



NOTA METODOLÓGICA DEL TABLERO DE INDICADORES PARA SISTEMAS DE SALUD BASADOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Documento Borrador Interino

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OMS/WHO/PAHO Américas

NOTA METODOLÓGICA DEL TABLERO DE INDICADORES PARA SISTEMAS DE SALUD BASADOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Documento Borrador Interino

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

ÍNDICE

AGRADECIMIENTOS.....	6
1. INTRODUCCIÓN.....	7
1.1 Dominios	8
1.1.2. Capacidad de la APS	8
1.1.2. Desempeño de la APS	9
1.1.3. Impacto de la APS.....	10
2. LIMITACIONES.....	12
3. FICHAS TÉCNICAS DE LOS INDICADORES	13
4.1. Capacidad de la APS.....	13
4.1.1 Gobernanza	13
4.1.2 Financiamiento	18
4.1.3 Recursos humanos para la salud.....	46
4.1.4 Medicamentos y otras tecnologías sanitarias	52
4.2. Desempeño de la APS	60
4.2.1 Modelo de cuidados integrados	60
4.2.2 Acceso y utilización de servicios	66
4.2.3 Sistemas para el seguimiento y mejora de la calidad	81
REFERENCIAS	90

FIGURAS

Figura 1. Marco de medición de la atención primaria en salud.....11

INDICADORES

Indicador 1. Política nacional en salud orientada en la APS y la salud universal	13
Indicador 2. Proceso de diálogo social inclusivo para el desarrollo de políticas de salud ..	14
Indicador 3. Capacidades de las FESP	17
Indicador 4. Gasto público en salud como % del PIB	18
Indicador 5. Gasto de bolsillo en salud como % del GCS	20
Indicador 6. Gasto corriente en salud como % del PIB	23
Indicador 7. Gasto privado en salud de fuentes domésticas como % del PIB	23
Indicador 8. Gasto en salud de fuentes externas como % del PIB.....	25
Indicador 9. Gasto del gobierno general como % del PIB.....	25
Indicador 10. Gasto en servicios de APS per cápita	26
Indicador 11. Gasto público en APS como % del gasto público en salud	28
Indicador 12. Transferencias del gobierno de ingresos internos (para salud), como % del GCS.....	30
Indicador 13. Contribuciones a la seguridad social, como % del GCS	31
Indicador 14. Contribuciones a esquemas de seguros voluntarios como % del GCS	33
Indicador 15. Prepagos obligatorios (excluidos los de FS.3) como % del GCS.....	35
Indicador 16. Otros ingresos de hogares no clasificados en otro lugar como % GCS	36
Indicador 17. Transferencias de origen extranjero distribuidas por el gobierno como % del GCS.....	37
Indicador 18. Transferencias externas directas como % del GCS	38
Indicador 19. Otros ingresos de las ISFLSH n.e.p. cómo % del GCS.....	40
Indicador 20. Otros ingresos de empresas n.e.p. cómo % del GCS	41
Indicador 21. Otros ingresos de los hogares no clasificados en otro lugar, como % del GCS	42
Indicador 22. Ingresos no especificados de esquemas de financiamiento de atención en salud (no clasificados en otro lugar) como % del GCS.....	43
Indicador 23. Gasto en salud del gobierno general cómo % del gasto del gobierno general	44
Indicador 24. Clasificación de los países según nivel de ingresos	45
Indicador 25. Densidad del personal de salud por 10 mil habitantes	46
Indicador 26. Equipo de salud interprofesional en el primer nivel de atención	51
Indicador 27. Registro sanitario de medicamentos	52

Indicador 28. Estrategias que promuevan el uso de medicamentos genéricos/multifuente	53
Indicador 29. Políticas de referenciación internacional de precios en desarrollo, implementación o actualización.....	55
Indicador 30. Aplicación de estrategias o mecanismos nacionales para mejorar el acceso, la calidad, la seguridad o el uso racional de la sangre	56
Indicador 31. Mecanismos para desarrollar Evaluación de Tecnologías en Salud	57
Indicador 32. Listado de Medicamentos Esenciales (LME)	58
Indicador 33. Unidades de sangre colectadas por cada 1000 habitantes por país	59
Indicador 34. Costo promedio de operación anual de una cama de UCI en US\$.....	62
Indicador 35. Costo promedio estimado del egreso de un servicio intrahospitalario	63
Indicador 36. Hospitalizaciones por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio.....	65
Indicador 37. Índice de cobertura de servicios	66
Indicador 38. Índice compuesto de cobertura de SRMNI.....	67
Indicador 39. Índice de desarrollo humano	69
Indicador 40. Necesidades insatisfechas de atención en salud	70
Indicador 41. Tasa de mortalidad ajustada según edad por causas evitables	72
Indicador 42. Población con gastos de bolsillo en salud superiores al presupuesto total del hogar.....	73
Indicador 43. Población empujada por debajo de la línea de pobreza de \$2.15 por día debido a gastos de salud	75
Indicador 44. Población empujada aún más por debajo de la línea de pobreza de \$2.15..	78
Indicador 45. Mejora de la calidad de la atención en la prestación de servicios sanitarios integrales	81
Indicador 46. Implementación de programas nacionales de guías de práctica clínica.	82
Indicador 47. Información nacional sobre el nivel de satisfacción de las personas con los servicios de salud.....	84
Indicador 48. Sistemas de mejora continua de la calidad de los servicios de salud mediante mecanismos de evaluación de la calidad	85
Indicador 49. Implementación de sistemas de reporte de eventos centinela	86
Indicador 50. Implementación de programas de prevención y control de infecciones (PCI)	88

AGRADECIMIENTOS

La creación del tablero de indicadores para sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud fue llevada a cabo por la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OPS), bajo la supervisión del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud, a través de la Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios (HSS/PH). Colaboraron en este proyecto la Unidad de Recursos Humanos para la Salud (HSS/HR), la Unidad de Sistemas de Información y Salud Digital del Departamento de Evidencia e Inteligencia para la Acción en Salud (EIH/IS), la Unidad de Acceso a Medicamentos y Tecnologías de Salud del Departamento de Innovación, Acceso a Medicamentos y Tecnologías de Salud (IMT/AH), y el Departamento de Comunicaciones (CMU).

Conceptualización, desarrollo y coordinación: James Fitzgerald, HSS, Ernesto Báscolo, HSS/PH, Natalia Houghton, HSS/PH (oficial responsable del proyecto) y Anghella Rosero, HSS/PH.

Contribuciones y revisiones (en orden alfabético): Ana Amaris, IMT/IS, Miguel Amézquita Delgado, IMT/IS, Gisele Almeida, HSS/HR, Mauricio Beltran Duran, IMT/IS, Ana Paula Cavalcante de Oliveira, HSS/HR, Marcelo Jose D'Agostino, EIH/IS, Juan Carlos Díaz Rico, EIH/IS, Murilo Freitas Dias, IMT/IS, Edgar Gallo Montoya, HSS/PH, Jonás Gonseth-Garcia, HSS/PH, Andrea Gerger, EIH/IS, Thiago Hernandes Rocha, EIH/HA, Alexandre Lemgruber, IMT/IS, Oscar Martinez Martinez, EIH/HA, Juan Pablo Pagano, HSS/PH, Claudia Pescetto, HSS/PH, Blanca Peñaloza, HSS/PH, Ricardo Sanchez, HSS/PH, y Benjamin Puerta Donoso, HSS/HR.

Programación, contenido web y gestión del conocimiento: Kelvin Guerrero (K11 Technologies S.A.S.), América Valdes, HSS, Cristina Mitchell, CMU, Rossana Quiñones, HSS/PH, Ary Rogerio Silva, CMU, Oscar Reyes, CMU, Mayra Urrutia, CMU y Harold Ruiz, CMU.

Expresamos nuestro agradecimiento especial a los Estados Miembros por su colaboración en el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud (APS) en la región de las Américas. Su participación fue fundamental en la producción de los datos necesarios para la creación de esta herramienta, así como en el monitoreo y evaluación de la APS en la región de las Américas.

1. INTRODUCCIÓN

El Tablero de Indicadores para Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud (APS) constituye una herramienta de medición fundamental que permite a líderes, tomadores de decisiones, proveedores de servicios, la población y otros participantes del sistema comprender y mejorar el desempeño integral de la APS en la región de las Américas. Este tablero facilita el monitoreo regional del progreso de los Estados Miembros en el fortalecimiento de la APS hacia la consecución de la salud universal. A través de la recopilación y análisis de datos cuantitativos y cualitativos provenientes de diversas fuentes, se presenta esta información de manera que sea utilizable para la implementación de acciones concretas.

La concepción de APS que adopta este tablero representa un enfoque integral para la salud a nivel de toda la sociedad, que maximiza de manera equitativa la distribución de la salud y el bienestar al reunir tres componentes interrelacionados y complementarios:

- 1. Servicios de salud integrados con énfasis en el primer nivel de atención y las funciones esenciales de salud pública:** que satisfacen las necesidades de salud a lo largo del ciclo de vida mediante una atención integral que abarca aspectos promocionales, preventivos, protectores, curativos, rehabilitadores y paliativos. Esto se logra priorizando servicios de salud clave a través del primer nivel de atención y funciones esenciales de salud pública (FESP) como elementos centrales de los servicios de salud integrados.
- 2. Políticas y acciones multisectoriales:** que abordan de manera sistémica los determinantes más amplios de la salud, que incluyen factores sociales, económicos y ambientales, así como características y comportamientos individuales. Esto se realiza a través de políticas y acciones basadas en evidencia en todos los sectores.
- 3. Personas y comunidades empoderadas:** con individuos, familias y comunidades con las posibilidades de optimizar su salud, convirtiéndolos en defensores de políticas que promueven y protegen la salud y el bienestar. También los involucra como codesarrolladores de servicios de salud y sociales (1).

El tablero ofrece respuestas a preguntas críticas sobre los sistemas de salud orientados a la APS en un país, de acuerdo con las dimensiones de monitoreo de la APS. Por ejemplo, en relación con la capacidad de la APS, los Estados Miembros necesitan evaluar si sus sistemas de salud cuentan con estructuras de gobernanza, adecuado financiamiento, infraestructura física, y recursos físicos y humanos necesarios para fortalecer la APS. De manera similar, para evaluar el desempeño, es esencial identificar si el sistema ofrece servicios accesibles y de calidad que satisfagan las necesidades de salud de las personas. En términos de equidad en salud, es crucial determinar si el sistema de salud facilita de manera efectiva el acceso a los grupos más marginados y desfavorecidos de la sociedad.

En un esfuerzo por abordar estas necesidades, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) impulsa el desarrollo del tablero de indicadores para sistemas de salud basados en la APS como un espacio que fomente el análisis centrado en la APS en los sistemas de salud.

1.1 Dominios

El Tablero de indicadores para sistemas de salud basados en la APS se fundamenta en el Marco Operacional para la Atención Primaria de Salud aprobado en la 73^a sesión de la Asamblea Mundial de la Salud en noviembre de 2020 (1), y en el Marco de Medición e Indicadores de la Atención Primaria de Salud: Monitoreo de Sistemas de Salud a través de la Perspectiva de la Atención Primaria de Salud publicado en febrero de 2022 (2). Este último, propuesto por la Organización Mundial de la Salud (OMS), presenta un enfoque lógico basado en resultados para el seguimiento del desempeño y progreso en la APS, organizado según las de capacidad de la APS, desempeño de la APS e impacto.

El marco ilustra la relación lógica entre los dominios, demostrando cómo las mejoras en capacidades del sistema de salud orientadas a la APS en las estructuras e insumos pueden influir en un mejor desempeño de la APS, teniendo efectos en resultados y, en última instancia, en el estado de salud de la población (ver Figura 1) (2). Siguiendo esta lógica, el Tablero de Indicadores para Sistemas de Salud basados en la APS busca concretizar este ejercicio de medición de la APS en la región de las Américas.

1.1.2. Capacidad de la APS

La medición del fortalecimiento de la capacidad de la APS implica evaluar una serie de indicadores relacionados con aspectos estructurales y recursos críticos en los sistemas de salud. Estas estructuras abarcan la gobernanza y el financiamiento, mientras que los recursos críticos comprenden el recurso humano para la salud, los medicamentos y las tecnologías sanitarias, la infraestructura física, la información en salud y las tecnologías digitales. Las estructuras abarcan:

- i. Gobernanza, que incluye la medición del nivel de compromiso y liderazgo político en el fortalecimiento de la APS. En particular, dentro del tablero se presenta un análisis sobre las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP), el empoderamiento de las personas y las comunidades, y la existencia de una política nacional en salud orientada en la APS y la salud universal;
- ii. Financiamiento, que busca medir la equidad en la asignación de recursos financieros. En el tablero el análisis relacionado con este aspecto se centra en el componente público del gasto en salud, la priorización de la APS en el gasto, la situación en relación con el gasto de bolsillo en salud y la capacidad fiscal y prioridad fiscal.

Por otro lado, los indicadores de recursos críticos comprenden las temáticas relacionadas con:

- i. Recursos humanos en salud, en el que se mide la cantidad, la combinación de habilidades y la distribución de trabajadores de la salud calificados. En el tablero, el análisis se centra en la densidad de trabajadores de salud en varias disciplinas, con enfoque en los servicios comunitarios y de primer nivel de atención.
- ii. Los medicamentos y las tecnologías sanitarias, en el que se mide la disponibilidad y asequibilidad de medicamentos y productos sanitarios apropiados, seguros, eficaces y de alta calidad. En el tablero el análisis se centra en el análisis de la existencia de políticas y estrategias que facilitan el desempeño de este subdominio.
- i. Este dominio también abarca la infraestructura física, en el que se mide la densidad y distribución de salud instalaciones; la información en salud que se enfoca en los sistemas de información de salud y sistemas de vigilancia; así como las tecnologías digitales que respalda la medición del uso de las innovaciones de salud, las tecnologías de comunicación, la telemedicina y el uso de la Big Data. Se espera que versiones posteriores del tablero puedan contener información en estos aspectos de vital importancia para la APS.

1.1.2. Desempeño de la APS

El monitoreo del desempeño de la APS se enfoca en analizar la prestación y el acceso a servicios desde la promoción y la prevención hasta el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos. En este sentido, se utilizan indicadores que permiten evaluar la provisión de cuidados integrados, las condiciones de acceso a los servicios y la calidad de la atención. La provisión de servicios incluye en análisis de:

- i. Modelos de cuidado integrados, en el que se mide cómo los países están definiendo sus planes de servicios, y cómo se diseñan, organizan y gestionan esos servicios, considerando tanto los servicios individuales como los de base poblacional. En el tablero se presentan tres tipos de información. Primero, avances relacionados con la conformación de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), segundo, información relacionada con egresos hospitalarios por diferentes condiciones y patologías. Tercero, información relacionada con los costos de la atención.
- ii. Sistemas para el mejoramiento de la calidad, que mide los sistemas y las intervenciones de mejora a nivel local, subnacional y nacional que permiten la evaluación y mejora continuas de la calidad de los servicios de salud integrados. En el tablero se presenta un análisis sobre un conjunto de políticas y estrategias, así como de herramientas relacionadas con la mejora continua de la calidad.

- iii. Instalaciones y servicios de salud resilientes, en el que se busca medir las capacidades de resiliencia y preparación para emergencias de los sistemas de salud. Datos sobre este componente pueden ser consultados en el Tablero de la Encuesta Nacional sobre Continuidad de la Prestación de Servicios Esenciales de Salud durante la pandemia de COVID-19, disponible en este [enlace](#).

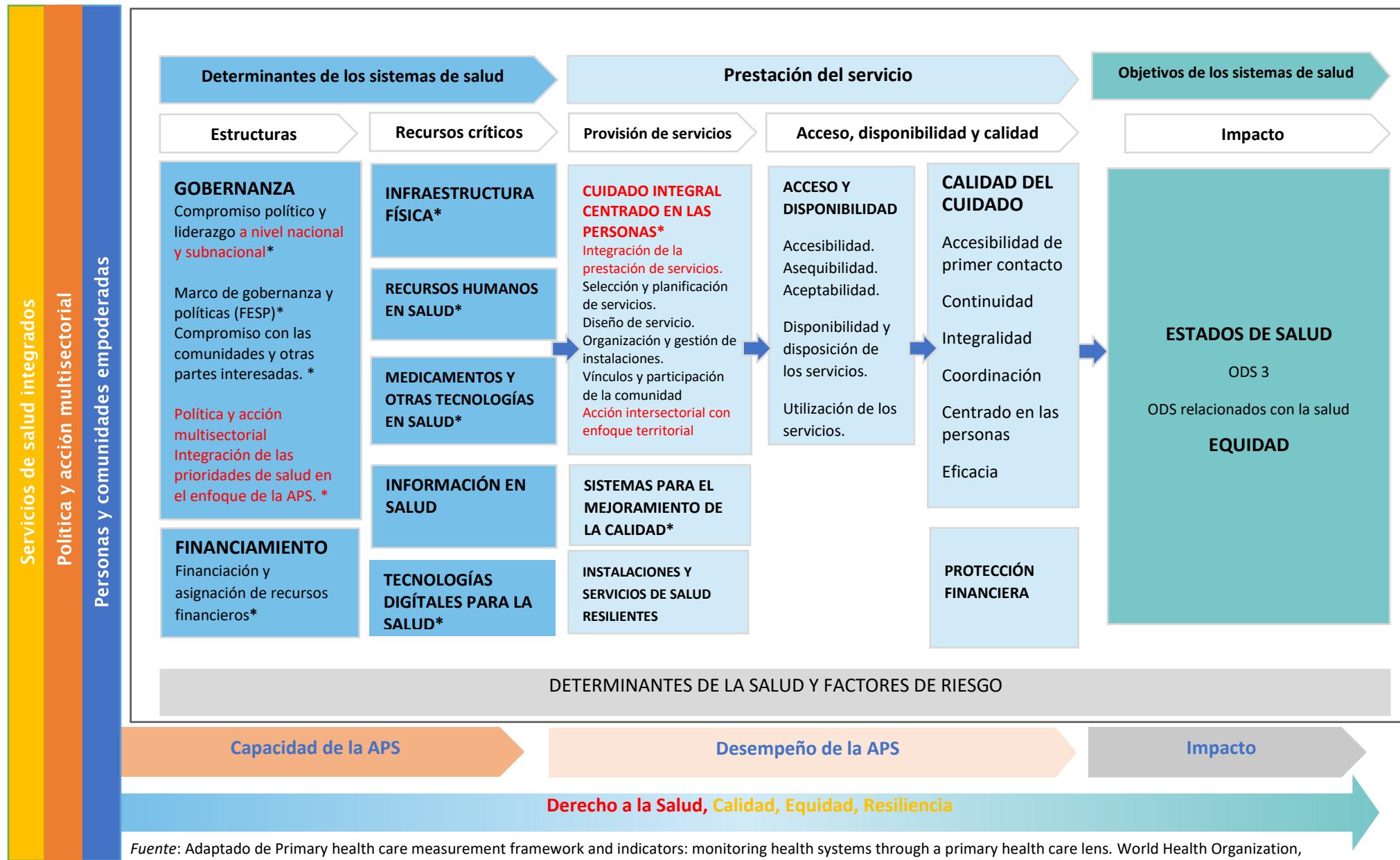
El acceso, disponibilidad y la calidad de la atención incluyen:

- i. Acceso y utilización, que aborda la accesibilidad, asequibilidad y aceptabilidad de los servicios de salud, así como la evaluación de la disponibilidad y utilización de estos. El análisis en el tablero se centra en la accesibilidad, empleando indicadores trazadores de necesidades insatisfechas en salud y las barreras que las generan. Estas barreras engloban aspectos geográficos, financieros, organizativos, de aceptabilidad y disponibilidad. Además, se incorporan indicadores que revelan la cobertura de los servicios de salud. En relación con la asequibilidad, se examina la protección financiera, que mide cómo los hogares enfrentan dificultades económicas derivadas de los gastos directos vinculados con la utilización de servicios de salud.
- ii. Calidad de la Atención: Estos indicadores se enfocan en las funciones esenciales del primer nivel de atención, abordando aspectos como la accesibilidad en el primer contacto, la continuidad, la integralidad, la coordinación y la orientación centrada en las personas de los servicios. Las próximas iteraciones de este tablero podrían incorporar indicadores en este dominio, como resultado de los esfuerzos de los Estados Miembros para recopilar dicha información.

1.1.3. Impacto de la APS

El monitoreo del impacto permite evaluar los efectos de las intervenciones en la salud y el bienestar de la población. Dado que los indicadores de impacto ya han sido descritos y acordados a través de procesos globales y regionales, como la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, el foco del Marco de Medición de la Atención Primaria de Salud e Indicadores se centra en los dominios de capacidad y desempeño de la APS. No obstante, se reconoce que es fundamental analizar los indicadores de impacto para el monitoreo de la APS. Aunque en el tablero no se presenta un análisis detallado del impacto, el Tablero de Indicadores para Sistemas de Salud basados en la APS proporciona enlaces a recursos donde se pueden encontrar análisis y visualizaciones de indicadores de impacto en salud para la región de las Américas.

FIGURA 1. MARCO DE MEDICIÓN DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.



Fuente: Adaptado de Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens. World Health Organization, United Nations Children's Fund (UNICEF). 2022.

2. LIMITACIONES

El monitoreo y evaluación de la APS mediante tableros de indicadores depende de la disponibilidad, calidad y acceso a datos precisos y oportunos provenientes de diversos sistemas de información de los Estados Miembros. Las fuentes principales de datos para los indicadores de APS incluyen información cualitativa y cuantitativa, como encuestas cualitativas de políticas, encuestas de instalaciones y sistemas de información de salud rutinarios o sistemas de información de gestión de la salud. Para realizar una evaluación integral de la APS, podría ser necesario realizar inversiones específicas en fuentes de datos como encuestas poblacionales, cuentas nacionales de salud, cuentas nacionales de la fuerza laboral en salud y registros nacionales.

En consideración de lo anterior, es importante destacar que este Tablero de Indicadores para Sistemas de Salud basados en la APS tiene limitaciones en cuanto a la disponibilidad de datos e indicadores que se presentan. Se reconoce la necesidad de esfuerzos colaborativos para fortalecer los sistemas de información y mejorar las capacidades institucionales para el monitoreo y evaluación de los sistemas de salud. Se espera que en fases futuras se incorpore una gama más amplia de indicadores, abordando aspectos como el acceso y la calidad de los servicios de salud, así como las capacidades del primer nivel de atención, por mencionar algunos ejemplos. Indicadores relacionados con barreras para el acceso a servicios de salud, hospitalizaciones evitables, acceso a medicamentos y tecnologías sanitarias, y otros subdominios omitidos en la versión actual del tablero, podrían ser el foco del trabajo colaborativo con los Estados Miembros. Cabe destacar que cada indicador utilizado en el desarrollo del tablero tiene limitaciones inherentes, y se puede encontrar información detallada en la sección de fichas técnicas para comprender de manera más detallada. Aunque el tablero proporciona valiosos conocimientos sobre la medición de la APS en la región de las Américas, ofreciendo perspectivas regionales sobre varios indicadores durante su fase inicial, se espera que en las fases posteriores se amplíe el análisis para incluir una vista a nivel de país para todos los indicadores.

Por último, es crucial tener en cuenta que el acceso a datos confiables para indicadores clave es un requisito previo pero insuficiente para mejorar el desempeño de la APS. Los datos deben someterse a análisis, transformarse en ideas accionables sobre brechas y cuellos de botella de desempeño, y comunicarse de manera efectiva. Fortalecer las capacidades de los países en calidad de datos, análisis y utilización de la evidencia para la toma de decisiones y mejora del desempeño debe ir de la mano con inversiones para mejorar las herramientas y métodos de recopilación de datos. Esto implica invertir en analistas de salud, ministerios de salud, instituciones de salud pública y oficinas nacionales de estadísticas para garantizar la calidad de los datos y la triangulación de diversas fuentes, abarcando diversas plataformas de prestación de servicios y sectores, incluido el sector privado.

3. FICHAS TÉCNICAS DE LOS INDICADORES

Esta sección proporciona las fichas técnicas detalladas de los indicadores incluidos en el Tablero de Indicadores para Sistemas de Salud basados en la APS. La estructura de la sección sigue la clasificación de los dominios previamente descritos para la medición de la APS, centrándose especialmente en los dominios de capacidad y desempeño de la APS, que constituyen el enfoque central de este tablero. Cada ficha técnica aborda aspectos esenciales del indicador, incluyendo su nombre abreviado y completo, el dominio y subdominio de la APS al que pertenece, su propósito, definición, métodos de medición, numerador, denominador y desagregación (si aplica), fuente de datos utilizada, limitaciones identificadas, unidad técnica de la OPS/OMS responsable y referencias relevantes.

4.1. Capacidad de la APS

4.1.1 Gobernanza

INDICADOR 1. POLÍTICA NACIONAL EN SALUD ORIENTADA EN LA APS Y LA SALUD UNIVERSAL

Nombre abreviado	Política nacional en salud orientada en la APS y la salud universal
Nombre del indicador	Existencia de una política nacional en salud orientada en la APS y la salud universal
Dominio	Capacidad de Atención Primaria en Salud
Subdominio	Gobernanza
Propósito	El compromiso y liderazgo político sitúan a la APS en el centro de las iniciativas para alcanzar la cobertura sanitaria universal y reconocen su importante contribución a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). En este sentido, medir la existencia de una política nacional que contiene acciones y elementos para fortalecer APS brinda información sobre el compromiso político del país con relación a la cobertura universal en salud.
Definición	El indicador mide si un país dispone o no de una política nacional que contiene acciones y elementos para fortalecer la APS como vehículo principal para la salud universal. La información agregada es usada para medir el indicador del número de países que tienen una política nacional que contiene acciones y elementos para fortalecer la APS como vehículo principal para la salud universal.
Método de medición	Se considera que un país cuenta con una política nacional que contiene acciones y elementos para fortalecer la APS como vehículo principal para la salud universal si el documento identificado contempla acciones y elementos para el fortalecimiento de la APS relacionados con los componentes de la APS:

	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios sanitarios integrados, con atención primaria y funciones esenciales de salud pública • Política y acción multisectoriales. • Empoderamiento de las personas y las comunidades
Numerador	Existencia de una política nacional en salud orientada en la APS y la salud universal
Denominador	No aplica
Desagregación/dimension adicional	País
Fuentes de datos	Consultas a documentos oficiales de los Estados Miembros que den cuenta de la existencia de una política nacional relacionada con la Atención Primaria en Salud.
Limitaciones	En algunos casos los documentos oficiales no son públicos y/o de fácil acceso, por lo que no es posible identificar la existencia de política nacional.
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias	Organización Mundial de la Salud. Indicadores de progreso del programa general de trabajo de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; sin fecha [citado julio 13, 2023]. Disponible en: https://open.who.int/2020-21/indicators

INDICADOR 2. PROCESO DE DIÁLOGO SOCIAL INCLUSIVO PARA EL DESARROLLO DE POLÍTICAS DE SALUD

Nombre abreviado	Proceso de diálogo social inclusivo para el desarrollo de políticas de salud
Nombre del indicador	Países que tienen un proceso de diálogo social inclusivo para el desarrollo de políticas de salud
Dominio	Capacidad de Atención Primaria en Salud
Subdominio	Gobernanza
Propósito	La participación de la comunidad y otras partes interesadas es un mecanismo estratégico fundamental de la APS. Su objetivo es empoderar a las personas, familias y comunidades para que optimicen su salud, convirtiéndose en promotores de políticas que fomenten y protejan la salud y el bienestar. En ese sentido, la existencia de un proceso de diálogo social inclusivo para el desarrollo de políticas de salud lleva a que los habitantes de los Estados Miembros colaboren activamente en el desarrollo de servicios sanitarios y sociales.

Definición	<p>Este indicador examina los mecanismos de gobernanza participativa y las plataformas de diálogo para garantizar la participación de un amplio número de partes interesadas en la toma de decisiones de política sanitaria. Existe una gran cantidad de mecanismos disponibles para crear, gestionar y mantener espacios participativos, en última instancia, con el objetivo de fomentar un compromiso significativo entre los responsables políticos y la población, las comunidades y la sociedad civil. Algunos ejemplos de espacios participativos son los foros presenciales abiertos a todos (por ejemplo, asambleas públicas, foros de debate público, audiencias públicas, encuentros ciudadanos, etc.); los métodos consultivos con asistencia por invitación (grupos de consulta, comités de revisión de política, consulta a las partes interesadas, etc.); los métodos de participación deliberativa (asambleas ciudadanas, jurados ciudadanos, etc.) o los mecanismos formalizados con puestos fijos para la población, las comunidades o la sociedad civil (consejos de salud, comités de salud, comités de distrito, etc.).</p>
Método medición	<p>de Se considera que un país tiene un proceso de diálogo social inclusivo para el desarrollo de políticas de salud si cumple al menos 3 de los siguientes criterios:</p> <p>Criterio 1: Demuestra que existen mecanismos de gobernanza participativa y plataformas de diálogo para informar el desarrollo de políticas sanitarias para la Cobertura Universal de Salud.</p> <p>Definición Criterio 1: Demuestra que existen mecanismos participativos inclusivos y plataformas de diálogo para garantizar que una amplia gama de partes interesadas participe en los procesos nacionales de planificación y revisión sanitaria.</p> <p>Criterio 2: Demuestra que los objetivos del espacio participativo están claramente definidos y comunicados.</p> <p>Definición Criterio 2: Define claramente y articula de forma transparente los objetivos del espacio participativo, así como las funciones de los participantes para dar legitimidad a los representados.</p> <p>Criterio 3: Muestra una amplia participación de las principales partes interesadas.</p> <p>Definición criterio 3: Demuestra que se buscan los puntos de vista de un amplio número de partes interesadas clave, por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Organizaciones de la sociedad civil • Diferentes ministerios competentes • Grupos de población y/o el público en general • Grupos de población vulnerables, marginados y excluidos; y • Otras partes interesadas, como el mundo académico, los organismos de seguros de salud, las organizaciones de

	<p>proveedores, las asociaciones, los grupos de defensa, los grupos de pacientes, los miembros de las comisiones parlamentarias de salud, los representantes sindicales, etc.</p> <p>Criterio 4: Fomenta un compromiso significativo entre los representantes para expresar opiniones y diversos puntos de vista.</p> <p>Definición Criterio 4: Demuestra que los desequilibrios de poder entre las diversas partes interesadas se mitigan en la medida de lo posible para alcanzar una igualdad de condiciones que permita una deliberación abierta y franca sobre un tema, es decir, que no esté sesgada hacia un grupo en detrimento de otro. Las formas de hacerlo incluyen la intensificación de la capacitación, así como elementos de formato y diseño, por ejemplo, preparar a los participantes con información equilibrada y objetiva, garantizar un espacio seguro para que los representantes se expresen libremente, facilitación, etc.</p> <p>Criterio 5: demuestra un vínculo entre los espacios participativos y la toma de decisiones en materia de salud.</p> <p>Definición Criterio 5: Demuestra que los resultados de un proceso participativo legítimo se asumen adecuadamente para la toma de decisiones en salud (desde el nivel local al (sub)nacional, traducción en políticas).</p>
Numerador	Países que tienen un proceso de diálogo social inclusivo para el desarrollo de políticas de salud
Denominador	No aplica
Desagregación/dimension adicional	País
Fuentes de datos	Consultas a documentos oficiales de los Estados Miembros que den cuenta de la existencia de un proceso de diálogo social inclusivo para el desarrollo de políticas de salud.
Limitaciones	En algunos casos los documentos oficiales no son públicos y/o de fácil acceso, por lo que no es posible identificar la existencia del proceso.
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias	Organización Mundial de la Salud. Indicadores de progreso del programa general de trabajo de la Organización Mundial de la Salud. Ginebra: OMS; sin fecha [citado julio 13, 2023]. Disponible en: https://open.who.int/2020-21/indicators

INDICADOR 3. CAPACIDADES DE LAS FESP

Nombre abreviado	Capacidades de las FESP
Nombre del indicador	Capacidades existentes para el ejercicio de las Funciones Esenciales de Salud Pública (FESP)
Dominio	Capacidad de Atención Primaria en Salud
Subdominio	Gobernanza
Propósito	Proporcionar y mantener las FESP es fundamental para la salud pública y sistemas resilientes. La pandemia por COVID-19 ha expuesto debilidades en las capacidades de salud pública necesarias para sistemas de salud resilientes. Bajo estas consideraciones cobra relevancia conocer las capacidades que tienen los países en relación con el ejercicio de las FESP.
Definición	<p>El indicador mide la proporción o el porcentaje de estándares cumplidos para cada función esencial de salud pública. Los Estados miembros realizan un ejercicio de autoevaluación para determinar el cumplimiento de los estándares asociados a cada FESP y sus capacidades. Estas capacidades son transversales a las 11 FESP y se clasifican en cuatro tipos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Capacidad formal: Se refiere al apoyo normativo y reglamentario que faculta a las autoridades sanitarias para ejercer su función de liderazgo en la aplicación de las FESP. 2. Capacidad estructural: Indica la presencia de estructuras y mecanismos institucionales que apoyan el papel de las autoridades sanitarias en la aplicación de las FESP. 3. Capacidad de supervisión: Considera los sistemas de rendición de cuentas, monitoreo y evaluación que garantizan el cumplimiento y la aplicación efectiva de las FESP. 4. Capacidad de desempeño: Abarca los recursos financieros, tecnológicos y humanos adecuados necesarios para la aplicación de las FESP.
Método medición	Los Estados miembros participantes completan el cuestionario de Evaluación de la Medición de las Capacidades de las FESP, el cual consiste en una lista de control de 639 estándares diseñados para evaluar cada FESP y sus capacidades. El cuestionario evalúa el nivel de progreso de las capacidades, de acuerdo con el porcentaje de estándares cumplidos. La puntuación media de las cuatro capacidades de cada FESP sirve como indicador de seguimiento. Según el nivel de cumplimiento, se establece el estado de acuerdo con una escala estandarizada con cinco categorías ordinales: inicial, limitada, moderada, intermedia y avanzada. El progreso se mide por la puntuación acumulada, que indica el paso de un nivel de capacidad existente a un nivel superior.

Numerador	El número de estándares autoreportados como cumplidos para cada tipo de capacidad y FESP, notificadas por el Estado miembro mediante la Herramienta de Evaluación de las FESP.
Denominador	El número total de estándares para cada tipo de capacidad y FESP.
Desagregación/dimension adicional	Capacidades y FESP por país.
Fuentes de datos	Informes generados a partir de la herramienta FESP, accesible en https://fesp.paho.org .
Limitaciones	
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias	Las funciones esenciales de la salud pública en las Américas. Una renovación para el siglo XXI. Marco conceptual y descripción. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/53125

4.1.2 Financiamiento

INDICADOR 4. GASTO PÚBLICO EN SALUD COMO % DEL PIB

Nombre abreviado	Gasto público en salud como % del PIB
Nombre del indicador	Gasto público en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB)
Dominio	Capacidad de Atención Primaria en Salud
Subdominio	Financiera
Propósito	<p>El gasto público en salud proporciona una medida del nivel de recursos del sector público que son canalizados hacia la salud, permitiendo analizar niveles y tendencias geográficas y temporales.</p> <p>Este indicador refleja la importancia del sector salud en la economía de un país, permite identificar desigualdades y poblaciones en las cuales es necesario fortalecer el financiamiento de la salud. Contribuye a monitorear los avances de los países en el logro de la cobertura universal. La combinación con el gasto privado permite conocer el nivel de gasto y la suficiencia del componente público.</p>
Definición	Gasto público en salud es la suma de los gastos en salud pagados en efectivo o en especie por entidades gubernamentales, como el Ministerio de Salud, otros ministerios, organizaciones paraestatales o instituciones de seguridad social (sin el conteo

	doble de las transferencias gubernamentales a la seguridad social y fondos extra presupuestales), para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica. Expresado como porcentaje del correspondiente producto interno bruto. Incluye todos los gastos efectuados por estas entidades con recursos domésticos, registrados en las categorías FS1 y FS3 (transferencias domésticas y contribuciones de seguridad social) del Sistema de Cuentas de Salud (SHA, por su sigla en inglés) 2011 y excluye el financiamiento de fuentes externas (FS2).
Método de medición/estimación	<p>FS.1 Transferencias de ingresos nacionales del gobierno asignadas a fines de salud + FS.3 Contribuciones al seguro social) / Producto Interno Bruto (PIB).</p> <p>El valor de este indicador proviene de los datos reportados por los países a la Organización Mundial de la Salud (OMS), recopilados a partir de las Cuentas de Salud (CS). Debido a que no todos los países tienen o actualizan las CS, eventualmente la OMS puede obtener los datos mediante contactos técnicos en los países o a través de documentos e informes disponibles públicamente y armonizados con el marco de las CS. Los valores faltantes se estiman utilizando diversas técnicas contables en función de los datos disponibles para cada país. Las principales referencias internacionales provienen de las estadísticas financieras internacionales del Fondo Monetario Internacional (FMI), datos de salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) y las estadísticas de cuentas nacionales de las Naciones Unidas. Las fuentes nacionales incluyen informes de CS, de cuentas nacionales, estudios de financiamiento integral. Otras posibles fuentes de datos incluyen encuestas ad hoc.</p> <p>El indicador se refiere al gasto doméstico del gobierno general en salud, como % del PIB. (En inglés: Domestic General Government Health Expenditure (GGHE-D) as % of GDP).</p> <p>Los datos recopilados por OMS alimentan la base de datos de gasto mundial en salud (Global Health Expenditure Database, GHED), la cual sirve como referencia mundial para la información sobre el gasto en salud en los Estados Miembros de la OMS.</p>
Numerador	FS.1 Transferencias de ingresos nacionales del gobierno asignadas a fines de salud + FS.3 Contribuciones al seguro social).
Denominador	Producto Interno Bruto (PIB)
Desagregación/dimension adicional	País

Fuentes de datos	The Global Health Expenditure Database (GHED). Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: Select/Indicators/en">https://apps.who.int/nha/database>Select/Indicators/en
Limitaciones	<p>La estimación de este indicador puede enfrentar problemas de medición relacionados principalmente con la disponibilidad y nivel de desagregación de la información de los recursos externos que transitan vía el gobierno, y que deberían excluirse de esta medición, limitando la comparabilidad de los resultados a nivel internacional.</p> <p>Debido a aspectos metodológicos, el valor del indicador estimado por la OMS puede diferir de los resultados obtenidos por cada país.</p>
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias	<p>World Health Organization. Methodology for the update of the Global Health Expenditure Database, 2000–2020. Technical note. Version December 2022. Geneva: WHO; 2022. Disponible en: https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/60572691/en</p> <p>OECD, Eurostat and World Health Organization. A System of Health Accounts 2011: Revised edition. OECD Publishing, Paris; 2017. Disponible en: https://www.oecd.org/publications/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm</p>

INDICADOR 5. GASTO DE BOLSILLO EN SALUD COMO % DEL GCS

Nombre abreviado	Gasto de bolsillo en salud como % del GCS
Nombre del indicador	Gasto de bolsillo en salud como porcentaje del gasto corriente en salud (GCS)
Dominio	Capacidad de Atención Primaria en Salud
Subdominio	Financiera
Propósito	El gasto de bolsillo en salud es un indicador básico del panorama de financiamiento de la salud en los países. Refleja la carga económica que los hogares enfrentan al tener que pagar por servicios de salud en el momento y lugar de la atención, es decir excluye aquel gasto de los hogares que es pre-pagado. Cuando su cuantía es alta con respecto al presupuesto de los hogares, se puede incurrir en lo que se denomina gastos catastróficos, y permite identificar desigualdades en salud. Tiene aplicabilidad en la formulación y

	evaluación de políticas públicas que potencien el acceso universal a la salud. También se utiliza para evaluar cambios en el comportamiento del gasto de bolsillo a través del tiempo, de su relación con el gasto total del hogar y de los factores que determinan el gasto de bolsillo en un hogar.
Definición	<p>Porcentaje de gastos de bolsillo sobre el total de los gastos corrientes de salud a nivel nacional.</p> <p>Pago directo por bienes y servicios de salud realizado en el momento en que el individuo u hogar se beneficia de la atención y en el punto de acceso, para un año dado, en un determinado país, territorio o área geográfica. Incluye pagos formales (deductibles, coaseguros y/o copagos en tarifas por consultas y/o internamientos, compra de medicamentos en farmacias y otros servicios, por ejemplo, laboratorios) como informales y siempre deduciendo cualquier reembolso posterior. Se expresa como proporción del gasto total corriente en salud.</p>
Método de medición/estimación	<p>HF3: Gasto de bolsillo del hogar / Gasto corriente en salud</p> <p>El valor de este indicador proviene de los datos reportados por los países a la Organización Mundial de la Salud (OMS), recopilados a partir de las Cuentas de Salud (CS). Debido a que no todos los países tienen o actualizan las CS, eventualmente la OMS puede obtener los datos mediante contactos técnicos en los países o a través de documentos e informes disponibles públicamente y armonizados con el marco de las CS.</p> <p>Los valores faltantes se estiman utilizando diversas técnicas contables en función de los datos disponibles para cada país. Las principales referencias internacionales utilizadas son las estadísticas financieras internacionales del Fondo Monetario Internacional (FMI), datos de salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD) y las estadísticas de cuentas nacionales de las Naciones Unidas. Las fuentes nacionales incluyen informes de cuentas de salud y de cuentas nacionales, estudios de financiamiento integral, informes de gasto privado por propósito (COICOP por su nombre en inglés), informes institucionales de entidades privadas involucradas en la provisión o financiamiento de atención médica, en particular informes actuariales y financieros de empresas privadas y de agencias de seguros médicos. Las fuentes adicionales incluyen: encuestas de hogares y de empresas, y censos económicos. Otras posibles fuentes de datos incluyen encuestas ad hoc.</p>

	Los datos recopilados por OMS alimentan la base de datos de gasto mundial en salud (Global Health Expenditure Database, GHED) de la OMS, la cual sirve como referencia mundial para la información sobre el gasto sanitario en los Estados Miembros de la OMS.
Numerador	Gasto de bolsillo del hogar (HF3)
Denominador	Gasto corriente en salud (GCS)
Desagregación/dimensión adicional	País
Fuentes de datos	The Global Health Expenditure Database (GHED). Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: Select/Indicators/en">https://apps.who.int/nha/database>Select/Indicators/en
Limitaciones	<p>La estimación de este indicador enfrenta importantes problemas de medición en la mayoría de las cuentas de salud, relacionados principalmente con los métodos de medición empleados por los países, limitando la comparabilidad de los resultados a nivel internacional. Dentro de los desafíos para el cálculo del gasto de bolsillo en salud están la periodicidad, cobertura y nivel de detalle de las fuentes de datos utilizadas.</p> <p>Debido a aspectos metodológicos, el valor del indicador estimado por la OMS puede diferir de los resultados obtenidos por cada país.</p>
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias	<p>Ficha técnica del indicador adaptada de:</p> <p>Organización Panamericana de la Salud. Portal de Indicadores Básicos. OPS; sin fecha [citado agosto 14, 2023]. Disponible en: https://opendata.paho.org/es/indicadorecres-basicos/fichas-tecnicas</p> <p>Información adicional en:</p> <p>World Health Organization. Methodology for the update of the Global Health Expenditure Database, 2000–2020. Technical note. Version December 2022. Geneva: WHO; 2022. Disponible en: https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/60572691/en</p> <p>OECD, Eurostat and World Health Organization. A System of Health Accounts 2011: Revised edition. OECD Publishing, Paris; 2017. Disponible en: https://www.oecd.org/publications/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm</p>

INDICADOR 6. GASTO CORRIENTE EN SALUD COMO % DEL PIB

Nombre abreviado	Gasto corriente en salud como % del PIB
Nombre del indicador	Gasto corriente en salud (GCS) como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) (%)
Dominio	Capacidad de Atención Primaria en Salud
Subdominio	Financiera
Propósito	El gasto corriente en salud como proporción del PIB proporciona una referencia del nivel de recursos destinados a la salud en comparación con otros usos. Muestra la importancia del sector de la salud en toda la economía e indica la prioridad social que se otorga a la salud medida en términos monetarios.
Definición	Nivel del Gasto Corriente en Salud expresado como porcentaje del PIB
Método medición/estimación	Gasto corriente en salud (GCS) / Producto Interno Bruto (PIB)
Numerador	Gasto corriente en salud (GCS)
Denominador	Producto Interno Bruto (PIB)
Desagregación/dimension adicional	País
Fuentes de datos	The Global Health Expenditure Database (GHED). Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: Select/Indicators/en">https://apps.who.int/nha/database>Select/Indicators/en
Limitaciones	
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias	World Health Organization. Methodology for the update of the Global Health Expenditure Database, 2000–2020. Technical note. Version December 2022. Geneva: WHO; 2022. Disponible en: https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/60572691/en

INDICADOR 7. GASTO PRIVADO EN SALUD DE FUENTES DOMÉSTICAS COMO % DEL PIB

Nombre abreviado	Gasto privado en salud de fuentes domésticas como % del PIB
Nombre del indicador	Gasto privado en salud de fuentes domésticas como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB)
Dominio	Capacidad de Atención Primaria en Salud
Subdominio	Financiera

Propósito	El gasto en salud por función se desglosa en tres grupos de ingresos de esquema de financiamiento (FS): financiamiento gubernamental general doméstico (GGHE-D, por su nombre en inglés), gasto financiado externamente (EXT) y financiamiento doméstico privado (PVT-D), que incluye hogares y otras fuentes privadas domésticas. Luego, para el reconocimiento del gasto en salud, cobra importancia conocer el gasto privado en salud. En particular, este indicador contribuye a comprender la importancia del gasto privado en salud de fuentes domésticas en toda la economía.
Definición	Gasto en salud privado de fuentes domésticas (PVT-D, por su nombre en inglés) se refiere a fuentes privadas nacionales, incluyendo prepagos no especificados y obligatorios distintos de FS.3 (FS.4), prepagos voluntarios (FS.5), otros ingresos nacionales (FS.6) e ingresos no especificados de los esquemas de financiamiento de atención médica (FS.nec).
Método de medición	Cada país define el método de medición o estimación
Numerador	Gasto privado en salud de fuentes domésticas
Denominador	Producto Interno Bruto (PIB)
Desagregación/dimension adicional	País
Fuentes de datos	The Global Health Expenditure Database (GHED). Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: Select/Indicators/en">https://apps.who.int/nha/database>Select/Indicators/en
Limitaciones	
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias	<p>World Health Organization. Methodology for the update of the Global Health Expenditure Database, 2000–2020. Technical note. Version December 2022. Geneva: WHO; 2022. Disponible en: https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/60572691/en</p> <p>OECD, Eurostat and World Health Organization. A System of Health Accounts 2011: Revised edition. OECD Publishing, Paris; 2017. Disponible en: https://www.oecd.org/publications/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm</p>

INDICADOR 8. GASTO EN SALUD DE FUENTES EXTERNAS COMO % DEL PIB

Nombre abreviado	Gasto en salud de fuentes externas como % del PIB
Nombre del indicador	Gasto en salud de fuentes externas (EXT) como porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB)
Dominio	Capacidad de Atención Primaria en Salud
Subdominio	Financiera
Propósito	Este indicador contribuye a comprender el peso del gasto en salud de fuentes externas en toda la economía.
Definición	Los gastos en salud de fuentes externas comprenden la ayuda externa, incluyendo las transferencias distribuidas por el gobierno de fondos de origen extranjero (FS.2) y las transferencias extranjeras directas (FS.7).
Método de medición	Cada país define el método de medición o estimación
Numerador	Gasto en salud de fuentes externas (EXT)
Denominador	Producto Interno Bruto (PIB)
Desagregación/dimensión adicional	País
Fuentes de datos	The Global Health Expenditure Database (GHED). Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: Select/Indicators/en">https://apps.who.int/nha/database>Select/Indicators/en
Limitaciones	
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias	World Health Organization. Methodology for the update of the Global Health Expenditure Database, 2000–2020. Technical note. Version December 2022. Geneva: WHO; 2022. Disponible en: https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/60572691/en

INDICADOR 9. GASTO DEL GOBIERNO GENERAL COMO % DEL PIB

Nombre abreviado	Gasto del gobierno general como % del PIB
Nombre del indicador	Gasto del gobierno general como porcentaje del producto interno bruto (PIB)
Dominio	Capacidad de Atención Primaria en Salud
Subdominio	Financiera
Propósito	Las series macroeconómicas de gasto del gobierno general pueden ser utilizadas para estimar los datos faltantes en las series de gasto gubernamental en salud.

Definición	<ul style="list-style-type: none"> • El gasto del gobierno general (GGE, por su nombre en inglés) es una medida del gasto total del gobierno de un país. Incluye el gasto total y la adquisición neta de activos no financieros de todas las entidades públicas (incluyendo gobierno central, estatal y local) excepto las empresas públicas, así como las transferencias sociales como las pensiones y los beneficios por desempleo. • El Producto Interno Bruto (PIB) es una medida básica del tamaño general de la economía de un país. Desde la perspectiva del gasto, incluye el consumo final del gobierno y del sector privado, la inversión y el saldo de la balanza comercial (exportaciones menos importaciones).
Método de medición	Cada país define el método de medición o estimación
Numerador	Gasto del gobierno general
Denominador	Producto interno bruto (PIB)
Desagregación/dimension adicional	País
Fuentes de datos	The Global Health Expenditure Database (GHED). Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: Select/Indicators/en">https://apps.who.int/nha/database>Select/Indicators/en
Limitaciones	
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias	World Health Organization. Methodology for the update of the Global Health Expenditure Database, 2000–2020. Technical note. Version December 2022. Geneva: WHO; 2022. Disponible en: https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/60572691/en

INDICADOR 10. GASTO EN SERVICIOS DE APS PER CÁPITA

Nombre abreviado	Gasto en servicios de APS per cápita
Nombre del indicador	Gasto en servicios de salud de atención primaria (APS) per cápita, en US\$
Dominio	Capacidad de Atención Primaria en Salud
Subdominio	Financiera
Propósito	Los indicadores de gasto en APS proporcionan en conjunto una visión concisa de las cantidades gastadas en APS, la prioridad dada a la APS, el origen de la financiación de la APS (gobierno general interno, privado y externo), y la importancia relativa de cada fuente de ingresos. Cuando se combina la APS con información sobre insumos, actividades y resultados, también puede ser una herramienta analítica poderosa para comprender

	<p>mejor el funcionamiento de los sistemas de salud y el desempeño del sistema de APS en cada país.</p>
Definición	<p>La clave para la creación de estos indicadores de financiamiento radica en cómo se define la APS. En este caso, la APS se definió siguiendo un proceso de consulta global sobre cómo se podría utilizar la metodología Sistema de Cuentas de Salud (SHA, por su sigla en inglés) 2011 para monitorear la APS, debido a que SHA 2011 no incluye clasificaciones y categorías prefabricadas para la APS. Sin embargo, cada país tiene su propia definición de APS, a menudo clasificada en función de los proveedores sanitarios.</p> <p>La medida global del gasto en atención primaria de salud incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención ambulatoria general curativa (HC.1.3.1), como visitas al médico general o enfermera. • Atención ambulatoria curativa odontológica (HC.1.3.2), como visitas para control regular y otros tratamientos bucales • Atención ambulatoria curativa no clasificada en otro lugar (HC.1.3.nec). • Atención curativa domiciliaria (HC.1.4), como visitas a domicilio por parte de un médico general o enfermera. • Atención ambulatoria de largo plazo (HC.3.3) y atención domiciliaria a largo plazo (HC.3.4). • Atención preventiva (HC.6), como inmunización, chequeos generales de salud, educación para la salud, detección de enfermedades, seguimiento y programas de respuesta a emergencias. • Parte de los bienes médicos proporcionados fuera de los servicios de atención médica (80% de HC.5). • Parte de la gobernanza y administración del sistema de salud (80% de HC.7). <p>La categoría de bienes médicos en la clasificación de la función de atención en salud (AS) incluye medicamentos adquiridos fuera del entorno de atención hospitalaria y ambulatoria (en farmacias y mercados) o pagados por separado de la tarifa de consulta. El componente de atención primaria de la salud (APS) de bienes médicos incluye solo aquellos para uso ambulatorio general y medicamentos automedicados. No incluye bienes médicos para servicios ambulatorios o de internación especializados. Siguiendo estos criterios y asumiendo que la mayoría de los gastos registrados para bienes médicos son para APS, el 80% de los gastos en bienes médicos se atribuyeron a los gastos en APS según esta definición global.</p>

	Las funciones de gobernanza están principalmente relacionadas con la administración, el desarrollo y la implementación de políticas, así como con la administración del financiamiento de la salud. El desarrollo, la implementación y la coordinación de políticas son intervenciones basadas en la población en el ámbito más amplio de la salud pública y, por lo tanto, se consideran como APS. Según este criterio, el 80% de los gastos en la categoría de gobernanza se cuentan como gastos en APS.
Método de medición	Cada país define el método de medición o estimación
Numerador	Gasto en servicios de salud de atención primaria (APS) per cápita
Denominador	No aplica
Desagregación/dimension adicional	País
Fuentes de datos	The Global Health Expenditure Database (GHED). Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: Select/Indicators/en">https://apps.who.int/nha/database>Select/Indicators/en
Limitaciones	
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias	World Health Organization. Methodology for the update of the Global Health Expenditure Database, 2000–2020. Technical note. Version December 2022. Geneva: WHO; 2022. Disponible en: https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/60572691/en

INDICADOR 11. GASTO PÚBLICO EN APS COMO % DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD

Nombre abreviado	Gasto público en APS como % del gasto público en salud
Nombre del indicador	Gasto público en APS como porcentaje del gasto público en salud
Dominio	Capacidad de Atención Primaria en Salud
Subdominio	Financiera
Propósito	<p>Los indicadores de gasto en APS proporcionan en conjunto una visión concisa de las cantidades gastadas en APS, la prioridad dada a la APS, el origen de la financiación de la APS (gobierno general interno, privado y externo), y la importancia relativa de cada fuente de ingresos.</p> <p>En particular, este indicador contribuye a comprender el peso del gasto público de atención primaria en salud dentro del valor total del gasto público en salud.</p>

Definición	<p>Gasto del gobierno general de fuentes domésticas en servicios de salud de atención primaria (APS) como % del gasto en salud del gobierno general de fuentes domésticas.</p> <p>La clave para la creación de estos indicadores de financiamiento radica en cómo se define la APS. En este caso, la APS se definió siguiendo un proceso de consulta global sobre cómo se podría utilizar la metodología del Sistema de Cuentas de Salud (SHA, por su sigla en inglés) para monitorear la APS, debido a que SHA 2011 no incluye clasificaciones y categorías prefabricadas para la APS. Sin embargo, cada país tiene su propia definición de APS, a menudo clasificada en función de los proveedores sanitarios.</p> <p>La medida global del gasto en atención primaria de salud incluye:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atención ambulatoria general curativa (HC.1.3.1), como visitas al médico general o enfermera. • Atención ambulatoria curativa odontológica (HC.1.3.2), como visitas para control regular y otros tratamientos bucales • Atención ambulatoria curativa no clasificada en otro lugar (HC.1.3.nec). • Atención curativa domiciliaria (HC.1.4), como visitas a domicilio por parte de un médico general o enfermera. • Atención ambulatoria de largo plazo (HC.3.3) y atención domiciliaria a largo plazo (HC.3.4). • Atención preventiva (HC.6), como inmunización, chequeos generales de salud, educación para la salud, detección de enfermedades, seguimiento y programas de respuesta a emergencias. • Parte de los bienes médicos proporcionados fuera de los servicios de atención médica (80% de HC.5). • Parte de la gobernanza y administración del sistema de salud (80% de HC.7). <p>La categoría de bienes médicos en la clasificación de la función de atención en salud (AS) incluye medicamentos adquiridos fuera del entorno de atención hospitalaria y ambulatoria (en farmacias y mercados) o pagados por separado de la tarifa de consulta. El componente de atención primaria de la salud (APS) de bienes médicos incluye solo aquellos para uso ambulatorio general y medicamentos automedicados. No incluye bienes médicos para servicios ambulatorios o de internación especializados. Siguiendo estos criterios y asumiendo que la mayoría de los gastos registrados para bienes médicos son para APS, el 80% de los</p>
-------------------	--

	<p>gastos en bienes médicos se atribuyeron a los gastos en APS según esta definición global.</p> <p>Las funciones de gobernanza están principalmente relacionadas con la administración, el desarrollo y la implementación de políticas, así como con la administración del financiamiento de la salud. El desarrollo, la implementación y la coordinación de políticas son intervenciones basadas en la población en el ámbito más amplio de la salud pública y, por lo tanto, se consideran como APS. Según este criterio, el 80% de los gastos en la categoría de gobernanza se cuentan como gastos en APS.</p>
Método de medición	Cada país define el método de medición o estimación
Numerador	Gasto público en APS
Denominador	Gasto público en salud
Desagregación/dimension adicional	País
Fuentes de datos	The Global Health Expenditure Database (GHED). Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: Select/Indicators/en">https://apps.who.int/nha/database>Select/Indicators/en
Limitaciones	
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias	World Health Organization. Methodology for the update of the Global Health Expenditure Database, 2000–2020. Technical note. Version December 2022. Geneva: WHO; 2022. Disponible en: https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/60572691/en

INDICADOR 12. TRANSFERENCIAS DEL GOBIERNO DE INGRESOS INTERNOS (PARA SALUD), COMO % DEL GCS

Nombre abreviado	Transferencias del gobierno de ingresos internos (para salud), como % del GCS
Nombre del indicador	Transferencias del gobierno de ingresos internos (para salud), como porcentaje del gasto corriente en salud (GCS)
Dominio	Capacidad de Atención Primaria en Salud
Subdominio	Financiera
Propósito	El gasto general del gobierno en salud hace referencia a las fuentes públicas nacionales, incluyendo las transferencias de ingresos gubernamentales nacionales (asignadas a propósitos de salud) (FS.1) y las contribuciones de seguros sociales (FS.3).

	Este indicador contribuye a comprender la importancia de las transferencias del gobierno de ingresos internos (para salud) con respecto al total de los gastos actuales de salud.
Definición	Esta partida se refiere a los fondos asignados a salud, provenientes de los ingresos internos del gobierno. Los países con una administración pública descentralizada (y una recaudación descentralizada de los ingresos públicos) pueden desear conocer la aportación a los esquemas de financiamiento de los fondos del gobierno central y local. Estos países pueden crear subcategorías en FS.1.1 a FS.1.4
Método de medición	Cada país define el método de medición o estimación
Numerador	Transferencias del gobierno de ingresos internos (para salud)
Denominador	Gasto corriente en salud (GCS)
Desagregación/dimensión adicional	País
Fuentes de datos	The Global Health Expenditure Database (GHED). Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: Select/Indicators/en">https://apps.who.int/nha/database>Select/Indicators/en
Limitaciones	
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias	<p>World Health Organization. Methodology for the update of the Global Health Expenditure Database, 2000–2020. Technical note. Version December 2022. Geneva: WHO; 2022. Disponible en: https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/60572691/en</p> <p>OECD, Eurostat and World Health Organization. A System of Health Accounts 2011: Revised edition. OECD Publishing, Paris; 2017. Disponible en: https://www.oecd.org/publications/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm</p>

INDICADOR 13. CONTRIBUCIONES A LA SEGURIDAD SOCIAL, COMO % DEL GCS

Nombre abreviado	Contribuciones a la seguridad social, como % del GCS
Nombre del indicador	Contribuciones a la seguridad social, como porcentaje del gasto corriente en salud (GCS)
Dominio	Capacidad de Atención Primaria en Salud
Subdominio	Financiera

Propósito	<p>La estimación de los ingresos de los esquemas de financiamiento (clasificación de FS) se basa en información sobre el sistema de atención médica y sus mecanismos de financiamiento, informes y datos disponibles del país, otras fuentes de literatura, interacción directa con el punto focal de las cuentas de salud y consulta con expertos internacionales. Con frecuencia, los esquemas pueden tener más de una fuente de ingresos, dentro de los cuales se encuentran las contribuciones de seguros sociales.</p> <p>Este indicador contribuye a comprender la importancia de las Contribuciones a la seguridad social con relación al total de los gastos actuales de salud.</p>
Definición	<p>Los datos de seguridad social deben ser verificados para cada uno de los diferentes tipos de esquemas según lo definido por Sistema de Cuentas de Salud (SHA, por su sigla en inglés) 2011. Por ejemplo, los esquemas de seguridad social en salud pueden cubrir tipos de riesgos distintos a la salud o pueden ofrecer seguros obligatorios y voluntarios. Los principales ingresos para financiar la seguridad social en salud son las contribuciones de los seguros sociales (FS.3), que pueden complementarse con transferencias gubernamentales. Estos ingresos pueden adoptar la forma de transferencias y subsidios (FS.1.1) o transferencias en nombre de grupos específicos (FS.1.2). Los esquemas de seguridad social en salud pueden movilizar ingresos adicionales a partir de sus propias inversiones financieras (FS.6.2) y recibir transferencias del extranjero que se distribuyen a través del gobierno general (FS.2).</p> <p>Los ingresos totales de los esquemas de financiamiento de la salud (FS, siglas en inglés) deben ser iguales al gasto total de los esquemas de financiamiento de la salud (HF, siglas en inglés). Los ingresos de los esquemas pueden ser mayores o menores que el gasto real de los esquemas. Sin embargo, la clasificación de los ingresos de los esquemas de financiamiento según Sistema de Cuentas de Salud (SHA) 2011 registra el valor del gasto en salud corriente financiado a través de categorías de ingresos específicas y no el valor del ingreso en sí mismo.</p> <p>Si los ingresos son mayores que los gastos, entonces las proporciones de cada categoría de fuente de financiamiento se aplican al valor total del gasto para estimar el valor de cada fuente de financiamiento. Esto garantiza la igualdad de ingresos y gastos. Si los ingresos son menores que los gastos, es importante analizar</p>

	los datos para entender si puede haber algunas transferencias gubernamentales involucradas (por ejemplo, para pagar deudas) o si se están utilizando ahorros de años anteriores para financiar el gasto actual.
Método de medición	Cada país define el método de medición o estimación
Numerador	Contribuciones a la seguridad social (FS.3)
Denominador	Gasto corriente en salud (GCS)
Desagregación/dimensión adicional	País
Fuentes de datos	The Global Health Expenditure Database (GHED). Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: Select/Indicators/en">https://apps.who.int/nha/database>Select/Indicators/en
Limitaciones	
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias	World Health Organization. Methodology for the update of the Global Health Expenditure Database, 2000–2020. Technical note. Version December 2022. Geneva: WHO; 2022. Disponible en: https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/60572691/en

INDICADOR 14. CONTRIBUCIONES A ESQUEMAS DE SEGUROS VOLUNTARIOS COMO % DEL GCS

Nombre abreviado	Contribuciones a esquemas de seguros voluntarios como % del GCS
Nombre del indicador	Contribuciones a esquemas de seguros voluntarios como porcentaje del Gasto corriente en salud (GCS)
Dominio	Capacidad de Atención Primaria en Salud
Subdominio	Financiera
Propósito	Los esquemas de seguros de salud voluntarios están presentes en casi todos los países. Sin embargo, generalmente, desempeñan un papel relativamente pequeño en el financiamiento de la atención en salud. Deben utilizarse datos de las autoridades nacionales, por ejemplo, de los organismos responsables de regular las instituciones de seguros privados, y se prefiere su alineación con el marco de trabajo del Sistema de Cuentas de Salud (SHA, por su sigla en inglés) 2011 durante un ejercicio de estimación de cuentas de salud. Los seguros de salud voluntarios suelen obtenerse mediante el pago voluntario anticipado (FS.5) y los ingresos de otras actividades económicas, como los ingresos de las empresas (FS.6.2).

Definición	Las Contribuciones a esquemas de seguros voluntarios incluyen las primas del seguro privado voluntario. Las primas del seguro voluntario son pagos para asegurar el derecho a la prestación de los esquemas de seguro médico voluntario, que realiza el asegurado u otras unidades institucionales en nombre del asegurado. Las subcategorías de los prepagos voluntarios se clasifican según el tipo de las unidades institucionales que generan los ingresos: <ul style="list-style-type: none"> • Prepagos voluntarios de personas y hogares (FS.5.1) • Prepagos voluntarios de empleadores (FS.5.2) • Otros prepagos voluntarios (FS.5.3) (por ejemplo, recibidos de las unidades institucionales que no sean los de los hogares y empleadores).
Método de medición	Cada país define el método de medición o estimación. Sin embargo, este puede ser obtenido aplicando interpolación lineal o aplicando la proporción de la variable a la PC
Numerador	Contribuciones a esquemas de seguros voluntarios
Denominador	Gasto corriente en salud
Desagregación/dimensión adicional	País
Fuentes de datos	The Global Health Expenditure Database (GHED). Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: Select/Indicators/en">https://apps.who.int/nha/database>Select/Indicators/en
Limitaciones	
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias	<p>World Health Organization. Methodology for the update of the Global Health Expenditure Database, 2000–2020. Technical note. Version December 2022. Geneva: WHO; 2022. Disponible en: https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/60572691/en</p> <p>OECD, Eurostat and World Health Organization. A System of Health Accounts 2011: Revised edition. OECD Publishing, Paris; 2017. Disponible en: https://www.oecd.org/publications/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm</p>

INDICADOR 15. PREPAGOS OBLIGATORIOS (EXCLUIDOS LOS DE FS.3) COMO % DEL GCS

Nombre abreviado	Prepagos obligatorios (excluidos los de FS.3) como % del GCS
Nombre del indicador	Prepagos obligatorios (excluidos los de FS.3) como porcentaje del Gasto corriente en salud (GCS)
Dominio	Capacidad de Atención Primaria en Salud
Subdominio	Financiera
Propósito	Algunos países han establecido sistemas obligatorios de seguridad de salud contributivos, como los seguros sociales de salud que, a menudo, representan una parte significativa del gasto en salud corriente. Por lo general, los esquemas de seguros publican informes financieros anuales en los que se puede encontrar información sobre gastos e ingresos.
Definición	Los datos de seguridad social deben ser verificados para cada uno de los diferentes tipos de esquemas según lo definido por Sistema de Cuentas de Salud (SHA, por su sigla en inglés) 2011. Por ejemplo, los esquemas de seguridad social en salud pueden cubrir tipos de riesgos distintos a la salud o pueden ofrecer seguros obligatorios y voluntarios. Los principales ingresos para financiar la seguridad social en salud son las contribuciones de los seguros sociales (FS.3), que pueden complementarse con transferencias gubernamentales. Estos ingresos pueden adoptar la forma de transferencias y subsidios (FS.1.1) o transferencias en nombre de grupos específicos (FS.1.2). Los esquemas de seguridad social en salud pueden movilizar ingresos adicionales a partir de sus propias inversiones financieras (FS.6.2) y recibir transferencias del extranjero que se distribuyen a través del gobierno general (FS.2).
Método de medición	Cada país define el método de medición o estimación
Numerador	Contribuciones a esquemas de seguros obligatorios (Otros, y los no especificados en FS.3)
Denominador	Gasto corriente en salud (GCS)
Desagregación/dimension adicional	País
Fuentes de datos	The Global Health Expenditure Database (GHED). Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: Select/Indicators/en">https://apps.who.int/nha/database>Select/Indicators/en
Limitaciones	
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias	Methodology for the update of the Global Health Expenditure Database, 2000–2020. Technical note. Version December 2022. World Health Organization (WHO); 2022. Disponible en:

	https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/60572691/en
--	---

INDICADOR 16. OTROS INGRESOS DE HOGARES NO CLASIFICADOS EN OTRO LUGAR COMO % GCS

Nombre abreviado	Otros ingresos de hogares no clasificados en otro lugar como % GCS
Nombre del indicador	Transferencias de origen extranjero distribuidas por el gobierno como porcentaje del gasto corriente en salud (GCS)
Dominio	Capacidad de Atención Primaria en Salud
Subdominio	Financiera
Propósito	<p>Regularmente, los ingresos por gastos de bolsillo de los hogares (HF.3) se financian con otros ingresos de los hogares (FS.6.1).</p> <p>Este indicador contribuye a comprender el peso de los ingresos de hogares no clasificados en otro lugar con respecto al gasto total en salud.</p>
Definición	Esta categoría incluye las fuentes de los pagos directos de los hogares. Además, se incluye cualquier transferencia voluntaria de los hogares a los esquemas de financiamiento de la salud, que no estén clasificadas en FS.5, como por ejemplo las donaciones a los programas de salud de las Instituciones Sin Fines de Lucro Al Servicio de los Hogares (ISFLSH).
Método de medición	Cada país define el método de medición o estimación
Numerador	Otros ingresos de hogares no clasificados en otro lugar
Denominador	Gasto corriente en salud (GCS)
Desagregación/dimensión adicional	País
Fuentes de datos	The Global Health Expenditure Database (GHED). Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: Select/Indicators/en">https://apps.who.int/nha/database>Select/Indicators/en
Limitaciones	
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias	World Health Organization. Methodology for the update of the Global Health Expenditure Database, 2000–2020. Technical note. Version December 2022. Geneva: WHO; 2022. Disponible en: https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/60572691/en

	<p>OECD, Eurostat and World Health Organization. A System of Health Accounts 2011: Revised edition. OECD Publishing, Paris; 2017. Disponible en:</p> <p>https://www.oecd.org/publications/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm</p>
--	---

INDICADOR 17. TRANSFERENCIAS DE ORIGEN EXTRANJERO DISTRIBUIDAS POR EL GOBIERNO COMO % DEL GCS

Nombre abreviado	Transferencias de origen extranjero distribuidas por el gobierno como % del GCS
Nombre del indicador	Transferencias de origen extranjero distribuidas por el gobierno como porcentaje del gasto corriente en salud (GCS)
Dominio	Capacidad de Atención Primaria en Salud
Subdominio	Financiera
Propósito	Este indicador contribuye a comprender el peso de las transferencias de origen extranjero distribuidas por el gobierno con respecto al gasto total en salud.
Definición	<p>Registra las transferencias que se hacen desde el extranjero (financiamiento bilateral, multilateral o de otro tipo) que distribuye el gobierno general. Para el esquema de financiamiento que recibe estos fondos, el proveedor del fondo es el gobierno, pero el fondo en sí mismo, tiene su origen en el extranjero. El origen de los ingresos solo puede registrarse en el nivel donde se realiza la transacción del ingreso.</p> <p>Las transacciones de fondos procedentes de entidades extranjeras canalizados a través del gobierno pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fondos financieros del extranjero para la salud. Estos fondos normalmente son donaciones de agencias internacionales o gobiernos extranjeros destinadas al gobierno, o transferencias voluntarias (donaciones) de ONG extranjeras o determinadas personas o al gobierno. El gobierno puede utilizar estas donaciones para financiar esquemas gubernamentales o esquemas de las Instituciones Sin Fines de Lucro Al Servicio de los Hogares (ISFLSH). • Fondos extranjeros no reservados para la salud. Son donaciones y transferencias voluntarias (diferentes de las donaciones) que recibe el gobierno sin que el organismo extranjero especifique un propósito específico para su uso.
Método de medición	Cada país define el método de medición o estimación
Numerador	Transferencias de origen extranjero distribuidas por el gobierno
Denominador	Gasto corriente en salud (GCS)

Desagregación/dimension adicional	País
Fuentes de datos	The Global Health Expenditure Database (GHED). Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: Select/Indicators/en">https://apps.who.int/nha/database>Select/Indicators/en
Limitaciones	
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias	<p>World Health Organization. Methodology for the update of the Global Health Expenditure Database, 2000–2020. Technical note. Version December 2022. Geneva: WHO; 2022. Disponible en: https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/60572691/en</p> <p>OECD, Eurostat and World Health Organization. A System of Health Accounts 2011: Revised edition. OECD Publishing, Paris; 2017. Disponible en: https://www.oecd.org/publications/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm</p>

INDICADOR 18. TRANSFERENCIAS EXTERNAS DIRECTAS COMO % DEL GCS

Nombre abreviado	Transferencias externas directas como % del GCS
Nombre del indicador	Transferencias externas directas como porcentaje del gasto corriente en salud (GCS)
Dominio	Capacidad de Atención Primaria en Salud
Subdominio	Financiera
Propósito	Este indicador contribuye a comprender el peso de las transferencias externas directas con respecto al gasto total en salud.
Definición	<p>Las transferencias de las entidades extranjeras directamente recibidas por los esquemas de financiamiento pueden ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fondos financieros directos del extranjero para la salud. Estos fondos normalmente son donaciones de agencias internacionales o gobiernos extranjeros, o transferencias voluntarias (donaciones) de ONG extranjeras o personas, a los esquemas de financiamiento de la salud del país. • Transferencias directas en especie del extranjero (bienes y servicios de salud). <p>Las transferencias corrientes en efectivo o en especie de cooperación internacional incluyen las donaciones en caso de</p>

	<p>desastres naturales. Hay que distinguirlas de las transferencias de capital del mismo tipo, que se clasificarían en formación de capital.</p> <p>Las subcategorías de ingresos directos del extranjero se definen según dos modalidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transferencias financieras o donaciones extranjeras en especie (bienes y servicios de salud). • Transferencias bilaterales, multilaterales o de otro tipo. <p>Las subcategorías de ingresos del extranjero son: transferencias financieras directas bilaterales, transferencias financieras directas multilaterales, otras transferencias financieras directas; donaciones bilaterales directas de bienes, donaciones multilaterales directas de bienes, otras donaciones extranjeras directas en bienes; donaciones extranjeras directas de servicios (incluida la AT).</p> <p>Nota: Si las donaciones de origen extranjero se canalizan a través de las agencias estatales o gubernamentales se registran en FS.2 y no en FS.7. FS.7 se deja para las aportaciones directas del extranjero recibidas por varios esquemas. [Las transferencias extranjeras directas (reservadas/para fines establecidos) a través de esquemas de financiamiento de gobierno para la salud también se registran como FS.7].</p>
Método de medición	Cada país define el método de medición o estimación
Numerador	Transferencias de origen extranjero distribuidas por el gobierno
Denominador	Gasto corriente en salud (GCS)
Desagregación/dimensión adicional	País
Fuentes de datos	The Global Health Expenditure Database (GHED). Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: Select/Indicators/en">https://apps.who.int/nha/database>Select/Indicators/en
Limitaciones	
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias	World Health Organization. Methodology for the update of the Global Health Expenditure Database, 2000–2020. Technical note. Version December 2022. Geneva: WHO; 2022. Disponible en: https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/60572691/en

	OECD, Eurostat and World Health Organization. A System of Health Accounts 2011: Revised edition. OECD Publishing, Paris; 2017. Disponible en: https://www.oecd.org/publications/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm
--	--

INDICADOR 19. OTROS INGRESOS DE LAS ISFLSH N.E.P. CÓMO % DEL GCS

Nombre abreviado	Otros ingresos de las ISFLSH n.e.p. cómo % del GCS
Nombre del indicador	Otros ingresos de las ISFLSH n.e.p. cómo porcentaje del gasto corriente en salud (GCS)
Dominio	Capacidad de Atención Primaria en Salud
Subdominio	Financiera
Propósito	Este indicador contribuye a comprender el peso de otros ingresos de las instituciones sin fines de lucro dedicados a la salud con respecto al gasto total en salud.
Definición	Otros ingresos de las Instituciones Sin Fines de Lucro Al Servicio de los Hogares (ISFLSH) n.e.p. incluye los recursos de las instituciones sin fines de lucro dedicados a la salud.
Método de medición	Cada país define el método de medición o estimación
Numerador	Otros ingresos de las ISFLSH n.e.p.
Denominador	Gasto corriente en salud
Desagregación/dimension adicional	País
Fuentes de datos	The Global Health Expenditure Database (GHED). Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: Select/Indicators/en">https://apps.who.int/nha/database>Select/Indicators/en
Limitaciones	
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias	<p>World Health Organization. Methodology for the update of the Global Health Expenditure Database, 2000–2020. Technical note. Version December 2022. Geneva: WHO; 2022. Disponible en: https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/60572691/en</p> <p>OECD, Eurostat and World Health Organization. A System of Health Accounts 2011: Revised edition. OECD Publishing, Paris; 2017. Disponible en: https://www.oecd.org/publications/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm</p>

INDICADOR 20. OTROS INGRESOS DE EMPRESAS N.E.P. CÓMO % DEL GCS

Nombre abreviado	Otros ingresos de empresas n.e.p. cómo % del GCS
Nombre del indicador	Otros ingresos de empresas n.e.p. cómo porcentaje del gasto corriente en salud (GCS)
Dominio	Capacidad de Atención Primaria en Salud
Subdominio	Financiera
Propósito	Este indicador contribuye a comprender la importancia de otros ingresos de las empresas n.e.p. con respecto al gasto total en salud.
Definición	<p>Esta categoría incluye los recursos de empresas dedicados a la salud, que no estén incluidos en FS.3 a FS.5. Esta categoría es la principal fuente de financiamiento de los esquemas de las empresas (HF.2.3). Los esquemas de financiamiento de las empresas incluyen modelos en los que las empresas prestan o financian directamente los servicios de salud a sus trabajadores (como los servicios de salud ocupacional), sin que exista un régimen de seguro. El SCN utiliza los términos “cotizaciones sociales imputadas” para las prestaciones sociales suministradas directamente sin crear un fondo especial. Estos ingresos se registran en esta categoría en el SHA 2011. Incluye las donaciones voluntarias de las empresas. Por ejemplo, algunos proveedores de salud (como los hospitales) pueden recibir ingresos (intereses) por sus fondos en los bancos. Los proveedores pueden gastar estos ingresos adicionales para prestar servicios de salud. En estos casos, el esquema de financiamiento es HF.2.3.2 esquema de financiamiento de los proveedores de salud (que es una subcategoría de los esquemas de financiamiento de las empresas); la categoría de ingresos es FS.6.2 Otros ingresos de empresas. De forma similar, las compañías de seguros privados pueden utilizar los intereses de los seguros médicos que ofrecen. Estas cantidades tienen que incluirse como ingresos en atención de la salud solo cuando se destinan a financiar los servicios de salud (incluida la gestión del seguro médico). El SHA no distingue de forma explícita entre sistemas financiados y no financiados, porque el sistema financiado podría ser el característico de distintos tipos de esquema, incluido el de la seguridad social. Los ingresos de intereses se deben registrar siempre como parte de FS.6.2.</p>
Método de medición	Cada país define el método de medición o estimación
Numerador	Otros ingresos de empresas n.e.p.
Denominador	Gasto corriente en salud (GCS)
Desagregación/dimensión adicional	País

Fuentes de datos	The Global Health Expenditure Database (GHED). Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: Select/Indicators/en">https://apps.who.int/nha/database>Select/Indicators/en
Limitaciones	
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias	<p>World Health Organization. Methodology for the update of the Global Health Expenditure Database, 2000–2020. Technical note. Version December 2022. Geneva: WHO; 2022. Disponible en: https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/60572691/en</p> <p>OECD, Eurostat and World Health Organization. A System of Health Accounts 2011: Revised edition. OECD Publishing, Paris; 2017. Disponible en: https://www.oecd.org/publications/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm</p>

INDICADOR 21. OTROS INGRESOS DE LOS HOGARES NO CLASIFICADOS EN OTRO LUGAR, COMO % DEL GCS

Nombre abreviado	Otros ingresos de los hogares no clasificados en otro lugar, como % del GCS
Nombre del indicador	Otros ingresos de los hogares no clasificados en otro lugar, como porcentaje del gasto corriente en salud (GCS)
Dominio	Capacidad de Atención Primaria en Salud
Subdominio	Financiera
Propósito	Este indicador contribuye a comprender la importancia de los ingresos de los hogares no clasificados en otro lugar con respecto al gasto total en salud.
Definición	La estimación de los ingresos de los esquemas de financiamiento (clasificación FS siglas por su nombre en inglés) se basa en información sobre el sistema de salud, sus mecanismos de financiamiento, informes y datos disponibles del país, literatura adicional, compromiso directo con el punto focal de las cuentas de salud y consulta con expertos internacionales. En muchos países, habrá una relación directa uno a uno entre las clasificaciones FS y HF, siglas por su nombre en inglés, por ejemplo, los ingresos de gastos de bolsillo de los hogares (HF.3) se financian a partir de otros ingresos de los hogares (FS.6.1). Los ingresos para los esquemas de financiamiento empresarial (HF.2.3) provienen de otros ingresos de las corporaciones (FS.6.2), pero con frecuencia, los esquemas

	pueden tener más de una fuente de ingresos; por ejemplo, los esquemas del gobierno pueden financiarse mediante transferencias internas y transferencias de origen extranjero. Por lo tanto, es importante investigar cómo se financian los esquemas, por ejemplo, se puede utilizar un informe anual sobre los ingresos de un fondo de seguridad social en salud para estimar las proporciones de las transferencias gubernamentales (FS.1.1, FS.1.2) y los componentes de las contribuciones al seguro social (FS.3.1, FS.3.2, y así sucesivamente).
Método medición	Cada país define el método de medición o estimación. Sin embargo, este puede ser obtenido aplicando interpolación lineal o aplicando la proporción de la variable a la PC
Numerador	Otros ingresos de los hogares no clasificados en otro lugar
Denominador	Gasto corriente en salud (GCS)
Desagregación/dimension adicional	País
Fuentes de datos	The Global Health Expenditure Database (GHED). Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: Select/Indicators/en">https://apps.who.int/nha/database>Select/Indicators/en
Limitaciones	
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias	World Health Organization. Methodology for the update of the Global Health Expenditure Database, 2000–2020. Technical note. Version December 2022. Geneva: WHO; 2022. Disponible en: https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/60572691/en

INDICADOR 22. INGRESOS NO ESPECIFICADOS DE ESQUEMAS DE FINANCIAMIENTO DE ATENCIÓN EN SALUD (NO CLASIFICADOS EN OTRO LUGAR) COMO % DEL GCS

Nombre abreviado	Ingresos no especificados de esquemas de financiamiento de atención en salud (no clasificados en otro lugar) como % del GCS
Nombre del indicador	Ingresos no especificados de esquemas de financiamiento de atención en salud (no clasificados en otro lugar) como porcentaje del gasto corriente en salud (GCS)
Dominio	Capacidad de Atención Primaria en Salud
Subdominio	Financiera
Propósito	Este indicador contribuye a comprender el peso de los Ingresos no especificados de esquemas de financiamiento de atención en salud (no clasificados en otro lugar) con respecto al gasto total en salud.

Definición	Esta categoría incluye todos los ingresos no especificados no clasificados en otro lugar y que hacen parte del gasto en salud privado de fuentes domésticas (GGHE-D, por su nombre en inglés).
Método de medición	Cada país define el método de medición o estimación
Numerador	Ingresos no especificados de esquemas de financiamiento de atención en salud (no clasificados en otro lugar)
Denominador	Gasto corriente en salud (GCS)
Desagregación/dimension adicional	País
Fuentes de datos	The Global Health Expenditure Database (GHED). Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: Select/Indicators/en">https://apps.who.int/nha/database>Select/Indicators/en
Limitaciones	
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias	<p>World Health Organization. Methodology for the update of the Global Health Expenditure Database, 2000–2020. Technical note. Version December 2022. Geneva: WHO; 2022. Disponible en: https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/60572691/en</p> <p>OECD, Eurostat and World Health Organization. A System of Health Accounts 2011: Revised edition. OECD Publishing, Paris; 2017. Disponible en: https://www.oecd.org/publications/a-system-of-health-accounts-2011-9789264270985-en.htm</p>

INDICADOR 23. GASTO EN SALUD DEL GOBIERNO GENERAL CÓMO % DEL GASTO DEL GOBIERNO GENERAL

Nombre abreviado	Gasto en salud del gobierno general cómo % del gasto del gobierno general
Nombre del indicador	Gasto en salud del gobierno general como porcentaje del gasto del gobierno general
Dominio	Capacidad de Atención Primaria en Salud
Subdominio	Financiera
Propósito	Este es un indicador fundamental de los sistemas de financiamiento de la salud. Este indicador contribuye a comprender el peso del gasto público en salud dentro del valor total de las operaciones del sector público. No solo incluye los recursos canalizados a través de los presupuestos gubernamentales, sino también el gasto en salud

	realizado por empresas públicas, entidades extrapresupuestarias y, en particular, el seguro de salud obligatorio. Se refiere a los recursos recaudados y agrupados por agencias públicas, incluyendo todas las modalidades de ingresos.
Definición	Nivel del gasto general del gobierno en salud (GGHE, por sus iniciales en inglés) expresado como un porcentaje del gasto total del gobierno.
Método medición	de Los indicadores de Cuentas Nacionales de Salud (CNS) se basan en información de gastos recopilada dentro de un marco reconocido internacionalmente. En este indicador se rastrean los recursos para todas las entidades públicas que actúan como agentes de financiamiento: administrando fondos de salud y comprando o pagando bienes y servicios de salud. La estrategia de CNS es rastrear registros de transacciones para lograr una cobertura integral sin duplicar, consolidando en particular las transferencias intergubernamentales. Las transacciones monetarias y no monetarias se contabilizan al valor del comprador. Existen guías para producir cuentas nacionales de salud.
Numerador	(FS.1 Transferencias de ingresos nacionales del gobierno asignadas a fines de salud + FS.3 Contribuciones al seguro social)
Denominador	Gasto general del gobierno
Desagregación/dimension adicional	País
Fuentes de datos	The Global Health Expenditure Database (GHED). Organización Mundial de la Salud (OMS). Disponible en: Select/Indicators/en">https://apps.who.int/nha/database>Select/Indicators/en
Limitaciones	
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias	World Health Organization. Methodology for the update of the Global Health Expenditure Database, 2000–2020. Technical note. Version December 2022. Geneva: WHO; 2022. Disponible en: https://apps.who.int/nha/database/DocumentationCentre/GetFile/60572691/en

INDICADOR 24. CLASIFICACIÓN DE LOS PAÍSES SEGÚN NIVEL DE INGRESOS

Nombre abreviado	Clasificación del nivel de ingresos
Nombre del indicador	Clasificación de los países según nivel de ingresos
Dominio	Capacidad de Atención Primaria en Salud
Subdominio	Financiera

Propósito	Este indicador clasifica a las economías según el nivel de ingresos.
Definición	El Grupo del Banco Mundial clasifica las economías del mundo en cuatro grupos de renta: baja, media-baja, media-alta y alta. En función de la RNB per cápita del año.
Método de medición	Las categorías son definidas por el Banco Mundial en función de la RNB per cápita del año.
Numerador	Clasificación de los países según nivel de ingresos
Denominador	No aplica
Desagregación/dimensión adicional	Niveles de ingreso
Fuentes de datos	World Bank Country and Lending Groups. The World Bank. Disponible en: https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/906519-world-bank-country-and-lending-groups
Limitaciones	
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias	Hamadeh N., Van Rompaey C., Metreau E., and Grace Eapen S. New World Bank country classifications by income level: 2022-2023. World Bank Blogs; 2022. Disponible en: https://blogs.worldbank.org/opendata/new-world-bank-country-classifications-income-level-2022-2023 The World Bank. How does the World Bank classify countries? Data help desk; sin fecha [citado agosto 14, 2023]. Disponible en: https://datahelpdesk.worldbank.org/knowledgebase/articles/378834-how-does-the-world-bank-classify-countries

4.1.3 Recursos humanos para la salud

INDICADOR 25. DENSIDAD DEL PERSONAL DE SALUD POR 10 MIL HABITANTES

Nombre abreviado	Densidad del personal de salud por 10 mil habitantes
Nombre del indicador	Densidad del personal de salud (médicos/as, personal de enfermería y de partería) por 10 mil habitantes, último año disponible.
Dominio	Capacidad de Atención Primaria en Salud
Subdominio	Recursos humanos en salud
Propósito	Para avanzar hacia la Cobertura Universal de Salud (UHC, por sus siglas en inglés), los países necesitan una fuerza de trabajo en salud

	<p>que esté alineada con las necesidades de salud de la población y la comunidad y que pueda adaptarse a la creciente demanda de atención en salud impulsada por cambios demográficos, epidemiológicos, económicos, sociales y políticos rápidos.</p> <p>Preparar a la fuerza de trabajo en salud para trabajar en la consecución de los objetivos de salud de un país representa uno de los desafíos más importantes para su sistema de salud. Desde el punto de vista metodológico, no existen estándares de oro para evaluar la suficiencia de la fuerza de trabajo en salud para abordar las necesidades de atención en salud de una población determinada. Sin embargo, se ha establecido una meta deseable de 44,5 médicos, enfermeras y parteras por cada 10 mil habitantes, para ofrecer una cobertura universal de salud a la población (Documento de base para la estrategia Global de Recursos Humanos en Salud: personal de salud 2030 de la OMS). Por otra parte, la 29.^a Conferencia Sanitaria Panamericana de la OPS/OMS aprobó en septiembre del 2017 la Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud y, un año después, luego de un proceso de consenso con los países, se desarrolla el Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023, que propone una serie de indicadores y metas. Entre ellos, se estableció un límite crítico de 25 por cada 10 mil habitantes en las zonas desatendidas de un país (subregiones). En este contexto la densidad del personal es una categoría de datos muy importante para las políticas de RHS.</p>
Definición	<p>Densidad: Número de trabajadores de la salud, por ocupación específica, en un período y población definidos.</p> <p>Esta medida se expresa como el número de trabajadores de la salud por cada 10,000 habitantes en el área nacional especificada durante el año correspondiente.</p>
Método de medición	Los datos del denominador para el cálculo de la densidad de la fuerza laboral de la salud se obtuvieron de la última versión de la base de datos de Perspectivas de la Población Mundial de la División de Población de las Naciones Unidas. En casos en que la informe fuente proporcione indicadores de densidad en lugar de recuentos, las estimaciones del stock se calculan utilizando la población estimada de la base de datos de Perspectivas de la Población Mundial de la División de Población de las Naciones Unidas.
Numerador	Número de trabajadores de la salud, por ocupación específica, en un período y población definidos.
Denominador	Población Total
Desagregación/dimension adicional	Por ocupación

Fuentes de datos	Portal de Datos de Cuentas nacionales de Personal de Salud. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: https://apps.who.int/nhwaportal/Home/Index
Limitaciones	Los datos sobre trabajadores de la salud tienden a ser más completos para el sector de la salud pública y pueden subestimar la fuerza laboral activa en los sectores de salud privados, militares, organizaciones no gubernamentales y basadas en la fe. En muchos casos, la información reportada por los organismos reguladores nacionales y los consejos profesionales no se actualiza. El número de trabajadores de la salud puede incluir solo el sector público, aquellos que practican (activos) o todos los registrados en la ocupación de salud, según la naturaleza de la fuente original de datos. Dado que los datos no siempre se publican anualmente para cada país, se ha utilizado la información más reciente disponible para las estadísticas resumidas. Debido a las diferencias en las fuentes de datos sigue existiendo una considerable variabilidad entre los países en la cobertura, periodicidad, calidad y completitud de los datos originales. Por lo tanto, se invita a los usuarios a ser cautelosos al derivar interpretaciones a partir de comparaciones internacionales.
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Recursos Humanos para la Salud del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/HR)
Referencias	<p>Ficha técnica del indicador adaptada de:</p> <p>Organización Mundial de la Salud. Portal de Datos de Cuentas Nacionales del Personal de Salud. Ginebra: OMS; sin fecha [citado octubre 20, 2023]. Disponible en: https://apps.who.int/nhwaportal/Home/Index</p> <p>National health workforce accounts: a handbook, second edition. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO [citado octubre 20, 2023]. Disponible en: https://www.observatoriorh.org/pt/national-health-workforce-accounts-handbook-second-edition</p> <p>World Health Organization. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. Geneva, Switzerland: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data; 2016. 64 p. [citado octubre 20, 2023]. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/9789241511131</p> <p>Manual de monitoreo del Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud</p>

	2018-2023. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. https://doi.org/10.37774/9789275323588 [citado octubre 20, 2023]. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/54450
--	---

INDICADOR 26. DENSIDAD DEL PERSONAL DE SALUD POR 10 MIL HABITANTES

Nombre abreviado	Densidad de trabajadores comunitarios de salud, asistentes y terapeutas dentales, dentistas, farmacéuticos, psicólogos y nutricionista por 10 mil habitantes
Nombre del indicador	Densidad de trabajadores comunitarios de salud, asistentes y terapeutas dentales, dentistas, farmacéuticos, psicólogos y nutricionista por 10 mil habitantes
Dominio	Capacidad de Atención Primaria en Salud
Subdominio	Recursos humanos en salud
Propósito	<p>Para avanzar hacia la Cobertura Universal de Salud (UHC, por sus siglas en inglés), los países necesitan una fuerza de trabajo en salud que esté alineada con las necesidades de salud de la población y la comunidad y que pueda adaptarse a la creciente demanda de atención en salud impulsada por cambios demográficos, epidemiológicos, económicos, sociales y políticos rápidos.</p> <p>Preparar a la fuerza de trabajo en salud para trabajar en la consecución de los objetivos de salud de un país representa uno de los desafíos más importantes para su sistema de salud. Desde el punto de vista metodológico, no existen estándares de oro para evaluar la suficiencia de la fuerza de trabajo en salud para abordar las necesidades de atención médica de una población determinada.</p>
Definición	<p>Densidad: Número de trabajadores de la salud, por ocupación específica, en un período y población definidos.</p> <p>Esta medida se expresa como el número de trabajadores de la salud por cada 10,000 habitantes en el área nacional especificada durante el año correspondiente.</p>
Método de medición	Los datos del denominador para el cálculo de la densidad de la fuerza laboral de la salud se obtuvieron de la última versión de la base de datos de Perspectivas de la Población Mundial de la División de Población de las Naciones Unidas. En casos en que la informe fuente proporcione indicadores de densidad en lugar de recuentos, las estimaciones del stock se calculan utilizando la población estimada de la base

	de datos de Perspectivas de la Población Mundial de la División de Población de las Naciones Unidas.
Numerador	Número de trabajadores comunitarios de salud, asistentes y terapeutas dentales, dentistas, farmacéuticos, psicólogos y nutricionista, en un período y población definidos.
Denominador	Población Total
Desagregación/dimensión adicional	Por ocupación
Fuentes de datos	Portal de Datos de Cuentas Nacionales de Personal de Salud. Organización Mundial de la Salud. [citado octubre 20, 2023]. Disponible en: https://apps.who.int/nhwaportal/Home/Index
Limitaciones	Los datos sobre trabajadores de la salud tienden a ser más completos para el sector de la salud pública y pueden subestimar la fuerza laboral activa en los sectores de salud privados, militares, organizaciones no gubernamentales y basadas en la fe. En muchos casos, la información reportada por los organismos reguladores nacionales y los consejos profesionales no se actualiza. El número de trabajadores de la salud puede incluir solo el sector público, aquellos que practican (activos) o todos los registrados en la ocupación de salud, según la naturaleza de la fuente original de datos. Dado que los datos no siempre se publican anualmente para cada país, se ha utilizado la información más reciente disponible para las estadísticas resumidas. Debido a las diferencias en las fuentes de datos sigue existiendo una considerable variabilidad entre los países en la cobertura, periodicidad, calidad y completitud de los datos originales. Por lo tanto, se invita a los usuarios a ser cautelosos al derivar interpretaciones a partir de comparaciones internacionales.
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Recursos Humanos para la Salud del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/HR)
Referencias	Ficha técnica del indicador adaptada de: Organización Mundial de la Salud. Portal de Datos de Cuentas nacionales de la fuerza laboral en salud. Ginebra: OMS; sin fecha [citado octubre 20, 2023]. Disponible en: https://apps.who.int/nhwaportal/Home/Index National health workforce accounts: a handbook, second edition. Geneva: World Health Organization; 2023. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO [citado octubre 20, 2023]. Disponible

en: <https://www.observatoriorh.org/pt/national-health-workforce-accounts-handbook-second-edition>

INDICADOR 26. EQUIPO DE SALUD INTERPROFESIONAL EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Nombre abreviado	Equipo de salud interprofesional en el primer nivel de atención
Nombre del indicador	Número de países que cuentan con un equipo de salud interprofesional en el primer nivel de atención, de acuerdo con su modelo de atención
Dominio	Capacidad de Atención Primaria en Salud
Subdominio	Recursos humanos en salud
Propósito	A través de este indicador se intenta conocer el número de países que cuentan con un equipo interprofesional de salud definido para el primer nivel de atención en el marco del modelo de atención. Justificación En el marco de la línea estratégica de acción 2 de la Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, “Desarrollar condiciones y capacidades de los recursos humanos para la salud para ampliar el acceso y la cobertura de salud con equidad y calidad”, se busca dar prioridad a la conformación de los equipos interprofesionales en el primer nivel de atención mediante regulaciones, normas y ofertas de empleo público. Se deben crear mecanismos para evaluar y adecuar las capacidades y los perfiles de los equipos del primer nivel para asegurar las funciones esenciales de salud pública, el abordaje de los determinantes sociales de la salud y el desarrollo de la interculturalidad.
Definición	Países que conformaron equipos interprofesionales en el primer nivel de atención cuya combinación de competencias permita un abordaje integral y con capacidad resolutiva de los problemas de salud, con enfoque de interculturalidad y de los determinantes sociales de la salud. La fuerza de trabajo en atención primaria de salud incluye a todas las ocupaciones que se dedican a brindar servicios de promoción de la salud, prevención de enfermedades, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos, la fuerza de trabajo de salud pública y aquellos que se dedican a abordar los determinantes sociales de la salud.
Método de medición	El indicador se mide de acuerdo con el cumplimiento de los atributos definidos en el indicador 2.2.1. del Manual de monitoreo del 'Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2030', disponible en https://iris.paho.org/handle/10665.2/54450

Numerador	Número de países que informaron haber constituido un equipo de salud interprofesional en el primer nivel de atención, de acuerdo con su modelo de atención.
Denominador	No aplica
Desagregación/dimension adicional	País
Fuentes de datos	Observatorio de Recursos Humanos de Salud: Sistema de Monitoreo del Plan de Acción de Recursos humanos para la Salud Universal (2018-2023) [Internet]. [consultado el 22 de noviembre del 2023]. Disponible en: www.observatoriorh.org/es/sist_moplan2023
Limitaciones	Cada país especificará los integrantes del equipo básico interprofesional identificando la formación o el grado exigido y el documento en el cual se registra esta composición. Al ser equipos diferentes, se dificulta la posibilidad de comparación entre países.
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Recursos Humanos para la Salud, Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/HR)
Referencias	<p>Ficha técnica del indicador adaptada de:</p> <p>Manual de monitoreo del Plan de acción sobre recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud 2018-2023. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2021. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 [citado octubre 20, 2023]. Disponible en: IGO. https://doi.org/10.37774/9789275323588</p>

4.1.4 Medicamentos y otras tecnologías sanitarias

INDICADOR 27. REGISTRO SANITARIO DE MEDICAMENTOS

Nombre abreviado	Registro sanitario de medicamentos
Nombre del indicador	Número de Estados Miembros que cuentan con registro sanitario de medicamentos
Dominio	Capacidad de Atención Primaria en Salud
Subdominio	Medicamentos y tecnologías sanitarias
Propósito	La atención primaria de salud depende del acceso a productos de salud, incluyendo medicamentos, vacunas, dispositivos médicos, diagnósticos in vitro, equipos de protección individual, y dispositivos de asistencia. Estos productos deben contar con seguridad, eficacia y calidad garantizados. Además, deben ser apropiados, estar disponibles y ser asequibles. Una regulación deficiente o inadecuada puede dar lugar a la prevalencia de medicamentos de baja calidad,

	falsificados, perjudiciales e ineficaces en los mercados nacionales y en el comercio internacional. Esto puede resultar en graves daños para la salud de los consumidores individuales e incluso para la salud de una población más amplia. Por lo tanto, los países deben fortalecer continuamente las responsabilidades clave de regulación de medicamentos para garantizar la seguridad, calidad y eficacia de los medicamentos y la precisión de la información del producto.
Definición	Número de Estados Miembros que cuentan con registro sanitario de medicamentos.
Método medición	Un Estado Miembro es contado en el indicador si cuenta con información y documentos públicos y ampliamente disponibles sobre registro sanitario de medicamentos
Numerador	Número de Estados Miembros que cuentan con registro sanitario de medicamentos
Denominador	No aplica
Desagregación/dimensión adicional	País
Fuentes de datos	Encuesta OPS, Encuesta OPS Sangre, PAHO Iniciativa PMA
Limitaciones	En algunos casos no hay información identificable en las páginas de internet de las autoridades regulatorias. Además, en otros casos los documentos oficiales no son públicos y/o de fácil acceso, por lo que no es posible identificar o confirmar la existencia de registro sanitario..
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Departamento de Innovación, Acceso a Medicamentos y Tecnologías Sanitarias (IMT)
Referencias	Organización Panamericana de la Salud. Presupuesto por Programas de la Organización Panamericana de la Salud 2022-2023. (Documento oficial: 363). Washington, D.C.: OPS; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. https://doi.org/10.37774/9789275373637 . Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/57031

INDICADOR 28. ESTRATEGIAS QUE PROMUEVAN EL USO DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS/MULTIFUENTE

Nombre abreviado	Estrategias que promuevan el uso de medicamentos genéricos/multifuente
Nombre del indicador	Número de Estados Miembros que cuentan con estrategias que promuevan el uso de medicamentos genéricos/multifuente
Dominio	Capacidad de Atención Primaria en Salud
Subdominio	Medicamentos y tecnologías sanitarias
Propósito	Las estrategias de acceso a los medicamentos incluyen el establecimiento de políticas de medicamentos genéricos coherentes dentro de un marco adecuado de intercambiabilidad con

	el producto innovador, que garantice su calidad, seguridad, eficacia y asequibilidad. Todos los productos farmacéuticos, incluidos los productos multifuente, deben utilizarse en un país solo después de la aprobación por parte de la autoridad reguladora nacional o regional.
Definición	Número de Estados Miembros que cuentan con estrategias que promuevan el uso de medicamentos genéricos/multifuente.
Método medición	Un Estado Miembro es contado en el indicador si cuenta con información y documentos públicos y ampliamente disponibles sobre estrategias y políticas que promuevan el uso de medicamentos genéricos/multifuente.
Numerador	Número de Estados Miembros que cuentan con estrategias que promuevan el uso de medicamentos genéricos/multifuente
Denominador	No aplica
Desagregación/dimension adicional	País
Fuentes de datos	Encuesta OPS, Encuesta OPS Sangre, PAHO Iniciativa PMA
Limitaciones	En algunos casos no hay información identificable en las fuentes oficiales de las autoridades de salud. Además, en otros casos, los documentos oficiales no son públicos y/o de fácil acceso, por lo que no es posible identificar o confirmar la existencia de estrategias nacionales que promuevan el uso de medicamentos genéricos/multifuente.
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Departamento de Innovación, Acceso a Medicamentos y Tecnologías Sanitarias (IMT)
Referencias	<p>Organización Panamericana de la Salud. Presupuesto por Programas de la Organización Panamericana de la Salud 2022-2023. (Documento oficial: 363). Washington, D.C.: OPS; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. https://doi.org/10.37774/9789275373637. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/57031</p> <p>Organización Panamericana de la Salud. Guía para la implementación de estrategias de medicamentos genéricos en los países de América Latina y el Caribe como mecanismo para mejorar el acceso a medicamentos. Washington, D.C.: OPS; 2011. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/guia-para-implementacion-estrategias-medicamentos-genericos-paises-america-latina-caribe</p>

INDICADOR 29. POLÍTICAS DE REFERENCIACIÓN INTERNACIONAL DE PRECIOS EN DESARROLLO, IMPLEMENTACIÓN O ACTUALIZACIÓN

Nombre abreviado	Políticas de referencia internacional de precios en desarrollo, implementación o actualización
Nombre del indicador	Número de Estados Miembros con políticas de referencia internacional de precios en desarrollo, implementación o actualización
Dominio	Capacidad de Atención Primaria en Salud
Subdominio	Medicamentos y tecnologías sanitarias
Propósito	El acceso a los medicamentos es un concepto multidimensional que está compuesto por la disponibilidad de medicamentos y la asequibilidad de sus precios. Este indicador permite recopilar la información necesaria para medir el componente de precios.
Definición	Número de Estados Miembros que cuentan con políticas de referencia internacional de precios para medicamentos y tecnologías sanitarias
Método de medición	Un Estado Miembro es contado en el indicador si cuenta con información pública y ampliamente disponible sobre políticas de referencia internacional de precios en desarrollo, implementación o actualización
Numerador	Número de Estados Miembros con políticas de referencia internacional de precios en desarrollo, implementación o actualización
Denominador	No aplica
Desagregación/dimension adicional	País
Fuentes de datos	Encuesta OPS, Encuesta OPS Sangre, PAHO Iniciativa PMA
Limitaciones	En algunos casos no hay información identificable en las fuentes oficiales. En otros casos, los documentos oficiales no son públicos y/o de fácil acceso, por lo que no es posible identificar la existencia de políticas de precios en desarrollo, implementación o actualización
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Departamento de Innovación, Acceso a Medicamentos y Tecnologías Sanitarias (IMT)
Referencias	Organización Panamericana de la Salud. Presupuesto por Programas de la Organización Panamericana de la Salud 2022-2023. (Documento oficial: 363). Washington, D.C.: OPS; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. https://doi.org/10.37774/9789275373637 . Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/57031

INDICADOR 30. APPLICACIÓN DE ESTRATEGIAS O MECANISMOS NACIONALES PARA MEJORAR EL ACCESO, LA CALIDAD, LA SEGURIDAD O EL USO RACIONAL DE LA SANGRE

Nombre abreviado	Aplicación de estrategias o mecanismos nacionales para mejorar el acceso, la calidad, la seguridad o el uso racional de la sangre
Nombre del indicador	Número de Estados Miembros que aplican estrategias o mecanismos nacionales para mejorar el acceso, la calidad, la seguridad o el uso racional de la sangre en sus servicios
Dominio	Capacidad de Atención Primaria en Salud
Subdominio	Medicamentos y tecnologías sanitarias
Propósito	La sangre y los productos sanguíneos seguros y su transfusión son un aspecto fundamental de la atención a la salud. Sin embargo, el acceso a sangre segura es limitado, especialmente en países en desarrollo, por lo que se requieren estrategias que busquen mejorar el acceso, la calidad, la seguridad y el uso racional de la sangre en sus servicios.
Definición	Número de Estados Miembros que aplican estrategias o mecanismos nacionales para mejorar el acceso, la calidad, la seguridad o el uso racional de la sangre en sus servicios
Método de medición	Un Estado Miembro es contado en el indicador si aplican estrategias o mecanismos nacionales para mejorar el acceso, la calidad, la seguridad o el uso racional de la sangre en sus servicios con base en: porcentaje de unidades de sangre obtenidas para transfusión, existencia de guías, programa y de control de calidad, porcentaje de cobertura de tamizaje a infecciones transmitidas por transfusión y No. pacientes transfundidos.
Numerador	Número de Estados Miembros que aplican estrategias o mecanismos nacionales para mejorar el acceso, la calidad, la seguridad o el uso racional de la sangre en sus servicios
Denominador	No aplica
Desagregación/dimension adicional	País
Fuentes de datos	Encuesta Informe OPS Suministro de sangre para transfusiones, Encuesta OPS Sangre, PAHO Iniciativa PMA
Limitaciones	En algunos casos los documentos oficiales no son públicos y/o de fácil acceso, por lo que no es posible identificar la existencia de estrategias o mecanismos nacionales para mejorar el acceso, la calidad, la seguridad o el uso racional de la sangre en sus servicios
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Departamento de Innovación, Acceso a Medicamentos y Tecnologías Sanitarias (IMT)
Referencias	Organización Panamericana de la Salud. Presupuesto por Programas de la Organización Panamericana de la Salud 2022-2023. (Documento oficial: 363). Washington, D.C.: OPS; 2022. Licencia: CC

BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://doi.org/10.37774/9789275373637>. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57031>

INDICADOR 31. MECANISMOS PARA DESARROLLAR EVALUACIÓN DE TECNOLOGÍAS EN SALUD

Nombre abreviado	Mecanismos para desarrollar Evaluación de Tecnologías en Salud
Nombre del indicador	Número de Estados Miembros con mecanismos para desarrollar Evaluación de Tecnologías en Salud que apoye la toma de decisiones sobre la incorporación de medicamentos y otras tecnologías en salud
Dominio	Capacidad de Atención Primaria en Salud
Subdominio	Medicamentos y tecnologías sanitarias
Propósito	La Evaluación de Tecnologías Sanitarias (ETS) es el proceso sistemático de valorización de las propiedades, los efectos y/o los impactos de la tecnología sanitaria; debe contemplar las dimensiones médicas, sociales, éticas y económicas y tiene como principal objetivo aportar información para que sea aplicada a la toma de decisiones en el ámbito de la salud. El proceso de toma de decisiones informadas conlleva analizar las características de cobertura, reembolso, costos, protocolos clínicos y lineamientos, así como también, regulación de dispositivos médicos. Esto con el fin de incorporar tecnologías de valor para el sistema de salud.
Definición	Número de Estados Miembros con mecanismos para desarrollar Evaluación de Tecnologías en Salud que apoye la toma de decisiones sobre la incorporación de medicamentos y otras tecnologías en salud.
Método de medición	Un Estado Miembro es contado en el indicador si cuenta con mecanismos para desarrollar Evaluación de Tecnologías en Salud que apoye la toma de decisiones sobre la incorporación de medicamentos y otras tecnologías en salud
Numerador	Número de Estados Miembros con mecanismos para desarrollar Evaluación de Tecnologías en Salud que apoye la toma de decisiones sobre la incorporación de medicamentos y otras tecnologías en salud
Denominador	No aplica
Desagregación/dimension adicional	País
Fuentes de datos	Encuesta OPS, Encuesta OPS Sangre, PAHO Iniciativa PMA
Limitaciones	En algunos casos los documentos oficiales no cuentan con evidencia sobre la implementación de mecanismos para desarrollar Evaluación de Tecnologías en Salud que apoye la toma de decisiones sobre la incorporación de medicamentos y otras tecnologías en

	salud. En otros casos, hay evidencia limitada sobre la implementación de estos mecanismos.
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Departamento de Innovación, Acceso a Medicamentos y Tecnologías Sanitarias (IMT)
Referencias	<p>Organización Panamericana de la Salud. Presupuesto por Programas de la Organización Panamericana de la Salud 2022-2023. (Documento oficial: 363). Washington, D.C.: OPS; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. https://doi.org/10.37774/9789275373637. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/57031</p> <p>Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de tecnologías de salud. OPS; sin fecha [citado octubre 20, 2023]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/evaluacion-tecnologias-salud</p>

INDICADOR 32. LISTADO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES (LME)

Nombre abreviado	Listado de Medicamentos Esenciales (LME)
Nombre del indicador	Número de Estados Miembros que cuentan con un Listado de Medicamentos Esenciales (LME) como estrategia para promover el acceso de medicamentos y otras tecnologías en salud
Dominio	Capacidad de Atención Primaria en Salud
Subdominio	Medicamentos y tecnologías sanitarias
Propósito	El acceso a los medicamentos es un concepto compuesto multidimensional que se compone de la disponibilidad de medicamentos y la asequibilidad de sus precios. En ese sentido, cobra relevancia contar con una lista que presente los mínimos medicamentos esenciales para el adecuado funcionamiento del sistema de salud dadas sus condiciones de seguridad y costo efectivad.
Definición	Número de Estados Miembros que cuentan con un Listado de Medicamentos Esenciales (LME) como estrategia para promover el acceso de medicamentos y otras tecnologías en salud
Método de medición	Un Estado Miembro es contado en el indicador si cuenta con información pública y ampliamente disponible sobre uso de Listados de Medicamentos Esenciales (LME) como estrategia para promover el acceso de medicamentos y otras tecnologías en salud
Numerador	Número de Estados Miembros que cuentan con un Listado de Medicamentos Esenciales (LME) como estrategia para promover el acceso de medicamentos y otras tecnologías en salud
Denominador	No aplica
Desagregación/dimension adicional	País

Fuentes de datos	Encuesta OPS, Encuesta OPS Sangre, PAHO Iniciativa PMA
Limitaciones	En algunos casos no hay información identificable en las fuentes oficiales consultadas. En otros casos, los documentos oficiales no son públicos y/o de fácil acceso, por lo que no es posible identificar la existencia de un Listado de Medicamentos Esenciales (LME) como estrategia para promover el acceso de medicamentos y otras tecnologías en salud. Adicionalmente, hay países que cuentan con más de un listado de medicamentos esenciales para distintos propósitos.
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Departamento de Innovación, Acceso a Medicamentos y Tecnologías Sanitarias (IMT)
Referencias	<p>Organización Panamericana de la Salud. Presupuesto por Programas de la Organización Panamericana de la Salud 2022-2023. (Documento oficial: 363). Washington, D.C.: OPS; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. https://doi.org/10.37774/9789275373637. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/57031</p> <p>World Health Organization WHO model list of essential medicines - 21st list, 2019. Geneva: WHO; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/WHOMVPEMPIAU2019_06</p>

INDICADOR 33. UNIDADES DE SANGRE COLECTADAS POR CADA 1000 HABITANTES POR PAÍS

Nombre abreviado	Unidades de sangre colectadas por cada 1000 habitantes por país
Nombre del indicador	Unidades de sangre colectadas por cada 1000 habitantes por país en América Latina y el Caribe
Dominio	Capacidad de Atención Primaria en Salud
Subdominio	Medicamentos y tecnologías sanitarias
Propósito	La sangre y los productos sanguíneos seguros y su transfusión son un aspecto fundamental de la atención a la salud. Sin embargo, el acceso a sangre segura es limitado, especialmente en países en desarrollo. Conocer el número de unidades de sangre colectada permite medir la disponibilidad de este recurso en los servicios de salud. Este indicador favorece no solo el seguimiento del recurso, sino también la formulación y priorización de políticas sanitarias que favorezcan las condiciones para aumentar la recolección de sangre.
Definición	Unidades de sangre colectadas por cada 1000 habitantes por país en América Latina y el Caribe

Método de medición	El cálculo de este indicador se basa en los datos reportados sobre la disponibilidad de unidades de sangre.
Numerador	Unidades de sangre colectadas por cada 1000 habitantes por país en América Latina y el Caribe
Denominador	No aplica
Desagregación/dimension adicional	País
Fuentes de datos	Encuesta Informe de la OPS de Suministro de sangre para transfusiones en los países de Latinoamérica y del Caribe.
Limitaciones	
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Departamento de Innovación, Acceso a Medicamentos y Tecnologías Sanitarias (IMT)
Referencias	<p>Organización Panamericana de la Salud. Presupuesto por Programas de la Organización Panamericana de la Salud 2022-2023. (Documento oficial: 363). Washington, D.C.: OPS; 2022. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. https://doi.org/10.37774/9789275373637. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/57031</p> <p>World Health Organization WHO model list of essential medicines - 21st list, 2019. Geneva: WHO; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: https://www.who.int/publications/i/item/WHOMVPEMPIAU2019_06</p>

4.2. Desempeño de la APS

4.2.1 Modelo de cuidados integrados

1. AVANCE EN LA CONFORMACIÓN DE REDES INTEGRADAS DE SERVICIOS DE SALUD (RISS)

Nombre abreviado	Avance en la conformación de RISS
Nombre del indicador	Porcentaje de avance en la conformación de Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS)
Dominio	Desempeño de la Atención Primaria en Salud
Subdominio	Modelos de cuidado integrados
Propósito	Analizar el avance de cumplimiento de las condiciones para los atributos y ámbitos de la estrategia RISS
Definición	Nivel de avance en el cumplimiento de las condiciones necesarias para la integración de una red de servicios de salud según los alcances y atributos propuestos por la estrategia de Redes

Integradas de Servicios de Salud de la OPS. Se obtiene aplicando la herramienta RISS de la OPS.

Las RISS requieren de determinados atributos esenciales para su funcionamiento, de acuerdo con el ámbito de abordaje:

Modelo asistencial: 1) población y territorio a cargo definidos y amplio conocimiento de sus necesidades y preferencias en cuestiones de salud, que determinan la oferta de servicios de salud; 2) una extensa red de establecimientos de salud que presta servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, gestión de enfermedades, rehabilitación y cuidados paliativos, y que integra los programas focalizados en enfermedades, riesgos y poblaciones específicas, los servicios de salud personales y los servicios de salud pública; 3) un primer nivel de atención multidisciplinario que cubre a toda la población y sirve como puerta de entrada al sistema, que integra y coordina la atención de salud, además de satisfacer la mayor parte de las necesidades de salud de la población; 4) prestación de servicios especializados en el lugar más apropiado, que se ofrecen de preferencia en entornos extra hospitalarios; 5) existencia de mecanismos de coordinación asistencial a lo largo de todo el continuo de los servicios de salud; y 6) atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad, teniendo en cuenta las particularidades culturales y de género, y los niveles de diversidad de la población.

Gobernanza y estrategia: 7) un sistema de gobernanza único para toda la red; 8) participación social amplia; y 9) acción intersectorial y abordaje de los determinantes de la salud y la equidad en salud.

Organización y gestión: 10) gestión integrada de los sistemas de apoyo clínico, administrativo y logístico; 11) recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos y valorados por la red; 12) sistema de información integrado que vincula a todos los miembros de la red, con desglose de los datos por sexo, edad, lugar de residencia, origen étnico y otras variables pertinentes; y 13) gestión basada en resultados.

Asignación e incentivos: 14) financiamiento adecuado e incentivos financieros alineados con las metas de la red.

Método de medición	<p>La ponderación global es el promedio de valoración global de las redes de servicios de salud en todos los países y redes que han utilizado la herramienta.</p> <p>El valor del indicador hace referencia al porcentaje de cumplimiento de las condiciones consideradas como necesarias para avanzar en el logro de los atributos y finalmente los ámbitos de la RISS. Es importante referir que el análisis debe ser específico para cada red de servicios ya que los avances pueden variar en el país en sus regiones.</p>
Numerador	<ul style="list-style-type: none"> • Porcentaje global de avance en la conformación de RISS • Porcentaje de avance según el ámbito de abordaje de la estrategia RISS
Denominador	No aplica
Desagregación/dimension adicional	<ul style="list-style-type: none"> • Avance global de las RISS • Según ámbito de abordaje de la estrategia RISS
Fuentes de datos	<p>Aplicación de la metodología y herramienta de valoración de RISS. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. Disponible en:</p> <p>https://riss.paho.org/users/sign_in</p>
Limitaciones	
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias	Organización Panamericana de la Salud. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas. Washington, D.C.: OPS; 2010. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/31323

INDICADOR 34. COSTO PROMEDIO DE OPERACIÓN ANUAL DE UNA CAMA DE UCI EN US\$

Nombre abreviado	Costo promedio de operación anual de una cama de UCI en US\$
Nombre del indicador	Costo promedio de operación anual de una cama de UCI en US\$
Dominio	Desempeño de la Atención Primaria en Salud
Subdominio	Modelos de cuidado integrados
Propósito	Analizar el costo de operación anual de una cama de cuidados intensivos considerando la estandarización internacional de las condiciones de atención que permite la comparación.
Definición	El costo promedio anual necesario para mantener una cama de UCI en operación para la atención de la demanda de los servicios de cuidados críticos Cálculo del costo por centro de producción que

		incluye: mano de obra, gastos generales, insumos médicos, soporte de laboratorio e imágenes, soporte logístico y carga administrativa.
Método medición	de	<p>El costo promedio de operación de la cama de UCI es el valor necesario para mantener en operación una cama de este servicio. Se calcula el promedio para los hospitales con este servicio en el país.</p> <p>El costo calculado tiene los siguientes elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costos directos: Corresponden a la mano de obra directa, los insumos y gastos generales propios del centro de producción operativo. • Costos indirectos: Corresponden a la distribución de los costos y gastos de los centros de producción de apoyo. Estos pueden ser servicios de apoyo asistencial (Laboratorio, Imágenes, Farmacia), servicios de apoyo logísticos (Mantenimiento, REGES, Informática) y servicios administrativos (Dirección, Administración, Recursos Humanos, Finanzas). <p>Dada la estandarización internacional de los servicios de UCI, los requerimientos de recursos humanos, técnicos y gastos generales son similares. Las diferencias en los costos pueden estar asociadas al costo de la mano de obra y los insumos en el país, a las condiciones de calidad de la atención y seguridad del paciente.</p>
Numerador		Costo promedio de operación anual de una cama de UCI en US\$
Denominador		No aplica
Desagregación/dimension adicional		País
Fuentes de datos		Aplicación de la metodología de costos de servicios PERC. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: https://perc.paho.org/parametrization/users/sign_in
Limitaciones		
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador		Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias		Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud de Panamá. Guía de indicadores monitoreo, evaluación de costos y ejecución presupuestaria Panamá. 2021. Disponible en: https://www.paho.org/es/file/103603/download?token=jWxJGpE

INDICADOR 35. COSTO PROMEDIO ESTIMADO DEL EGRESO DE UN SERVICIO INTRAHOSPITALARIO

Nombre abreviado	Costo promedio estimado del egreso de un servicio intrahospitalario
Nombre del indicador	Costo promedio estimado del egreso de un servicio intrahospitalario en US\$
Dominio	Desempeño de la Atención Primaria en Salud

Subdominio	Modelos de cuidado integrados
Propósito	Analizar el costo de la atención de un paciente en un servicio intrahospitalario considerando la estandarización internacional de las condiciones de atención que permite la comparación.
Definición	El costo promedio de la atención de un paciente en servicios intrahospitalarios en centros asistenciales de alta complejidad (con servicios de terapia intensiva). Cálculo del costo por centro de producción que incluye: mano de obra, gastos generales, insumos médicos, soporte de laboratorio e imágenes, soporte logístico y carga administrativa.
Método medición	<p>Un servicio con un nivel de estandarización de la atención a nivel internacional que implica uso de recursos humanos y técnicos en proporciones similares. Por tanto, la generación del servicio debe tener parámetros de comportamiento similares y las desviaciones se pueden generar por variaciones de la calidad del servicio o estructuras de gastos asociados.</p> <p>El costo calculado considera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Costos directos: Corresponden a la mano de obra directa, los insumos y gastos generales propios del centro de producción operativo. • Costos indirectos: Corresponden a la distribución de los costos y gastos de los centros de producción de apoyo. Estos pueden ser servicios de apoyo asistencial (Laboratorio, Imágenes, Farmacia), servicios de apoyo logísticos (Mantenimiento, REGES, Informática) y servicios administrativos (Dirección, Administración, Recursos Humanos, Finanzas).
Numerador	Costo promedio estimado del egreso de un paciente de un servicio intrahospitalario en US\$
Denominador	No aplica
Desagregación/dimension adicional	Según servicio intrahospitalario: <ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización de medicina interna • Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)
Fuentes de datos	Aplicación de la metodología de costos de servicios PERC. Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: https://perc.paho.org/parametrization/users/sign_in
Limitaciones	
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias	Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud de Panamá. Guía de indicadores monitoreo, evaluación de costos y ejecución presupuestaria Panamá. 2021. Disponible en: https://www.paho.org/es/file/103603/download?token=jWxJGpE

INDICADOR 36. HOSPITALIZACIONES POR CONDICIONES SENSIBLES AL CUIDADO AMBULATORIO

Nombre abreviado	Hospitalizaciones por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio
Nombre del indicador	Porcentaje de hospitalizaciones por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio
Dominio	Desempeño de la Atención Primaria en Salud
Subdominio	Modelos de cuidado integrados
Propósito	Medir la proporción del total o de una muestra representativa de egresos de un país o de una red de servicios de salud, en un período específico, que son causados por condiciones seleccionadas por evidencia científica y referidas en los planes de acción de la OPS/OMS.
Definición	Para la OPS/OMS, la hospitalización por trastornos susceptibles de atención ambulatoria es un indicador de la actividad hospitalaria que ha demostrado su utilidad como medida indirecta del funcionamiento del primer nivel de atención y de la Red Asistencial a través de la continuidad y coordinación de la atención. Se definen como hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles al cuidado ambulatorio (HCSCA) aquellos diagnósticos potencialmente prevenibles con una adecuada implementación de la estrategia de APS.
Método medición	Análisis de la base de egresos del país o una muestra significativa para el periodo de tiempo en análisis. Construcción histórica del indicador
Numerador	Egresos por trastornos susceptibles de cuidado ambulatorio
Denominador	Total de egresos
Desagregación/dimension adicional	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos de edades específicos (Menores de 5 años y mayores de 65 años) • Por condición: diabetes mellitus y enfermedad cardiovascular
Fuentes de datos	Reportes realizados por los Estados Miembros a la Organización Panamericana de la Salud
Limitaciones	
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias	Lerea MJ., Tullo JE., López P. Estrategia de atención primaria de salud y su impacto en las hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a la atención ambulatoria, Paraguay, 2000-2017. Rev Panam Salud Publica. 2019; 43:e69. https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.69 . Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/51472

4.2.2 Acceso y utilización de servicios

INDICADOR 37. ÍNDICE DE COBERTURA DE SERVICIOS

Nombre abreviado	Índice de cobertura de servicios
Nombre del indicador	Índice de cobertura de servicios, meta 3.8.1 de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS)
Dominio	Desempeño de la Atención Primaria en Salud
Subdominio	Acceso y disponibilidad
Propósito	<p>El Objetivo 3.8 se define como "Lograr la cobertura universal de salud, incluida la protección contra riesgos financieros, el acceso a servicios esenciales de atención en salud de calidad, y el acceso a medicamentos esenciales y vacunas seguros, eficaces, de calidad y asequibles para todos". La preocupación es que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud de calidad que necesitan (incluidos medicamentos y otros productos de salud), sin sufrir dificultades financieras. Se han elegido dos indicadores para monitorear el objetivo 3.8 dentro del marco de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (SDG). El indicador 3.8.1 se refiere a la cobertura de servicios de salud y el indicador 3.8.2 se centra en los gastos en salud en relación con el presupuesto de un hogar para identificar las dificultades financieras causadas por los pagos directos de atención en salud. Estos dos indicadores, 3.8.1 y 3.8.2, están destinados a capturar las dimensiones de cobertura de servicios y protección financiera, respectivamente, del objetivo 3.8. Estos dos indicadores siempre deben monitorearse de manera conjunta.</p>
Definición	<p>La cobertura de servicios de salud esenciales (definida como la cobertura promedio de servicios esenciales basados en intervenciones de referencia, que incluyen salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño, enfermedades infecciosas, enfermedades no transmisibles y capacidad de servicio y acceso, tanto en la población general como en la población más desfavorecida). El indicador es un índice informado en una escala adimensional de 0 a 100, que se calcula como la media geométrica de 14 indicadores de referencia de cobertura de servicios de salud. Los indicadores de referencia son los siguientes, organizados en cuatro componentes de cobertura de servicios: 1. Salud reproductiva, materna, del recién nacido y del niño 2. Enfermedades infecciosas 3. Enfermedades no transmisibles 4. Capacidad de servicio y acceso. Estos componentes a su vez permiten la discriminación en subíndices.</p>

Método de medición	Para cada país, el valor más reciente de cada indicador de referencia se toma de la OMS u otras agencias internacionales.
Numerador	Índice de cobertura de servicios, meta 3.8.1 de los objetivos de desarrollo sostenible (ODS)
Denominador	No aplica
Desagregación/dimension adicional	Actualmente, no es posible realizar una desagregación completa del índice, ya que no todos los indicadores de referencia tienen datos que permitan la desagregación.
Fuentes de datos	The Global Health Observatory (GHO). Organización Mundial de la Salud (OMS). Indicador: UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1). Disponible en: https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-index-of-service-coverage
Limitaciones	Debido a limitaciones de datos, no todos los indicadores de referencia utilizados para calcular el índice son medidas directas de la cobertura de servicios. Estos indicadores sustitutos se reemplazarán en años futuros a medida que haya más datos disponibles. Los indicadores de referencia seleccionados tienen la intención de representar la amplia gama de servicios de salud esenciales necesarios para avanzar hacia la Cobertura Universal de Salud (UHC por su sigla en inglés). No deben interpretarse como un conjunto recomendado de servicios.
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias	Ficha técnica del indicador adaptada de: Organización Mundial de la Salud. The Global Health Observatory. UHC Service Coverage Index (SDG 3.8.1). Ginebra: OMS; 2023. Disponible en: https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-index-of-service-coverage

INDICADOR 38. ÍNDICE COMPLETUO DE COBERTURA DE SRMNI

Nombre abreviado	Índice compuesto de cobertura de SRMNI
Nombre del indicador	Índice compuesto de cobertura de SRMNI
Dominio	Desempeño de la Atención Primaria en Salud
Subdominio	Acceso y disponibilidad
Propósito	
Definición	El índice de cobertura compuesta es una puntuación ponderada que refleja la cobertura de ocho intervenciones de salud materna,

	neonatal y del niño (SRMNI) a lo largo del continuo de atención: satisfacción de la demanda de planificación familiar (métodos modernos); cobertura de atención prenatal (al menos cuatro visitas); partos atendidos por personal de salud capacitado; cobertura de la vacunación con BCG en niños de un año; cobertura de la vacunación contra el sarampión en niños de un año; cobertura de la vacunación con DTP3 en niños de un año; niños menores de cinco años con diarrea que reciben terapia de rehidratación oral y alimentación continua; y niños menores de cinco años con síntomas de neumonía llevados a un centro de salud. Este indicador se basa en estimaciones agregadas.
Método de medición	Los datos se derivan de la reanálisis de microdatos de Encuestas Demográficas y de Salud (DHS, por sus siglas en inglés), Encuestas de Múltiples Indicadores por Conglomerados (MICS, por sus siglas en inglés) y Encuestas de Salud Reproductiva (RHS, por sus siglas en inglés) que están disponibles públicamente utilizando las definiciones de indicadores estándar publicadas en la documentación de DHS, MICS o RHS. El análisis fue realizado por el Centro Colaborador de la OMS para el Monitoreo de la Equidad en Salud (Centro Internacional para la Equidad en Salud, Universidad Federal de Pelotas, Brasil).
Numerador	Índice compuesto de cobertura de SRMNI
Denominador	No aplica
Desagregación/dimensiones adicionales	Estatus económico (quintil de riqueza); Estatus económico (decil de riqueza); Educación (3 grupos); Lugar de residencia Región subnacional
Fuentes de datos	The Global Health Observatory (GHO). Organización Mundial de la Salud (OMS). Indicador: Composite coverage index (%) (Health Inequality Monitor). Disponible en: https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/4489
Limitaciones	
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias	Ficha técnica del indicador adaptada de: The Global Health Observatory. Organización Mundial de la Salud. OMS; sin fecha [citado octubre 20, 2023]. Disponible en: https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/uhc-index-of-service-coverage

INDICADOR 39. ÍNDICE DE DESARROLLO HUMANO

Nombre abreviado	Índice de desarrollo humano
Nombre del indicador	Índice de desarrollo humano
Dominio	Desempeño de la Atención Primaria en Salud
Subdominio	Acceso y disponibilidad
Propósito	El IDH se puede utilizar para cuestionar las elecciones de políticas nacionales, indagando, por ejemplo, cómo dos países con el mismo nivel de INB per cápita pueden obtener resultados de desarrollo humano diferentes. Estos contrastes pueden estimular el debate sobre las prioridades de las políticas gubernamentales.
Definición	El Índice de Desarrollo Humano (IDH) es una medida resumida de los logros promedio en dimensiones clave del desarrollo humano: una vida larga y saludable, conocimiento y un nivel de vida digno. El IDH es la media geométrica de índices normalizados para cada una de las tres dimensiones.
Método de medición	La dimensión de salud se evalúa mediante la esperanza de vida al nacer, la dimensión de educación se mide por la media de años de escolaridad de los adultos de 25 años o más y los años esperados de escolaridad para los niños en edad de ingreso a la escuela. La dimensión de nivel de vida se mide por el ingreso nacional bruto per cápita. El IDH utiliza el logaritmo del ingreso para reflejar la disminución de la importancia del ingreso a medida que aumenta el INB. Las puntuaciones de los tres índices de dimensiones del IDH se agregan en un índice compuesto utilizando la media geométrica.
Numerador	Índice de desarrollo humano
Denominador	No aplica
Desagregación/dimensión adicional	País
Fuentes de datos	Índice de Desarrollo Humano (IDH). Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Disponible en: https://hdr.undp.org/data-center/human-development-index#/indices/HDI
Limitaciones	<p>El IDH simplifica y captura solo una parte de lo que implica el desarrollo humano. No refleja las desigualdades, la pobreza, la seguridad humana, el empoderamiento, etc. El IDH proporciona otros índices compuestos como un proxy más amplio de algunas de las cuestiones clave del desarrollo humano, la desigualdad, la disparidad de género y la pobreza.</p> <p>Una imagen más completa del nivel de desarrollo humano de un país requiere el análisis de otros indicadores e información presentados en el anexo estadístico del Informe sobre Desarrollo Humano.</p>

Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias	<p>Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Informe sobre desarrollo humano 2021/2022 panorama general: Tiempos inciertos, vidas inestables: configurar nuestro futuro en un mundo en transformación. 2022. Disponible en:</p> <p>https://hdr.undp.org/content/human-development-report-2021-22</p> <p>Para más detalles se sugiere consultar las notas técnicas del “Human Development Report”. Disponibles en:</p> <p>https://hdr.undp.org/data-center/documentation-and-downloads</p>

INDICADOR 40. NECESIDADES INSATISFECHAS DE ATENCIÓN EN SALUD

Nombre abreviado	Necesidades insatisfechas de atención en salud
Nombre del indicador	Porcentaje de la población con necesidades insatisfechas de atención de salud
Dominio	Desempeño de la Atención Primaria en Salud
Subdominio	Acceso y disponibilidad
Propósito	Las necesidades insatisfechas de salud se deben, principalmente, a las numerosas barreras que impiden a las personas buscar y utilizar los servicios de salud que necesitan. El objetivo de este indicador es medir el número de personas que informan haber experimentado una necesidad de atención y no fue atendida.
Definición	<p>Las necesidades insatisfechas de atención en salud se corresponden con el porcentaje de la población que tuvo una necesidad de salud (enfermedad o accidente) y no buscó atención de salud.</p> <p>La proporción de encuestados con necesidades de atención médica no satisfechas percibidas por razones específicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidad: Necesidades no satisfechas debido a la falta de disponibilidad de recursos (es decir, personal de salud, medicamentos). • Accesibilidad geográfica: Necesidades no satisfechas debido a la ubicación, la distancia y/o el transporte. • Accesibilidad financiera: Renuncia a la atención debido a razones financieras (es decir, falta de dinero o sin seguro médico). • Organizacional: Necesidades insatisfechas debido a problemas organizacionales y prestación de servicios de salud (es decir, tiempos de espera)

	<ul style="list-style-type: none"> • Aceptabilidad: Necesidades insatisfechas debido a la respuesta del proveedor, factores sociales y culturales (es decir, falta de confianza, idioma)
Método de medición	<p>Para la medición de este indicador se utilizan las preguntas de encuestas de hogares de los países en las que se informa sobre la necesidad de atención en salud y el acceso a servicios sanitarios.</p> <p>En el caso de las razones específicas se utilizan las preguntas relacionadas con los motivos que generan barreras para acceder a los servicios de salud.</p>
Numerador	<p>Número de encuestados que informaron que necesitaban atención médica pero no consultaron a un proveedor “apropiado”, o no consultaron en absoluto, por cualquier motivo.</p> <p>Por razones específicas: Número de encuestados con necesidades de atención médica no satisfechas percibidas por razones específicas (Disponibilidad, Accesibilidad geográfica, Accesibilidad financiera, Organizacional, Aceptabilidad).</p>
Denominador	<p>Denominador A: Todos los encuestados que tenían una necesidad de atención en salud.</p> <p>Denominador B: Todos los encuestados que tenían una necesidad de atención en salud no satisfecha.</p>
Desagregación/dimension adicional	Quintil de ingreso, grupo etario, nivel educativo
Fuentes de datos	Elaborada a partir de encuestas de hogares sobre condiciones de vida y salud, y datos de grupos e ingreso del Banco Mundial.
Limitaciones	
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias	<p>Organización Panamericana de la Salud. Analizar y superar las barreras de acceso para fortalecer la atención primaria de salud. Washington, D.C.: OPS; 2023. https://doi.org/10.37774/9789275327562. Disponible en: https://iris.paho.org/handle/10665.2/57803</p> <p>Organización Panamericana de la Salud. Plan Estratégico de la Organización Panamericana de la Salud 2020-2025: La equidad, el corazón de la salud. (Documento oficial: 359). Washington, D.C.: OPS; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/plan-estrategico-ops-2020-2025</p>

INDICADOR 41. TASA DE MORTALIDAD AJUSTADA SEGÚN EDAD POR CAUSAS EVITABLES

Nombre abreviado	Tasa de mortalidad ajustada según edad por causas evitables
Nombre del indicador	Tasa de mortalidad ajustada según edad por causas evitables en ambos sexos menores de 75 años (100 000 hab)
Dominio	Desempeño de la Atención Primaria en Salud
Subdominio	Acceso y disponibilidad
Propósito	Un objetivo importante de un Estado es que sus habitantes disfruten una vida que sea lo más larga y saludable posible. En un país con un sistema de salud que funciona bien, muchas muertes prematuras (de personas menores de 75 años) pueden evitarse mediante intervenciones tempranas de salud pública o mediante una atención de calidad si ya se han desarrollado las enfermedades o afecciones.
Definición	Las muertes prematuras potencialmente evitables son las que ocurren en personas menores de 75 años y que no deberían ocurrir si todos los niveles de atención de los sistemas de salud funcionaran adecuadamente (prevención primaria, secundaria y terciaria, y la atención de la salud en todos los niveles). El grupo de muertes evitables puede dividirse en dos subgrupos: a) las llamadas "causas potencialmente prevenibles", y b) las llamadas "causas potencialmente tratables" (o "atendibles"). En español se propone el uso del término "atendible", pues "tratable" solo se refiere al tratamiento y la atención de la salud; sin embargo, "atendible" incluye el diagnóstico oportuno, el tratamiento, el control, la reparación del daño y la prolongación de la vida con calidad.
Método de medición	
Numerador	Tasa de mortalidad ajustada según edad por causas evitables en ambos sexos menores de 75 años (100 000 hab)
Denominador	No aplica
Desagregación/dimension adicional	Sexo, grupo etario
Fuentes de datos	Salud en las Américas 2021: Mortalidad prematura potencialmente evitable (MPPE). Organización Panamericana de la Salud. Disponible en: https://hia.paho.org/es/mortalidad-evitable#113
Limitaciones	
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias	Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas 2021: Mortalidad prematura potencialmente evitable (MPPE). OPS; sin fecha [citado agosto 14, 2023]. Disponible en: https://hia.paho.org/es/mortalidad-evitable#113

INDICADOR 42. POBLACIÓN CON GASTOS DE BOLSILLO EN SALUD SUPERIORES AL PRESUPUESTO TOTAL DEL HOGAR

Nombre abreviado	Población con gastos de bolsillo en salud superiores al presupuesto total del hogar
Nombre del indicador	Población con gastos de bolsillo en salud superiores al presupuesto total del hogar
Dominio	Desempeño de la Atención Primaria en Salud
Subdominio	Protección financiera
Propósito	
Definición	La proporción de la población con gastos de bolsillo en salud superiores al 10% y al 25% del presupuesto total del hogar
Método de medición	Los gastos de salud pueden exponer a los hogares a dificultades financieras, en particular cuando superan un umbral predefinido de la capacidad de pago de un hogar. Cuando esto sucede, se caracterizan como catastróficos. En el marco de seguimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (indicador ODS 3.8.2), la proporción de la población que enfrenta gastos catastróficos se mide como el promedio ponderado por población del número de hogares con "grandes gastos del hogar en salud" como parte del gasto total del hogar o ingreso (presupuesto total del hogar). "Grandes" se define como gastos en salud que superan el 10% o el 25% del gasto total del hogar o ingreso. El peso de la muestra del hogar multiplicado por el tamaño del hogar se utiliza para obtener números representativos por persona. Si la muestra tiene un peso propio, entonces solo se utiliza el tamaño del hogar como peso. Los gastos del hogar en salud se definen como pagos formales e informales realizados en el momento de recibir cualquier tipo de atención (preventiva, curativa, rehabilitadora, paliativa o de atención a largo plazo) proporcionada por cualquier tipo de proveedor. Estos pagos incluyen la parte no cubierta por un tercero, como el gobierno, fondos de seguridad de salud o seguros privado, pero excluyen las primas de seguro, así como cualquier reembolso de un tercero. Pueden ser financiados con ingresos, incluyendo remesas, ahorros o préstamos. Con esta definición, los gastos en salud se etiquetan como gastos de bolsillo (Out-Of-Pocket en inglés, OOP) en la clasificación de esquemas de financiamiento de la atención de salud (HF, por sus siglas en inglés) de la Clasificación Internacional de Cuentas de Salud (ICHA, por sus siglas en inglés). La población con gastos de salud del hogar superiores al 10% del gasto total del hogar o ingreso (indicador ODS 3.8.2) puede desglosarse de la siguiente manera si la encuesta ha sido diseñada para proporcionar estimaciones representativas y/o hay suficientes observaciones en los niveles: "rural" y "urbano"; sexo del jefe del hogar.

	<p>hogar (hombre/mujer); edad del jefe del hogar (menor de 60 años/60 años o más); composición por edades del hogar: "Solo adultos (20-59 años)" - hogares que consisten en miembros de entre 20 y 59 años; "Adultos con niños y adolescentes (miembros menores de 60 años)" - hogares que conformados por miembros menores de 60 años de la siguiente forma: al menos un miembro menor de 20 años y al menos un miembro de entre 20 y 59 años; "Hogares multigeneracionales (todas las edades)" - hogares que incluyen al menos una persona menor de 20 años, y al menos una persona de entre 20 y 59 años, y al menos una persona de 60 años o más; "Adultos con personas mayores (a partir de 20 años)" - hogares conformados por miembros de al menos 20 años, como sigue: al menos una persona de entre 20 y 59 años, y al menos una persona de 60 años o más; "Solo adultos mayores (60 años o más)" - hogares conformados por miembros de 60 años o más; "Solo miembros menores de 20 años" - hogares conformados por miembros menores de 20 años. En esta clasificación, son considerados niños aquellos individuos menores de 10 años, los adolescentes son todos aquellos entre 10 y 19 años, y los adultos mayores son aquellos con 60 años de edad o más. Otras formas de desagregación son posibles, por ejemplo, por quintiles de las medidas de bienestar del hogar (gasto total del hogar o ingresos). Para comprender completamente el progreso hacia la Cobertura Universal de Salud en el marco de los ODS, el indicador ODS 3.8.2 debe ser monitoreado conjuntamente con el indicador ODS 3.8.1 sobre la cobertura de servicios de salud esenciales. Otras definiciones distintas a las utilizadas para el ODS 3.8.2 pueden emplearse para monitorear el gasto catastrófico en salud, y también forman parte de los marcos de monitoreo regionales de la OMS.</p>
Numerador	<ul style="list-style-type: none"> • Proporción de la población con gastos de bolsillo en salud superiores al 10% del presupuesto total del hogar • Proporción de la población con gastos de bolsillo en salud superiores al 25% del presupuesto total del hogar
Denominador	No aplica
Desagregación/dimensión adicional	<p>Según el porcentaje: Gastos de bolsillo en salud superiores al 10% del presupuesto total del hogar. Gastos de bolsillo en salud superiores al 25% del presupuesto total del hogar.</p> <p>Global, regional, nacional, lugar de residencia (rural, urbano), edad o sexo del hogar, composición por edades del hogar.</p>
Fuentes de datos	The Global Health Observatory (GHO). Organización Mundial de la Salud (OMS). Indicadores:

	<ul style="list-style-type: none"> Population with household expenditures on health greater than 10% of total household expenditure or income (SDG 3.8.2) (%), national, rural, urban) Population with household expenditures on health greater than 25% of total household expenditure or income (SDG indicator 3.8.2). <p>Disponible en:</p> <p>https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO</p>
Limitaciones	
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias	<p>Ficha técnica del indicador adaptada de:</p> <p>Organización Mundial de la Salud. The Global Health Observatory. Ginebra: OMS; sin fecha [citado agosto 14, 2023]. Disponible en:</p> <p>https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/population-with-household-expenditures-on-health-greater-than-10-of-total-household-expenditure-or-income-(sdg-3-8-2)-(-)</p>

INDICADOR 43. POBLACIÓN EMPUJADA POR DEBAJO DE LA LÍNEA DE POBREZA DE \$2.15 POR DÍA DEBIDO A GASTOS DE SALUD

Nombre abreviado	Población con gastos en salud empobrecedores, en la línea de pobreza de 2.15 dólares
Nombre del indicador	Población empujada por debajo de la línea de pobreza de \$2.15 por día debido a gastos de salud
Dominio	Desempeño de la Atención Primaria en Salud
Subdominio	Protección financiera
Propósito	
Definición	<p>La proporción de la población cuyo gasto total del hogar, incluidos los gastos en salud, se encuentra por encima de la línea de pobreza, pero el gasto total en consumo del hogar, excluyendo los gastos en salud, está por debajo de la línea de pobreza. Se utiliza la línea de pobreza internacional de \$2.15 al día en paridad de poder adquisitivo (PPP, por sus siglas en inglés) de 2017 (mostrada como \$2.15 al día) para demostrar la interdependencia entre el objetivo 1.1 de los ODS (erradicación de la pobreza extrema) y el objetivo 3.8 (Cobertura Sanitaria Universal). Las líneas de pobreza internacionales se convierten a unidades de moneda local (LCU, por sus siglas en inglés) utilizando tasas de cambio de paridad de poder</p>

		adquisitivo (PPP, por sus siglas en inglés) de 2017 e índices de precios al consumidor (IPC). El consumo o ingreso del hogar, los gastos de bolsillo en salud y las líneas de pobreza se miden en valor diario por persona.
Método medición	de	La proporción de la población empujada por debajo de la línea de pobreza debido a los gastos de salud del hogar (empobrecidos por los gastos de salud) corresponde al aumento en la tasa de incidencia de la pobreza después de los gastos de salud del hogar. La pobreza se mide en función del gasto total diario del hogar o del ingreso bruto y neto de los pagos diarios de atención de salud. La justificación es que los gastos de bolsillo desvían el gasto del hogar lejos de partidas presupuestarias no destinadas a salud, como alimentos y vivienda, hasta el punto de que, en algunos casos, la situación de un hogar en relación con una línea de pobreza predefinida antes y después del gasto de bolsillo en salud cambia. Específicamente, la tasa de incidencia de la pobreza corresponde al porcentaje de la población que vive por debajo de una línea de pobreza. Para el monitoreo global, se utilizan líneas de pobreza internacionales. La línea de pobreza internacional de \$2.15 al día se convierte a unidades de moneda local (LCU, por sus siglas en inglés) utilizando tasas de paridad de poder adquisitivo (PPP, por sus siglas en inglés) de 2017 y los índices de precios al consumidor (IPC). El aumento en la tasa de incidencia de la pobreza se calcula como la diferencia en las tasas de incidencia de la pobreza basadas en el gasto total del hogar o el ingreso bruto y neto después de los gastos de salud. El gasto del hogar en salud se define como los pagos formales e informales realizados al momento de recibir cualquier tipo de atención (promoción, curativa, rehabilitación, paliativa o a largo plazo) proporcionada por cualquier tipo de proveedor. Estos pagos incluyen la parte no cubierta por un tercero, como el gobierno, fondos de seguridad de salud o seguros privado, pero excluyen las primas de seguro, así como cualquier reembolso de un tercero. Pueden finanziarse con ingresos, incluyendo remesas, ahorros o préstamos. Con esta definición, los gastos de salud se etiquetan como gastos de bolsillo en la clasificación de los esquemas de financiación de la atención médica (HF, por sus siglas en inglés) de la Clasificación Internacional de Cuentas de Salud (ICHA, por sus siglas en inglés). La línea de pobreza de \$2.15 al día en paridad de poder adquisitivo (PPP, por sus siglas en inglés) de 2017 actualiza la línea de pobreza de \$1.90 al día en PPP de 2011 y a menudo se denomina "línea de pobreza extrema", que subyace en el objetivo 1.1 de los ODS (eliminación de la pobreza extrema). Corresponde a la línea de pobreza nacional mediana de los países de bajos ingresos. Con esta línea de pobreza, la proporción de la población empujada

	<p>a la pobreza por los gastos de salud del hogar es cercana o igual a cero en países de ingresos medios y altos. En última instancia, la elección de la línea de pobreza debe adaptarse para informar cambios en la política basados en evidencia a nivel global, regional y nacional. El uso de líneas de pobreza nacionales y regionales es fundamental para comprender completamente el impacto de los gastos de bolsillo en la pobreza a nivel nacional y regional. La población empujada por debajo de una línea de pobreza se puede desagregar por área de residencia ("rural" o "urbana"). La población total que incurre en gastos de salud empobrecedores corresponde a aquellos empujados y empujados aún más* a la pobreza debido a los gastos de salud del hogar que se pueden desagregar aún más por la edad del jefe del hogar, el sexo del jefe del hogar y la composición por edades del hogar. Los indicadores de empobrecimiento debido al gasto en salud no forman parte del indicador oficial de los ODS sobre la cobertura universal de salud (UHC, por sus siglas en inglés) en sí, sino que relacionan la UHC con el primer objetivo de los ODS, es decir, poner fin a la pobreza en todas sus formas en todas partes.</p> <p>*Consulte los metadatos para la población empujada aún más a la pobreza por los gastos de salud del hogar.</p>
Numerador	Proporción de población empujada por debajo de la línea de pobreza de \$2.15 por día debido a gastos de salud
Denominador	No aplica
Desagregación/dimension adicional	Los datos se pueden desglosar a nivel global, regional, nacional y por lugar de residencia (rural o urbano).
Fuentes de datos	The Global Health Observatory (GHO). Organización Mundial de la Salud (OMS). Indicador: Population pushed below the \$2.15 a day poverty line by household health expenditures (%), national, rural, urban). Disponible en: https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/population-pushed-below-the-2.15-a-day-poverty-line-by-household-health-expenditures-(percent--national--rural--urban)
Limitaciones	
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias	Ficha técnica del indicador adaptada de: Organización Mundial de la Salud. The Global Health Observatory. Ginebra: OMS; sin fecha [citado agosto 14, 2023]. Disponible en: https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/population-pushed-below-the-2.15-a-day-poverty-line-by-household-health-expenditures-(percent--national--rural--urban)

INDICADOR 44. POBLACIÓN EMPUJADA AÚN MÁS POR DEBAJO DE LA LÍNEA DE POBREZA DE \$2.15

Nombre abreviado	Población empujada aún más por debajo de la línea de pobreza de \$2.15
Nombre del indicador	Población empujada aún más por debajo de la línea de pobreza de \$2.15
Dominio	Desempeño de la Atención Primaria en Salud
Subdominio	Protección financiera
Propósito	
Definición	<p>La proporción de la población que cae aún más por debajo de la línea de pobreza debido a los gastos de salud del hogar corresponde a la proporción de personas pobres que gastan cualquier cantidad en salud de su bolsillo en la población total. Las personas pobres se identifican como aquellas que viven en hogares con un consumo total del hogar o ingresos, incluyendo cualquier gasto en salud, por debajo de la línea de pobreza. El peso de la muestra del hogar multiplicado por el tamaño del hogar se utiliza para obtener números representativos por persona. Si la muestra se autopondera, solo se utiliza el tamaño del hogar como peso. La línea de pobreza internacional de \$2.15 al día en paridad de poder adquisitivo (PPP, por sus siglas en inglés) de 2017 se utiliza (mostrada como \$2.15 al día) para demostrar la interdependencia entre el objetivo 1.1 de los ODS (la erradicación de la pobreza extrema) y el objetivo 3.8 (Cobertura Universal de Salud). Las líneas de pobreza internacionales se convierten a unidades de moneda local (LCU, por sus siglas en inglés) utilizando las tasas de cambio de PPP de 2017 y los índices de precios al consumidor (IPC). El consumo o ingreso del hogar, los gastos de salud de bolsillo y las líneas de pobreza se miden por su valor diario per cápita.</p>
Método de medición	<p>La proporción de la población empujada aún más por debajo de la línea de pobreza debido a los gastos de salud del hogar se calcula como la proporción de personas pobres que gastan cualquier cantidad en salud de su propio bolsillo en la población total. Estas personas pobres viven en un hogar con niveles de consumo o ingresos ya por debajo de la línea de pobreza antes de los pagos de salud y, por lo tanto, se empobrecen aún más al incurrir en pagos de salud de su propio bolsillo. Las personas pobres se identifican como aquellas que viven en hogares con un consumo total del hogar o ingresos que incluyen cualquier gasto de salud de su propio bolsillo por debajo de la línea de pobreza. Para el monitoreo global, se utilizan las líneas internacionales de pobreza. La línea internacional de pobreza de \$2.15 al día se convierte a unidades de moneda local (LCU) utilizando tasas de paridad de poder adquisitivo (PPA) de 2017 y el índice de precios al consumidor (IPC). El gasto del hogar en salud</p>

se define como los pagos formales e informales realizados al momento de recibir cualquier tipo de atención (promoción, curación, rehabilitación, paliación o atención a largo plazo) proporcionada por cualquier tipo de proveedor. Estos pagos incluyen la parte no cubierta por un tercero, como el gobierno, el fondo de seguro de salud o el seguro privado, pero excluyen las primas de seguros, así como cualquier reembolso por un tercero. Pueden ser financiados con ingresos, incluyendo remesas, ahorros o préstamos. Con esta definición, los gastos de salud se denominan pagos directos (Out-Of-Pocket, OOP) en la clasificación de los sistemas de financiamiento de la atención médica (HF) de la Clasificación Internacional de Cuentas de Salud (ICHA). La línea de pobreza de \$2.15 al día en PPA de 2017 actualiza la línea de pobreza de \$1.90 al día en PPA de 2011 y se conoce comúnmente como "línea de pobreza extrema", que subyace al Objetivo de Desarrollo Sostenible 1.1 (eliminación de la pobreza extrema). Corresponde a la línea de pobreza nacional mediana de los países de bajos ingresos. Con esta línea de pobreza, la proporción de la población empujada aún más hacia la pobreza debido a los gastos de salud del hogar se acerca a cero o es igual a cero en los países de ingresos medianos y altos. En última instancia, la elección de la línea de pobreza debe adaptarse para informar cambios en la política basados en evidencia a nivel global, regional y nacional. El uso de líneas de pobreza nacionales y regionales es fundamental para comprender completamente el impacto de los pagos de bolsillo en la pobreza a nivel nacional y regional. La población total que incurre en gastos de salud empobecedores corresponde a aquellos que son empujados y empujados aún más hacia la pobreza debido a los gastos de salud de bolsillo. La población empujada aún más por debajo de una línea de pobreza se puede desagregar de la siguiente manera si la encuesta ha sido diseñada para proporcionar estimaciones representativas y/o hay suficientes observaciones en tales niveles: "rural" y "urbana"; sexo del jefe del hogar (hombre/mujer); edad del jefe del hogar (menor de 60 años/60 años o más); composición por edades del hogar: "Solo adultos (20-59 años)" - hogares que consisten en miembros de entre 20 y 59 años; "Adultos con niños y adolescentes (miembros menores de 60 años)" - hogares que conformados por miembros menores de 60 años de la siguiente forma: al menos un miembro menor de 20 años y al menos un miembro de entre 20 y 59 años; "Hogares multigeneracionales (todas las edades)" - hogares que incluyen al menos una persona menor de 20 años, y al menos una persona de entre 20 y 59 años, y al menos una persona de 60 años o más; "Adultos con personas mayores (a partir de 20 años)" - hogares conformados por miembros

	<p>de al menos 20 años, como sigue: al menos una persona de entre 20 y 59 años, y al menos una persona de 60 años o más; "Solo adultos mayores (60 años o más)" - hogares conformados por miembros de 60 años o más; "Solo miembros menores de 20 años" - hogares conformados por miembros menores de 20 años. En esta clasificación, son considerados niños aquellos individuos menores de 10 años, los adolescentes son todos aquellos entre 10 y 19 años, y los adultos mayores son aquellos con 60 años o más. Otras formas de desagregación son posibles, por ejemplo, por quintiles de las medidas de bienestar del hogar (gasto total del hogar o ingresos). Los indicadores de empobrecimiento debido a los gastos en salud no forman parte del indicador oficial de los Objetivos de Desarrollo Sostenible sobre Cobertura Universal de Salud (CUS) en sí, pero relacionan la CUS con el primer objetivo de los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que es poner fin a la pobreza en todas sus formas en todas partes.</p>
Numerador	Proporción de población empujada aún más por debajo de la línea de pobreza de \$2.15
Denominador	No aplica
Desagregación/dimension adicional	Global, regional, nacional, lugar de residencia (rural, urbano), edad o sexo del hogar, composición por edad del hogar.
Fuentes de datos	The Global Health Observatory (GHO). Organización Mundial de la Salud (OMS). Indicador: Population pushed further below the \$2.15 a day poverty line by household health expenditures (% national, rural, urban). Disponible en: https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/population-pushed-further-below-the-2.15-a-day-poverty-line-by-household-health-expenditures-(percent--national--rural--urban)
Limitaciones	
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias	<p>Ficha técnica del indicador adaptada de:</p> <p>Organización Mundial de la Salud. The Global Health Observatory. Ginebra: OMS; sin fecha [citado agosto 14, 2023]. Disponible en: https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/population-pushed-further-below-the-2.15-a-day-poverty-line-by-household-health-expenditures-(percent--national--rural--urban)</p>

4.2.3 Sistemas para el seguimiento y mejora de la calidad

INDICADOR 45. MEJORA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS INTEGRALES

Nombre abreviado	Mejora de la calidad de la atención en la prestación de servicios sanitarios integrales
Nombre del indicador	Número de países y territorios que han definido una política, estrategia o plan nacional para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios sanitarios integrales
Dominio	Desempeño de la Atención Primaria en Salud
Subdominio	Sistemas para el mejoramiento de la calidad
Propósito	El indicador tiene como objetivo rastrear los avances en los Estados miembros hacia la mejora sostenida de la calidad en la atención a las personas, familias y comunidades en la prestación de servicios de salud integrales, de acuerdo con la Estrategia y el Plan de Acción aprobados para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025, documento CD57/12 que, en su Plan de Acción, incluye como indicador número 2.1.2 el número de países y territorios que cuentan con un plan o política vigente para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud integrales.
Definición	El indicador se define como el número de países y territorios que cuentan con estrategias y/o planes de acción actuales a nivel nacional o subnacional para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios sanitarios.
Método de medición	Un Estado Miembro es contado en el indicador si cuenta con planes, políticas o estrategias nacionales oficiales y vigentes, con objetivos y metas explícitos para avanzar hacia una mejora sostenida de la calidad de la atención a personas, familias y comunidades en la prestación de servicios de salud integrales, publicados. La Estrategia o Plan para mejorar la calidad puede ser un documento independiente o formar parte de un Plan Nacional de Salud. La definición y atributos esenciales que definen la calidad de la atención se describen en el documento CD57/12 de la OPS/OMS. Una vez realizadas las revisiones para cada país, los países que cumplan con los criterios serán sumados y reportados como aquellos que han alcanzado el indicador.
Numerador	Número de países y territorios que han definido una política, estrategia o plan nacional para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios sanitarios integrales
Denominador	No aplica

Desagregación/dimensión adicional	País
Fuentes de datos	Documentos oficiales nacionales que mencionen explícitamente planes de calidad de atención y estrategias de implementación y/o Estrategias de Cooperación de País de las Oficinas de País y reportes. La fuente de datos para este indicador serán documentos oficiales de los Estados Miembros con respecto a nuevas o existentes políticas, regulaciones, legislaciones y/o planes para avanzar hacia una mejora sostenida de la calidad de la atención a personas, familias y comunidades en la prestación de servicios de salud integrales.
Limitaciones	Complejidad de la definición de planes de calidad de atención con un enfoque de sistemas de salud e intersectorial, y falta de análisis rutinario de políticas, planes, regulaciones y legislación en los países
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias	Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025: Examen de mitad de período. Washington DC; 2023. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/ce172inf10-informes-progreso-sobre-asuntos-tecnicos-c-estrategia-plan-accion-para

INDICADOR 46. IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS NACIONALES DE GUÍAS DE PRÁCTICA CLÍNICA.

Nombre abreviado	Implementación de programas nacionales de guías de práctica clínica
Nombre del indicador	Número de países y territorios que han avanzado en la implementación de programas nacionales de guías de práctica clínica.
Dominio	Desempeño de la Atención Primaria en Salud
Subdominio	Sistemas para el mejoramiento de la calidad
Propósito	La adherencia a las pautas clínicas mejora los resultados de los pacientes. Sin embargo, a menudo existe una brecha entre los estándares clínicos y la práctica real de los proveedores. En este sentido, cobra relevancia el establecimiento de programas nacionales que fomenten el desarrollo o la adaptación y aplicación de directrices para enfermedades nacionales prioritarias.
Definición	El indicador evalúa el progreso de los países para contar con un programa nacional de guías de práctica clínica basadas en evidencia (un programa que tiene como objetivo crear el espacio normativo y operativo para orientar el desarrollo o la adaptación y aplicación de

		directrices para enfermedades nacionales prioritarias, buscando alcanzar estándares de calidad y mejorar los resultados sanitarios, al tiempo que se promueve la seguridad del paciente y la contención de costes. El alcance del programa abarcará desde la planificación, el desarrollo, la aplicación de directrices y la supervisión de su cumplimiento hasta la coordinación de la actualización de las directrices de práctica clínica").
Método medición	de	<p>Todos los países que respondan afirmativamente a la siguiente pregunta serán considerados como cumplidores de este indicador: ¿El país cuenta con mecanismos, procedimientos y estándares para el desarrollo o adaptación de guías de práctica clínica basadas en la mejor evidencia?</p> <p>El programa ideal de guías de práctica clínica debería incluir los siguientes componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de los objetivos del programa nacional de guías. Identificación de una entidad responsable del programa nacional de guías y sus actividades. • Participación de los actores clave para la elaboración e implementación de guías a nivel nacional. • Niveles de gestión y sostenibilidad del programa nacional de guías. • Definición de los medios de participación ciudadana. • Implementación de las guías a nivel nacional. • Evaluación del programa nacional de guías.
Numerador		Número de países y territorios que han avanzado en la implementación de programas nacionales de guías de práctica clínica.
Denominador		No aplica
Desagregación/dimension adicional		País
Fuentes de datos		Encuestas aplicadas a gobiernos nacionales de los Estados Miembros y documentos oficiales nacionales que hagan mención explícita a planes, estrategias o programas de la implementación de guías de práctica clínica
Limitaciones		
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador		Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias		Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025: Examen de mitad de período. Washington DC; 2023. Disponible en:

	https://www.paho.org/es/documentos/ce172inf10-informes-progreso-sobre-asuntos-tecnicos-c-estrategia-plan-accion-para
--	---

INDICADOR 47. INFORMACIÓN NACIONAL SOBRE EL NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LAS PERSONAS CON LOS SERVICIOS DE SALUD

Nombre abreviado	Información nacional sobre el nivel de satisfacción de las personas con los servicios de salud
Nombre del indicador	Número de países que disponen de información nacional sobre el nivel de satisfacción de las personas con los servicios de salud.
Dominio	Desempeño de la Atención Primaria en Salud
Subdominio	Sistemas para el mejoramiento de la calidad
Propósito	Este indicador tiene como objetivo reconocer si el país tiene la capacidad de reflejar de manera amplia la satisfacción del paciente para comprender en qué medida los pacientes creen que se cumplieron sus expectativas durante su experiencia en los servicios de salud.
Definición	El indicador mide el número de países que evalúan periódicamente el nivel de satisfacción de la población con los servicios sanitarios, al menos a nivel subnacional.
Método de medición	Todos los países y territorios de la Región de las Américas que cuenten con información regular sobre el nivel de satisfacción de las personas con los servicios de salud, al menos a nivel subnacional, deben ser considerados para cumplir con este indicador.
Numerador	Número de países que disponen de información nacional sobre el nivel de satisfacción de las personas con los servicios de salud.
Denominador	No aplica
Desagregación/dimension adicional	País
Fuentes de datos	Encuestas aplicadas a gobiernos nacionales de los Estados Miembros e información de sitios oficiales de los ministerios de salud nacionales
Limitaciones	Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025, Organización Panamericana de la Salud.
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias	Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025: Examen de mitad de período. Washington DC; 2023. Disponible en:

<https://www.paho.org/es/documentos/ce172inf10-informes-progreso-sobre-asuntos-tecnicos-c-estrategia-plan-accion-para>

**INDICADOR 48. SISTEMAS DE MEJORA CONTINUA DE LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD
MEDIANTE MECANISMOS DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD**

Nombre abreviado	Sistemas de mejora continua de la calidad de los servicios de salud mediante mecanismos de evaluación de la calidad
Nombre del indicador	Número de países y territorios que cuentan con sistemas de mejora continua de la calidad de los servicios de salud mediante mecanismos de evaluación de la calidad
Dominio	Desempeño de la Atención Primaria en Salud
Subdominio	Sistemas para el mejoramiento de la calidad
Propósito	
Definición	Implantar sistemas de mejora continua de la calidad en los sistemas sanitarios es esencial para optimizar la seguridad, la eficacia, la eficiencia y la equidad en la atención sanitaria. Estos sistemas incorporan mecanismos de evaluación de la calidad como la inspección, la auditoría y la retroalimentación. Estos procesos son establecidos por la autoridad sanitaria para ser aplicados a nivel institucional o de red.
Método medición	<p>Para determinar qué países cumplen, se considerarán todos aquellos países que respondan afirmativamente a la pregunta: ¿El país cuenta con metodologías, procedimientos y sistemas para evaluar la calidad de los servicios de salud mediante inspecciones o auditorías, y se utilizan los resultados para retroalimentar la gestión de los servicios de salud y la rendición de cuentas (mejora de la calidad)?</p> <p>Para obtener una respuesta positiva a esta pregunta, es necesario que la autoridad sanitaria tenga un rol promotor o coordinador, y que el proceso esté instalado de manera permanente o recurrente de forma generalizada en todo el sistema y servicios de salud del país. No se considerarán experiencias aisladas o puntuales que no se hayan mantenido a lo largo del tiempo.</p> <p>En caso de que la respuesta sea positiva, se investigarán las metodologías, modelos o herramientas utilizadas (por ejemplo: modelos de acreditación o certificación de calidad, sistemas de vigilancia y seguimiento para problemas prioritarios en la calidad de la atención en el país, metodologías para monitorear el desempeño, seguridad y calidad en la prestación de servicios de salud). Deberá especificarse la naturaleza voluntaria u obligatoria, el alcance</p>

	institucional y el alcance temático (por ejemplo, mortalidad materna).
Numerador	Número de países y territorios que cuentan con sistemas de mejora continua de la calidad de los servicios de salud mediante mecanismos de evaluación de la calidad
Denominador	No aplica
Desagregación/dimension adicional	País
Fuentes de datos	Proporcionada por cada país / información de páginas web ministeriales / información de la OPS (Organización Panamericana de la Salud)
Limitaciones	
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias	Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025: Examen de mitad de período. Washington DC; 2023. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/ce172inf10-informes-progreso-sobre-asuntos-tecnicos-c-estrategia-plan-accion-para

INDICADOR 49. IMPLEMENTACIÓN DE SISTEMAS DE REPORTE DE EVENTOS CENTINELA

Nombre abreviado	Implementación de sistemas de reporte de eventos centinela
Nombre del indicador	Número de países y territorios que han implementado sistemas de reporte de eventos centinela y están vigentes.
Dominio	Desempeño de la Atención Primaria en Salud
Subdominio	Sistemas para el mejoramiento de la calidad
Propósito	Los sistemas de notificación de eventos centinela garantizan la calidad y la seguridad de los servicios sanitarios. Este indicador tiene por objetivo reconocer si el Estado Miembro cuenta con un sistema que le permita permiten identificar, registrar y analizar estos sucesos especialmente graves para evitar que se repitan y mejorar la seguridad del paciente.

Definición	Un acontecimiento centinela es un incidente inesperado que provoca lesiones graves o la muerte del paciente y que no se debe al curso natural de su enfermedad, sino a los servicios sanitarios prestados (o a la falta de ellos). Estos sistemas permiten identificar, registrar y analizar estos sucesos especialmente graves para evitar que se repitan y mejorar la seguridad del paciente. Los servicios sanitarios pueden establecer sistemas de notificación de eventos adversos o implantar sistemas de notificación-vigilancia de eventos centinela, o controlar la incidencia de eventos centinela o de eventos adversos seleccionados a través de otros sistemas de vigilancia (por ejemplo, la mortalidad materna).
Método medición	de Para considerar que un país ha cumplido con este indicador, debe contar con un sistema operativo para reportar eventos nunca sucedidos* (o eventos centinela**). *Un incidente de seguridad del paciente que resulta en un daño grave al paciente o la muerte (especialmente errores médicos impactantes, como cirugías en el lugar incorrecto, que nunca deberían ocurrir). **Un acontecimiento inesperado que resulta en la muerte o una lesión física o psicológica grave, o el riesgo de los mismos. La lesión grave incluye específicamente la pérdida de una extremidad o función. La frase "o el riesgo de los mismos" incluye cualquier variación en un proceso cuya repetición conllevaría un riesgo significativo de un resultado adverso grave.
Numerador	Número de países y territorios que han implementado sistemas de reporte de eventos centinela y están vigentes.
Denominador	No aplica
Desagregación/dimension adicional	País
Fuentes de datos	Seguimiento realizado por la Encuesta del Plan Global de Acción para la Seguridad del Paciente a instituciones gubernamentales.
Limitaciones	
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias	Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción para mejorar la calidad de la atención en la prestación de servicios de salud 2020-2025: Examen de mitad de período. Washington DC; 2023. Disponible en: https://www.paho.org/es/documentos/ce172inf10-informes-progreso-sobre-asuntos-tecnicos-c-estrategia-plan-accion-para

INDICADOR 50. IMPLEMENTACIÓN DE PROGRAMAS DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES (PCI)

Nombre abreviado	Implementación de programas de prevención y control de infecciones (PCI)
Nombre del indicador	Número de países y territorios que han implementado programas de prevención y control de infecciones (PCI)
Dominio	Desempeño de la Atención Primaria en Salud
Subdominio	Sistemas para el mejoramiento de la calidad
Propósito	Prevenir el daño a los pacientes, trabajadores de la salud y visitantes debido a infecciones en las instituciones de atención en salud es fundamental para lograr una atención de calidad, la seguridad del paciente, la seguridad sanitaria y la reducción de las infecciones asociadas a la atención médica y la resistencia a los antimicrobianos. Este indicador tiene como propósito identificar el desarrollo de los programas nacionales de PCI.
Definición	<p>El indicador mide el nivel de desarrollo de los programas nacionales de PCI y su aplicación según las normas de la OMS, en cada país.</p> <p>A - No se dispone de un programa o plan operativo nacional de PCI.</p> <p>B - Se dispone de un programa o plan operativo nacional de PCI. Existen normas nacionales de CIF y de agua, saneamiento e higiene (WASH) y salud ambiental, pero no se aplican plenamente.</p> <p>C - Se dispone de un programa nacional de PCI y de un plan operativo, así como de directrices nacionales para la CIP de la atención sanitaria y se han difundido. Algunos centros de salud están aplicando las directrices, con seguimiento y retroalimentación.</p> <p>D - Se dispone de un programa nacional de PCI conforme a las directrices de la OMS sobre los componentes básicos de la PCI y se aplican planes y directrices de PCI en todo el país. Todos los centros de atención sanitaria disponen de un entorno construido funcional (incluidos agua y saneamiento) y de los materiales y equipos necesarios para llevar a cabo la PCI, de acuerdo con las normas nacionales.</p> <p>E - Existen programas de CIP que funcionan a nivel nacional y en los centros de salud de acuerdo con las directrices de la OMS sobre los componentes básicos de la PCI. El cumplimiento y la eficacia se evalúan y publican periódicamente. Los planes y las orientaciones se actualizan en respuesta al seguimiento.</p>
Método de medición	El indicador es medido por encuestas de autoevaluación de los países y reportada en la “Global Database for Tracking Antimicrobial Resistance (AMR)”, de OMS.
Numerador	Número de países y territorios que han implantado programas de prevención y control de infecciones (PCI)
Denominador	No aplica

Desagregación/dimension adicional	País
Fuentes de datos	<p>Global Database for Tracking Antimicrobial Resistance (AMR). Country Self- Assessment Survey (TrACSS). Ginebra: OMS; 2018-2022 [citado septiembre 1, 2023]. Disponible en: https://amrcountryprogress.org/#/visualization-view</p> <p>Nota: Indicador 3.5 Infection Prevention and Control (IPC) in Human Health Care para datos de 2022 en Adelante. indicador 8.1 Prevention and Control (IPC) in Human Health Care para datos año 2021 o antes.</p>
Limitaciones	
Unidad técnica de la OPS responsable del indicador	Unidad de Atención Primaria de Salud y Prestación Integrada de Servicios del Departamento de Sistemas y Servicios de Salud (HSS/PH)
Referencias	<p>Global Database for Tracking Antimicrobial Resistance (AMR). Country Self- Assessment Survey (TrACSS). Ginebra: OMS; 2018-2022 [citado septiembre 1, 2023]. Disponible en: https://amrcountryprogress.org/#/visualization-view</p>

Referencias

1. 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 [Operational framework for primary health care: transforming vision into action]. Ginebra; 2021.
2. World Health Organization, United Nations Children's Fund. Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens. Geneva; 2022.