

# Gasto en atención primaria en salud en las Américas: medir lo que importa

Magdalena Rathe,<sup>1</sup> Patricia Hernández-Peña,<sup>2</sup> Claudia Pescetto,<sup>3</sup> Cornelis Van Mosseveld,<sup>4</sup> María Angélica Borges dos Santos,<sup>5</sup> y Laura Rivas<sup>6</sup>

## Forma de citar

Rathe M, Hernández-Peña P, Pescetto C, Van Mosseveld C, Borges dos Santos MA y Rivas L. Gasto en atención primaria en salud en las Américas: medir lo que importa. *Rev Panam Salud Publica*. 2022;46:e13. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.13>

## RESUMEN

En este informe especial se compara la medición del gasto en atención primaria en salud (APS) propuesta por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) según el marco mundial para reportar gastos en salud (SHA 2011) en tres países de la región de las Américas. Hay divergencias conceptuales: 1) la operacionalización como atención básica, por OCDE, o primer contacto, por OMS; 2) la mayor amplitud de bienes y servicios en la definición de OMS (incluye medicamentos, administración y servicios preventivos colectivos); 3) la consideración únicamente de servicios en proveedores ambulatorios en OCDE. Los gastos en APS como el porcentaje del gasto corriente en salud (GCS) en 2017 para OMS y OCDE, serían: México (43,6% vs 15,1%); República Dominicana (41,1 vs 5,75%) y Costa Rica (31,4% vs 5,7%); superarían la meta del 30% del GCS en APS que propone el Pacto 30-30-30 de la Organización Panamericana de la Salud, con la definición de la OMS y estarían muy lejos de alcanzarla con la de la OCDE. La definición amplia de APS como primer contacto de OMS facilita la inclusión de servicios que reflejan la forma en que los países ofrecen atención a su población. Aun así, la OMS podría mejorar las descripciones de las categorías incluidas para fines de comparación internacional. Restringir la APS a proveedores ambulatorios como hace OCDE limita mucho la medición y excluye intervenciones intrínsecas al concepto de APS, como servicios colectivos de prevención. Como paso transitorio se recomienda a los países que monitoreen el financiamiento de la APS, explicitando qué incluyen en su definición. El SHA 2011 permite identificar y comparar estas diferencias.

## Palabras clave

Atención Primaria de Salud; gastos en salud; mediciones, métodos y teorías.

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) tienen como meta lograr la cobertura universal de servicios de salud esenciales y de calidad. Existe consenso internacional sobre el papel clave que juega la atención primaria en salud (APS) para el cumplimiento de los ODS (1). Esto requiere lograr consensos sobre la definición de la APS, los indicadores clave de gasto y la forma de medirlos.

Todavía, no existe una definición única y operacional de la APS a nivel mundial o de país. APS puede referirse a 1) la atención brindada por especialidades médicas específicas; 2) un conjunto de actividades; 3) el nivel de atención o entorno: un punto de entrada a un sistema que incluye atención ambulatoria versus atención hospitalaria; 4) un conjunto de atributos (2); 5) la atención caracterizada por el primer contacto o nivel

<sup>1</sup> Fundación Plenitud, Santo Domingo, República Dominicana ✉ Magdalena Rathe, [mrathe@fundacionplenitud.org](mailto:mrathe@fundacionplenitud.org)

<sup>2</sup> Consultora, Ámsterdam, Países Bajos

<sup>3</sup> Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América.

<sup>4</sup> Consultor, La Haya, Países Bajos

<sup>5</sup> Fundación Oswaldo Cruz, Río de Janeiro, Brasil.

<sup>6</sup> Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza.

de atención, la accesibilidad, la longitudinalidad y la integralidad; y 6) una estrategia para organizar los sistemas de atención de la salud, con prioridad a la atención basada en la comunidad y menos énfasis en la medicina con uso intensivo de tecnología, es decir, procedimientos y medicamentos complejos, de alto costo y basada en hospitales (3).

Los retos principales para el monitoreo de la APS incluyen alcanzar una definición cuantitativa y la generación de la información requerida en los países. Existe una diferencia entre la estrategia y la operación de atención primaria para la medición de su gasto, a través del primer nivel de atención (PNA). En América Latina y el Caribe, se ha avanzado con el llamado a la acción de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) del Pacto 30-30-30 en 2019 (4), que da continuidad a la estrategia de Salud Universal (5), con base al derecho a la salud. Este pacto propone eliminar para el 2030, al menos un 30% de las barreras de acceso, aumentar el gasto público al menos al 6% del PIB, estando dirigidos al menos el 30% de estos recursos al primer nivel de atención. Para avanzar en esa dirección, es imprescindible medir los progresos de manera sólida.

El PNA, multidisciplinario, funciona como puerta de entrada (primer contacto) al sistema para garantizar el acceso equitativo a un conjunto integral e integrado de servicios que respondan a las necesidades de la población. Es el nivel más crítico para lograr la integración de los programas focalizados en diferentes problemas de salud, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud individuales y de salud pública (6).

Para realizar el monitoreo y una comparación cuantitativa, es necesario utilizar un tipo de estándar. El estándar internacional de medición de gasto en salud es el Sistema de Cuentas de Salud (System of Health Accounts, SHA 2011, por sus siglas en inglés) (7), resultado de un esfuerzo colaborativo entre la OCDE, la Oficina Europea de Estadística (Eurostat) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). El SHA 2011 se basa en el marco triaxial de financiamiento, provisión y consumo de bienes y servicios de salud (funciones de cuidados de salud) y sus clasificaciones estandarizadas, que describen en detalle las categorías, para alcanzar contenidos también estandarizados. Las clasificaciones son resultado de una consulta internacional (8), para establecer categorías relevantes que concuerdan con las clasificaciones internacionales de gasto según la finalidad de dicho gasto [por el gobierno (9), y el sector privado (10)], ajustadas a las necesidades de información del sistema de salud.

El SHA 2011 no fue diseñado con el objetivo de monitorear gastos para la APS versus otros gastos en salud. Por esta razón, no ofrece lineamientos sobre cómo medir esos gastos. Un principio básico es delimitar el gasto en salud con base en los bienes y servicios (o funciones) cubiertos. Sin embargo, al delimitar la definición operacional de APS/PNA con base en los bienes y servicios (funciones) cubiertos, independientemente de quién los provea y quién pague por ellos, la medición y la comparabilidad son posibles.

La información sobre el gasto basada en los tipos de actividades o bienes y servicios estandarizados, e idealmente según el proveedor involucrado, es mucho más informativa que el contenido recopilado en partidas presupuestarias que no detallan suficientemente la asignación de recursos dedicados a APS/PNA, muy común en los países de América Latina y el Caribe.

Sabemos que todos los sistemas de salud son diferentes. Para lograr comparabilidad internacional, se requiere, todavía acordar qué incluir en la medición de la APS. Habría tres opciones

(11): a) restringida: sólo se toman actividades acordadas por todos los países; b) estandarizada: los países acuerdan un grupo de actividades para fines de comparación internacional, aunque internamente ofrezcan mediciones adicionales. En este caso, tanto la definición como las mediciones serían relativamente estables; c) amplia: incluir todas las actividades que cada país define como atención primaria.

En este trabajo se compara la medición del gasto en APS de la OCDE y de la OMS bajo el SHA2011, desde el punto de vista conceptual y cuantitativo, en tres países de la región. Se presentan las ventajas y limitaciones de cada definición y discuten desafíos involucrados en el seguimiento del gasto en APS en las Américas.

## PROPUESTAS DE LA OCDE Y DE LA OMS

La OCDE (12) y la OMS (13) han producido las primeras estimaciones de gasto en APS basadas en el marco SHA 2011 para países que disponían de las estadísticas necesarias. Cada medición se realizó utilizando un concepto operacional y cuantitativo acordado al interior de cada una de las organizaciones, con distintas definiciones de los servicios del SHA 2011 que compondrían la APS (cuadro 1). Los datos de gasto en salud son reportados anualmente a la OCDE por los 38 estados miembros y están disponibles en su base de datos y no incluyen sistemáticamente el gasto en la APS (14). En el caso de la OMS, los datos actualizados anualmente están disponibles en la base de datos global de gasto en salud (Global Health Expenditure Database – GHED –, por sus siglas en inglés) (15), aun cuando no siempre se proporciona en su formato completo por los 193 estados miembros.

Es posible resumir que las divergencias en las definiciones establecidas por la OCDE y la OMS incluyen: a) el punto de partida de la operacionalización como atención básica o de primer contacto, en la conceptualización de la APS; b) la amplitud de servicios contenidos, es decir, definir qué medir y c) la inclusión o no, de los proveedores involucrados, esto es, cómo medirla.

La OCDE parte de la opinión de expertos de estados miembros, utilizando la tabla cruzada de proveedores por función (12). Incluye el gasto en servicios básicos de salud, a partir de la clasificación de funciones de salud del SHA 2011, cuando es ofrecida en unidades de atención ambulatoria. La propuesta excluye servicios muy relevantes, y algunos servicios con tecnología más compleja, que podrían ser considerados un nivel de prestación superior (cuadro 1).

Los servicios incluidos por la OCDE son de atención ambulatoria y domiciliaria, general, curativa, dental y algunas categorías de servicios preventivos tales como: educación para la salud, vacunaciones, detección temprana, seguimiento a grupos sanos. Se excluyen la vigilancia epidemiológica y programas de control de enfermedades, así como la prevención y preparación para desastres y emergencias, dado que no forman parte de la atención de primer contacto y básica a la población y no se ofrecen en las unidades de atención ambulatoria elegidas. Son servicios a nivel de planificación, no de primer contacto de alcance poblacional y este enfoque es para los servicios preferentemente individuales.

La OCDE también excluye la administración del sistema de salud y su financiamiento. La medición de bienes médicos se restringe a medicamentos como una medición opcional, por separado (venta libre y prescritos). La propuesta de la OCDE

deja la vía para un ajuste posterior por los estados miembros, reconociendo que el reto es tanto identificar los servicios y proveedores a incluir, como poder cuantificarlos según las definiciones del SHA 2011. Por ejemplo, es difícil separar los servicios generales y especializados, así como también existen rubros relevantes para asegurar la autonomía funcional de las personas, por ejemplo, en la vejez (como implantes cocleares y lentes) predominantemente cubiertas por gastos de bolsillo, que subrayan la importancia de que estos gastos sean financiados en el futuro en la APS con gasto público.

Dado que muchos países no disponen de información cruzada por proveedor, la OMS propone centrarse únicamente en el tipo de servicios (funciones de salud), ofrecidos por cualquier proveedor (cuadro 1) (16). El contenido incluye todos los servicios considerados APS por la OCDE, agrega atención ambulatoria

y domiciliaria de largo plazo y amplía el componente preventivo, con la vigilancia epidemiológica y la preparación para desastres y emergencias. Se incluye también el 80% del gasto en bienes médicos (medicamentos, anteojos y ayudas de audición y prótesis) y el 80% del gasto en administración del sistema de salud y su financiamiento, que refleja el esfuerzo para ofrecer y organizar la atención primaria en salud. Sin embargo, la inclusión del 80% del gasto administrativo y en bienes médicos se ha debatido en muchos países donde existe mayor atención especializada que reduce la proporción de este gasto para la APS.

Sin embargo, existen servicios sin consenso y constituyen el centro del llamado para una discusión sobre el reporte estandarizado internacional, que incluyen servicios tales como: 1) la rehabilitación, que no es del PNA en muchos países, pero puede formar parte de un paquete básico de atención; 2) la

**CUADRO 1. Comparación de los servicios y bienes de salud incluidos en el gasto en Atención Primaria en Salud (APS) por OMS y OCDE. 2021**

Código ICHA-HC	Descripción de los Servicios y bienes de salud/funciones	APS OMS Todos los proveedores	APS OCDE Proveedores ambulatorios	Consideraciones
HC.1	Atención curativa			
HC.1.3	Atención curativa ambulatoria			
HC.1.3.1	Atención curativa general ambulatoria	✓	✓	En consenso
HC.1.3.2	Atención curativa ambulatoria odontológica	✓	✓	En consenso
HC.1.3.nep	Atención curativa ambulatoria no especificado en otra parte (n.e.p. )(a)	✓		Dificultad de separar APS
HC.1.4	Atención curativa domiciliaria	✓	✓	En consenso
HC.2	Atención de rehabilitación			No incluidos
HC.3	Servicios de atención de largo plazo (Salud)			
HC.3.3	Atención ambulatoria de largo plazo (salud)	✓	-	Esencial y continua
HC.3.4	Atención domiciliaria de largo plazo (salud)	✓	-	Puede incluir no profesionales
HC.4	Servicios auxiliares (laboratorio, imagen y transporte)			No incluidos
HC.5	Bienes médicos (no especificados por función)			
HC.5.1	Fármacos y otros bienes perecederos			
HC.5.1.1	Medicamentos con receta (b)	✓	✓	Dificultad de separar medicamentos de APS
HC.5.1.2	Medicamentos de venta libre	✓	✓	Dificultad de separar medicamentos de APS
HC.5.1.3	Otros bienes médicos perecederos	✓	-	Esenciales y de primer contacto
HC.5.2	Aparatos terapéuticos y otros bienes médicos			
HC.5.2.1	Lentes y otros productos para la visión	✓	-	Esenciales y de primer contacto
HC.5.2.2	Audífonos	✓	-	Esenciales y de primer contacto
HC.5.2.3	Otros dispositivos y prótesis ortopédicas (excluye las lentes y los dispositivos auditivos)	✓	-	Esenciales y de primer contacto
HC.5.2.9	Todos los demás bienes médicos no perecederos incluidos los dispositivos técnicos	✓	-	Esenciales y de primer contacto
HC.6	Atención preventiva			
HC.6.1	Programas de información, educación y consulta (IEC)	✓	✓	En consenso
HC.6.2	Programas de inmunización	✓	✓	En consenso
HC.6.3	Programas de detección temprana de la enfermedad	✓	✓	En consenso
HC.6.4	Programas de monitoreo de condiciones sanas	✓	✓	En consenso
HC.6.5	Vigilancia epidemiológica y programas de control del riesgo y la enfermedad	✓	-	Esencial para guiar la APS
HC.6.6	Programas de prevención y preparación para desastres y situaciones de emergencia	✓	-	Esencial para guiar la atención rutinaria
HC.7	Gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud (b)			
HC.7.1	Gobernanza y administración del sistema de salud	✓	-	Esencial para guiar la APS
HC.7.2	Administración del financiamiento a la salud	✓	-	Esencial para guiar la APS

Fuente: elaboración propia con base en OECD y referencia 13.

Notas: 1. La OCDE no menciona los montos "no clasificados en otra parte (nep)"; 2. La OMS (contrario a la OCDE) adjudica el 80% de la compra con minoristas de bienes médicos y de la administración del sistema a la APS.

Siglas: ICHA-HC: ICHA-HC: Clasificación internacional de cuentas de salud de Funciones de Atención de la Salud, por sus siglas en inglés; APS: atención primaria de la salud; OMS: Organización Mundial de la Salud; OCDE: Organización de Cooperación para el Desarrollo Económico

atención de largo plazo, que puede corresponder al primer contacto y puede formar parte de un paquete básico de atención y es importante para el control de los factores de riesgo; 3) el transporte de emergencia, parte de los servicios auxiliares, que puede representar un primer contacto e incluirse en la atención básica. Cabe excluir el componente asociado a servicios especializados y de nivel hospitalario; 4) los bienes médicos (medicamentos, lentes, ayudas auditivas y de movilidad) de venta libre, que pueden considerarse de primer contacto y relevantes también para la calidad de vida e incluirlos como producto de una consulta ambulatoria no especializada. En los países donde los medicamentos están incluidos para hospitalización, las compras en minoristas se refieren a seguimiento, mientras que donde no se incluyen o no están disponibles, estas ventas son más significativas y podrían implicar una sobreestimación del gasto en atención primaria; 5) la atención preventiva no individualizada, debe incluirse cuando se relaciona con APS. Cuando no está clara dicha relación, se sugiere distribuir su valor proporcionalmente; y 6) la administración del sistema y su financiamiento como parte de la APS/PNA pues los atributos de accesibilidad, longitudinalidad e integridad dependen en gran medida de la buena gobernanza del sistema, con sus gastos correspondientes. Un procedimiento estándar es que corresponda al porcentaje que representa el gasto en APS (suma de los componentes de APS, excluyendo administración) en el gasto corriente en salud.

Respecto de los proveedores, cabe considerar lo siguiente: 1) dado que la información cruzada por proveedor no es generalizada, la OMS da prioridad a la clasificación del gasto por funciones; 2) según la propuesta de la OCDE, y considerando que SHA 2011 clasifica los proveedores según su actividad principal, limitar la medición a los proveedores ambulatorios reduce los servicios de las unidades que principalmente ofrecen atención preventiva o expenden medicamentos. Además, esto subvalúa el gasto en APS y dificulta el monitoreo de unidades estratégicas y relevantes, como las unidades de control prenatal y vacunaciones; 3) hay servicios ambulatorios curativos que se ofrecen dentro de unidades hospitalarias, que pueden ser generales y especializados, pero difíciles de separar.

## ¿QUÉ IMPLICA LA MEDICIÓN DEL GASTO EN APS/PNA EN LAS AMÉRICAS?

La definición de APS implica que se definan bien las fronteras y que los países incluyan procesos de prestación de servicios muy diversos que reflejan la forma en que operacionalizan la provisión de APS/PNA a su población y por tanto, reporten este gasto según su propia definición.

En México, por ejemplo, puede haber un primer contacto del paciente que va directamente y por iniciativa propia al laboratorio para una evaluación de salud, ampliando el sentido del primer contacto a servicios auxiliares de diagnóstico. Esto no es posible en otros casos, como en los Países Bajos, donde la referencia del médico general es obligatoria en el seguro básico (17).

En Colombia, la atención básica se define como un paquete mínimo de servicios, que incluye actividades preventivas y de salud pública (13). Los componentes de cada "paquete de servicios" pueden clasificarse como primer contacto o atención básica, según criterios nacionales. Por ejemplo, puede proponerse que el primer contacto incluya la atención inicial de

un episodio, el diagnóstico y el tratamiento, excluyendo cualquier derivación. O puede argumentarse que la atención básica incluye un paquete de servicios que cubre las necesidades más frecuentes en un grupo poblacional y que, por tanto, deberían incluirse las visitas subsecuentes, relevantes para control y seguimiento, siempre y cuando sean en el PNA; o pasarían a ser especializados.

Habría que aclarar cuál es el grado de complejidad que admite el PNA (por ejemplo, la inclusión/exclusión de servicios auxiliares, la compra de medicamentos y manejo de hospitalización y emergencias). Recordando que el punto de primer contacto ha sido crítico en el caso de la pandemia de COVID-19 para el diagnóstico, la orientación y la selección de la atención que recibirá el paciente, a lo que se añaden las intervenciones de salud pública o colectivas. Ello debiera incluir los servicios auxiliares, de transporte de emergencia y de diagnóstico (laboratorio e imagen). Asimismo, el seguimiento de patologías crónicas, de creciente prevalencia, sugiere no restringir la medición a un primer contacto. Para asegurar un monitoreo eficiente, cabe establecer las condiciones en que tanto el primer contacto como la atención básica puedan ser delimitadas.

La fuente principal para la medición de los gastos en APS/PNA siempre serán las cuentas de salud basadas en el SHA 2011, adoptar cualquier otro marco de referencia aportaría mayor confusión e inconsistencia en la clasificación y la recolección de datos. Sin embargo, la disponibilidad de datos de gasto en el formato SHA 2011 es un desafío en América Latina y el Caribe. Solamente 11 de los 33 países tenían datos para funciones con diferentes niveles de desagregación y de calidad en 2021: Barbados, Brasil, Costa Rica, Guyana, Haití, México, Paraguay, República Dominicana, San Cristóbal y Nieves, Trinidad y Tobago y Uruguay, por lo que se promueve la mayor disponibilidad de estos datos, como parte del apoyo al mejor uso de recursos disponibles para la APS.

Por ello se eligieron tres países de la región (Costa Rica, México y República Dominicana) con datos de gasto por proveedor y por función para el año de 2017, en suficiente nivel de desagregación. Se comparó el gasto en APS/PNA como monitoreo del Pacto 30-30-30, según las definiciones de OMS y OCDE para su comparación.

Los gastos en salud de los tres países en su conjunto ascienden a poco menos de una quinta parte de los gastos en salud de América Latina y el Caribe proporcionados en GHED. Los gastos de los tres países por función en el ámbito de las definiciones de la APS según OCDE y OMS son presentados como porcentaje del gasto corriente en salud (GCS) y los gastos totales en APS se presentan como porcentaje del PIB y per cápita (cuadro 2).

Con la definición de la OMS, el gasto en APS es superior al 30% en los tres países estudiados (43,6% en México, 41,1% en República Dominicana y 31,4% en Costa Rica). La restricción de los datos a los proveedores ambulatorios definidos por la OCDE tiene un impacto sustancial, reduciendo el gasto en atención primaria en salud a 15,1% en México, 5,7% tanto en Costa Rica como en República Dominicana (cuadro 2). Así, en los tres países analizados, el gasto en APS según el parámetro de la OMS superaría la meta del 30% en la estrategia 30-30-30. Por otro lado, según el parámetro de la OCDE, países como Costa Rica, considerado un ejemplo virtuoso del sistema de salud en las Américas, nos parecerían demasiado lejos de la meta.

**CUADRO 2. Indicadores mínimos de gasto en APS, según propuestas de la OCDE y la OMS, en Costa Rica, República Dominicana y México. 2017**

Indicadores detallados por servicios de APS (códigos ICHA-HC)		Costa Rica 2017		República Dominicana 2017		México 2017	
		APS OMS	APS OCDE	APS OMS	APS OCDE	APS OMS	APS OCDE
HC.1.3.1	Atención curativa general ambulatoria (% GCS)	3,6	1,8	9,4	3,6	11,8	11,8
HC.1.3.2	Atención curativa ambulatoria odontológica (% GCS)	3,8	3,4	1,6	1,3	3,2	3,2
HC.1.3.nep	Atención curativa ambulatoria n.e.p. (% GCS)	0,0	no incluido	1,0	no incluido	0,0	no incluido
HC.1.4	Atención curativa domiciliaria (% GCS)	0,1	0,1	0,2	0,0	0,1	0,1
HC.3.3	Atención ambulatoria de largo plazo (salud) (% GCS)	0,2	no incluido	0,000	no incluido	0	no incluido
HC.3.4	Atención domiciliaria de largo plazo (salud) (% GCS)	0,1	no incluido	0,000	no incluido	0	no incluido
HC.5	Bienes médicos (no especificados por función) (% GCS)	15,4	no incluido	20,7	no incluido	21,7	no incluido
HC.6	Atención preventiva (% GCS)	0,7	0,4	2,4	0,8	3,0	0,00
HC.7	Gobernanza y administración del financiamiento del sistema de salud (% GCS)	7,6	no incluido	5,8	no incluido	3,7	no incluido
Indicadores generales del gasto en APS		Costa Rica 2017		República Dominicana 2017		México 2017	
Gasto en APS como % GCS		31,4	5,7	41,1	5,7	43,6	15,1
Gasto en APS como % PIB		2,3	0,4	2,4	0,3	2,4	0,8
Gasto corriente en APS (millones de USD)		1 339	244	1 916	266	27 848	9 663
Gasto en APS per cápita (USD)		271	49	182	25	223	77
Indicadores generales de gasto corriente en salud		Costa Rica 2017		República Dominicana 2017		México 2017	
Gasto corriente en salud (incluyendo NEP) (millones de USD)		4 263	4 263	4 664	4 664	63 894	63 894
Gasto corriente en salud per cápita (USD)		861	861	444	444	512	512

Siglas: APS: atención primaria de la salud; OMS: Organización Mundial de la Salud; OCDE: Organización de Cooperación para el Desarrollo Económico; USD: Dólar de EEUU; ICHA-HC: clasificación internacional de cuentas de salud de Funciones de Atención de la Salud, por sus siglas en inglés; GCS: Gasto corriente en salud; n.e.p.: no especificado en otra parte  
Fuente: elaboración propia con base en datos publicados en Global Health Expenditure Database (GHED) de la OMS  
Nota: las definiciones de APS de OCDE consideran solamente los proveedores ambulatorios

En valores per cápita, el nivel de la OMS es el más alto en Costa Rica (271 USD), siendo República Dominicana el de menor nivel (182 USD). Sin embargo, utilizando los criterios de la OCDE, México tiene el mayor per cápita (77 USD), mientras que Costa Rica, mucho menor (49 USD), y República Dominicana, sólo la tercera parte (25 USD) (cuadro 2).

La decisión de restringir el alcance de la APS a los servicios que entregan los proveedores ambulatorios de OCDE restringe mucho la medición, porque deja de lado intervenciones que son intrínsecas al concepto de APS, como los servicios colectivos de prevención. La definición del gasto en servicios básicos, pero sin tomar en cuenta a proveedores específicos, pareciera ser la más adecuada para dar seguimiento al gasto en APS y para fines de comparación internacional y en el tiempo.

Muchas funciones se reportan inexistentes según la medición de la OCDE, cuando no se ofrecen en los establecimientos ambulatorios, y especialmente en los de atención preventiva.

Sorprende que la mayor proporción del gasto se genera en la compra de bienes médicos con los minoristas, con una contribución sustancial en todos los casos (50% en México, 50% en la República Dominicana y 49% en Costa Rica). Asimismo, el gasto en atención preventiva es muy bajo en todos los países (0,7-3%), especialmente en Costa Rica. El gasto en rectoría y administración del financiamiento es asimismo bajo (3,7-7,6%), especialmente en México (cuadro 2).

Para valorar mejor las diferencias, realizamos el análisis comparativo de la distribución del gasto por función. El gasto en atención ambulatoria curativa es superior en México, triplicando el de los otros dos países bajo la definición de la OCDE. Ello sugiere mayor provisión de servicios en unidades ambulatorias, en oposición a la atención en unidades hospitalarias.

La definición de APS como PNA o primer contacto facilita que los países de la región incluyan servicios muy diversos que reflejan la forma en que ofrecen atención a su población y la adopción de una medición amplia. Aun así, la OMS podría avanzar en las descripciones de las categorías a incluir en la definición de APS para fines de comparación internacional. En ambos casos, con una definición nacional y una internacional, es imprescindible que las cuentas de salud hagan visibles en detalle, sus mediciones de gasto en APS.

La adopción de las medidas estandarizadas propuestas por OMS y OCDE para rastrear los gastos en APS en el Pacto 30-30-30 sugiere que habría dificultades en ambos casos. Con el enfoque de la OMS, independientemente de que los tres países de la región analizados ya habrían superado la meta del 30 por ciento, queda pendiente la revisión del gasto en administración y en bienes médicos para ajustar el 80% propuesto a las condiciones del país. Con el enfoque de la OCDE, todos los países estarían muy lejos del objetivo y dejarían sin monitorear componentes básicos como el gasto preventivo en la APS. Es importante que los organismos internacionales acuerden un mejor contenido, repensando prevención y administración, así como bienes médicos.

Por otro lado, el SHA demuestra ser una herramienta robusta para el estudio de la asignación de recursos según bienes y servicios cubiertos por la APS. Un tema práctico fundamental es la disponibilidad de datos, por lo que se recomienda apoyar a los países para que elaboren sus cuentas de salud de manera completa y con todas sus distribuciones, visibilizando los elementos más importantes del gasto en la APS. Asimismo, la producción de las tablas cruzadas de funciones por proveedor y esquemas de financiamiento por función.

El gasto en servicios de PNA, deberían presentarse por fuente y esquema de financiamiento, para conocer el grado de prioridad pública y la carga financiera de los hogares en el sistema. Adicionalmente, el cruce con los proveedores permite visualizar su papel como primer contacto y/o atención básica de salud. Recomendamos publicar adicionalmente: a) el gasto en medicamentos, tanto el gasto total realizado por los diferentes actores del país, como el gasto público, es decir los medicamentos entregados en el PNA, medicamentos básicos o esenciales o financiados por la seguridad social; b) gasto en otros bienes de salud, específicamente, anteojos, ayudas auditivas y de movilidad; c) gasto en prevención no individualizada y administración y gobernanza, procurando separar la administración del sistema y la de su financiamiento, y calcular las proporciones destinadas a cada nivel de atención; y d) gasto en servicios auxiliares indicados en el PNA.

En conclusión, SHA es un marco para comparación internacional de gasto que no reemplaza las mediciones nacionales. Da pautas para estimar el gasto en cada país y monitorear cambios en el tiempo, o geográficos del país. El detalle de sus clasificaciones y su flexibilidad para ajustar por tipo de actividad o bienes y servicios incluidos y proveedor es un instrumento que permite el monitoreo y ajuste de políticas, cuando es necesario. También puede ser útil para hacer comparaciones ad-hoc entre países seleccionados.

Con el fin de informar las políticas, es importante explicitar en cada país la organización del sistema y de las políticas que apoyan la dotación de servicios básicos y de primer nivel. Por ejemplo, la existencia de una puerta de entrada al sistema o su ausencia implica indicadores de primer contacto y proveedor

diferentes. Por lo tanto, es importante apoyar la práctica e interpretación guiada de las diferencias entre países, vinculando la medición del gasto en APS y su contexto.

Como paso transitorio se recomienda a los países que monitoreen el financiamiento de la APS, explicitar qué incluyen en su definición. Los países van a adoptar soluciones específicas relacionadas con sus problemas. El SHA 2011 permite identificar y comparar estas diferencias. No existe un nivel ni una distribución única de gasto a la que los países deban restringirse, sino maneras de uso de recursos compatibles con la equidad y eficiencia en cada contexto.

**Contribución de los autores.** MR, PHP, CvM, CP y MABS concibieron el estudio; MR, PHP, CvM, MABS y LR recolectaron los datos; analizaron los datos/interpretaron los resultados; MR, PHP, CvM, CP y MABS escribieron el manuscrito/revisaron el manuscrito. Todos los autores revisaron y aprobaron la versión final

**Agradecimientos.** Se agradece a Julien Dupuy, de la OMS, por la ayuda con las tablas cruzadas de los países estudiados y a Hernán Luque y Jonas Gonseth, asesores de OPS, que tuvieron la amabilidad de leer y opinar sobre el contenido del artículo.

**Conflicto de intereses.** Ninguno declarado por los autores.

**Declaración.** Las opiniones expresadas en este manuscrito son responsabilidad del autor y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la *RPSP/PAJPH* y/o de la OPS

## REFERENCIAS

1. Chotchoungchatchai S, Marshall AI, Witthayapipopsakul W, Panichkiangkrai W, Patcharanarumol W, Tangcharoensathien V. Primary health care and sustainable development goals. *Bull World Health Organ*. 2020;98(11):792-800. doi:10.2471/BLT.19.245613
2. Starfield, B. Primary care: concept, evaluation, and policy. New York: Oxford University Press, 1992
3. Donaldson MS, Yordy K D, Lohr KN, Y Vanselow NA. (Eds.). Primary care: America's health in a new era. Washington (DC): National Academies Press (US); 1996. DOI: 10.17226/5152
4. Organización Panamericana de la Salud. Pacto 30 • 30 • 30. APS Para la Salud Universal OPS/OMS. Washington DC 2019. Disponible en: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=50481-pacto-30-30-30-aps-para-la-salud-universal&category\\_slug=sistemas-servicios-salud-1934&Itemid=270&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=50481-pacto-30-30-30-aps-para-la-salud-universal&category_slug=sistemas-servicios-salud-1934&Itemid=270&lang=es). Acceso el 13 de noviembre del 2021.
5. Organización Panamericana de la Salud. CD53/5, Rec.2 Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. [internet] OPS, Washington, D.C. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/cd535-rev-2-estrategia-para-acceso-universal-salud-cobertura-universal-salud>. Acceso el 13 de noviembre del 2021.
6. Organización Panamericana de la Salud. Renewing primary health care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO). Washington, DC: Pan American Health Organization; 2007. Disponible en: [https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renewing\\_Primary\\_Health\\_Care\\_Americas-PAHO.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renewing_Primary_Health_Care_Americas-PAHO.pdf)
7. OECD, Eurostat and World Health Organization. A System of Health Accounts 2011: Revised edition, OECD Publishing, Paris. 2017 <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>
8. Rathe M, Hernández P, Van Mosseveld C, Pescetto C, Van de Maele N. Cuentas de salud del pasado al presente para una aritmética política. *Rev Panam Salud Publica*. 2021;45:e72. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.72>
9. Naciones Unidas. CFG. Clasificación de gasto por funciones del gobierno. En: Clasificaciones de gastos por finalidades. Informes Estadísticos Serie M No. 84. NU:Nueva York; 2001. P 27 [https://digitallibrary.un.org/record/409196/files/30-M84\\_completo%28PDF%29\\_spanish.pdf](https://digitallibrary.un.org/record/409196/files/30-M84_completo%28PDF%29_spanish.pdf) Acceso el 13 de noviembre del 2021.
10. United Nations. Classification of Individual Consumption According to Purpose (COICOP) 2018. Statistical Papers. Series M No. 99. NU: Nueva York; 2018 p 103-116. [https://unstats.un.org/unsd/classifications/unsdclassifications/COICOP\\_2018\\_-\\_pre-edited\\_white\\_cover\\_version\\_-\\_2018-12-26.pdf](https://unstats.un.org/unsd/classifications/unsdclassifications/COICOP_2018_-_pre-edited_white_cover_version_-_2018-12-26.pdf) Acceso el 13 de noviembre del 2021.
11. Van Mosseveld C, van Son P. International Comparison of health care data, methodology development and applications. Voorburg/Heerlen. The Netherlands. Kluwer Academic Publishers-CBS Statistics Netherlands. 1998. Chapter 16. P 195.
12. OECD. Deriving Preliminary Estimates of Primary Care Spending under the SHA 2011 Framework. OECD:París; 2019. <https://www.oecd.org/health/health-systems/Preliminary-Estimates-of-Primary-Care-Spending-under-SHA-2011-Framework.pdf>
13. Vande Maele N, Xu K, Soucat A, et al. Measuring primary healthcare expenditure in low-income and lower middle-income countries. *BMJ Glob Health* 2019;4:e001497. doi:10.1136/bmjgh-2019-001497
14. OCDE. OECD.STAT. Health. Health expenditure and financing. [Internet] Disponible en: <https://stats.oecd.org/> Acceso el 13 de noviembre del 2021.

15. World Health Organization. Global Health Expenditure Database, GHED [Internet] WHO: Ginebra; 2021. Disponible en: <https://apps.who.int/nha/database> Acceso el 13 de noviembre del 2021.
16. World Health Organization. Measuring Primary Health Care Expenditure under SHA 2011. Technical Note: December 2021. Geneva:WHO; 2021. Disponible en: <https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/Index/en>
17. Van Mosseveld C, Experiencia de los Países Bajos. Uso de datos estadísticos, en Seminario Internacional Cuentas de Salud: Información

Económica para la Toma de Decisiones en Salud, Santiago de Chile, septiembre 2017, ch 7.3, pp 84-89

---

Manuscrito recibido el 17 de agosto del 2021. Aceptado para su publicación, tras revisión, el 21 de diciembre del 2021.

---

## Primary health care expenditure in the Americas: measuring what matters

### ABSTRACT

This special report compares the measurement of primary health care (PHC) expenditure proposed by the Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) and by the World Health Organization (WHO), according to the global framework for reporting health expenditures (SHA 2011) in three countries in the Region of the Americas. There are conceptual differences: 1) operationalization as basic care, by OECD, versus first contact, by WHO; 2) a wider range of goods and services in the WHO definition (including medicines, administration, and collective preventive services); and 3) consideration only of services in outpatient providers by OECD. PHC expenditures as a percentage of current healthcare spending in 2017 for WHO and OECD: Mexico (43.6% vs. 15.1%); Dominican Republic (41.1% vs. 5.75%), and Costa Rica (31.4% vs. 5.7%). The 30% target for current healthcare spending on PHC proposed by Compact 30-30-30 (Pan American Health Organization) would be surpassed by the WHO definition, but it would be far from achieved by the OECD definition. The broad WHO definition of PHC as first contact facilitates inclusion of services that reflect the way countries provide care to their populations. Even so, WHO could improve its category descriptions for the purposes of international comparison. Restricting PHC to outpatient providers (as the OECD does) greatly limits measurement and excludes interventions intrinsic to the concept of PHC, such as collective preventive services. As a transitional step, we recommend that countries should monitor PHC funding and should explain what they include in their definition. SHA 2011 makes it possible to identify and compare these differences.

### Keywords

Primary health care; health expenditures; measurements, methods and theories.

---

## Gasto em atenção primária à saúde nas Américas: calcular o que importa

### RESUMO

Este informe especial apresenta uma comparação entre o cálculo do gasto em atenção primária à saúde (APS) conforme os métodos propostos pela Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), segundo a metodologia *System of Health Accounts* (SHA 2011), em três países da Região das Américas. Observam-se divergências conceituais entre os métodos: 1) operacionalização do conceito como atenção básica pela OCDE ou primeiro contato pela OMS; 2) maior abrangência de bens e serviços de acordo com a definição da OMS (englobando medicamentos, administração e serviços de prevenção em âmbito coletivo) e 3) inclusão única de serviços ambulatoriais de acordo com a OCDE. Os gastos em APS como percentual do gasto corrente em saúde (GCS) em 2017, de acordo com os métodos propostos pela OMS e pela OCDE, foram: 43,6% vs. 15,1% no México; 41,1 vs. 5,75% na República Dominicana; e 31,4% vs. 5,7% na Costa Rica. Esses valores ultrapassam a meta de 30% do GCS em APS sugerida no Pacto 30.30.30 da Organização Pan-Americana da Saúde, com a definição proposta pela OMS, e essa meta estaria longe de ser alcançada com a definição proposta pela OCDE. A definição ampla de APS como primeiro contato que é proposta pela OMS permite incluir os diferentes serviços de atenção existentes nos países. No entanto, as categorias deveriam ser mais bem detalhadas para facilitar a comparação internacional. Por outro lado, a proposta da OECD restringe a APS aos prestadores de serviços ambulatoriais, o que limita muito o cálculo e exclui intervenções próprias do conceito de APS, como serviços de prevenção no âmbito coletivo. Numa etapa de transição, recomenda-se aos países monitorar o financiamento da APS, explicitando os itens incluídos na definição empregada. A metodologia SHA 2011 possibilita identificar e comparar essas diferenças.

**Palavras-chave** Atenção primária à saúde; gastos em saúde; medidas, métodos e teorias.

---