasificada en otras partes (excluida la atención ambulatoria especializada) (HC.1.3.n.e.c.);
- atención curativa domiciliaria (por ejemplo, visitas domiciliarias de un médico general o una enfermera) (HC.1.3.1);
- atención de largo plazo ambulatoria (HC.3.3) y domiciliaria (HC.3.4);
- atención preventiva (por ejemplo, inmunización, revisiones de la condición de salud, educación en materia de salud, detección de enfermedades, programas de vigilancia y de respuesta frente a emergencias) (HC.6);
- una parte de los bienes médicos suministrados fuera de los servicios de salud (80% de HC.5); y
- una parte del gasto en gestión y gobernanza del sistema de salud (80% de HC.7).

Recuadro 4: Proceso de consulta y sus resultados

Los debates técnicos y las consultas sobre la forma en que podría utilizarse el SHA 2011 para el monitoreo efectivo del gasto en APS se prolongaron cerca de un año. Incluyeron observaciones de profesionales de la salud, responsables políticos y expertos técnicos de países de todo el mundo adscritos a programas de salud, organizaciones internacionales e institutos de investigación específicos. Se llevaron a cabo las siguientes actividades:

- Se celebraron diversos debates técnicos con expertos en cuentas de salud y expertos que trabajan en la APS.
- Para llegar a un consenso sobre una definición de trabajo, la OMS realizó análisis comparativos y de sensibilidad sobre diversas definiciones prácticas resultantes de consultas mundiales. Esos análisis se presentaron y examinaron durante la celebración del 40 aniversario de la APS en Astaná, en octubre de 2018, y se publicaron en 2019 (9), tras lo cual se acordó la definición de trabajo.
- Se celebró una consulta en línea sobre el proyecto de metodología.
- En 2021 se llevó a cabo una reunión de consulta.

La decisión se tomó a través del proceso de consulta de expertos para articular el gasto en APS por lo que se refiere a HC y no a HP, porque la clasificación funcional, basada en el tipo de servicios, es más

adecuada para captar la esencia del concepto de APS. No obstante, el suministro de servicios de APS requiere proveedores. Un proveedor no siempre ofrece exclusivamente servicios de APS. Y además, los servicios de APS pueden ser prestados por diferentes tipos de proveedores. Asimismo, el proveedor es el centro de la asignación de recursos a la APS, ya que los presupuestos nacionales e institucionales a menudo se canalizan a través de proveedores específicos. Los proveedores también son el vínculo con la población. Esta es la razón por la que a menudo quienes articulan el conocimiento y aplicación del enfoque de la APS son los responsables de formular las políticas relacionadas con los proveedores.

- Países como el Brasil (37) y México (38) definen la APS por tipo de servicio, pero su prestación está relacionada con un tipo específico de establecimientos de salud.
- En algunos casos, los servicios de APS se proporcionan en establecimientos de salud consagrados específicamente a la APS. Por ejemplo, en Guatemala (23), la APS se ofrece principalmente en dispensarios de salud y centros comunitarios, mientras que en Etiopía (39) los dispensarios de salud son la base de la prestación de servicios de APS basados en la comunidad.
- En Afganistán, la provisión de APS se expande con proveedores específicos de ONG, para garantizar un mayor acceso de la población a la APS (40).
- A medida que los presupuestos se activan a través de los proveedores, esos últimos pasan a ser los ejecutores de cualquier servicio de APS y luego informan de sus actividades en ese ámbito. Por ejemplo, en Egipto (41), el financiamiento de la APS se canaliza a través de las unidades y centros que se consideran el primer punto de contacto.

También se estima que para las comparaciones entre países, la clasificación funcional estandarizada es más adecuada que las categorías de proveedores. Esto refleja las razones estructurales descritas en la sección anterior, así como las nuevas dinámicas que están diluyendo cada vez más la distinción entre los niveles de proveedores a medida que los países reorientan sus sistemas de prestación de servicios para que estén más integrados y más cerca de las personas.

- El Uruguay (42) tiene un tipo de proveedor de salud muy específico. Esos proveedores ofrecen todos los niveles de atención, con servicios que van desde la atención ambulatoria hasta la hospitalización general y especializada, además de proporcionar fármacos, servicios de laboratorio, diagnóstico por imágenes, etc. Todos esos proveedores de servicios integrados ofrecen el mismo conjunto de prestaciones a todos los usuarios, independientemente de su tipo de seguro. Los proveedores pueden ser públicos o privados (es decir, cobrar honorarios por sus servicios ambulatorios al usuario). Su gasto total representa más del 75% del gasto en salud del país.
- En países y zonas con poblaciones dispersas, como Mongolia (43), con una densidad de población de dos personas por kilómetro cuadrado, muchos establecimientos de salud también ofrecen necesariamente todo tipo de servicios.

3.2.1 Una medición para la evaluación comparativa internacional, y no un sustituto del monitoreo a nivel de país

Es importante destacar que la medición del gasto en APS internacionalmente comparable no está concebida para sustituir los enfoques nacionales orientados a estimar dicho gasto. De hecho, la OMS

aconseja explícitamente que los países conserven y utilicen sus propias definiciones basadas en la estructura de los sistemas nacionales de salud y de atención primaria de salud.

Cada país elegirá su propio método para estimar el gasto en APS, impulsado por sus circunstancias únicas y sus enfoques de medición, como se ve en los siguientes ejemplos:

- Viet Nam excluye de sus estimaciones el gasto en atención odontológica y en atención curativa y de largo plazo domiciliaria (31).
- En Malasia, los límites del gasto en APS excluyen los productos médicos y la gobernanza y gestión del sistema de salud (29).
- En Estonia, la medición del gasto en APS incluye los servicios de psicólogos y trabajadores sociales (44) (recuadro 5).
- Myanmar (45), que está definiendo el alcance del gasto en APS, actualmente propone un enfoque que refleja fielmente (pero no exactamente) la medición mundial (recuadro 6). Un punto de partida importante es el supuesto de que los gastos de gestión relacionados con la APS representan el 15% del gasto estimado en APS.
- Otros países, como el Uruguay (42), actualmente no cuentan con una definición nacional específica del gasto en APS.

Recuadro 5. Alcance del gasto en APS en Estonia

El documento sobre los avances en materia de salud correspondiente a 2020 en Estonia (46) define los servicios de APS como una combinación de servicios de médico de familia y enfermera, enfermería domiciliaria, fisioterapia, atención obstétrica, salud escolar, farmacia, salud ocupacional, atención odontológica, psicología o enfermería de salud mental, salud general (incluida la prestación de esos servicios por médicos de familia y enfermeras) y asistencia social. Se estima que Los primeros cuatro servicios se consideran los principales servicios de APS.

Los servicios no prestados por un médico de familia o una enfermera se consideran una parte importante de los servicios de APS, aunque en sentido estricto no sean servicios de salud ante la ley.

Recuadro 6. Alcance del gasto en APS en Myanmar

El Ministerio de Salud y Deportes de Myanmar ha propuesto un enfoque para estimar el gasto en APS (45). Entre las diferencias notables con la medición mundial figuran las siguientes:

- Se excluye el gasto en atención de largo plazo, que es insignificante.
- La atención preventiva se divide en intervenciones de vigilancia epidemiológica y control de riesgos y enfermedades (que se incluyen), y componentes técnicos (que se excluyen).
- Se excluye el gasto en preparación para emergencias.
- Se ha propuesto que el componente de dirección, administración y gestión equivale a un 15% adicional del gasto estimado en APS.
- El gasto relativo a los proveedores se incluye teniendo en cuenta sus responsabilidades asignadas. Conforme a la definición mundial, se incluyen todos los proveedores de servicios ambulatorios, los minoristas (incluyendo el 80% de las ventas minoristas) y los proveedores de atención preventiva. Asimismo, se añaden los hospitales municipales y estacionarios

(considerados «hospitales de APS») porque sus funciones se relacionan con la APS. En particular, el contenido de las funciones de APS sigue siendo el mismo en las unidades ambulatorias y hospitales, ya que se excluye la atención hospitalaria y especializada.

La medición nacional propuesta da como resultado una estimación algo menor para el gasto en APS en 2017, como proporción del gasto corriente en salud (47%), en comparación con la medición mundial (54%).

3.3 Principales aspectos metodológicos de la estimación del gasto en APS utilizando la clasificación funcional

3.3.1 Dificultades inherentes a la definición y estimación precisas del gasto en APS

Algunos servicios relacionados con la APS son comunes en todo el mundo, mientras que otros son específicos de cada país. En consecuencia, para alcanzar un pleno consenso entre los expertos sobre qué servicios captaban con precisión la esencia de la APS se encontraron dificultades inherentes. En general, hubo un fuerte acuerdo en que una de las principales características de la APS es que incluye servicios curativos de atención de salud general, a diferencia de los servicios especializados. En consecuencia, la medición incluye los servicios ambulatorios que, por naturaleza, no son especializados -curativos, domiciliarios y de largo plazo-, así como la atención preventiva.

Sin embargo, se observan algunas áreas grises. Algunos centros de atención primaria ofrecen servicios especializados. En esos casos, la capacidad de respuesta de la APS se basa en dos elementos: ser el contacto más cercano y continuado a lo largo de la vida (asociado al acceso), y atender el mayor número de necesidades de salud y las que tienen mayor prevalencia epidemiológica (asociadas a la cobertura de los servicios, lo que implica capacidad y complejidad). Esos elementos se pueden diferenciar de la atención de rehabilitación, que se considera que está fuera de la frontera de la APS porque rara vez se ofrece en un primer contacto, a pesar de ser relativamente continua; se aplica lo mismo a la fisioterapia, la psicología, la logopedia, etc.

Del mismo modo, cuando no se admite al paciente para una estancia de una noche, se incluyen los servicios de urgencias (que pueden corresponder a un primer contacto). Por el contrario, no existe consenso sobre la inclusión de los servicios de urgencias de los hospitales. Una razón práctica para excluirlos de la medición del gasto en APS es la falta de registros detallados para distinguir la atención de emergencia de la atención hospitalaria.

También se ha discutido la atención domiciliaria. Los criterios de las cuentas de salud especifican que está previsto que la atención domiciliaria sea proporcionada por profesionales remunerados o por alguien bajo su supervisión. Por lo general, es una combinación de atención especializada y familiar. En Costa Rica, la atención domiciliaria especializada es la que proporciona el personal de atención primaria a un hogar. Esto puede incluir tanto la atención curativa como la preventiva. Otro caso es el tratamiento especializado que se proporciona en el hogar, que se denomina «hospitalización domiciliaria» para diferenciarlo de las visitas y la atención domiciliarias. Esto se aplica, por ejemplo, a una persona mayor enferma que está postrada en cama en casa, o a un paciente que requiere diálisis peritoneal domiciliaria, en que un equipo de salud lo capacita para que realice la diálisis en su hogar y le hace el seguimiento, y en que el proveedor de atención primaria le proporciona los suministros y

equipo de diálisis (47). En principio, no se prevé que la atención domiciliar especializada supervisada se incluya dentro de los límites de la APS. En los países de altos ingresos solo se puede acceder a la atención de largo plazo en el hogar después de las referencias correspondientes, de modo que, por definición, nunca constituye atención de primer contacto.

3.3.2 Medición del gasto en productos médicos y gestión relacionados con la APS

Determinar hasta qué punto los productos médicos no especificados por función (HC.5) y la gobernanza y gestión del sistema de salud (HC.7) deben incluirse en la medición del gasto en APS plantea una verdadera incertidumbre. Ambas categorías afectan claramente a la APS, pero es difícil atribuirles con precisión a la APS. En cada caso, se utiliza una estimación del 80%, basada en la opinión de expertos y estudios de casos individuales que se consideraron ampliamente aplicables en todos los países.

Por lo que se refiere a los productos médicos, el principal reto consiste en separar el gasto en medicamentos exclusivos para la APS del gasto relativo a otros medicamentos. En términos generales, el gasto en productos médicos se incluye en dos tipos de modalidades funcionales. En primer lugar, puede formar parte de un conjunto de servicios. En segundo lugar, puede implicar la compra independiente en farmacias, supermercados u otros lugares. Esto incluye la adquisición de medicamentos con receta y de venta libre (HC.5.1); otros productos de salud, como lentes y audífonos (HC.5.2.3); y otros productos médicos duraderos (HC.5.2.9), como aparatos y dispositivos externos, principalmente relacionados con la órtesis (por ejemplo, sillas de ruedas, camas especiales). En principio, los productos médicos adquiridos y utilizados directamente deben incluirse en la definición de gasto en APS. Por el contrario, los productos médicos utilizados como parte de los servicios de hospitalización, atención de día y atención ambulatoria no deben considerarse productos médicos no especificados por función (HC.5) y, por lo tanto, deben excluirse como gasto en APS. Esto es así aun cuando esos productos sean adquiridos de forma independiente por los pacientes en la farmacia para su uso durante el tratamiento en establecimientos de salud.

Sin embargo, desglosar suficientemente el gasto en productos médicos para determinar el gasto en APS no siempre es sencillo, ni de hecho posible (véase recuadro 7). En muchos casos, particularmente en entornos de ingresos bajos y medianos, la falta de datos detallados puede dar lugar a cierto sesgo en el inventario, y en la categoría HC.5 pueden figurar medicamentos que en caso contrario podrían haberse incluido en la prestación de servicios.

También puede resultar difícil distinguir entre el gasto en productos médicos que se emplean en el tratamiento general y el relativo a los utilizados en el tratamiento especializado, así como los productos médicos que se relacionan con la atención de primer contacto.

- Los medicamentos especializados para el tratamiento de enfermedades crónicas a menudo se proporcionan en el nivel primario del proveedor. La medicación para enfermedades crónicas no suele estar relacionada con un primer contacto.
- Los productos médicos duraderos prescritos en especialidades médicas (por ejemplo, ortopedia y rehabilitación, en fisioterapia) a menudo se incluyen en el tratamiento, lo que significa que forman parte de la atención especializada y no de la APS. Sin embargo, estos dispositivos, que corrigen o facilitan las actividades o el movimiento, también suelen estar

vinculados a la atención de largo plazo y pueden ser esenciales para las actividades de la vida diaria, lo que significa que deben figurar como parte del gasto en APS.

La decisión de incluir el 80% de los medicamentos sigue siendo controvertida, porque la APS se relaciona con el primer contacto. En casi todos los países, la inclusión de toda la clasificación de HC.5 sobreestimaría el gasto en APS, mientras que la exclusión total de HC.5 subestimaría mucho el gasto en APS. La proporción precisa, sin embargo, depende del contexto: en algunos entornos, el supuesto del 80% de HC.5 sobreestimaría el gasto en APS, mientras que en otros lo subestimaría. Sin duda, existirá una considerable diversidad entre los países con respecto a cada una de estas estimaciones, y en última instancia la evidencia de esa diversidad debería fomentar un mayor perfeccionamiento de la metodología a lo largo del tiempo.

Recuadro 7. La dificultad de medir los productos médicos para estimar el gasto en APS

Los medicamentos empleados en los tratamientos ambulatorios y hospitalarios se integran como un conjunto de medidas de atención de salud. El gasto no distingue todos los componentes de ese conjunto. Por lo tanto, los medicamentos adquiridos a los minoristas (HC.5) forman parte del tratamiento (por ejemplo, medicamentos recetados), pero no se utilizan durante estos servicios.

Sin embargo, particularmente en entornos de ingresos bajos y medianos, es posible que los medicamentos necesarios no estén disponibles en el hospital, de modo que los pacientes deban comprarlos en otro lugar y llevarlos a los establecimientos de salud para recibir tratamiento. Distinguir con precisión entre los productos médicos adquiridos y utilizados de forma independiente (HC.5) y los comprados por los pacientes por separado pero utilizados como parte de su tratamiento (consulta y hospitalización) es considerablemente difícil.

En el Perú se ha medido esta brecha. Alrededor del 59% de las compras en farmacias por parte de los hogares deberían formar parte de los medicamentos consumidos durante la atención en los establecimientos de salud, debido a problemas de abastecimiento en los establecimientos de salud públicos. Este desembolso debe excluirse del gasto en APS relativo a las ventas en farmacias (48). Este problema de clasificación, combinado con el hecho de que los productos farmacéuticos (tanto prescritos como de venta libre) representan el componente más alto de los desembolsos directos, significa que incluir el 80% de HC.5 podría dar lugar a una sobreestimación del gasto en APS. Al mismo tiempo, la mayoría de las encuestas indican que las personas toman medicamentos de venta libre cuando piensan que sus enfermedades no son graves, lo que en la mayoría de los casos puede considerarse parte del gasto en APS.

En Armenia (32), los pagos directos representan más del 80% del gasto total en salud y corresponden principalmente a HC.5. En consecuencia, la prestación de APS se concentra principalmente en el uso de productos médicos (HC.5) mediante el pago directo de los hogares. En Malasia (29), los productos médicos (HC.5) no se incluyen en la medida del desembolso, ya que en caso de hacerlo la estimación del gasto en APS aumentaría en un 7%.

Además, existen diversos mecanismos para adquirir los medicamentos ambulatorios.

- En algunos países, la mayoría de los medicamentos ambulatorios se pagan junto con los honorarios de consulta, cuando se proporcionan conjuntamente y el valor de los medicamentos no se puede separar de la consulta.

- En zonas con poblaciones dispersas, con frecuencia los médicos ofrecen servicios de consulta y a la vez proporcionan medicamentos, lo que dificulta la separación de ambos componentes.
- En países como México (49), las farmacias pueden contar con un servicio médico *in situ*, que prescribe los medicamentos entregados en la propia farmacia, con un solo pago.

El hecho de que los medicamentos se integren o no en los honorarios de consulta no afectará el gasto total en APS, siempre y cuando puedan separarse en servicios ambulatorios especializados y generales. Las dos opciones proporcionan una apreciación diferente del gasto en productos médicos y componentes de la consulta de APS.

En el caso de los servicios de gobernanza y gestión de los sistemas de salud (HC.7), es importante reconocer que, dado que la APS es un enfoque sistémico de la atención de salud, requiere un alto nivel de coordinación (dentro del sistema de salud y entre sectores), y la formulación y aplicación de políticas⁹. La lógica del supuesto del 80% para la atribución de los gastos de gobernanza y gestión a la APS, por lo tanto, es que la orientación adecuada de la elaboración de la estrategia de APS y su aplicación requieren recursos. En el cuadro 1 se muestran algunas de las diferencias en la forma en que los países imputan la gestión a los gastos en APS.

Se necesita una atención específica de la administración para garantizar que el primer contacto incluya la atención más necesaria, con funciones de asignación y establecimiento de prioridades; para ello, las normas, la reglamentación y el control son actividades pertinentes. La gestión del sistema también incluye intervenciones cruciales, como la derivación, las adquisiciones y el control de precios relacionados con la APS. Esto se ilustra en la experiencia de Indonesia (53). El plan Jaminan Kesehatan Nasional ha introducido un sistema de pago capitado para los establecimientos de salud comunitarios que prestan APS a través de un conjunto básico de 144 servicios. La tasa de pago se basa en las características del establecimiento (por ejemplo, disponibilidad de médicos, servicios las 24 horas), la tasa de contacto (proporción de pacientes inscritos que acuden al establecimiento en un mes), la tasa de derivación más baja (proporción de referencias a especialistas para diagnósticos de atención primaria) y las medidas del programa de control de enfermedades crónicas (proporción de personas con hipertensión o diabetes que participan en el club de mantenimiento físico y bienestar de un establecimiento), y se ajusta a su ubicación geográfica. Las experiencias relativas a la APS han demostrado la necesidad de dar seguimiento detallado al gasto en salud, así como de llevar a cabo un control administrativo para ejecutar el proceso. El ejemplo de Georgia (54) ilustra la complejidad que conllevan la atención de salud y las funciones de administración y gestión (por ejemplo, otorgar licencias a los proveedores, regular los insumos y la práctica terapéutica, y monitorear y controlar la evolución) para coordinar una multiplicidad de actores en los diversos niveles de participación y las diversas modalidades de compra de la APS. El seguimiento de los recursos indicará si esas funciones se cumplen de forma eficiente. Estos argumentos apoyan una mayor proporción de HC.7 como APS.

⁹ Este es el caso de Bangladesh, donde diversos ministerios, junto con organizaciones privadas y no gubernamentales, participan en la prestación de servicios de APS, con una cobertura importante de los servicios y la población que hay que atender (50). En Malawi, la APS depende del acuerdo entre el Ministerio de Salud y las ONG, principalmente en las zonas rurales y remotas (51). Además, en todos los niveles administrativos, los programas y el financiamiento específicos requieren que la administración aumente la cobertura de la APS. Por ejemplo, en el condado de Makueni, en Kenya, se creó un fondo mancomunado de los gobiernos central y de los condados, junto con la financiamiento de donantes (por ejemplo, el Banco Mundial) y las contribuciones de los hogares (51).

Sin embargo, en sistemas con un alto nivel de gasto en atención especializada, el gasto relativo a HC.7 también está relacionado con este tipo de servicios.

No obstante, es importante tener en cuenta que el gasto en gobernanza (principalmente para el ministerio de salud y las autoridades locales de salud, y la gestión de seguros) también puede mejorar la eficiencia y eficacia de la gobernanza del sistema. En países como Nigeria (27), a pesar de disponer de recursos presupuestarios y petroleros y de contar con un Organismo Nacional de Desarrollo de la Atención Primaria de Salud, los obstáculos encontrados en la ejecución perjudican los resultados planificados.

Los procedimientos nacionales de estimación pueden variar, pero, a efectos de la comparación internacional, la propuesta es incluir como gastos en APS el 80% de los gastos medidos de gobernanza y gestión.

Cuadro 1. Diferencias en la contabilización de los gastos de gobernanza y gestión al estimar los gastos en APS

Medida mundial	Myanmar	Malasia	México	Guatemala	Viet Nam	Brasil
80% de HC.7	Un 15% adicional del gasto estimado en APS	Se excluye el gasto administrativo. Si se contabiliza, se añadiría un 7% adicional del gasto en APS como porcentaje del gasto corriente en salud	No se incluye el gasto administrativo	Representa partidas específicas de gestión institucional (equivalentes al 4-6% de la APS pública)	Estimado como gastos del gobierno a nivel local (de distrito y comunidad, 38%) y como proporción de los recursos humanos de salud a nivel de distrito y comunidad (37%); en promedio, el 38% del gasto total en gestión del sistema de salud	La proporción de la APS previamente contabilizada en el gasto corriente en salud se aplica a la HC.7

3.3.3 Exclusiones en la medición mundial del gasto en APS

Se han dedicado esfuerzos notables para identificar e incluir servicios de salud apropiados que estén en consonancia con la APS utilizando el marco funcional del gasto del SHA 2011. Sin embargo, el hecho de que el SHA 2011 no necesariamente desglose los servicios en categorías, lo que sería ideal para identificar los relativos a la APS o para distinguirlos de otros tipos de servicios de salud, significa que fue necesario asumir algunos compromisos. Esto incluye la exclusión de algunos servicios que inicialmente pueda parecer que estén relacionados con la APS. A continuación se ofrecen algunos ejemplos notables, que pueden resolverse mediante mejoras progresivas en la documentación detallada de la naturaleza de los servicios y de su correspondiente gasto:

- Los servicios de laboratorio (HC.4.1) y de diagnóstico por imágenes (HC.4.2) pertenecen a las categorías de gastos en servicios auxiliares que no pueden especificarse por función. Esos servicios se pueden usar como parte de la APS y la atención especializada. También pueden ser un contacto independiente con el sistema de salud, sin ninguna derivación de un médico, y también pueden ser bastante especializados (por ejemplo, una resonancia magnética). Dado que el SHA 2011 no distingue entre los límites de tales categorías en los servicios de laboratorio y diagnóstico por imágenes, no se incluyeron en la medición del gasto en APS.
- El servicio de ambulancia y transporte de emergencia (HC.4.3) consiste en el servicio de transporte de un paciente a un centro de asistencia médica y, a menudo, es el inicio de un tratamiento. Las ambulancias también pueden ser un «hospital sobre ruedas», donde se proporcionan los primeros auxilios urgentes. Obviamente, cuando en una emergencia el transporte del paciente es el primer paso, este es el primer contacto con el sistema de salud y, por lo tanto, forma parte de la atención primaria. Sin embargo, no está claro cuándo una emergencia pasa a ser atención especializada. Además, puede ser difícil separar los pagos relacionados con la APS. Utilizando la clasificación funcional del SHA 2011, no es posible desagregar dichos pagos, y en consecuencia no se incluyeron en la medición mundial del gasto en APS.

Otras posibles exclusiones en la medición del gasto en APS no son el resultado de una decisión deliberada, sino más bien de las dificultades metodológicas de tratar de lograr un enfoque amplio de la medición en un conjunto de contextos nacionales muy diverso. Este es un desafío particular cuando se trata de diferenciar entre servicios «generalizados» y «especializados». Dos ejemplos ayudan a explicar este fenómeno:

- Los servicios generales de ginecología y obstetricia se consideran, en principio, APS, pero si finalmente se incluyen en el cálculo del gasto en APS reflejarán una combinación de factores idiosincrásicos, incluido el modo de prestación (la ubicación y si el servicio lo presta un médico/partera altamente capacitado o generalista), la necesidad de los pacientes en cada circunstancia individual, y la forma en que los países definen y clasifican los servicios ginecológicos¹⁰.
- En el caso de los partos vaginales sin complicaciones, también resulta difícil distinguir entre la APS y la atención especializada (véase recuadro 8). Los partos pueden atenderse en hospitales, ambulatorios, centros de atención de día o domicilios. Dado que la medición del gasto en APS excluye a la atención hospitalaria y en centros de atención de día, generalmente se descarta una parte del gasto en partos vaginales sin complicaciones. Sin embargo, las diferentes formas en que los países definen el parto normal plantean dificultades: para algunos de ellos se considera que solo se trata de asistencia especializada, mientras que para otros es una combinación, dependiendo del nivel y complejidad del servicio.

En cada uno de estos casos, los servicios deben clasificarse según su nivel de especialización, no el profesional. El SHA 2011 no diferencia los servicios por el nivel de formación del proveedor. La clasificación HP se basa en las definiciones nacionales. No obstante, aunque los países aplicaran su mejor interpretación de la naturaleza del gasto a la clasificación funcional, el SHA 2011 contiene poca información para orientar a los países sobre los detalles específicos correspondientes. En consecuencia, los países pueden tener diferentes interpretaciones y prácticas, lo que dificulta las

¹⁰ Existen problemas similares para la cirugía general, la medicina interna general y la pediatría general.

comparaciones directas. Sin embargo, a falta de una alternativa viable, las estimaciones del gasto en APS se basan en las interpretaciones de los países.

Recuadro 8. Partos vaginales sin complicaciones y gasto en APS

En principio, la atención del parto no es un servicio especializado, a menos que sea complicado y se trate como tal. Además, no está claro cómo los países asignan el parto vaginal sin complicaciones a las categorías del SHA 2011. El servicio se puede prestar en instituciones especializadas y no especializadas, dependiendo de la práctica del país. Si un proveedor está especializado, el proceso también se puede considerar como especializado, por lo que se debe seguir un enfoque específico del país.

En muchos países, el parto vaginal sin complicaciones en un entorno hospitalario o de atención de día se consideraría APS. Sin embargo, el SHA 2011 no permite hacer esta distinción y, por lo tanto, no se incluye en la medición actual del gasto mundial en APS basada en esos datos.

Por otro lado, los partos en el hogar se incluyen en la medición porque la definición del gasto en APS abarca todos los servicios de atención domiciliaria notificados por los países. Otra cuestión es si los países pueden incluir en sus cuentas de salud todos los gastos relacionados con los partos en el hogar.

3.3.4 Problemas derivados de un desglose funcional insuficiente de los datos sobre el gasto

El nivel de desglose de los datos relativos al gasto puede afectar la estimación del gasto en APS. En general, cerca del 11% del gasto mundial en salud no está clasificado en otra parte (n.e.c., por su sigla en inglés) por el nivel de función más detallado (por ejemplo, HC.1.n.e.c., HC.1.3.n.e.c.), muy probablemente como resultado de información insuficiente. Dentro de cada país, esto puede dar lugar a sobreestimar o subestimar el gasto en APS, dependiendo de la naturaleza del gasto que permanece sin clasificar.

- **Sobreestimación del gasto en APS:** Si la categoría HC.1.3 (atención curativa ambulatoria) no está desagregada a nivel del tercer dígito, esto puede hacer que toda la categoría HC.1.3 no se clasifique (HC.1.3.n.e.c.) y, por lo tanto, se incluya en el gasto en APS (aunque probablemente incluirá la atención curativa ambulatoria especializada, que debería excluirse)¹¹. Efectivamente, la incapacidad de establecer una distinción entre servicios ambulatorios generales y especializados se citó como un problema en numerosos países, entre ellos Myanmar (45), donde los hospitales municipales son de hecho un proveedor de APS pero también pueden ofrecer atención especializada; el Uruguay (42), donde el gasto en atención curativa ambulatoria no se ha desglosado al nivel del tercer dígito en algunos proveedores de salud; y Viet Nam (31), donde los hospitales centrales y provinciales también proporcionan atención ambulatoria general. Por el contrario, en Malasia (29), donde los servicios ambulatorios ofrecen APS en el entorno hospitalario, los gastos pueden desglosarse por tipo de categoría en los hospitales del Ministerio de Salud. En Armenia (32), el principal componente de la APS son los productos médicos, por lo que la sobreestimación de los servicios no clasificados es insignificante.

¹¹ En algunos países se plantea un problema similar como resultado de su incapacidad para separar HC.1 y HC.2, lo que podría dar lugar a una sobreestimación del gasto en APS.

- **Subestimación del gasto en APS:** Si la categoría HC.3 (atención de largo plazo) no está desagregada a nivel del segundo dígito, esto puede dar lugar a que la totalidad de HC.3 se excluya del cálculo del gasto en APS, ya que la mayoría de la atención de largo plazo corresponde a la atención hospitalaria (aunque también incluye atención ambulatoria, atención de día y atención domiciliaria). Como resultado de la presentación de informes paralelos o la falta de informes (por ejemplo, las subvenciones de los donantes no siempre se reflejan en el presupuesto), a menudo la atención preventiva general se subestima.

3.4 Combinación de la información sobre funciones y proveedores para una mejor comprensión del gasto en APS a nivel de país

Como se describió anteriormente, por razones de precisión y comparabilidad, para establecer la medición mundial del gasto en APS el grupo de expertos optó por no utilizar la clasificación de proveedores, o una tabulación cruzada del gasto funcional por proveedor (es decir, HC × HP). Las categorías de HP y la composición del tipo de proveedor para la prestación de servicios de APS son específicas de cada país, al igual que el nivel tecnológico por tipo de proveedor. Además, en el SHA 2011, la actividad principal es la base de la codificación de HP: los proveedores de atención preventiva, así como otros tipos de proveedores, pueden realizar actividades pertinentes de APS.

No obstante, los países pueden obtener beneficios considerables de la tabulación cruzada de los gastos según HC y HP. La combinación de las clasificaciones HC y HP en una tabulación cruzada facilita una comprensión mucho mayor de las configuraciones de la prestación de servicios dentro de los países. También puede mejorar la precisión de las estimaciones del gasto en HC (y, por lo tanto, en APS). Cada una de esas clasificaciones es importante para evaluar el desempeño de la APS y la eficiencia del gasto, pues revelan, por ejemplo, en qué medida se brindan servicios curativos ambulatorios en hospitales y en unidades de atención externa.

En consecuencia, se alienta a los países a que elaboren una tabulación cruzada de HC × HP para calcular el gasto en APS. De hecho, ese enfoque ya se realiza en algunos lugares (por ejemplo, en el Brasil; véase recuadro 9).

Recuadro 9. Ejemplo del gasto en APS específico de un país: el Brasil (55)

En el Brasil, para determinar el gasto en APS basado en el SHA 2011 se han aplicado tanto las clasificaciones de funciones (HC) como las de proveedores (HP), y se incluyen los siguientes elementos:

- Funciones típicas de la APS (para todos los proveedores): atención curativa ambulatoria general (HC.1.3.1) y odontológica (HC.1.3.2), atención curativa domiciliaria (HC.1.4), atención de rehabilitación ambulatoria (HC.2.3), atención de largo plazo ambulatoria (HC.3.3) y domiciliaria (HC.3.4), y atención preventiva (HC.6, excepto HC.6.6 – Preparación para programas de respuesta a desastres y emergencias).
- Funciones conexas para los proveedores típicos de APS del país: servicios de laboratorio (HC.4.1), servicios de diagnóstico por imágenes (HC.4.2), medicamentos prescritos (HC.5.1.1) y otros productos médicos no duraderos (HC.5.1.2), solo para centros de atención médica ambulatoria no especializada (HP.3.4.5), laboratorios médicos y de diagnóstico (HP.4.2) y farmacias (HC.5.1, excluyendo las farmacias privadas no acreditadas para el programa de farmacia popular).

- Una parte de los costos de gestión y gobernanza del sistema de salud: la proporción de APS previamente calculada en el gasto corriente en salud se aplica a HC.7 (gobernanza, y gestión financiera y del sistema de salud).

4 Estimación del gasto en APS sobre la base de la propuesta de medición

Resumen

- La estimación del gasto en APS comienza con las cuentas de salud a nivel nacional y el inventario y registro precisos del gasto en atención médica por función de salud (HC).
- Para identificar el propósito principal del servicio de salud o el producto utilizado y desagregar el gasto en salud por función se puede acceder a datos de diversas fuentes públicas o privadas. A fin de dividir los datos de los gastos en salud en sus pertinentes categorías funcionales, a veces es necesario hacer estimaciones en el proceso de elaboración de las cuentas de salud.
- Desde 2016, la OMS ha registrado en la GHED estimaciones del gasto en APS comparables internacionalmente: dos estimaciones fundamentales del gasto y otras seis estimaciones del gasto en APS por fuente de financiamiento, cuando también se proporcionan esos datos. En conjunto, los siete indicadores del gasto en APS proporcionan una visión general concisa de los montos totales destinados a la APS, el origen del financiamiento de la APS (gobiernos nacionales y externo) y la importancia relativa de cada fuente de financiamiento, además de la priorización que cada fuente de financiamiento otorga a la APS.

4.1 Estimaciones a nivel nacional del gasto en salud por funciones y proveedores

Generar una estimación creíble del gasto nacional en APS comienza con la preparación de las cuentas de salud y el registro preciso del gasto en servicios de salud por función de atención de salud (HC). Sin embargo, la clasificación relativa a la HC no siempre es simple, y no todos los países pueden informar sistemáticamente sobre esas funciones. En esta sección se proporcionan guías técnicas a los países sobre cómo pueden inventariar y analizar de esta forma el gasto en atención de salud, y las principales fuentes de datos requeridas.

4.1.1 Inventario de funciones y proveedores

Un paso inicial en la elaboración de cuentas de salud es el análisis e inventario del sistema de salud de un país. Ese análisis, idealmente realizado con expertos en el sistemas de salud nacional, es importante para identificar el gasto por función (HC). También es útil para identificar los diferentes proveedores

responsables de cada categoría funcional dentro del sistema nacional de salud (la tabulación cruzada de HC × HP)¹².

Es importante identificar en una etapa temprana la definición de APS del país y analizar el conjunto de beneficios del mismo. En última instancia, el inventario de las clasificaciones de HC y HP reflejará la idiosincrasia de cada sistema nacional de salud y categoría de proveedores. Para algunas categorías de proveedores y funciones, ese inventario debe ser relativamente sencillo, ya que en todos los países existe una tendencia general a que los proveedores se centren predominantemente en proporcionar una sola actividad principal. A continuación se ofrecen ejemplos¹³:

- Los establecimientos de salud de atención de largo plazo (HP.2) proporcionan, como actividad principal, cuidados prolongados (HC.3).
- Las prácticas odontológicas (HP.3.2) proporcionan principalmente atención curativa ambulatoria odontológica (HC.1.3.2).
- Los proveedores de servicios auxiliares (HP.4) suelen prestar servicios auxiliares (no especificados por función) (HC.4).
- Los minoristas y otros proveedores de productos médicos (HP.5) venden predominantemente productos médicos (no especificados por función) (HC.5).
- Los proveedores de atención preventiva (HP.6) proporcionan principalmente atención preventiva (HC.6).
- Los proveedores de servicios de gestión financiera y de sistemas de salud (HP.7) son los principales responsables de los servicios de gobernanza y gestión (HC.7).

Por el contrario, es habitual que los hospitales (HP.1) y, en menor medida, los proveedores de atención de salud ambulatoria (HP.3), proporcionen una multitud de funciones de atención de salud, incluidos atención curativa, atención de rehabilitación, atención de largo plazo, servicios auxiliares y atención preventiva. Visto desde el otro ángulo, una serie de proveedores de múltiples funciones también pueden proporcionar atención curativa ambulatoria general (HC.1.3.1). Quienes venden los productos médicos (HC.5) son principalmente los minoristas y otros proveedores, pero también los dispensan los hospitales y diferentes proveedores de atención ambulatoria¹⁴.

A veces, las clasificaciones funcionales y de proveedores por parte del gobierno u otras autoridades pertinentes pueden diferir de la clasificación del SHA 2011. Es primordial identificar dónde existen estas diferencias en las definiciones entre el SHA 2011 y los marcos contables nacionales para que los informes nacionales agregados y desagregados sean correctos. En estos casos, se recomienda elaborar

¹² El ejercicio inicial de elaboración del inventario inicial también es útil para determinar qué funciones incluyen qué servicios y productos (HC × FP), de dónde proviene el financiamiento para cada HC (HC × HF) y a través de qué planes de financiamiento se aportan fondos a la APS (HC × HF), en donde HF es la sigla en inglés para esquemas de financiamiento de la salud.

¹³ Naturalmente, cada uno de estos proveedores puede proporcionar otros tipos de servicios de salud con otros propósitos, pero esos otros tipos se realizan en menor monto. Por ejemplo, HP.2 puede proporcionar HC.2, HC.1.3.1, HC.1.3.2 y HC.6, mientras que HP.4.1 puede proporcionar HC.1.4 (atención curativa domiciliaria).

¹⁴ De hecho, las ventas de productos farmacéuticos en los supermercados pueden ser mayores que su distribución en los hospitales.

un cuadro de correspondencia entre las funciones de HC, de conformidad con el SHA 2011, y las categorías funcionales nacionales.

4.1.2 Fuentes de datos

Para identificar el propósito principal del servicio o producto de salud utilizado y desglosar el gasto en salud por función se puede acceder a datos de diversas fuentes públicas o privadas (véase anexo 2 para un resumen detallado de cómo se utilizan las diversas fuentes para inventariar las categorías de HC)¹⁵. Como parte integrante de todas las cuentas de salud, los datos se pueden recopilar utilizando un enfoque de arriba abajo (datos agregados) o de abajo arriba (datos desglosados a nivel de proveedor o centro de costos). Los datos también pueden contener información financiera (por ejemplo, gastos, costos) utilizada para estimar directamente el gasto en salud, o incluir otra información pertinente (producción, cobertura, cantidades) que se utiliza para dividir el gasto agregado en salud entre diversas funciones de atención de salud. Por ejemplo, en Estonia (44), el Fondo del Seguro de Enfermedad Estonio se encarga de contratar a proveedores de atención de salud, financiar dichos servicios de salud de acuerdo con la lista de precios acordada y realizar un seguimiento del costo. Durante la evaluación general de la calidad de las fuentes de datos para un ejercicio de contabilidad de salud, el equipo de cuentas de salud debe decidir qué datos usar y cómo usarlos o ajustarlos. Se debe prestar especial atención a la información que se utilizará para orientar y estimar la clasificación de HC (y, por lo tanto, la estimación del gasto en APS) y sus tabulaciones cruzadas con otras clasificaciones del SHA 2011.

Dependiendo de la estructura administrativa del gobierno y de la medida en que la gobernanza y el financiamiento de los sistemas de salud estén descentralizados, también puede ser importante documentar el gasto subnacional. A continuación figuran algunos ejemplos de dónde es importante el seguimiento subnacional:

- En Armenia (32), las actividades y los derechos de propiedad de los servicios de APS se transfirieron a las unidades administrativas territoriales subnacionales y a los organismos autónomos locales. Existen tres fuentes de datos sobre el gasto en APS: los presupuestos estatales y comunitarios, los informes de los donantes (internacionales y locales) y las encuestas de presupuesto de los hogares, así como la encuesta integrada sobre las condiciones de vida de Armenia.
- En la mayoría de los países, la recopilación de datos de las zonas descentralizadas es difícil. En México (38), se ha elaborado un sistema específico de información para el seguimiento del gasto en salud (SICUENTAS), que permite supervisar el gasto específico en APS en cada uno de los 32 estados del país.
- En el Brasil (37), el sistema de presentación de informes del sistema de salud (SUS) ha permitido establecer que las contribuciones al financiamiento de la APS por nivel gubernamental son diferentes: el 37% corresponde al gobierno federal, el 7% a los estados y el 56% a los municipios.
- El Plan Nacional de Salud 2011-2020 de Papúa Nueva Guinea estableció un ambicioso programa para la APS que incluye la prestación de servicios gratuitos. El seguimiento no solo concierne al contenido del Plan, sino también a la presentación de informes, como parte de la evaluación del desempeño, lo que permite observar la mejora de las tasas de presentación de informes por provincia y distritos (56).

¹⁵ Es importante señalar el esfuerzo que deben hacer algunos países para transferir el manejo de datos en papel al electrónico. Se espera que este cambio contribuya a mejorar la calidad de la medición.

- En muchos países, los sistemas fragmentados de tecnología de la información sobre la salud constituyen un problema, como se ha documentado en la APS para China (57). Un esfuerzo específico para mejorar el sistema de información puede elevar la calidad de las estimaciones sobre la APS y la facilidad para llevarlas a cabo.

4.2 Estimaciones del gasto en APS en la GHED

La información para la GHED se recopila y prepara a partir de estudios en profundidad de las cuentas de salud de los países. La información sobre las funciones generalmente se obtiene usando la herramienta de producción de cuentas de salud, los cuestionarios conjuntos sobre las cuentas de salud (JHAQ, por su sigla en inglés; creados por la OMS, la OCDE y Eurostat) y los cuestionarios sobre las cuentas de salud (cuestionarios de la OMS análogos de los JHAQ con la adición de algunas clasificaciones y cruces). A continuación se explican los indicadores del gasto en APS publicados, así como los diversos enfoques de control de calidad/validación de datos y ajuste utilizados por la OMS.

Cuadro 3. Clasificación de las funciones de atención de salud (HC) publicadas en la GHED (actualización de 2021)

Código del SHA 2011	Funciones de atención de salud
HC.1	Atención curativa
HC.1.1	Atención curativa hospitalaria
HC.1.2	Atención curativa de día
HC.1.3	Atención curativa ambulatoria
HC.1.3.1	Atención curativa general ambulatoria
HC.1.3.2	Atención curativa odontológica ambulatoria
HC.1.3.3	Atención curativa especializada ambulatoria
HC.1.3.n.e.c.	Atención curativa no especificada ambulatoria (n.e.c.)
HC.1.4	Atención curativa domiciliaria
HC.1.n.e.c.	Atención curativa no especificada (n.e.c.)
HC.2	Atención de rehabilitación
HC.3	Atención (de salud) de largo plazo
HC.3.1	Atención (de salud) hospitalaria de largo plazo
HC.3.2	Atención (de salud) de día de largo plazo
HC.3.3	Atención (de salud) ambulatoria de largo plazo
HC.3.4	Atención (de salud) domiciliaria de largo plazo
HC.3.n.e.c.	Atención no especificada de largo plazo (n.e.c.)
HC.4	Servicios auxiliares (no especificados por función)
HC.5	Productos médicos (no especificados por función)
HC.6	Atención preventiva
HC.6.2	Programas de inmunización
HC.7	Gobernanza, y gestión financiera y de sistemas de salud
HC.9	Otros servicios de salud no clasificados en otras partes (n.e.c.)

Nota: El sombreado indica las categorías pertinentes para la medición del gasto en APS.

Sobre la base de las categorías funcionales del gasto en atención de salud y la metodología para calcular el gasto en APS descrita anteriormente, la GHED publica dos estimaciones fundamentales del gasto que pueden aplicarse en todos los países:

- gasto corriente en APS per cápita en US\$ – el nivel de gasto; y
- gasto corriente en APS como porcentaje del gasto corriente en salud, que proporciona información sobre la priorización.

Además, cuando se dispone de información sobre los gastos funcionales por fuente de financiamiento (HC × FS), puede ser fundamental tener una visión general de la dependencia del financiamiento externo¹⁶. A continuación, se pueden publicar otras seis estimaciones del gasto en APS por FS (fuente de financiamiento, por su sigla en inglés)¹⁷:

- gasto en APS de los gobiernos nacionales (con recursos domésticos) per cápita en US\$;
- gasto en APS de los gobiernos nacionales como porcentaje del gasto corriente en APS;
- gasto en APS financiado externamente como porcentaje del gasto corriente en APS;
- gasto en APS de los gobiernos nacionales como porcentaje del gasto en salud de los gobiernos nacionales;
- gasto en APS financiado externamente como porcentaje del gasto corriente en salud financiado externamente; y
- gasto en APS financiado por los gobiernos nacionales y externamente como porcentaje del PIB.

En conjunto, los ocho indicadores del gasto en APS proporcionan una visión general concisa de los montos totales destinados a la APS, el origen del financiamiento de la APS (gobiernos nacionales y externos) y la importancia relativa de cada fuente de financiamiento, además de la priorización que cada una de ellas otorga a la APS. La información adicional sobre las fuentes de ingreso es fundamental para examinar más a fondo el gasto en APS de una forma que no sería posible con simples estimaciones generales del gasto (véase recuadro 10). Actualmente, se dispone de los datos sobre el gasto en APS de 102 países: 93 de ellos cuentan con datos para 2016; 63 para 2017 y 98 para 2018 (55 países tienen datos para los tres años). Además, 65 países disponen de datos sobre el gasto en APS por fuente de ingresos durante al menos un año entre 2016 y 2018 (y 22 tienen datos para los tres años).

Recuadro 10. Examinar más a fondo las estimaciones del gasto en APS

Es posible que, sin contar con ninguna información sobre su composición, las estimaciones generales del gasto en APS no proporcionen la imagen completa de un sistema de APS en un país determinado. En consecuencia, lo ideal es que las estimaciones generales del gasto en APS se lean junto con la información sobre sus componentes y fuentes de ingresos.

Por ejemplo, si un país proporciona acceso gratuito a los servicios de APS, pero las personas deben pagar mucho por el tratamiento (es decir, los medicamentos), centrarse en el valor total del gasto en APS puede ocultar el hecho de que este incluye una gran parte de los medicamentos

¹⁶ Véase un ejemplo de esta tabulación cruzada en el anexo 3.

¹⁷ Para el cálculo de los indicadores, véase Indicators of the Global Health Expenditure Database (<https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/Index/es>).

adquiridos directamente por los hogares. En Armenia, por ejemplo, en 2019 el gasto directo representó aproximadamente la mitad (46%) del gasto en APS, la mayoría del cual correspondió a la adquisición de productos médicos no especificados por función (HC.5), como fármacos (54%), seguido del 48,9% para la atención curativa odontológica ambulatoria. En consecuencia, la prestación de APS se concentra principalmente en los minoristas (54,1%). Esto tiene implicaciones importantes para la adecuación de los regímenes de protección financiera, ya que la APS está respaldada por un plan de financiamiento altamente regresivo que corre el riesgo de empobrecer a las personas cuando entran en contacto por primera vez con el sistema de salud.

Además, en los países de ingresos bajos y medianos, los socios para el desarrollo, como el Fondo Mundial, proporcionan cantidades sustanciales de fondos para el control de las enfermedades transmisibles, la mayoría de las cuales se clasifican como atención preventiva (HC.6). En consecuencia, la ayuda externa es más favorable a la APS que las fuentes públicas nacionales, a pesar de estar organizada en programas verticalizados independientes de control de enfermedades. Por lo tanto, el conocimiento de la fuente de financiamiento de los componentes del gasto en APS puede propiciar una comprensión más matizada de la forma y función del gasto en APS.

Una de las principales herramientas de la metodología del SHA 2011 es el cálculo del gasto en salud por función y tipo de plan de financiamiento ($HC \times HF$). Esto permite identificar «quién financia qué» y las rutas de recursos para el gasto en APS total y por componentes, como el enfoque en la prevención. Este procedimiento cruzado a menudo se subestima en lo que se refiere a su uso, análisis e interpretación. La GHED no publica esos indicadores. Por lo tanto, observar la forma en que se agrupan y desembolsan los fondos en la APS (por ejemplo, planes contributivos frente a no contributivos, prepago frente a pagos directos) puede ayudar a los países a evaluar mejor la eficiencia, equidad y sostenibilidad del gasto en APS.

4.2.1 Controles de calidad y validación de datos

Los controles de calidad y la validación de datos son una parte inherente de la producción de estimaciones de las cuentas de salud. Para lograr la coherencia y mejorar la calidad de las estimaciones del gasto en salud, debe efectuarse la validación de datos a nivel nacional, regional y mundial.

Tras la recepción de los datos o la integración de datos corregidos en la GHED, la OMS lleva a cabo un intenso proceso de revisión de su calidad (cuadro 2). Los principales tipos de control de calidad están orientados a medir la calidad, integridad/congruencia interna y coherencia temporal. Los datos de los países también se comparan con los datos macroeconómicos y de otro tipo pertinentes para garantizar la armonización con otras fuentes de información. La coherencia general de las políticas— dar respuesta a la pregunta «¿tienen sentido los resultados en el contexto?»— también es una parte importante del examen. Si los datos nacionales sobre el gasto en salud son incompletos, se puede aplicar una serie de métodos de estimación para obtener una imagen razonable del financiamiento del sistema de salud en cada país¹⁸.

¹⁸ Para obtener más información, consúltese la nota técnica de la Organización Mundial de la Salud *Methodology for the update of the Global Health Expenditure Database, 2000–2019* (versión de diciembre de 2021) (<https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/Index/es>).

Cuadro 2. Proceso de examen de la calidad de la OMS

Integridad/congruencia interna	Congruencia externa	Coherencia de las políticas
<ul style="list-style-type: none">• Análisis de la ausencia de datos• Límites del SHA 2021 y principio del consumo final• Búsqueda de valores negativos• Control de datos atípicos, comparación de clasificaciones cruzadas• Comprobaciones de coherencia (comparación de totales, comparación de subtotales con totales, comparación entre dimensiones)	<ul style="list-style-type: none">• Diferentes fuentes de datos, triangulación de datos• Diferentes métodos de estimación• Macroindicadores, otros datos no relacionados con el gasto	<ul style="list-style-type: none">• Tendencias temporales frente a cambios normativos/reformas de salud• Revisiones de datos históricos y coherencia temporal (entre años, tasas de crecimiento)

5 Dificultades y perspectivas futuras

Resumen

- La medición del gasto en APS publicada por la OMS es una estimación indirecta del gasto en APS utilizando el marco de la clasificación funcional del SHA 2011.
- Aunque la medición hace simplificaciones e implica compromisos, es una medición descriptiva importante y nueva del gasto en APS que es comparable internacionalmente.
- La medición mundial del gasto en APS debería complementar las mediciones específicas de cada país. Las referencias comparativas internacionales del gasto en APS pueden propiciar un examen más a fondo de la APS dentro de los países para orientar sus políticas.
- Se requiere invertir más en los sistemas de información. Aunque tal vez parezcan desalentadoras, estas inversiones pueden obtener grandes beneficios para la APS y los sistemas de salud en general.

La medición del gasto en APS descrita en el presente informe técnico es un intento de elaborar un indicador indirecto útil del gasto en APS que se basa completamente en la clasificación funcional (HC) del gasto en atención de salud en el SHA 2011. Evidentemente, la aplicación de una visión monetaria unidimensional para transmitir información sobre un concepto complejo e inherentemente multidimensional necesariamente da lugar a simplificaciones, así como a opiniones y compromisos sobre lo que encaja y no encaja dentro de los límites de los gastos pertinentes. La uniformidad requerida para que esta medición sea internacionalmente comparable y aplicable también significa que se aleje de la heterogeneidad rica de cada país.

En consecuencia, la medición operacional del gasto en APS presentada en la GHED debe considerarse tal como es. Es una estimación descriptiva importante y nueva del gasto en APS que puede aplicarse en todos los países. Es un indicador útil para transmitir información estratégica importante para la política: niveles, composición y cambios en el financiamiento y el gasto en APS a lo largo del tiempo; una referencia comparativa de los países; y si los países están en camino de alcanzar los objetivos de gasto, como el 1% adicional del PIB comprometido para la APS por los Estados Miembros en la Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura universal de salud, de 2019.

Conocer el gasto en APS no es un fin en sí mismo, como tampoco lo es aumentarlo en un 1% (o, por ejemplo, un 30%). El objetivo final es asegurar que la población tenga acceso a servicios de salud con capacidad suficiente para responder a sus necesidades y mantenerlas sanas.

Sin embargo, las estimaciones del gasto en APS dentro de los países y la evaluación comparativa internacional pueden propiciar un examen más a fondo de la APS dentro de los países para orientar su política, que de otra manera no tendría lugar. Es por esta razón que, a pesar de las dificultades que conlleva la medición del gasto en APS, es preferible disponer de una sola medida frente a múltiples gastos totales en APS (por ejemplo, gasto total, incluido y excluido el gasto farmacéutico). Tener múltiples gastos totales entraña el riesgo de crear confusión sobre la comparabilidad y debilitar la utilidad de una definición mundial del gasto en APS.

Por el contrario, para profundizar en la configuración del gasto en APS se alienta a los países a examinar su composición: inicialmente por función y progresivamente también por proveedor. Esta es una razón fundamental para insistir en analizar las clasificaciones de HC y HP al estimar el gasto en APS. La superposición de los gastos en APS en la estructura única de prestación de servicios de cada país debería facilitar una comprensión mucho mejor del funcionamiento de los distintos sistemas de salud. Independientemente de las clasificaciones utilizadas para identificar el gasto en APS (funciones, proveedores o una combinación de ambos), para fines de comparación o para apoyar la toma de decisiones, los resultados deben ser coherentes y significativos.

5.1 Llamado a la acción

Las estimaciones del gasto en APS descritas aquí y publicadas en la GHED ya están facilitando un nuevo nivel de conocimiento sobre dicho gasto y sobre cómo difieren entre los países las circunstancias correspondientes. Sin embargo, la medición del gasto en APS mejora continuamente. La OMS está celebrando consultas y colaborando estrechamente con los países para examinar las estimaciones del gasto por función. Este trabajo incluye una revisión detallada de los datos históricos, las reuniones regionales entre homólogos, las reuniones metodológicas mundiales y las visitas técnicas específicas de cada país. Sobre la base de esas revisiones, se pueden aplicar ajustes a los datos publicados en 2016 o a los resultados de futuras cuentas de salud sobre el gasto por función (y posteriormente las estimaciones del gasto en APS).

También se requieren mejoras a nivel de los países. En última instancia, la calidad de las estimaciones del gasto en APS depende de la calidad y precisión de la información sobre el gasto en atención de salud a nivel nacional, combinadas con la capacidad de contabilidad de la salud. La elaboración de tabulaciones cruzadas de HC × HP, por ejemplo, requiere sistemas de recopilación de información de

buena calidad que proporcionen datos claros y adecuados para su propósito, así como la capacidad técnica para diferenciar el gasto tanto por servicio como por proveedor. Idealmente, otras clasificaciones cruzadas podrían permitir un seguimiento aún más preciso del gasto en APS; por ejemplo, su papel en el control de enfermedades (clasificación DIS), su asignación geográfica (clasificación SNL) o incluso su distribución por ingresos y grupos de población beneficiarios específicos. Por lo tanto, la medición del gasto en APS se beneficiará enormemente de la inversión adicional para superar los desafíos que persisten en los sistemas de información con fines de contabilidad de la salud. Esos desafíos incluyen la transición a sistemas digitales, el aumento de la supervisión de los recursos externos, la mejora de los cuestionarios de encuestas de hogares, el aumento de la recopilación de datos basada en establecimientos de salud y el aprovechamiento de los sistemas ordinarios de información.

Inicialmente puede parecer desalentador hacer esfuerzos para mejorar la recopilación de información, pero es probable que a largo plazo las inversiones obtengan grandes beneficios. Entre ellos se cuentan claros beneficios en relación con el análisis y la formulación de políticas de mejor calidad a nivel de país. La labor minuciosa que se lleve a cabo en los países también ayudará a mejorar el rigor de la medición mundial del gasto en APS, que incluye algunos supuestos generales sobre el gasto en productos médicos y gestión de los servicios de salud. A medida que la medición del gasto en APS evolucione, también lo hará la calidad del análisis dentro de los sistemas de salud y entre ellos.

A largo plazo, conforme mejoren el conocimiento del gasto en APS y la capacidad de acopio y análisis de datos, podría considerarse la posibilidad de establecer un elemento de notificación independiente denominado «Gasto en atención primaria de salud» dentro de HC.RI. En el marco de dicho elemento, los países tendrían la responsabilidad de aplicar la definición utilizando fuentes de datos primarias y supuestos para informar sobre los gastos que se correspondan con la definición, cruzándolos con los datos sobre los proveedores de atención de salud (HP).

Referencias

1. Global strategy for health for all by the year 2000. Geneva: World Health Organization; 1981.
2. Informe sobre la salud en el mundo 2008 : la atención primaria de salud, más necesaria que nunca: introducción y panorámica. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
3. Pettigrew LM, De Maeseneer J, Anderson M-IP, Essuman A, Kidd MR y Haines A. Primary health care and the Sustainable Development Goals. *Lancet*. 2015;386(10009):2119–21.
4. Declaración de Astaná: Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud, Astaná (Kazajstán), 25 y 26 de octubre de 2018. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia; 2018 (<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>).
5. Resolución A/RES/74/2, aprobada por la Asamblea General el 10 de octubre de 2019. Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal. En: Septuagésimo cuarto periodo de sesiones. Tema 126 del programa, Salud mundial y política exterior. Asamblea General de las Naciones Unidas; 2019 (<https://undocs.org/pdf?symbol=es/A/RES/74/2>).
6. Expenditure on prevention activities under SHA 2011: supplementary guidance. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2017 (<https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/57873371/en>).
7. Deriving preliminary estimates of primary care spending under the SHA 2011 framework. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2018. (<https://www.oecd.org/health/health-systems/Preliminary-Estimates-of-Primary-Care-Spending-under-SHA-2011-Framework.pdf>).
8. Spending on primary care: first estimates. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2018 (<https://www.oecd.org/health/health-systems/Spending-on-Primary-Care-Policy-Brief-December-2018.pdf>).
9. Van de Maele N, Xu K, Soucat A, Fleisher L, Aranguren M y Wang H. Measuring primary healthcare expenditure in low-income and lower middle-income countries. *BMJ Glob Health*. 2019;4(1):e001497.
10. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. 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>).
11. Leal R, Farías G y Silva J. Nota técnica: Atención primaria de salud en Chile. Santiago: Departamento de Economía de la Salud. Ministerio de Salud; 2021.
12. Renewing primary health care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO). Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2007 (https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renewing_Primary_Health_Care_Americas-PAHO.pdf).

13. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2011 (Serie: la renovación de la atención primaria de salud en las Américas núm. 4).
14. Guanais F y Macinko, J. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. *J Ambul Care Manage*. 2009;32(2):115–22.
15. Campelo Barroso Carneiro VC, Ribeiro de Oliveira PDT, Rassy Carneiro S, Cardoso Maciel M y da Silva Pedroso J. Evidence of the effect of primary care expansion on hospitalizations: panel analysis of 143 municipalities in the Brazilian Amazon. *PLoS One*. 2021;16(4):e0248823.
16. Hone T, Rasella D, Barreto ML, Majeed A y Millett C. Association between expansion of primary healthcare and racial inequalities in mortality amenable to primary care in Brazil: a national longitudinal analysis. *PLoS Med*. 2017;14(5):e1002306.
17. Russo LX, Scott A, Sivey P y Dias J. Primary care physicians and infant mortality: evidence from Brazil. *PLoS One*. 2019;14(5):e0217614.
18. Namibia: Reducing health inequity through commitment and innovation. Primary Health Care Performance Initiative; 2018 (<https://improvingphc.org/promising-practices/namibia>).
19. Organización Mundial de la Salud. Oficina Regional para el Pacífico Occidental. Role of primary care in the COVID-19 response. Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental. 2020. (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331921>).
20. Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI). Key Messages: COVID-19 and Primary Health Care. PHCPI. 2021 (<https://improvingphc.org/key-messages-covid-19-and-primary-health-care>).
21. Organización Mundial de la Salud. 64.ª Asamblea Mundial de la Salud: Ginebra, 16–24 de mayo de 2011: resoluciones y decisiones, anexos [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/260310>).
22. Organización Mundial de la Salud, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Marco operacional para la atención primaria de salud: transformar la visión en acción. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (Serie técnica sobre atención primaria de salud; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/351718>).
23. Carranza F. La Atención Primaria de Salud analizada: 2019–2020. Nota Técnica. Guatemala: Departamento de Vigilancia y Evaluación, Unidad de Planificación Estratégica, Ministerio de Salud Pública y Bienestar (MSPAS); 2021.
24. Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2020 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/53125>).
25. Primary health care systems (PRIMASYS): comprehensive case study from Ghana. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/alliance-hpsr/projects/primasys/en/>).
26. Gómez-Dantés O y Frenk J. Financing Common Goods: The Mexican System for Social Protection in Health Agenda, Health Systems & Reform. 2019, 5:4, 382–386, DOI: 10.1080/23288604.2019.1648736

27. Primary health care systems (PRIMASYS): case study from Nigeria. Geneva: World Health Organization; 2017.
28. Alianza para la Salud Materna, del Recién Nacido y del Niño (PMNCH), Banco Africano de Desarrollo, Banco Asiático de Desarrollo. Promising Mechanisms to Strengthen Domestic Financing for Women's and Children's Health. Background Paper for Meeting on Value for Money, Sustainability and Accountability in the Health Sector: A High Level Dialogue between Ministers of Finance and Health. Túnez, 4-5 de julio de 2012. PMNCH y OMS. Ginebra. 2012. pág. 18.
29. Jeganathan PD y Tun Hussein RH. Tracking expenditure on primary healthcare in Malaysia. Technical notes. Malasia: Departamento Nacional de Cuentas de Salud de Malasia, División de Planificación, Ministerio de Salud; 2021.
30. Villalobos M, Hernandez S, Cox F y Rimola A. Medición del gasto en APS. Nota técnica. San José: Ministerio de Salud de Costa Rica; 2021.
31. Huu Hanh K. Primary health care expenditures in Vietnam, 2017. Presentation. En: Technical meeting: measuring and monitoring PHC expenditures. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021.
32. Aghazaryan A. Primary health care in Armenia. Technical note. Yerevan: National Institute of Health; 2021.
33. Primary Health Care Performance Initiative (PHCPI). The PHCPI Conceptual Framework (web) 2018. <https://improvingphc.org/phcpi-conceptual-framework>
34. Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos, Eurostat y Organización Mundial de la Salud. A system of health accounts, 2011 edition. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2017 (<https://www.who.int/health-accounts/methodology/sha2011.pdf?ua=1.10>).
35. Senitan M, Alhaiti A y Gillespie J. «Ehalati»: Evaluation of the Referral System in Primary Health Care Centres in Saudi Arabia. International Journal of Integrated Care. 2018;18(s2):326. DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.s2326>
36. Accounting and mapping of long-term care expenditure under SHA 2011. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2018 (<https://www.oecd.org/els/health-systems/AccountingMappingofLTC.pdf>).
37. Borges dos Santos MA. Cuentas de salud en atención primaria. Medición del gasto en atención primaria utilizando SHA2011: ejemplo de Brasil. Fiocruz Brasil. Taller Regional de Cuentas de Salud SHA 2011, 9–13 de septiembre de 2019, Ciudad de Panamá. OPS; 2019.
38. Sosa C y Santiago O. Medición del gasto en el sistema de salud de México. México: Secretaría de Salud; 2021.
39. Assefa Y, Hill PS, Gilks CF, Admassu M, Tesfaye D y Van Damme W. Primary health care contributions to universal health coverage, Ethiopia. Bull World Health Organ. 2020;98(12):894–905A.
40. Wright J, Health Finance & Governance Project. Essential package of health services. Country snapshot: Afghanistan. Bethesda, MD: Health Finance & Governance Project, Abt Associates Inc;

- 2015 (<https://www.hfgproject.org/essential-package-of-health-services-country-snapshot-afghanistan>).
41. Eltobgy A, El-Henawy A, El-Moselhy E y Osman A. Development of primary health care based on district health system strategy in Egypt. *Egypt J Hosp Med*. 2003;13:22–36 (https://ejhm.journals.ekb.eg/article_18229_d257d7178dc524e3706f704a0ac843c7.pdf).
 42. Rivas L. Atención Primaria de Salud en Uruguay. Nota técnica. Montevideo: Ministerio de Salud; 2021.
 43. Primary health care systems (PRIMASYS): comprehensive case study from Mongolia. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/alliance-hpsr/projects/primasys/en/>).
 44. Väärsi K. Primary health care in Estonia. Technical note. Tallin; 2021.
 45. Myanmar national health accounts, 2016–2018. Nay Pyi Taw: Ministry of Health and Sports; 2020.
 46. Eesti tervishoiu arengusuunad 2020. Tallinn: Ministerio de Asuntos Sociales. https://www.sm.ee/sites/default/files/content-editors/eesmargid_ja_tegevused/Tervis/tervishoiu_arengusuunad_2020.pdf; última consulta realizada el 16.12.2021.
 47. Morales-Martínez F. A Teaching Geriatric Hospital. Editorial. *J Nutr Health Aging*. 2018;22(8):1-5 <http://fmedicina.ucr.ac.cr/wp-content/uploads/2019/06/FM-A-teaching-geriatric-hospital.pdf>
 48. Recomendaciones para la modernización del sistema de abastecimiento público de medicamentos en el marco del aseguramiento universal de salud. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2019.
 49. Leyva Piña MA y Pichardo Palacios S. Doctores de las Farmacias Similares: ¿Degradación de la profesión médica? *Polis* vol.8 no.1 México, enero de 2012. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-23332012000100006
 50. Primary health care systems (PRIMASYS): comprehensive case study from Bangladesh. Geneva: World Health Organization; 2017 (<https://www.who.int/alliance-hpsr/projects/primasys/en/>).
 51. Makwero MT. Delivery of primary health care in Malawi. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2018;10(1):e1-e3. doi:10.4102/phcfm.v10i1.1799
 52. Primary Health Care Performance Initiative. Health financing improvement strategy of Kenya. En: Improvement strategies model: health financing. PHCPI (<https://improvingphc.org/improvement-strategies/health-financing>).
 53. Primary Health Care Performance Initiative. Health financing improvement strategy of Indonesia. In: Improvement strategies model: health financing. PHCPI (<https://improvingphc.org/improvement-strategies/health-financing>).
 54. Quality of primary health care in Georgia: WHO European Framework for Action on Integrated Health Services Delivery. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2018. <https://www.euro.who.int/en/countries/georgia/publications/quality-of-primary-health-care-in-georgia-2018>

55. Ministério da Saúde, Fiocruz. Cuentas de salud en atención primaria utilizando SHA2011: Brasil. Reunión sobre cuentas de salud organizada por la OPS, 20–22 de febrero de 2019.
56. National Department of Health. 2019 Sector Performance. Annual Review. National Report. Port Moresby. Gobierno de Papua Nueva Guinea. Agosto de 2020.
https://www.health.gov.pg/pdf/SPAR_2019.pdf
57. Xi L, Jiapeng L, Shuang H, Cheng, KK, et al. The primary health-care system in China. The Lancet 390(10112):P2584-2594, December 09, 2017 DOI:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)33109-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)33109-4)
58. Primary Health Care Performance Initiative. Primary health care vital signs profiles: detailed methodology note. PHCPI; 2018
(https://improvingphc.org/sites/default/files/VSP_Detailed_Methodology_Note.pdf).

Anexos

Anexo 1. Clasificación de las funciones de atención de salud (HC), Sistema de Cuentas de Salud (SHA 2011)

Código del SHA 2011	Funciones de atención de salud
HC.1	Atención curativa
HC.1.1	Atención curativa hospitalaria
HC.1.1.1	Atención curativa general hospitalaria
HC.1.1.2	Atención curativa especializada hospitalaria
HC.1.1.n.e.c.	Atención curativa hospitalaria no especificada (n.e.c. – sin clasificar en otras partes)
HC.1.2	Atención curativa de día
HC.1.2.1	Atención curativa general de día
HC.1.2.2	Atención curativa especializada de día
HC.1.2.n.e.c.	Atención curativa de día no especificada (n.e.c.)
HC.1.3	Atención curativa ambulatoria
HC.1.3.1	Atención curativa general ambulatoria
HC.1.3.2	Atención curativa odontológica ambulatoria
HC.1.3.3	Atención curativa especializada ambulatoria
HC.1.3.9	Otra atención curativa ambulatoria
HC.1.3.n.e.c.	Atención curativa no especificada ambulatoria (n.e.c.)
HC.1.4	Atención curativa domiciliaria
HC.1.n.e.c.	Atención curativa no especificada (n.e.c.)
HC.2	Atención de rehabilitación
HC.2.1	Atención de rehabilitación hospitalaria
HC.2.2	Atención de rehabilitación de día
HC.2.3	Atención de rehabilitación ambulatoria
HC.2.4	Atención de rehabilitación domiciliaria
HC.2.n.e.c.	Atención de rehabilitación de día no especificada (n.e.c.)
HC.3	Atención (de salud) de largo plazo
HC.3.1	Atención (de salud) hospitalaria de largo plazo
HC.3.2	Atención (de salud) de día de largo plazo
HC.3.3	Atención (de salud) ambulatoria de largo plazo
HC.3.4	Atención (de salud) domiciliaria de largo plazo
HC.3.n.e.c.	Atención no especificada de largo plazo (n.e.c.)
HC.4	Servicios auxiliares (no especificados por función)
HC.4.1	Servicios de laboratorio
HC.4.2	Servicios de diagnóstico por imágenes
HC.4.3	Transporte de pacientes
HC.4.n.e.c.	Servicios auxiliares no especificados (n.e.c.)
HC.5	Productos médicos (no especificados por función)
HC.5.1	Fármacos y otros productos médicos no duraderos
HC.5.1.1	Medicamentos recetados
HC.5.1.2	Medicamentos de venta libre
HC.5.1.3	Otros productos médicos no duraderos
HC.5.2	Aparatos terapéuticos y otros productos médicos
HC.5.2.1	Lentes y otros productos ópticos
HC.5.2.2	Audífonos
HC.5.2.3	Otros aparatos ortopédicos y prótesis (con exclusión de lentes y audífonos)

HC.5.2.9	Todos los demás productos médicos duraderos, incluidos los dispositivos técnicos médicos
HC.5.n.e.c.	Productos médicos no especificados (n.e.c.)
HC.6	Atención preventiva
HC.6.1	Programas de información, educación y asesoramiento
HC.6.2	Programas de inmunización
HC.6.3.	Detección temprana de enfermedades
HC.6.4.	Programas de seguimiento del estado de salud
HC.6.5.	Programas de vigilancia epidemiológica y de control de riesgos y enfermedades
HC.6.6	Programas de preparación para responder a desastres y emergencias
HC.6.n.e.c.	Atención preventiva no especificada (n.e.c.)
HC.7	Gobernanza, y gestión financiera y de sistemas de salud
HC.7.1	Gobernanza y gestión de sistemas de salud
HC.7.2	Gestión de la financiación de la salud
HC.7.n.e.c.	Gobernanza no especificada, y gestión financiera y de sistemas de salud (n.e.c.)
HC.9	Otros servicios de salud no clasificados en otras partes (n.e.c.)

Nota: El sombreado indica las categorías pertinentes para la medida del gasto en APS.

Anexo 2. Fuentes de datos

Fuentes generales de datos sobre HC para el gasto en APS

Dónde	Qué	Cómo
Presupuestos ejecutados por ministerios centrales (por ejemplo, ministerio de finanzas, tesoro) y ministerios competentes (ministerio de salud, otros ministerios); por organismos provinciales, locales y otros organismos gubernamentales	Las partidas presupuestarias pueden proporcionar un contenido parcial de las funciones de HC. Por ejemplo, el ministerio de educación puede tener una asignación para el programa de servicios de salud escolar; el ministerio de defensa puede tener asignaciones específicas relacionadas con la salud. Véanse también más abajo los informes sobre gastos ejecutados por organismos gubernamentales basados en la Clasificación Funcional del Gasto de las Administraciones Públicas (COFOG).	Asignaciones a HC en función de la entidad representada en el presupuesto, o la cantidad total desembolsada. Cuando se representa una función específica, debe tenerse en cuenta para la asignación. Puede haber informes de los pagos realizados a proveedores de atención de salud. Debe contabilizarse el gasto relativo a las correspondientes funciones de gestión, dependiendo de la entidad representada, o estimarse para la APS.
Presupuestos basados en proveedores (por ejemplo, proveedores de atención de salud, proveedores de servicios de salud pública o de salud preventiva, farmacias)	Las partidas presupuestarias pueden proporcionar un contenido parcial de las funciones de HC. A menudo se basan en programas.	Los datos disponibles se pueden utilizar para estimar el gasto por categoría de HC o para desglosar un total.

Dónde	Qué	Cómo
Informes de seguridad social y servicios de salud	HC.1–HC.7, en función de los datos disponibles	Cuando la institución de seguridad social es propietaria de establecimientos de salud y proporciona servicios de salud, los informes del gasto pueden mostrar HC.1–HC.6. A menudo, esto es necesario para garantizar una contabilidad integral de los servicios preventivos. Debe contabilizarse el gasto relativo a las funciones correspondientes a la gestión, dependiendo de la entidad representada, o estimarse para la APS. Las instituciones de seguridad social que contratan servicios pueden tener informes de los pagos realizados a los proveedores de atención de salud.
Encuesta de seguros de salud privados: reclamaciones y primas; asociaciones de seguros de salud; unidades de supervisión del seguro de salud	HC.1–HC.7, en función de los datos disponibles	Las encuestas pueden proporcionar información útil para desglosar el monto total del gasto en seguros de salud. Se pueden utilizar los informes de los pagos realizados a los proveedores de atención de salud. Los gastos correspondientes a las funciones de gestión deben contabilizarse o estimarse para la APS. La diferencia entre primas y reclamaciones indica el gasto administrativo total. La base de datos de registros de pacientes se puede utilizar cuando el sistema de pago se basa principalmente en pagos por servicio prestado.
Informes y encuestas de ONG/ISFLSH (instituciones sin fines de lucro que prestan servicios a los hogares)	HC.1–HC.7, en función de los datos disponibles	Los presupuestos ejecutados y las encuestas pueden proporcionar información sobre las ONG que actúan como proveedores y compradores; por lo general, las encuestas se basan en una muestra, que puede proporcionar una estructura para desagregar los totales. Es necesario considerar la doble contabilización entre las ONG. Se requiere integrar los gastos de administración de las ONG que actúan como comprador de servicios.
Encuestas de empresas	HC.1–HC.7, en función de los datos disponibles	Las empresas y los empleadores pueden proporcionar o financiar servicios de salud ocupacional, que forman parte de la APS. Deben incluirse los servicios subcontratados. Las encuestas pueden orientar la generación de una estructura para el desglose de los pagos relativos a servicios de salud. Las empresas (por ejemplo, grandes fábricas, explotaciones mineras) pueden tener sus propios establecimientos de salud.
Informes y encuestas de donantes	HC.1–HC.7, en función de los datos disponibles	Puede implicar subvenciones específicas (por ejemplo, para tratamiento, prevención y administración). Es necesario considerar la doble contabilización entre las ONG y el gobierno.
Informes de agrupaciones de ONGs (por ejemplo, asociaciones de lucha contra el cáncer, de	HC.1–HC.7, en función de los datos disponibles	Búsqueda de datos con doble contabilidad potencial, como información sobre el gasto en APS con subvenciones asignadas e informes sobre programas y actividades conexos.

Dónde	Qué	Cómo
farmacéuticos, optometristas, médicos)		
Encuestas e informes sobre el presupuesto de los hogares	HC.1–HC.7, en función de los datos disponibles	Por lo general, contendrán información sobre el gasto en productos médicos y en los pagos por servicios hospitalarios y ambulatorios. Para estimar el gasto ambulatorio general, si no están disponibles deben buscarse las claves de distribución. La información sobre los productos médicos se tomar directamente de la encuesta; hay que verificar las categorías de productos médicos. Debe triangularse con las cuentas nacionales, que generalmente se subestiman. Los datos de las cuentas nacionales se pueden utilizar para calcular las claves de distribución.
Cuentas nacionales (estadísticas gubernamentales, gastos de los hogares, instituciones sin fines de lucro que utilizan la COFOG, clasificaciones del consumo individual por finalidad (COICOP))	HC.1–HC.7, en función de los datos disponibles	Por lo general, contendrán información sobre el gasto en productos médicos y en los pagos por la atención hospitalaria y ambulatoria de pacientes. Para estimar el gasto ambulatorio general, si no están disponibles deben buscarse las claves de distribución. La información sobre los productos médicos se puede tomar directamente; hay que verificar las categorías de productos médicos.
Cuentas de resto del mundo o estadísticas de turismo	HC.1–HC.6	Gastos de los residentes relacionados con el uso privado de servicios odontológicos y de otro tipo en el extranjero.

COFOG: Clasificación Funcional del Gasto de Gobierno; COICOP: clasificación del consumo individual por finalidad; ONG: organización no gubernamental; ISFLSH: instituciones sin fines de lucro que prestan servicios a los hogares.

Fuentes de datos utilizadas principalmente para calcular las claves de distribución y estimar el gasto

Dónde	Qué	Cómo
Informe sobre datos de utilización	HC.1–HC.6	Claves de distribución de la atención hospitalaria y ambulatoria de pacientes, y prevención
Informe (financiero) del proveedor	Basado en programas y actividades	Se puede utilizar directamente o para claves de distribución por proveedor
Informe (no financiero) del proveedor	HC.1–HC.6	Claves de distribución de la atención hospitalaria y ambulatoria de pacientes, y prevención
Cargos/tasas por servicios, honorarios jurídicos o precios medios pagados por los agentes de	HC.1–HC.7, en función de los datos disponibles	Se pueden utilizar como claves de distribución

Dónde	Qué	Cómo
financiamiento de productos y servicios de salud (en caso de falta de datos sobre costos)		
Informe de la OCDE sobre el Sistema de Presentación de Informes de los Acreedores (CRS)	HC.1–HC.7, si hay datos disponibles	Para validar de forma cruzada los datos de los donantes
Informe/datos fiscales	HC.1–HC.6	Para pequeños proveedores de primera línea, ya que pueden incluir la atención ambulatoria general y la atención odontológica
Informe de la farmacia central, IQVIA y datos de proveedores	HC.5 por usuario de la entidad	Pueden proporcionar una idea general de la proporción del gasto por medicamentos para las categorías de APS
Encuestas empresariales /datos de la Oficina central de estadística	HC.1–HC.6	Si están disponibles, pueden proporcionar información sobre el universo de proveedores de APS. Si se detalla, puede proporcionar datos sobre proveedores grandes y pequeños de primera línea que pueden ofrecer atención ambulatoria general y atención odontológica.
Donantes con flujos de datos específicos (por ejemplo, VIH, vacunas, anticoncepción)	HC.6	La mayoría de los datos sobre la atención preventiva pueden estar disponibles; si se detalla, también puede mostrar el gasto general en atención ambulatoria
Estudios sobre cálculo de costos	HC, en función de los datos disponibles	Se puede utilizar como clave de distribución para la desagregación
Costo de los informes sobre enfermedades	HC, en función de los datos disponibles	Se puede utilizar como clave de distribución para la desagregación
Registros	HC.1–HC.6	Datos de utilización usados en una clave de distribución para los gastos de desagregación por funciones

Anexo 3. Cuadro de HC x FS del gasto corriente en salud por función y fuente de financiamiento

Código HC	Millones de unidades monetarias nacionales	FS.1	FS.2	FS.3	FS.4	FS.5	FS.6	FS.6.1	FS.6.2	FS.6.3	FS.7	FS. n.e.c.	TOTAL
HC.1	Atención curativa												
HC.1.1	Atención curativa hospitalaria												
HC.1.2	Atención curativa de día												
HC.1.3	Atención curativa ambulatoria												
HC.1.3.1	Atención curativa general ambulatoria												
HC.1.3.2	Atención curativa odontológica ambulatoria												
HC.1.3.3	Atención curativa especializada ambulatoria												
HC.1.3.n.e.c.	Atención curativa no especificada ambulatoria (n.e.c.)												
HC.1.4	Atención curativa domiciliaria												
HC.1.n.e.c.	Atención curativa no especificada (n.e.c.)												
HC.2	Atención de rehabilitación												
HC.2.1	Atención de rehabilitación hospitalaria												
HC.2.2	Atención de rehabilitación de día												
HC.2.3	Atención de rehabilitación ambulatoria												
HC.2.4	Atención de rehabilitación domiciliaria												
HC.2.n.e.c.	Atención de rehabilitación no especificada (n.e.c.)												
HC.3	Atención de largo plazo												
HC.3.1	Atención hospitalaria de largo plazo												
HC.3.2	Atención de día de largo plazo												
HC.3.3	Atención ambulatoria de largo plazo												
HC.3.4	Atención domiciliaria de largo plazo												
HC.3.n.e.c.	Otra atención de largo plazo												
HC.4	Servicios auxiliares												

Código HC	Millones de unidades monetarias nacionales	FS.1	FS.2	FS.3	FS.4	FS.5	FS.6	FS.6.1	FS.6.2	FS.6.3	FS.7	FS. n.e.c.	TOTAL
HC.5	Productos médicos												
HC.6	Atención preventiva												
HC.7	Gobernanza y gestión del sistema de salud												
HC.9	Otros servicios de salud no clasificados en otra parte (n.e.c.)												
Todas las HC	TOTAL												
APS TOTAL	HC.1.3.1 + HC.1.3.2 + HC.1.3.n.e.c. + HC.1.4 + HC.3.3 + HC.3.4 + HC.6 + 80% de HC.5 + 80% de HC.7												

Para más información, por favor contactar:

Equipo de Cuentas de Salud de la OMS
Organización Mundial de la Salud
20 avenue Appia
1211 Ginebra 27
Suiza

