



INSP

## Cuentas nacionales de salud reproductiva y equidad de género





Cuentas Nacionales  
de Salud Reproductiva  
y Equidad de Género

# Cuentas Nacionales de Salud Reproductiva y Equidad de Género

## **Secretaría de Salud**

Dr. Julio Frenk Mora  
**Secretario de Salud**

Dr. Roberto Tapia Conyer  
**Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud**

Dr. Enrique Ruelas Barajas  
**Subsecretario de Innovación y Calidad**

Lic. Ma. Eugenia de León-May  
**Subsecretaria de Administración y Fianzas**

Dr. Jaime Sepúlveda Amor  
**Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud**

Lic. Ignacio Ibarra Espinosa  
**Director General de Asuntos Jurídicos**

Lic. Adriana Cuevas Argumedo  
**Directora General de Comunicación Social**

Lic. María Eugenia Galván Antillón  
**Titular del Órgano Interno de Control  
en la Secretaría de Salud**

Dra. Patricia Uribe Zúñiga  
**Directora General del Centro Nacional  
de Equidad de Género y Salud Reproductiva**

Dra. Raffaella Schiavon Ermani  
**Directora General Adjunta de Salud Reproductiva**

Dra. Aurora del Río Zolezzi  
**Directora General Adjunta de Equidad de Género**

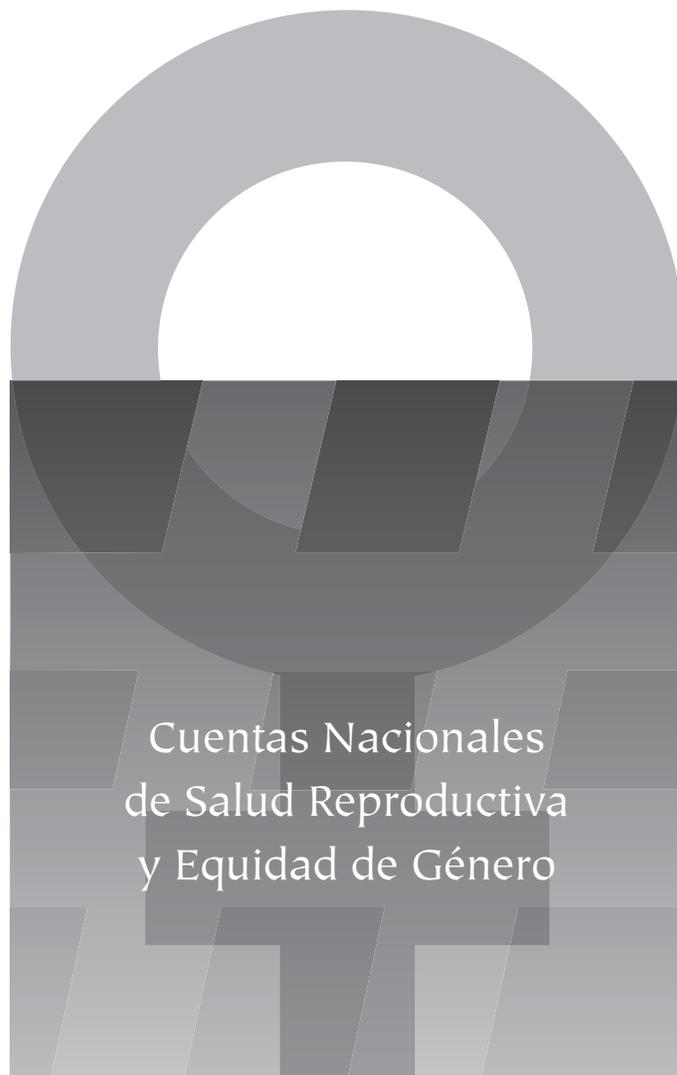
Dra. Lourdes Quintanilla Rodríguez  
**Directora General Adjunta de Salud Materna y Perinatal**

## **Instituto Nacional de Salud Pública**

Dr. Mauricio Hernández Avila  
**Director General**

Dr. Miguel Angel González Block  
**Director Ejecutivo Centro de Investigación  
en Sistemas de Salud**

Lic. Carlos Oropeza Abúndez  
**Subdirector de Comunicación Científica y Publicaciones**



Cuentas Nacionales  
de Salud Reproductiva  
y Equidad de Género

Preparado por:

Leticia Avila  
Lucero Cahuana  
Ricardo Pérez

## **Cuentas nacionales de salud reproductiva y equidad de género**

D. R. © Primera Edición, 2005

Secretaría de Salud  
Lleja 7, colonia Juárez  
06696 México, D.F.

Instituto Nacional de Salud Pública  
Av. Universidad 655, colonia Santa María Ahuacatlán  
62508 Cuernavaca, Morelos, México

ISBN 970-721-177-6 Secretaría de Salud  
ISBN 968-6502-96-3 Instituto Nacional de Salud Pública

Impreso y hecho en México  
*Printed in México*

### **Citación sugerida:**

Avila L, Cahuana L, Pérez R. Cuentas nacionales en salud reproductiva y equidad de género. México, D.F./Cuernavaca: Secretaría de Salud/Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.

## AGRADECIMIENTOS

Los autores desean agradecer a las siguientes personas, que colaboraron para que este proyecto se lleve a cabo

### **Secretaría de Salud**

Mtra. María Fernanda Merino Juárez  
Mtra. María Vanessa Vásquez Meseguer  
Lic. María Victoria Castro Borbonio  
Dr. Gustavo Von Schmeling Gan  
Lic. Homero León Pineda

### **Servicios de Salud Estatales**

#### **Guerrero**

Dr. Luis Rodrigo Barrera Ríos  
Dr. Fernando Valle Zavaleta  
Dr. Tomás Miranda Barrientos  
Dra. Arizbe Zacarías Díaz  
Dr. Jaime Rendón Gómez

#### **Puebla**

Dr. Roberto Morales Flores  
Dr. Jorge George Sánchez  
Dr. Carlos Galindo Rodríguez

#### **Oaxaca**

Dr. Armando Altamirano Jimenez  
Dr. Miguel Angel Colmenares Martínez  
Dr. Emilio Esperón Castellano  
Dra. María de los Angeles Cheng López  
Lic. Gerardo Flores Mendoz  
Lic. César Hernández Figueroa  
Lic. Ruben Portillo Mijangos  
Lic. Oscar García Ramírez  
Lic. Jose Antonio Correa Argüello  
Dr. José Román Pinto Gil  
Dr. Alberto Gutiérrez Aragón

#### **Coahuila**

Dra. Bertha Cristina Castellano Muñoz  
Dr. Enrique de Jesús Sainz Herrera  
Dr. Marco Ruiz Praxis  
C.P. Agustín Humberto Valdes Aguirre  
Dr. Javier Pérez Estupiñon  
Dr. Ildefonso Villareyo Domínguez

#### **Veracruz**

Dr. Alejandro Escobar  
Dr. Rodolfo Souza Hernández  
Dr. Rafael Gilberto Moreno Olvera  
Rocío Aurora Cruz Fernández  
Raúl Castillo Rico  
Dr. Mauricio Fidel Mendoza González

### **ISSSTE**

Lic. Benjamín González Roaro  
Lic. Pedro Vázques Colmenares Guzmán  
Dr. Manuel Urbina Fuentes  
Dr. Antonio Guzmán Nacoud  
Lic. Carlos Espinosa Sánchez  
Dr. Rafael Castillo Arriaga  
Lic. Hilda Morales Molina  
Lic. Alberto Asai Camacho  
Lic. Maria Dolores Martínez Zárate  
Lic. Magdalena Marvaez García

### **IMSS**

Dr. Vítelio Velasco Murillo  
Dr. José Luis Pozos Cavanzo  
ESP. Eduardo Navarrete Hernández  
ESP. Víctor Ceballos Barrios  
Dra. Sonia Fernández Cantú  
Dr. Héctor Gómez Dántes  
Mat. César Hernández García  
Lic. Raúl Orozco Aguilar  
Lic. Patricia E. Corona León  
Mat. Arturo Huitzil Huitzil

### **IMSS-Oportunidades**

Dr. Javier Cabral Soto  
Dra. Celia Escandón Romero  
C.P. Mario Martínez Enciso  
Dr. Juan Carlos Ledezma

### **MEXFAM**

Dr. Vicente Díaz Sánchez  
C.P. Roberto Ramírez Soto  
C.P. Alicia Victoria Angeles González

### **FEMAP**

Dr. Enrique Suárez Toriello  
Lic. Jesús Servin Chávez



# Índice

<b>Mensaje del Secretario de Salud</b>	<b>11</b>
<b>Presentación</b>	<b>14</b>
<b>Síntesis Ejecutiva</b>	<b>15</b>
<b>1. Introducción</b>	<b>19</b>
1.1 Las Cuentas Nacionales en Salud Reproductiva	20
<b>2. Entorno del Sistema de Salud</b>	<b>23</b>
2.1 Organización	23
2.2 Financiamiento de la salud	23
2.3 Situación de la salud reproductiva	24
2.3.1 Mortalidad infantil	24
2.3.2 Mortalidad materna	24
2.3.3 Cáncer cérvico-uterino	25
2.3.4 Cáncer de mama	25
2.3.5 Equidad de género y violencia intrafamiliar	25
<b>3. Metodología</b>	<b>27</b>
3.1 Límite espacial	28
3.2 Límite temporal	28
3.3 Definición de categorías de análisis	28
3.3.1 Agentes financieros	29
3.3.2 Proveedores	29
3.3.3 Funciones de salud reproductiva	29
3.3.4 Beneficiarios de salud reproductiva	30
3.4 Recopilación de datos	30
3.5 Conformación de las matrices	31
3.5.1 Estimación del gasto vía presupuestos	31
3.5.2 Estimación del gasto vía costos	32
3.6 Estimación del gasto privado	32
3.7 Llenado de matrices	33
3.8 Población beneficiaria por programa	33
<b>4. Información y supuestos utilizados</b>	<b>35</b>
4.1 SSA	35
4.2 IMSS-Oportunidades	35
4.3 IMSS	35
4.4 ISSSTE	36
4.5 Gasto privado	36

<b>5.</b>	<b>Gasto en salud reproductiva en México</b>	<b>37</b>
	5.1 Financiamiento de los agentes financieros para las principales funciones de salud reproductiva	38
	5.1.1 Atención curativa	38
	5.1.2 Productos médicos dispensados	38
	5.1.3 Prevención y salud pública en salud reproductiva	40
	5.2 Gasto de los proveedores por función de salud	40
<b>6.</b>	<b>Gasto en salud reproductiva por programa</b>	<b>43</b>
	6.1 Gasto en salud materno-perinatal	43
	6.2 Gasto en planificación familiar	44
	6.3 Gasto en cáncer cérvico-uterino	44
	6.4 Gasto en cáncer mamario	44
<b>7.</b>	<b>Gasto en salud reproductiva por institución</b>	<b>45</b>
	7.1 Gasto público	45
	7.1.1 SSA	45
	7.1.2 IMSS-Oportunidades	47
	7.1.3 IMSS	47
	7.1.4 ISSSTE	49
	7.2 Gasto privado	52
<b>8.</b>	<b>Conclusiones</b>	<b>55</b>
	<b>Anexos</b>	<b>57</b>
	Anexo A	58
	Anexo B	63
	Anexo C	64
	Anexo D	78
	Glosario	92
	<b>Bibliografía</b>	<b>93</b>

## Mensaje del Secretario de Salud

Una de las estrategias fundamentales del *Programa Nacional de Salud 2001-2006* es fortalecer el papel rector de la Secretaría de Salud, lo que implica, entre otras acciones, crear un sistema de cuentas nacionales y estatales de salud, en el marco más amplio de un sistema de información financiera para apoyar la toma de decisiones en materia de financiación y asignación del gasto.

El Sistema Nacional de Cuentas Nacionales de Salud (SICUENTAS) de la Secretaría de Salud agrupa la información estadística y económica, desagregando información de gasto en salud en grandes funciones según fuente, fondo, proveedor, tipo y nivel de atención, entre otras variables. Además del análisis más general de cuentas nacionales, se cuenta con

algunos ejercicios específicos como gasto por VIH/SIDA, ya que el nivel de agregación de la información existente no permite identificar plenamente en los ámbitos nacional o local el flujo de recursos para la mayor parte de los programas, incluyendo los vinculados con la salud de las mujeres.

En un sistema de salud como el de México, en el que participan múltiples instituciones y organismos de los sectores público, privado y social, la elaboración de cuentas nacionales específicas por programa es una tarea aun más compleja, por lo que frecuentemente se realizan esfuerzos para conocer los flujos de financiamiento y gasto con base en estudios focalizados o con la información institucional pública disponible que no refleja necesariamente la situación real de todo el sistema de salud debido a la multiplicidad de instituciones que participan estos programas.

Tradicionalmente, la asignación de recursos ha seguido inercias históricas que no siempre cambian con la velocidad requerida para enfrentar los retos en salud que surgen de la transición epidemiológica y demográfica por la que atraviesa nuestro país. Algunos aspectos de la salud de la mujer han sido considerados prioritarios por el Estado mexicano desde hace varias décadas, especialmente la planificación familiar y la salud materno infantil. En años más recientes, la preocupación se ha extendido a otras áreas de la salud de la mujer. Ejemplos de ello son la participación de México en las conferencias convocadas por Naciones Unidas en Cairo (ICPD, 1994) y Beijing (ICW, 1995) y las reuniones internacionales de seguimiento cinco y diez años después; así como la creación del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva en 2003, al integrar el programa de Mujer y Salud con el de Salud Reproductiva, dando un enfoque completo a la salud de la mujer a través de todo el ciclo de vida, con acciones específicas para disminuir la inequidad de género en salud e integrando la atención de problemas de gran trascendencia como la violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Asimismo, la mujer es considerada no sólo como usuaria de los servicios de salud, sino como profesional de la salud y proveedora de servicios de salud en el ámbito domiciliario y comunitario.

No obstante estos esfuerzos, los recursos destinados a atender los nuevos componentes del programa Mujer y Salud son aún escasos. En varias entidades federativas el concepto de salud de la mujer se restringe a sus funciones reproductivas y no se ha incorporado un

enfoque de ciclo vital, imprescindible para ofrecer una respuesta efectiva a las necesidades de salud de las mujeres.

En nuestro país las instituciones de salud han hecho esfuerzos importantes para mejorar la calidad en la prestación de los servicios de salud reproductiva; sin embargo, todavía existen diferencias y deficiencias que deben superarse. Estos retos representan oportunidades en beneficio de la sociedad. Todos los individuos, sin importar su sexo, edad, raza, condición social o política, credo o preferencias sexuales, tienen el derecho a beneficiarse de los avances científicos y tecnológicos y a recibir servicios de calidad con eficiencia y oportunidad.

Para extender la cobertura de los servicios a los grupos marginados por condiciones sociales o geográficas, se debe ampliar la diversidad de instituciones y establecimientos, facilitar formas diferentes de financiación, diseñar mecanismos que permitan el flujo de recursos y multiplicar las formas de participación del sector privado. La atención a la salud sexual y reproductiva es una cuestión de derechos humanos y de justicia social al igual que disminuir las inequidades de género en salud.

Por lo anterior, la Secretaría de Salud, a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, consideró fundamental realizar el primer ejercicio de cuentas nacionales para los programas de Salud Reproductiva y de Mujer y Salud, con el objeto de conocer si los recursos se están asignando de acuerdo con las prioridades establecidas en el país y como un indicador para el seguimiento y evaluación de estos programas.

Esta información será de gran utilidad para la formulación de políticas públicas a favor de la equidad de género y salud reproductiva. El análisis del financiamiento y gasto en estas áreas de la salud brinda elementos que permiten identificar la insuficiencia de recursos; diversificar las fuentes de financiamiento; generar incentivos para movilizar recursos, y delimitar áreas donde se pueda alcanzar mayor eficiencia en su asignación y una mayor equidad en su distribución.

El proyecto fue realizado por el Instituto Nacional de Salud Pública. Este estudio no hubiera sido posible sin la colaboración de todas

las instituciones públicas del sector salud, entidades federativas, organizaciones civiles e instituciones privadas que proporcionaron la información necesaria para el desarrollo de este proyecto, por lo que queremos agradecer y reconocer su participación y apoyo. Se utilizaron diversas fuentes oficiales de información para el gasto público, así como estimaciones vía presupuesto y vía costos. Para el gasto privado se utilizaron las encuestas nacionales de Ingreso y Gasto de los Hogares (2002), de Salud 2000, de Evaluación del Desempeño 2002 y de Salud Reproductiva 2003; información de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros; así como de las más importantes ONG.

Con este informe final, la Secretaría de Salud pone a disposición de instituciones públicas y privadas, entidades federativas, investigadores, tomadores de decisión, prestadores de servicios de salud, organizaciones civiles y la sociedad en su conjunto, los resultados de este proyecto. Estamos convencidos de que la información contenida en él contribuirá a cumplir con el esfuerzo del Gobierno federal a favor de la transparencia y con los compromisos internacionales signados por nuestro país, como la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (El Cairo, 1994).

El ejercicio que representan las Cuentas Nacionales de Salud es trascendente, ya que genera información para la evaluación de los resultados que se van alcanzando, los resultados de la descentralización y de las reformas del sistema de salud en los programas, así como para vigilar que los recursos sean asignados de acuerdo con las prioridades nacionales y locales establecidas; por lo que es fundamental promover su desarrollo en el ámbito local e institucional como un elemento clave en la toma de decisiones.

Este esfuerzo es el comienzo de un compromiso del Gobierno federal para generar de manera periódica información sobre los flujos de financiamiento y gasto en programas específicos prioritarios, como un mecanismo de rendición de cuentas ante la sociedad mexicana y una herramienta de análisis sólida para orientar las políticas públicas de salud.

**Julio Frenk Mora**

Secretario de Salud

# Presentación

México está viviendo una transición demográfica y epidemiológica acelerada, a la vez que una mayor descentralización política y financiera, todo ello en el contexto de la democratización. En los últimos tres lustros se redujeron los nacimientos en 18%, mientras que la mortalidad infantil se abatió de 37 a 23 por mil nacidos vivos entre 1990 y 2000. Vivimos ahora otra rápida transición en el financiamiento y la provisión de servicios de salud donde, gracias al Seguro Popular de Salud, las contribuciones federales y estatales al gasto pasarán a ser fundamentales para el año 2010. En este contexto de rápidos cambios se requiere de una herramienta de seguimiento de este gasto, que permita monitorear y redirigir los recursos hacia prioridades cambiantes, así como en terrenos específicos. Esta herramienta también debe permitir la rendición de cuentas de múltiples y cambiantes actores, identificando su contribución específica hacia el bienestar nacional.

Las cuentas nacionales en salud son hoy en día el instrumento básico para garantizar la contribución eficiente y equitativa y la presupuestación por problemas de salud. Esta metodología permite identificar quiénes contribuyen, con cuánto y por medio de qué mecanismos financieros. Así, se ha establecido que países como México tienen un aporte desmedido de fondos familiares para problemas de salud curativa, que se traducen en gastos catastróficos que empobrecen más a las personas. Las cuentas nacionales y estatales han dejado ver grandes disparidades en la contribución por fuentes y fondos en el ámbito estatal.

La metodología de cuentas nacionales ha logrado ya ir del diagnóstico hacia la acción. Gracias a esta metodología, se identificó la importancia del gasto de bolsillo en el gasto total para justificar, sobre sólidas bases científicas, el seguro público universal como instrumento de equidad y desarrollo social. Las cuentas nacionales también han ayudado a ver la importancia de depositar los recursos en fondos con una alta capacidad para transformarlos en el mayor bienestar. Las cuentas nacionales prometen, así, ser una herramienta para monitorear programas sociales específicos como los de salud reproductiva.

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva de la Secretaría de Salud y el Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública ponen a disposición del público este valioso informe sobre las cuentas nacionales y estatales en salud reproductiva. Es de esperarse que este ejercicio se repita periódicamente para establecer las tendencias hacia el mayor bienestar de la mujer y del niño, así como hacia la mayor equidad entre géneros. Asimismo, con este volumen, esperamos conformar una colección de informes para la acción que contribuyan al desarrollo de políticas de salud sobre bases científicas.

## **Patricia Uribe**

Directora General  
Centro Nacional de Equidad de  
Género y Salud Reproductiva  
Secretaría de Salud

## **Miguel Angel González Block**

Director Ejecutivo  
Centro de Investigaciones  
en Sistemas de Salud,  
Instituto Nacional de  
Salud Pública

# Síntesis Ejecutiva

## INTRODUCCIÓN

La creciente evidencia sobre la importancia que tiene la salud para el bienestar individual y social, así como para el desarrollo económico, ha generado presiones para que las autoridades nacionales y la comunidad internacional inviertan nuevos recursos para la salud. Por ello, se requiere generar información financiera que permita conocer la cantidad de recursos financieros asignados, la distribución de los mismos, si esta asignación refleja las prioridades nacionales y locales o no, monitorear el impacto del proceso de descentralización, así como la distribución de la carga financiera entre los diferentes sectores de la sociedad. Conocer dónde residen los beneficios del gasto en salud en términos de su valor financiero es una medida necesaria para la evaluación de del desempeño del sistema de salud.

Debido a ello, así como a la importancia que los programas de salud reproductiva tienen para México, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) estableció un convenio con el Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) para desarrollar las Cuentas Nacionales en Salud

Reproductiva (CuNaSaRe). Éstas buscan conocer el origen, la magnitud y la distribución de los recursos financieros hacia servicios y programas en salud reproductiva.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio se realizó entre agosto y diciembre de 2004. Se incluyeron las principales instituciones de salud, como la seguridad social, las instituciones públicas destinadas a la población de bajos recursos y el sector privado.

### **Salud reproductiva y equidad de género**

Por *salud reproductiva y equidad de género* se entendieron las actividades comprendidas dentro de los siguientes programas de salud:

**Salud materno-perinatal (SMP).** Comprende la atención del embarazo, parto y puerperio, atención del recién nacido, complicaciones relacionadas, aborto y promoción de la salud materno-perinatal. El número de sus beneficiarias se calcula a partir de los embarazos esperados durante 2003.

**Planificación familiar (PF).** Provisión y seguimiento de métodos anticonceptivos, fertilización asistida y promoción de la salud. Sus beneficiarias son las mujeres de 15 a 49 años.

**Cáncer cérvico-uterino (CaCu).** Detección oportuna del cáncer, campañas de tamizaje, atención del cáncer y displasias y promoción de la salud. Sus beneficiarias son las mujeres de 25 años y más.

**Cáncer mamario (CaMa).** Exploración mamaria, campañas de tamizaje, atención del cáncer y displasias y promoción de la salud. Sus beneficiarias son las mujeres de 25 años y más.

**Equidad de género.** Prevención de riesgos en salud por violencia de parejas brindadas por el sector público. Sus beneficiarias son las mujeres de 15 a 49 años.

### **Sistema de cuentas nacionales en salud reproductiva y equidad de género**

Es el sistema que documenta el flujo financiero en la producción y consumo de las actividades ya mencionadas a través de todo el sistema de salud, considerando dos dimensiones del sistema de salud, a saber:

**Agentes financieros.** Son quienes acumulan dinero y que lo asignan para la adquisición de bienes y servicios. Ejemplos de ellos son la SSA y los Servicios Estatales de Salud, IMSS, ISSSTE, IMSS-Oportunidades, hogares, empresas de seguros privados y ONG.

**Proveedores.** Son quienes reciben el dinero para producir bienes y servicios dentro del sector salud. Agrupan hospitales, centros de atención ambulatoria, farmacias y la administración pública.

Otra categoría utilizada fue la de **funciones de salud**, que se refiere a las actividades realizadas por instituciones o individuos en pro de la salud. Como ejemplo se puede citar la atención curativa hospitalaria que incluye la atención del parto, cesárea, aborto, y los servicios auxiliares que incluyen los estudios de laboratorio y gabinete.

La estimación de las CuNaSaRe se descendió hasta el nivel estatal y se consideró como gasto el presupuesto ejercido o valor monetario de las transacciones realizadas en el periodo enero a diciembre del 2003 en las actividades anteriormente mencionadas.

En la estimación del gasto público se utilizó información sobre presupuestos ejercidos en los planos nacional y estatal, el cual fue ponderado utilizando indicadores de producción. Cuando no se contó con suficiente información de presupuestos se usó información de costos promedio por actividad, los cuales fueron estimados por la propia institución con indicadores de producción. Para la estimación del gasto privado se utilizaron las Encuestas Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares 2002 (ENIGH, 2002) así como la de Salud Reproductiva 2003 (ENSAR, 2003). Adicionalmente se utilizó información de las más importantes ONGs, datos del gasto de las aseguradoras, y cuotas de recuperación. La información de este gasto sólo pudo estimarse para el plano nacional.

Se construyeron las siguientes matrices de gasto:

- Matriz 1. Gasto nacional de los agentes de financiamiento por función de salud reproductiva.
- Matriz 2. Gasto nacional de los proveedores de bienes y servicios por funciones de salud reproductiva
- Matriz 3. Gasto de los agentes de financiamiento a funciones de salud reproductiva por entidad federativa.

Para poder realizar comparaciones inter-estatales el gasto se ajustó por mujer beneficiaria.

## GASTO EN SALUD REPRODUCTIVA EN MÉXICO

El gasto en salud reproductiva para 2003 fue de \$ 23 489.07 millones de pesos, cantidad que representa cerca de 6% del gasto en salud para México en 2003. El 59% de este gasto fue público del cual el principal agente financiador fue la seguridad social. El gasto privado representó 41% del gasto, y de él, 91% provino del bolsillo de los hogares.

El gasto por beneficiaria de la seguridad social fue de \$12 167 pesos, poca más del doble que las mujeres cubiertas por la Secretaría de Salud, los Servicios Estatales de Salud y el IMSS-Oportunidades (\$ 5 104.78 pesos).

Respecto a las funciones de salud que componen el gasto en salud reproductiva, se observa que 73% del gasto en salud reproductiva está destinado a la asistencia curativa. Le sigue en importancia el gasto en los servicios de prevención y salud pública con 17%. Es importante señalar que en este rubro se incluyó la consulta a las embarazadas y de planificación familiar. El gasto en productos médicos dispensados representó 16% y su principal componente fue el gasto en métodos de planificación familiar. El gasto en atención hospitalaria no pudo desagregarse el gasto en medicamentos para cáncer cérvico-uterino (CaCu) y cáncer de mama (CaMa). La asistencia curativa ambulatoria, que incluye la consulta externa de especialidad, representó 7% del gasto.

Del gasto en salud reproductiva 67% es para salud materno-perinatal, 20% para planificación familiar, y 8 y 4% para CaCu y CaMa, respectivamente. Cabe mencionar que hubo poca información para estos dos últimos programas, por lo que este gasto está subestimado. El gasto para violencia intrafamiliar representa menos de 1% del gasto.

El gasto privado en salud reproductiva que incluye los hogares, el gasto por siniestralidad de las aseguradoras, las ONGs y las donaciones del exterior en salud reproductiva, ascendió a \$ 9 593 873 800 pesos. De esa cantidad, 91% fue pago de bolsillo de los hogares, siguiendo en importancia el gasto de las aseguradoras con 8%, las ONG con 1% y las donaciones del extranjero con 0.14%.

Con relación al gasto de los hogares, 39% correspondió a la atención hospitalaria del parto y la cesárea. El otro rubro de gasto importante fue la compra de anticonceptivos, que representa 35.5% del gasto de los hogares. El gasto para actividades relacionadas con la prevención o bien la atención de CaCu fue de 6.2%. Cabe aclarar que la mayor parte de este gasto se vinculó con la realización de pruebas de detección, debido a que no se contó con datos del gasto en atención hospitalaria.

## CONCLUSIONES

La estimación del gasto para cinco programas relacionados con la salud reproductiva, representa la primera experiencia para México. Los resultados de este estudio indican que el gasto en salud reproductiva y equidad de género representó cerca de 6% del gasto en salud y 0.4% del PIB para 2003. El 59% fue gasto público, 41% el gasto privado. El pago de bolsillo de los hogares representó 37% del gasto en salud reproductiva. Se encontraron importantes diferencias entre estados con mayor/menor (Baja California Norte/Guerrero) gasto por mujer beneficiaria sin acceso a la seguridad social. 56% del gasto está relacionado con la atención curativa hospitalaria y 67% corresponde a la atención a la capacidad reproductiva. El 64% del gasto se relaciona con la capacidad reproductiva, es decir, es gasto en salud materna y perinatal.

Las limitaciones más importantes se encontraron en la estimación del gasto privado, principalmente en la estimación del gasto por CaCu y CaMa. Sin embargo, por primera vez se dispone de información sobre el gasto para estos programas, lo cual permitirá una mejor asignación de los recursos en salud reproductiva.



# 1. Introducción

Debido a la creciente evidencia sobre la importancia de la salud para el bienestar individual y social, así como para el desarrollo económico, las autoridades nacionales y la comunidad internacional están invirtiendo nuevos recursos para la salud.<sup>1</sup> De ahí que la información que permita conocer y monitorear el financiamiento del sistema de salud constituya un insumo primordial para evaluar el desempeño de un sistema de salud.<sup>2</sup>

Los criterios que se consideran importantes en esta evaluación son, por una parte, conocer los logros en salud y su distribución entre la población y, por la otra, la distribución de la carga financiera.<sup>3,4</sup> Por ello, los gobiernos y sus socios internacionales buscan lograr la equidad en el financiamiento, obtener mejores resultados con los recursos invertidos, y asegurar que los recursos se empleen de manera eficiente, alcanzando a los beneficiarios de interés.<sup>1,5</sup> No obstante, se reconoce que la capacidad de los sistemas de salud para mejorar los resultados en salud está limitada debido a la falta de recursos y al uso ineficiente de los mismos.<sup>5-7, a</sup>

En el caso mexicano se ha documentado la existencia de ineficiencias en la asignación<sup>b</sup> de los recursos financieros. Lo anterior se debe, entre otras causas, a la construcción de presupuestos de manera histórica y centralizada, lo que ha limitado el ajuste de las asignaciones a las características epidemiológicas, de infraestructura disponible y de capacidad administrativa de cada institución y de cada entidad federativa.<sup>8-10</sup> Dadas las limitaciones que existen para movilizar mayores recursos

financieros, se debe dar mayor prioridad a la reorientación del gasto, así como a la utilización efectiva de los recursos nacionales,<sup>c</sup> ya que las mejoras en este sentido podrían tener un gran impacto en la mortalidad y en la carga de la enfermedad.<sup>2, 12</sup>

A fin de superar estos obstáculos, los tomadores de decisión requieren de un marco informativo oportuno, continuo e integral, con información desglosada y desagregada que permita identificar el monto del gasto en salud, en qué se está gastando y quién lo está gastando.<sup>5, 8</sup> Con el objeto de aportar esta información al sistema de salud mexicano, se desarrolló el Sistema de Cuentas Nacionales de Salud (SICUENTAS).<sup>8, 14-18</sup>

El modelo de SICUENTAS surge a partir de la metodología del Sistema de Cuentas Nacionales, que constituye un marco conceptualmente organizado para agrupar la información estadístico-económica de que dispone el país.<sup>20</sup> En México, la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) llevó a cabo los primeros ejercicios de estimación de cuentas nacionales en salud en el periodo 1992-1998. Empero, no fue sino hasta 2001 cuando se institucionalizan, quedando bajo la responsabilidad de la Secretaría de Salud su generación regular.<sup>14</sup>

A pesar de estos avances, persisten algunos problemas con la información financiera que se notifica; uno de ellos se refiere al nivel de agregación de la información existente, lo que permite identificar únicamente el flujo de recursos para grandes funciones del sistema. Esto dificulta que los tomadores de decisión

---

<sup>a</sup> Dmytraczenko T. Institutionalization of National Health Accounts in the Latin American and Caribbean Region: how to move forward (Draft). PHR/Harvard University. (sin fecha) 9 p

<sup>b</sup> La eficiencia de asignación se refiere a la definición de qué servicios, programas o actividades tienen más impacto sobre el estatus de salud de la población a un menor costo.<sup>13</sup>

<sup>c</sup> Moreno JC. La descentralización del gasto en salud en México: una revisión de sus criterios de asignación (distribución). Proyecto conjunto del CIDE y Fundación Ford. 36 p

tengan datos suficientes que permitan adecuar la distribución del presupuesto a las necesidades y prioridades locales, restando efecto a la política gubernamental de asignación de recursos financieros, dificultando el conocimiento económico de lo que sucede en el sector salud en el ámbito estatal, e impidiendo el manejo transparente de los recursos asignados para su operación descentralizada y eficiente.<sup>8, 12, 15</sup>

Con relación a la implantación del Sistema Nacional de Cuentas Estatales en Salud, si bien su desarrollo se inició entre los años 1994 y 1995,<sup>15</sup> en la actualidad pocos son los estados donde funciona cabalmente, de tal forma que los gobiernos estatales no tienen todavía la capacidad para evaluar si el gasto por programas responde a las principales necesidades, y si pone especial interés en los grupos considerados como prioritarios. La generación de este tipo de sistemas de contabilidad es relevante en países descentralizados donde tanto las autoridades nacionales como las estatales comparten la responsabilidad del desarrollo y la implantación de políticas de salud, como es el caso de México.<sup>14, 19</sup>

La importancia de generar esta información financiera radica en que ésta permitiría monitorear el impacto del proceso de descentralización, indicando si la asignación refleja las prioridades nacionales y locales o no, en sus diferentes dimensiones: grupos de ingreso (marginados); grupos de edad y sexo; regiones geográficas; grupos vulnerables; estados de salud u otras condiciones y, dentro de éstos, los tipos específicos de programas e intervenciones seleccionadas. Conocer dónde residen los beneficios del gasto en salud en términos de su valor financiero, es una medida necesaria para la evaluación de la equidad financiera en todo el país así como por estados, reflejando además las prioridades reales del sistema de salud y su comportamiento frente a las necesidades.<sup>1-5, 12, 14-16, 19</sup> De ahí que las SICUENTAS desagregadas en el nivel estatal sean un elemento clave para el traslado de funciones, atribuciones y recursos a los gobiernos estatales, dentro de un marco de rendición de cuentas que busque “rescatar, mediante la transparencia y la rendición de cuentas, la potestad ciudadana sobre los actos de gobierno”.<sup>20</sup>

Por otra parte, el hecho de que esta metodología permita la comparación internacional, puede generar lecciones acerca de las razones por las cuales países con niveles similares de gasto y carga de la enfermedad tienen resultados en salud diferentes.<sup>4, 21</sup> A lo anterior se aúna el hecho de que provee los medios para la búsqueda fructífera de las implicaciones financieras y de salud de los diferentes patrones de financiamiento.<sup>2</sup> En este sentido, cabe destacar que la eficiencia con la que las naciones son capaces de transformar su gasto en mejores resultados de salud, varía significativamente. Por ello, es necesario desarrollar modelos que, además de generar información del gasto, permitan incorporar aspectos relacionados con los determinantes de la salud, lo que llevaría a realizar comparaciones más apropiadas y a entender mejor las grandes diferencias en salud entre países con niveles similares de gasto en salud.<sup>21</sup>

## 1.1 LAS CUENTAS NACIONALES EN SALUD REPRODUCTIVA

A partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, llevada a cabo en El Cairo, Egipto, en 1994, se ha hecho hincapié en la necesidad de comprometer mayores cantidades de recursos financieros para la salud reproductiva como estrategia fundamental para solucionar algunos de los problemas de salud cuya importancia, reconocida por la mayoría de los gobiernos y la sociedad, está fuera de toda discusión.<sup>6, 11, 22</sup> Esto ha favorecido que en el plano internacional se esté aplicando la metodología de Sistema de Cuentas para estimar el monto del gasto a programas específicos<sup>11, 23</sup> y que estas cuentas desciendan a un plano subnacional, lo que permitirá evaluar la congruencia del gasto con indicadores de salud e identificar zonas de rezago o de inequidad financiera. De esta manera, países como Egipto y Sri-Lanka<sup>11</sup> han realizado ya estimaciones del gasto en salud reproductiva y Rwanda y Jordania están en el proceso de hacerlo. Como parte de estos esfuerzos, en México también se busca conocer el gasto en programas relacionados con salud reproductiva y que han sido señalados como de alta prioridad.

En general, las intervenciones asociadas a la salud reproductiva son altamente costo-efectivas. Los estudios realizados en materia de efectividad en función de los costos, han demostrado una y otra vez que la atención a la salud prenatal y posparto, la promoción de la lactancia materna, los servicios anticonceptivos, y las técnicas preventivas para la detección precoz del CaCu, salvan muchas vidas con intervenciones de costo relativamente bajo. En consecuencia, la inversión de los recursos disponibles para la salud en estas medidas es más eficiente que en prácticamente cualquier otra intervención de los servicios de salud.<sup>6, 22</sup>

La escasez de información impide estimar adecuadamente los requerimientos de recursos para la salud reproductiva, en los ámbitos nacional, estatal e internacional. Asimismo, se ha encontrado que si bien existe información del financiamiento en salud reproductiva para Egipto, Sri Lanka, Rwanda y Jordania, en la mayoría de estos países esta información es poco desagregada, por lo que se dificulta la comparación internacional. Otros problemas detectados han sido la carencia de datos sobre el gasto privado en servicios de salud reproductiva, así como la falta de desagregación del presupuesto gubernamental de manera que permita un análisis más detallado y la ambigüedad en los procedimientos para la recolección de información sobre estos gastos.<sup>11, 23</sup>

Debido a lo anterior, así como a la importancia que los programas de salud reproductiva tienen para México, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva

(CNEGSR) estableció un convenio con el Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) para desarrollar las Cuentas Nacionales en Salud Reproductiva (CuNaSaRe). A través de estas últimas se busca conocer el origen, la magnitud y la distribución de los recursos financieros hacia servicios y programas en salud reproductiva. La información que se genere a partir de este estudio será una herramienta muy útil para que los tomadores de decisión puedan establecer si se invierten suficientes recursos, si se requiere de mayores inversiones o si se deben reasignar de manera más eficiente y equitativa<sup>d</sup> los recursos financieros destinados a la salud reproductiva. Es importante señalar que este estudio no busca hacer recomendaciones sobre la forma en que deben distribuirse los recursos financieros, sino más bien servir como un insumo para quienes deben diseñar y adecuar las políticas de financiamiento y asignación de recursos financieros para la salud reproductiva.

En este informe se exponen los resultados de la construcción de las CuNaSaRe para el año 2003. En primer lugar, se desarrolla una descripción del entorno del sistema de salud en México, su organización y financiamiento. A continuación, se detalla la metodología utilizada en el análisis y la recopilación de datos, así como la información y los supuestos utilizados en la construcción de las CuNaSaRe. Finalmente, se presentan los resultados de este estudio a detalle, en los niveles de; agente por función; proveedor por función; programa de salud; y, por último, institución por función.

---

<sup>d</sup>Entendiendo el gasto en salud reproductiva como más equitativo si se gastan más recursos en áreas con mayores necesidades, medidas éstas a través de indicadores como la mortalidad materna y las tasas de fertilidad, entre otros.



## 2.

# Entorno del Sistema de Salud

### 2.1 ORGANIZACIÓN

El Sistema de Salud mexicano es de carácter mixto y fragmentado; está compuesto de servicios públicos y de seguridad social, así como de servicios privados, a los que la población puede acceder dependiendo de su nivel socioeconómico y de su situación laboral.<sup>24</sup> El subsistema de seguridad social se compone de cinco instituciones, siendo las más importantes el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) que da cobertura a los trabajadores empleados en el sector privado, y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE) que atiende a los empleados del sector público.<sup>25</sup> Petróleos Mexicanos (PEMEX) cuenta con su propio sistema de aseguramiento médico al igual que las fuerzas armadas, como son la Secretaría de la Defensa Nacional y la Secretaría de Marina (SEDENA y SEDEMAR, respectivamente).

La Secretaría de Salud (SSA) es la principal institución gubernamental que atiende a las personas de escasos recursos que no están aseguradas, conocidas como «población abierta», así como también al sector informal de la economía.<sup>25</sup> Entre las otras instituciones que atienden a la población sin seguridad social destacan por su importancia el IMSS-Oportunidades y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

El sector privado brinda atención a cualquier persona con capacidad de pago y se caracteriza por ser muy heterogéneo (en cuanto a calidad y costo) y poco regulado. Dentro de este sector, un grupo muy reducido y privilegiado –alrededor de 2% de la población total– está asegurado por alguna compañía de seguridad privada.

En 2002, se estimaba que casi 40% de la población se encontraba sin seguro y 60% estaba cubierto por alguna de las instituciones de seguridad social, de las cuales el IMSS cubriría por sí solo a 47% de la población gene-

ral.<sup>25</sup> Cabe mencionar que un importante porcentaje de la población asegurada hace uso de servicios privados de salud.

### 2.2 FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

El financiamiento del sistema de salud mexicano se basa principalmente en el pago de impuestos, las contribuciones obrero-patronales y el pago de primas privadas.<sup>24</sup> A pesar de que se ha incrementado el gasto en salud a partir del 2000, México sigue estando lejos del porcentaje de la riqueza que se destina a la salud en los países desarrollados, e incluso por debajo del gasto promedio para América Latina.<sup>26</sup>

Más de 50% del gasto total en salud en México es privado, y la mayor proporción de éste es gasto directo de los bolsillos que se destina a atención médica. En 2003, el gasto total en salud representó 6.1% del PIB, porcentaje que se ubica por debajo del promedio de gasto en América Latina. El gasto privado en salud representó 3.3% del PIB y el gasto público 2.8%.<sup>24, 26</sup>

La composición del gasto público/privado es muy diferente entre estados. Así, en 23 entidades federativas el gasto privado fue mayor que el público, y Michoacán y Sinaloa presentaron las mayores diferencias entre estos dos tipos de gasto. En estados como Tabasco y Yucatán predomina el gasto público. De hecho, Tabasco presenta un gasto público en salud como porcentaje del PIB estatal 2.5 veces más alto que Nuevo León.<sup>26</sup>

El gasto público en salud per capita en 2002 fue de \$1 893 pesos. Sin embargo, existen amplias diferencias entre instituciones. El gasto en salud para la población asegurada fue de \$2 833 pesos per capita, mientras para la población no asegurada fue de \$1 112 pesos. La diferencia entre estados es todavía mayor: el Distrito Federal gasta seis veces más en la población asegurada que el Estado de

México. Estas diferencias se encuentran también en el gasto per capita para población no asegurada; así, Baja California Sur tiene un gasto per capita cuatro veces mayor que Chiapas.<sup>26</sup>

En general, las aportaciones estatales han crecido de 14 a 17% en los últimos tres años. En nueve estados la participación estatal es superior a 20% del gasto total en salud, sobresaliendo el estado de Tabasco, con una participación mayor a 50%. Le siguen, aunque no de cerca, Jalisco y el Distrito Federal.<sup>26</sup>

## 2.3 SITUACIÓN DE LA SALUD REPRODUCTIVA

En el transcurso de los últimos 13 años, se ha venido observando una disminución significativa en la tasa de natalidad, lo que se refleja también en el número de nacimientos. Asimismo, se aprecia un incremento en la esperanza de vida (cuadro 1).<sup>27</sup> Estos cambios demográficos traen como consecuencia cambios en las necesidades de salud, ya que por una parte se espera una disminución en el número de partos atendidos, pero por la otra supone un incremento en las enfermedades crónico-degenerativas debido al envejecimiento de la población.

Cuadro 1

### Indicadores demográficos, República Mexicana 1990-2003

Indicador	1990	2003
Población a mitad de año	85 376 272	104 213 503
Hombres	42 548 478	51 844 576
Mujeres	42 827 794	52 368 927
Nacimientos	2 481 803	2 015 234
Defunciones	445 047	464 904
Tasa bruta de natalidad*	20.07	19.3
Tasa bruta de mortalidad	5.21	4.5
Tasa de crecimiento total**	1.99	1.11
Esperanza de vida total	71.20	74.9
Hombres	68.33	72.4
Mujeres	74.07	77.4

\* Tasa por mil habitantes

\*\* Tasa por cien

Fuente: CONAPO. Indicadores demográficos básicos. Enero 12, 2005.<sup>29</sup>

Con relación a la composición etárea de la población, en la figura 1 se observa disminución en la base de la pirámide poblacional como resultado del menor número de nacimientos, aunque la población mexicana se ubica principalmente en los grupos de edad reproductiva.

### 2.3.1 Mortalidad infantil

Hoy en día en México la probabilidad que tiene un niño de morir en el primer año de vida es menor a la mitad de la probabilidad que tenía hace 20 años. Sin embargo, se observa un cambio en el periodo en que se concentran las muertes infantiles en estos 20 años: anteriormente, ocurrían sobre todo en el periodo post neonatal (entre un mes y un año de edad) y eran producto, en su mayoría, de infecciones respiratorias agudas y diarreas. En la actualidad, más de 60% de las muertes infantiles se concentran en los primeros 28 días de vida y se deben a causas perinatales y a anomalías congénitas.

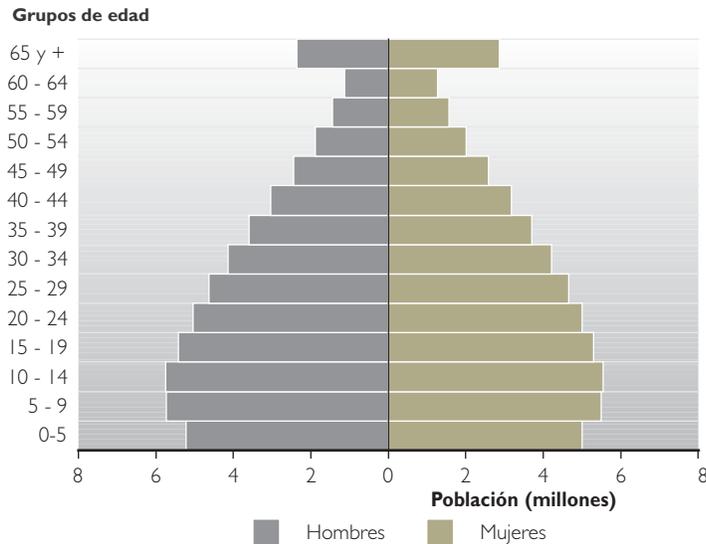
La disminución de la mortalidad infantil es diferencial entre estados. Existen entidades federativas con tasas de mortalidad infantil superiores a 30 por 1000 nacidos vivos, que son casi tres veces superiores a las notificadas en el Distrito Federal, Nuevo León y Baja California.<sup>26</sup>

### 2.3.2 Mortalidad materna

La mortalidad materna<sup>26</sup> también ha sufrido una caída dramática, reduciéndose de 250 por 100 000 nacidos vivos en 1955, a 65 en 2003. Sin embargo, todavía ocurren en el país 1 313 muertes maternas, muchas debidas a causas evitables con intervenciones poco costosas. Las causas más frecuentes de muerte materna son los trastornos hipertensivos del embarazo (31%) y las hemorragias en el embarazo y parto (26%). Sin embargo, los factores asociados a estas muertes son diferentes dependiendo del tipo de localidad de residencia. En las áreas urbanas casi la mitad de las muertes maternas se deben a complicaciones del embarazo, mientras que en las áreas rurales esa misma proporción corresponde a complicaciones en el parto.

Figura 1

**Pirámide poblacional de México, 2003**



Aunque la probabilidad de morir que tiene una mujer en el estado de Guerrero de morir por alguna causa relacionada con la maternidad sigue siendo más de ocho veces superior a la de Nuevo León, las diferencias entre estados se han acortado como consecuencia de la disminución de las muertes maternas en las entidades con cifras más altas.

**2.3.3 Cáncer cérvico-uterino**

A pesar de un descenso consistente en los últimos 12 años, el CaCu<sup>26</sup> sigue siendo la forma de cáncer que produce más muertes en mujeres mexicanas. En este sentido, se ha documentado que tanto la infección por el virus del papiloma humano, como la probabilidad de morir por esta patología, son mucho mayores en los grupos sociales marginados.

Estudios realizados en nuestro país han documentado que las mujeres que viven en zonas rurales presentan un riesgo de morir por esta enfermedad tres veces mayor que el de las mujeres de áreas urbanas. En el nivel estatal, las entidades de más alta marginación presentan una probabilidad de morir por CaCu es 100% mayor que la de los estados menos marginados. A pesar de que la población de mujeres de más de 25 años en los estados de muy alta marginación sólo representa 18% de la población nacional, en esas

entidades se concentra más del 25% de todas las muertes por este tipo de cáncer.

**2.3.4 Cáncer de mama**

Después de un persistente crecimiento,<sup>26</sup> la mortalidad por cáncer de mama muestra una tendencia a estabilizarse, e incluso ha descendido en, al menos, la mitad de los estados del país en los últimos cinco años. Las mayores reducciones en los últimos seis años se observan en San Luis Potosí, Colima y Tabasco. En sentido opuesto, se observa un incremento preocupante en Baja California Sur y Nayarit, mismo que puede deberse, entre otras causas, a una mejora en los sistemas de registro.

**2.3.5 Equidad de género y violencia intrafamiliar**

Para hablar de equidad de género es necesario saber qué se entiende por género: si bien existe una gran variedad de definiciones, también parece existir consenso en el sentido de que este concepto hace referencia a un conjunto de rasgos de personalidad, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que, a través de un proceso de construcción social, diferencia a los hombres de las mujeres. El género por tanto, es una categoría que da cuenta de las relaciones de poder entre hombres y mujeres,

que varían de acuerdo con los diferentes grupos socioeconómicos y culturales.<sup>29</sup>

Una manifestación extrema de estas relaciones de poder entre hombres y mujeres es la violencia contra estas últimas. En México, durante 2003 se llevó a cabo la primera Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres<sup>30</sup> la cual se centró principalmente en la violencia de pareja. Así, se encontró que una de cada cinco mujeres mexicanas usuarias de servicios de salud públicos viven en condiciones de violencia por parte de su pareja. La distribución

entre estados es muy grande, de tal manera que en algunos la prevalencia se incrementa hasta 32% y en otros disminuye hasta 9%. Se documentó, asimismo, que existe una mayor prevalencia de malestar emocional en las mujeres que viven en condiciones de violencia severa<sup>e</sup> y que 25% de las mujeres que viven en condiciones de maltrato por su pareja presentan una varias lesiones o daños físicos como consecuencia de la violencia física o sexual y que 30% de las que tuvieron lesiones requirieron acudir a los servicios de salud para atenderlas.<sup>f</sup>

---

<sup>e</sup> Valdéz R., Avila L., Juárez C., Salgado N., Híjar M. Violencia de género y otros factores asociados al malestar emocional. Rev. Salud Pública Mex. Vol. 47, 2005.

<sup>f</sup> Híjar M., Avila L., Valdéz R. ¿Cuándo utilizan servicios de salud las mujeres que viven en condiciones de violencia? En Prensa.

### 3. Metodología

El estudio de Cuentas Nacionales en Salud Reproductiva (CuNaSaRe) sigue la metodología propuesta por la OECD,<sup>28</sup> la versión ajustada para el caso de México a partir del Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud en México (SICUENTAS),<sup>14</sup> y la propuesta presentada en un ejercicio similar de Cuentas Nacionales en Salud Reproductiva realizado para Egipto y Sri Lanka.<sup>11</sup> Las CuNaSaRe representan un subanálisis del SICUENTAS que permite identificar el gasto en actividades cuyo objetivo fundamental es mejorar la salud reproductiva de los individuos durante un lapso específico.

Un aspecto importante que debe considerarse es lo que en este estudio se entiende por salud reproductiva, y, por lo tanto, por gasto en salud reproductiva. La OMS define la salud reproductiva como “*el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o daño, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, funciones y procesos, en todas las etapas de la vida*”.<sup>29</sup> Ésta es una definición amplia que incluye diferentes dimensiones que van desde la orientación e información sobre sexualidad a las y los adolescentes, la atención durante el embarazo, parto, cesárea, hasta la atención post-aborto. Además, engloba lo relacionado con la planificación familiar, fertilidad, infecciones de transmisión sexual, CaCu, CaMa, cáncer prostático, así como la atención tanto de la menopausia como del climaterio. En este estudio, debido a la escasa información en algunas de actividades no se incluyeron aquellas encaminadas a brindar orientación sobre sexualidad en adolescentes, así como tampoco la atención de la menopausia y el climaterio y el cáncer de próstata. Asimismo, se excluyó lo relacionado con la prevención y atención de las infecciones de transmisión sexual (ITS), debido a que este gasto se encuentra incluido parcial o totalmente en el Sistema de Cuentas de VIH.<sup>30</sup>

Debido a que las actividades de salud reproductivas son más restringidas, y para evitar confusiones con la definición amplia de la OMS, a continuación se presentan las definiciones operacionales de salud reproductiva y equidad de género utilizadas para este trabajo.

**Definición operacional de salud reproductiva y equidad de género.** Se entendió por *salud reproductiva y equidad de género* las actividades comprendidas dentro de los programas de salud:

- Salud materno-perinatal (SMP): atención del embarazo, parto y puerperio, atención del recién nacido, complicaciones relacionadas, aborto y promoción de la salud materno-perinatal.
- Planificación familiar (PF): provisión y seguimiento de métodos anticonceptivos definitivos y temporales, fertilización asistida y promoción de la salud.
- Cáncer cérvico-uterino (CaCu): detección oportuna del cáncer, campañas de tamizaje, atención del cáncer y displasias.
- Cáncer mamario (CaMa): exploración mamaria, campañas de tamizaje, atención del cáncer y displasias.
- Violencia y equidad de género: acciones de prevención de riesgos en salud por violencia de pareja, brindadas por el sector público.

Se consideran, asimismo, las actividades y acciones de capacitación al personal involucrado en la operación de estos programas.

**Definición operacional de Cuentas Nacionales en Salud Reproductiva.** Es el sistema que documenta el flujo de fondos en la producción y consumo de las actividades anteriormente descritas a través de todo el sistema de salud. El gasto en salud es equivalente al presupuesto ejercido o valor monetario de la adquisición o provisión de servicios.

Cabe mencionar que el gasto en salud documenta todas las erogaciones en las actividades cuyo objetivo esencial sea el restablecimiento, conservación, mejoramiento y la protección de la salud reproductiva en un país o entidad durante un periodo definido. Así, no considera el gasto en actividades como la educación o la nutrición que, si bien tienen un efecto en la salud, éste no es su objetivo primario.<sup>14</sup>

### 3.1 LÍMITE ESPACIAL

Las CuNaSaRe estiman el gasto en actividades de salud reproductiva y equidad de género para México, y permiten el descenso de estas cuentas hasta los estados. Se incluyeron únicamente las transacciones realizadas dentro del país, excluyéndose las transacciones de mexicanos residentes en el extranjero. Asimismo, se incluye el gasto de donantes o de instituciones extranjeras ya sea en dinero o en especie, cuyo objetivo esencial sea la conservación, el restablecimiento, el mejoramiento y la protección de la salud en las actividades relacionadas con la salud reproductiva y equidad de género que anteriormente se han mencionado.

### 3.2 LÍMITE TEMPORAL

Se considera el gasto para el periodo enero a diciembre del 2003. Cabe mencionar que si bien el registro del gasto en salud considera el periodo en que el valor económico del bien o servicio fue generado (método devengado),<sup>14</sup> para el caso del Ramo 12 de la SSA, éste se consideró cuando el desembolso del dinero tuvo lugar, ya no hubo información con respecto a si los estados utilizaron los insumos adquiridos durante el periodo evaluado.

### 3.3 DEFINICIÓN DE CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

Con base en las definiciones establecidas en documentos metodológicos internacionales,<sup>31, 32</sup> es necesario incluir las siguientes categorías para describir y entender el funcionamiento del sistema de salud:<sup>4, 28</sup>

- Fuentes de financiamiento: son las entidades que proveen los fondos utilizados en el sistema de salud.
- Agentes financieros: son las entidades o instituciones que acumulan los fondos de las fuentes, y que tienen la autoridad para asignarlo al pago o la adquisición de bienes o servicios entre los proveedores del sector salud.
- Proveedores de bienes y servicios: hace referencia a las entidades o instituciones que reciben el dinero de los agentes para producir bienes y servicios dentro del ámbito del sector salud. Aquí se incluye a los productores de servicios de salud, así como de bienes que complementan a los primeros
- Funciones: son las actividades desempeñadas por instituciones o individuos que persiguen, por medio de la aplicación de conocimientos y tecnología, la promoción de la salud, la prevención y curación de las enfermedades, la atención a personas con padecimientos crónicos, o cuidados especiales, el suministro y administración de salud pública, y el suministro y administración de programas y seguros de salud.
- Beneficiarios: son los que reciben los bienes o servicios de salud producidos.

En México el sistema de salud se caracteriza por el hecho de que algunos de los agentes financieros que reúnen fondos provenientes tanto del sector privado (hogares y empresas) como del sector público (gobierno federal), desempeñan también el papel de proveedores de servicios de salud. Debido a esta dualidad fue importante identificar a cada uno de los actores dentro del sistema de salud mexicano y cómo se relacionan entre sí los diferentes actores. Estas relaciones se presentan en el Anexo A, figura 25. Fue imposible incorporar algunos de estos agentes, como el caso de PEMEX, SEDENA, SEDEMAR, por falta de información, o bien por no tener acceso a la misma.

Es importante señalar que en el descenso de las Cuentas a programas no es posible identificar las fuentes de financiamiento, ya que no existe suficiente desglose en la infor-

mación cuando se está estimando el gasto por programa. Por ello, para este trabajo se omitió esta categoría en la estructura de las CuNaSaRe.

### 3.3.1 Agentes financieros

Se considera la categorización de la OECD ajustada para el caso mexicano.<sup>14</sup> Destacan como categorías el sector público y el no gubernamental. Dentro del primero se incluye: el gobierno general y la seguridad social, y dentro del no gubernamental se encuentra el sector privado, así como el gasto de bolsillo de los hogares y las organizaciones sin fines de lucro (ONG), sólo por mencionar a los más importantes (Anexo A, cuadro 10).

### 3.3.2 Proveedores

Son quienes brindan la atención; entre los principales cabe citar los hospitales, consultorios médicos, laboratorios, así como los proveedores tradicionales. Un listado detallado de los proveedores de bienes y servicios incluidos en las CuNaSaRe se presenta en el Anexo A, cuadro 11. Es importante subrayar que en este estudio se omitieron aquellas categorías para las que no se encontró información.

### 3.3.3 Funciones de salud reproductiva

La presentación de matrices de gasto notificadas por la literatura internacional<sup>11, 19, 23</sup> uti-

liza categorías amplias para designar las funciones de salud reproductiva, que responden principalmente al diseño de los programas de salud así como a la información contable y de productividad disponible. Una comparación de estas categorías se encuentra en el cuadro 2.

En el caso mexicano, la estructuración del CNEGSR en diferentes programas y la información existente para cada área, requirió la definición de cinco grandes categorías de gasto en salud reproductiva, que se describen a continuación:

- a. Salud materno-perinatal  
Comprende la atención del embarazo, parto, cesárea, aborto, puerperio y atención del recién nacido durante sus primeros 30 días de vida. Asimismo, incluye las actividades de promoción de la salud materno-perinatal, capacitación a personal e investigación en este rubro, así como la administración de este programa.
- b. Planificación familiar  
Abarca la consejería, la provisión y el seguimiento de métodos anticonceptivos como el dispositivo intrauterino (DIU), los anticonceptivos hormonales, los preservativos, la esterilización femenina y masculina y otros. Asimismo, reúne las actividades de promoción e información de planificación familiar, capacitación a personal y labores administrativas para este programa.

Cuadro 2

#### Categorías utilizadas para la presentación de gasto en salud reproductiva

Filipinas	Egipto y Sri Lanka	Rajasthan, India	Marruecos
Planificación familiar	Planificación familiar	Planificación familiar	Planificación familiar
	Salud Materna	Atención prenatal	
		Atención posparto	
	Atención del infante y del niño	Atención de salud infantil	Sala de pediatría
	Parto	Parto	Sala de maternidad
	Otra atención ambulatoria de Obstetricia / Ginecología*	Atención de infecciones del tracto reproductivo	
	Otra atención hospitalaria de Obstetricia / Ginecología*	Servicios de aborto	

\*Incluye los siguientes servicios: fertilidad, comportamiento sexual, salud del adolescente, tratamiento y prevención de infecciones del tracto reproductivo y consejería de genética y prevención de anomalías congénitas.

- c. **Cáncer cérvico-uterino**  
Incluye las actividades de detección oportuna de cáncer (DOC), referencia para casos sospechosos y tratamiento de displasias, así como del cáncer cérvico-uterino, radio, quimioterapia y braquiterapia para las mujeres que tienen este diagnóstico. También reúne las actividades de promoción para la detección y prevención de este cáncer, capacitación a personal, investigación y actividades y labores administrativas para este programa.
- d. **Cáncer de mama**  
Comprende las actividades de detección de este tipo cáncer, referencia para casos sospechosos y tratamiento del CaMa. Incluye las pruebas de laboratorio y gabinete así como los procedimientos quirúrgicos, la radioterapia y quimioterapia para las mujeres que tienen este diagnóstico. Asimismo, incluye las actividades de promoción de la salud, capacitación a personal y labores administrativas.
- e. **Violencia y equidad de género**  
Considera aquellas acciones contra la violencia de pareja, como la atención que los albergues proporcionan a mujeres e hijos que sufren de la violencia intrafamiliar, la capacitación del personal de salud para el diagnóstico y manejo de mujeres violentadas, la administración de estos programas, así como la realización de investigación en este campo.

Cabe mencionar que el nivel de agregación de estas categorías responde al nivel de detalle de la información existente. Asimismo, aunque considera la categorización propuesta por la Clasificación Internacional de Cuentas de Salud (ICHA), debido a la gran variabilidad de categorías y entre instituciones de salud, fue necesario realizar adecuaciones que permitieran, por un lado, ajustarse a la información existente para cada uno de los proveedores y, por el otro, las comparaciones interinstitucionales. Para ello se consideró la clasificación de SICUENTAS, y se añaden categorías que son relevantes para los programas evaluados, salud materno-perinatal (SMP), planificación familiar (PF), y CaCu y

CaMa. En el Anexo A, cuadro 12 se presenta un listado de los códigos y funciones utilizados.

### **3.3.4 Beneficiarios de salud reproductiva**

Los beneficiarios son la población o sus grupos a los cuales se destinan el gasto en salud. En el caso de las CuNaSaRe se consideró categorizar el gasto por entidad federativa. Para las comparaciones entre entidades federativas fue necesario ajustar el gasto público por mujer beneficiaria, por tipo de institución y de acuerdo con los grupos de edad que son objetivo en cada uno de los programas ya mencionados. Un mayor detalle de las mujeres beneficiarias se presenta en el Anexo A, cuadro 13.

## **3.4 RECOPIACIÓN DE DATOS**

La recopilación de información para este estudio se realizó en tres fases: la primera consistió en identificar las acciones de salud reproductiva que habrían de estudiarse, así como las instituciones a las cuales entrevistar. En la segunda fase se visitaron distintas instituciones públicas y privadas a nivel federal, y se les requirieron datos sobre presupuesto ejercido, características de la población que utiliza sus servicios, servicios producidos en el año y ejercicios de costos que hubiesen realizado. De manera paralela, se realizó una revisión de estudios publicados sobre costos de la atención en las áreas de salud reproductiva en estudio para conformar una base de costos.

En la tercera fase se visitaron cinco entidades federativas para recabar información con mayor detalle. La selección de estas entidades consideró a la composición de su gasto público en salud. Así, se incluyó un estado con bajo presupuesto federal y muy escasa participación estatal en el financiamiento de los servicios de salud, como Oaxaca. Por otra parte, se tomó en cuenta un estado con mayor presupuesto federal, pero con muy escaso presupuesto estatal como Guerrero. Se consideraron también estados con un mayor equilibrio de presupuesto estatal y federal, como Coahuila y Puebla, y por último estados con mayor presupuesto estatal como el de Veracruz. Adicionalmente,

se revisó una muestra de expedientes para mujeres con los diagnósticos de: parto, cesárea, CaCu y CaMa, lo que permitió identificar patrones de consumo de recursos para la SSA en los estados. En promedio se revisaron 93 expedientes por estado.

### 3.5 CONFORMACIÓN DE LAS MATRICES

Para la aplicación de la metodología de las cuentas nacionales en salud a un programa específico, es necesario el desarrollo de matrices o tablas de doble entrada que se ajusten a la descripción del programa en estudio.<sup>35</sup> Así, la aplicación de la metodología del sistema de cuentas a los programas de salud reproductiva requirió, en primera instancia, de la especificación del uso de recursos en funciones de gasto. En consideración a lo anterior, las matrices que se construyeron para este proyecto fueron:

- Matriz 1. Proveedor de bienes y servicios a funciones de salud reproductiva.
- Matriz 2. Agentes de financiamiento a funciones de salud reproductiva.
- Matriz 3. Gasto de los proveedores del sector público a funciones de salud reproductiva, por entidad federativa.

Un reto importante que hubo que enfrentar para el descenso de las cuentas a programas específicos, fue la diferente naturaleza y nivel de agregación de la información por institución, por programa, y por estado. Así, la Secretaría de Salud (SSA), por ejemplo, presentaba amplia información de presupuesto ejercido, productividad y costos para el programa de Arranque Parejo en la Vida (Salud Materno-Infantil en otras instituciones), mientras que

para los programas de CaCu y CaMa esos datos fueron escasos. En el caso de Planificación Familiar, existía amplia información de productividad, aunque los datos sobre costos y presupuestos ejercidos abundaron menos. Por otra parte, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) contaba con un sistema de costos por grupos relacionados por diagnóstico (GRD) para la atención hospitalaria, mientras que para la atención ambulatoria la información era dispersa y estaba poco procesada.

Debido a esta gran heterogeneidad fue necesario desarrollar diferentes estrategias para el llenado de las matrices. Para cada institución participante (IMSS; ISSSTE; SSA; los estados de Guerrero, Oaxaca, Puebla, Veracruz y Coahuila, y las ONGs participantes) se generaron *matrices de entrada* en las que se incluyeron tanto los reportes de gasto, costos, como indicadores de productividad e inclusive la estructura programática del presupuesto para cada uno de los programas incluidos en el estudio. Posteriormente se generaron en tres *matrices intermedias* por institución (matriz entidad federativa por función, agente por función y proveedor por función), mismas que después alimentaron las *matrices finales*.

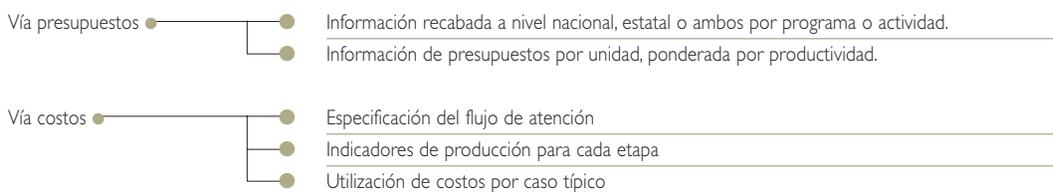
Asimismo, fue necesario considerar diferentes aproximaciones para la estimación del gasto en salud, como por ejemplo la estimación del gasto vía presupuestos, y la estimación del gasto vía costos (figura 2).

#### 3.5.1 Estimación del gasto vía presupuestos

La estimación de gasto por esta vía consistió en el uso de datos sobre presupuestos ejercidos en los planos nacional y estatal. Cuando el desglose del presupuesto ejercido (gasto) permitió identificar el gasto por función y ac-

Figura 2

#### Aproximaciones para la estimación del gasto



tividad, se utilizó esta información. Este fue el caso del gasto por Ramo 12, para la SSA. La figura 3 ilustra este método.

Se presentó también el caso en el que las cifras reportadas del gasto no se limitaban a las actividades consideradas. En esta situación, se consideró su ponderación para obtener la proporción del gasto correspondiente a la actividad considerada. Para poder entender mejor este procedimiento, en la figura 4

se presenta el ejemplo para la estimación del gasto en la atención de partos normales y de cesáreas. Puede observarse que este gasto se encuentra incluido dentro del gasto en la atención médica hospitalaria. Debido a lo anterior, fue necesario ponderarlo con la proporción de días-estancia para estos dos diagnósticos. Éste fue el método que se utilizó principalmente para estimar el gasto para la SSA, el IMSS y el ISSSTE.

Figura 3.

**Gasto estimado - vía presupuesto**

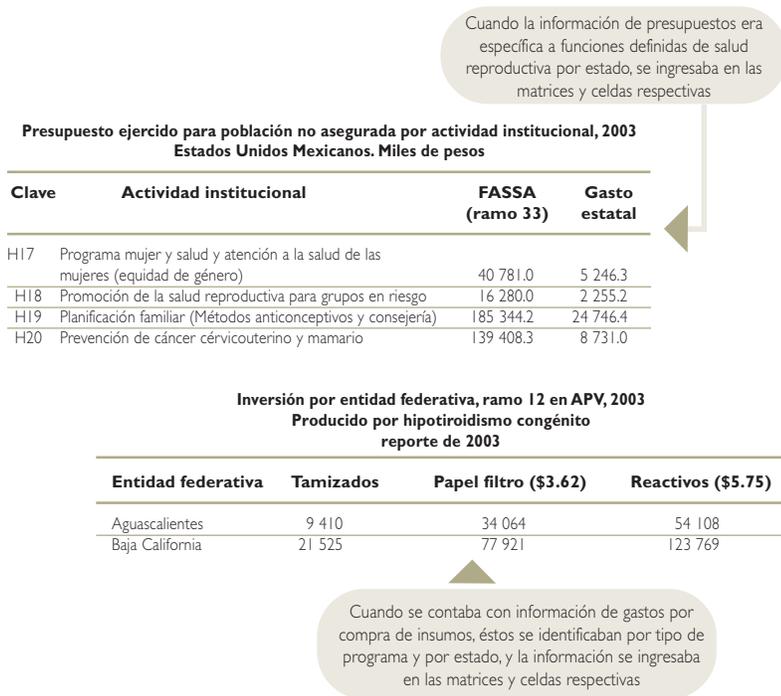
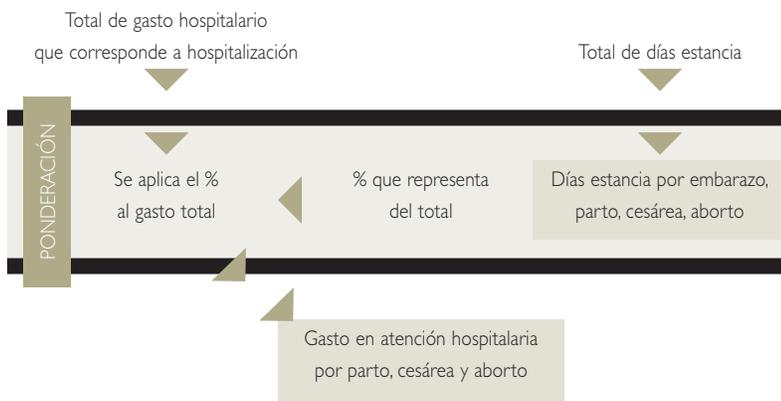


Figura 4

**Estimación vía presupuesto ponderado**

Estimación del gasto en atención de parto y cesárea



**3.5.1 Estimación del gasto vía costos**

La estimación del gasto vía costos requirió del uso de datos de producción de servicios, así como de la obtención de información de costos para cada una de las actividades y de las instituciones proveedoras. Para realizar dicha estimación, se especificaron flujos del proceso de atención para mujeres que acudieran a demandar atención para CaCu, CaMa (Anexo B, figuras 26 y 27), planificación familiar, embarazo y parto. Después se utilizaron indicadores de producción para cada etapa del flujo y finalmente se multiplicaron los datos de productividad con los de costos (publicados o en literatura gris) promedio o costos por actividad. Ésta fue la metodología utilizada para el gasto para IMSS Oportunidades, así como para las ONG participantes en el estudio.

**3.6 ESTIMACIÓN DEL GASTO PRIVADO**

El gasto privado en salud materno-perinatal y planificación familiar se calculó utilizando las siguientes fuentes:

- La Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares 2002 (ENIGH, 2002)<sup>33</sup> debido a que recopila información que permite medir el gasto para estos rubros en forma detallada. Dado que la ENIGH sólo tiene representatividad nacional, no fue posible estimar el gasto privado para estos programas a nivel estatal.
- A la estimación del gasto de los hogares obtenido por la ENIGH se le descontó el gasto reportado por las ONG MEXFAM y FEMAP, para evitar el doble conteo, ya que se consideró que el gasto que los hogares realizan al atenderse en las ONG podría ya haberse capturado en la ENIGH.

- Gasto por siniestralidad que informa la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) al SICUENTAS

En la estimación del gasto privado para los programas de CaCu y CaMa se utilizaron cuatro fuentes:

- Cuotas de recuperación, ponderadas para estos programas.
- Gasto de las dos ONG más importantes: MEXFAM y FEMAP. Se obtuvo información sobre gastos, costos, así como de productividad.
- Gasto que notifica la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) al SICUENTAS.
- Información sobre utilización de servicios privados presentados en la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002 (ENED, 2002)<sup>34</sup> y la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 (ENSAR, 2003).<sup>35</sup>

### 3.7 LLENADO DE MATRICES

Una vez generada la información de gasto para cada institución de salud, éste fue introducido según la función de salud y la entidad federativa a la que correspondiese (figura 5). De este modo se construyó la *matriz intermedia: función de salud por entidad federativa a nivel institucional* (p.e. Matriz A). La información de esta matriz se clasificó según el tipo de proveedor que brindó cada función de salud y se generó la *matriz intermedia proveedor de bienes y servicios por función a*

*nivel institucional* (p.e. Matriz B). De igual modo, se clasificó la información de la matriz A por tipo de agente financiero para construir la *matriz intermedia agente por funciones de salud a nivel institucional* (p.e. Matriz C). Por último, una vez construidas todas las matrices intermedias para cada institución, se procedió a construir las matrices finales simplemente sumando la información encerradas en las matrices A, B y C.

### 3.8 POBLACIÓN BENEFICIARIA POR PROGRAMA

Para poder realizar comparaciones de los gastos por programa entre estados, fue necesario ajustar el gasto por mujer beneficiaria. Para ello, se determinaron grupos de población beneficiaria según programa, siguiendo la normatividad oficial existente. Así, para salud materno-perinatal se consideró como población beneficiaria el número de mujeres que potencialmente pudieran quedar embarazadas, multiplicando la tasa de natalidad por el total de la población adscrita. Para planificación familiar, se tomó como población beneficiaria a las mujeres de 15 a 44 años (conocidas como mujeres en edad fértil). Para CaCu y CaMa, la población beneficiaria comprendió a las mujeres mayores de 25 años. Cabe mencionar que la población base para estos cálculos fue la adscrita y no la usuaria. Asimismo, el gasto por beneficiaria obtenido no incluyó el gasto de rectoría, al no poder discriminar este gasto para cada programa de salud estudiado.

Figura 5.

**Llenado de matrices**

**Presupuesto ejercido para población no asegurada por actividad institucional, 2003.  
FASSA (Ramo 33) Miles de pesos**

Clave	Actividad institucional	Aguascalientes
R11	Prestar servicios integrales de atención a la salud	
	H61 Atención médica de primer nivel	30 116.5
	H62 Atención médica de segundo nivel	124 653.4
	H63 Atención médica de tercer nivel	0.0
	H73 Control de cáncer cérvicouterino y mamario	385.6
	H79 Atención de la salud, embarazo, parto y puerperio y RN	468.6

Información de gasto obtenida anteriormente

	Aguascalientes
Consulta general, 2003	1,759,104
Consultas de atención prenatal	54,492
Consultas de puerperio	5,260
Consultas de planificación familiar, 2003	110,698
Consulta especializada, 2003	406,669
Consultas por cáncer cervicouterino, 2003	1,779
Consultas por cáncer de mama, 2003	756
Día estancia. Población no asegurada, 2003	95,938
Aborto, embarazo ectópico y embarazo molar, 2003 (O00-O08)	1,697
Parto normal, 2003 (O80)	6,246
Cesáreas, 2003 (O82)	2,354
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio, 2003 (O10-O75, O81, O83-O92), 2003	7,282
Complicaciones en el neonato (recién nacido complicado), 2003 (00-P96)	10,314
Atención del postparto, 2003 (Z39)	13
Anticoncepción, 2003 (Z30, Z31)	97

Información de servicios para ponderar gasto por tipo de institución

Función (Salud Reproductiva)		Aguasc. lientes Total	Aguascalientes FASSA 83
HCI	Servicios de asistencia curativa	\$30,345.62	\$13,418.95
HCI.1	Asistencia curativa hospitalaria	\$29,152.72	\$7,751.55
HCI.1.1	Manejo binomio madre-hijo	\$26,852.05	\$20,742.39
HCI.1.1.1	Parto normal	\$6,449.49	\$4,997.93
HCI.1.1.2	Cesárea	\$2,382.21	\$1,835.15
HCI.1.1.3	Recién nacido normal	\$94.70	\$72.95
HCI.1.1.4	Manejo y terapéutica del RN complicado	\$10,496.33	\$8,099.38
HCI.1.1.5	Complicaciones en el embarazo, parto y puerperio	\$7,429.32	\$5,736.99
HCI.1.2	Atención de cáncer cérvicouterino	\$257.74	\$213.81
HCI.1.3	Atención de cáncer de mama	\$197.08	\$173.37
HCI.1.4	Métodos quirúrgicos de planificación familiar	\$98.16	\$75.62
HCI.1.5	Aborto	\$1,717.34	\$1,322.96
HCI.1.6	Procedimientos de fertilización	\$30.36	\$23.39
HCI.3	Asistencia curativa ambulatoria	\$1,192.90	\$867.40
HCI.3.1.1	Detección oportuna de cáncer cérvicouterino	\$164.01	\$126.33
HCI.3.1.2	Exploración mamaria	\$181.67	\$
HCI.3.3	Los demás servicios de asistencia especializada	\$847.22	\$741.07

## 4. Información y supuestos utilizados

### 4.1 SSA

Para esta institución se trabajó con información referida al gasto por programa y con información concerniente a la producción de servicios, es decir, los servicios otorgados a la población en el año 2003. La información de gasto provino principalmente del SICUENTAS; de éste se seleccionaron las actividades institucionales relacionadas con los programas en estudio. Cuando las actividades enlistadas correspondían directamente a las funciones de salud analizadas, se utilizaba el monto especificado tanto para el Ramo 33 del FASSA, como para el gasto estatal. Para estimar el gasto en algunas de las funciones claramente identificadas dentro de la estructura programática de los programas y que englobaran más de una función, se aplicó el ponderador del FASSA (también provisto por el SICUENTAS) para cada concepto, así como para el gasto estatal (Anexo C).

El gasto de funciones de salud relacionadas con la atención hospitalaria se obtuvo ponderando el gasto para la hospitalización por el número de días estancia que cada función representara. Para establecer los días estancia correspondientes a cada función se trabajó con el Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH), agrupando los diagnósticos de acuerdo con la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10). De manera similar, se obtuvo el gasto en funciones de salud relacionadas con la atención ambulatoria utilizando información sobre servicios otorgados que la Coordinación Nacional de cada programa aportó, con la información ponderada del gasto hospitalario que corresponde a la atención ambulatoria de especialidad. Vale la pena destacar que en los casos donde no había información del SICUENTAS, se recabaron datos por estadol.

Finalmente, el gasto ejercido en la adquisición de equipo, materiales e insumos (Ramo

12) se obtuvo por parte de la Coordinación Nacional de cada programa.

Cabe mencionar que miembros del CNEGSR revisaron y aprobaron la información y los supuestos utilizados. El detalle de la información y supuestos utilizados se presenta en el Anexo C, cuadro 14.

### 4.2 IMSS-OPORTUNIDADES

El gasto en esta institución se calculó con base en información de producción y costos proporcionada por la Coordinación de Salud Reproductiva y el área financiera. En el Anexo C, cuadro 15, se presenta información más detallada al respecto.

### 4.3 IMSS

Con información sobre el número de días estancia por diagnóstico, siguiendo la CIE 10, se calculó el gasto por función, ponderando el gasto en hospitalización por la proporción que los días estancia de las actividades de salud reproductiva representaban del total de días estancia en cada entidad federativa.

En cuanto al gasto en el nivel ambulatorio, se trabajó con la base de atención ambulatoria proporcionada por la División de Desarrollo e Integración de Sistemas, de donde se agruparon consultas por función, siguiendo la CIE 10. Asimismo, se trabajó con información referente a usuarias activas por métodos, consultas de control prenatal, y pruebas de detección, proporcionada por la Coordinación de Salud Reproductiva. El gasto por función se calculó ponderando el presupuesto para medicina familiar, urgencias, y consulta de especialidad, por la proporción que el número de consultas por función representa del total de consultas por cada servicio.

La Coordinación de Salud Reproductiva informó acerca del gasto en la compra de métodos de planificación familiar para cada estado.

Por su parte, la División de Desarrollo e Integración de Sistemas aportó datos sobre el gasto ejercido en recursos humanos vinculados a la coordinación de los programas de salud reproductiva por delegación.

Cabe mencionarse que, si bien se contó con información (proporcionada por la Dirección de Planeación y Finanzas) sobre el costo y la producción para los 500 Grupos Diagnósticos Relacionados (GRD) que se atienden a nivel hospitalario, no se utilizaron esos datos en este estudio ya que se deseaba tener una mayor posibilidad de comparación entre instituciones. El detalle de la información y supuestos utilizados se presenta en el Anexo C, cuadro 16.

#### 4.4 ISSSTE

Se realizó el cálculo del gasto por función para esta institución con información sobre presupuestos ejercidos para algunos procesos seleccionados, del avance programático 2003, que fue proporcionado por la Subdirección General de Finanzas.

Los datos sobre días estancia por tipo de diagnóstico se obtuvieron de la base de egresos de esta institución. Los diagnósticos se agrupando utilizando la CIE 10. La información sobre la atención ambulatoria se obtuvo del Anuario Estadístico 2003, así como de la

base de morbilidad del ISSSTE. En el Anexo C, cuadro 17 se presenta información más detallada al respecto.

#### 4.5 GASTO PRIVADO

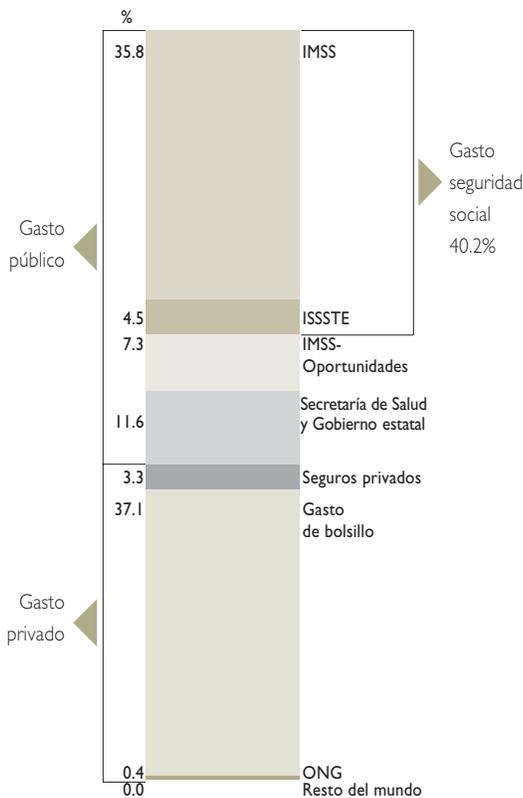
Éste fue aproximado mediante el uso de encuestas, datos de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), información financiera y de producción de las dos principales ONG del país: MEXFAM y FEMAP.

La estimación del gasto de bolsillo para la atención de embarazo, parto, cesárea, así como la compra de métodos de planificación familiar se hizo utilizando la ENIGH 2002. De igual manera, se utilizó información de presupuestos y producción proporcionada por las ONG, así como del monto que las aseguradoras cubrieron por embarazos y cesáreas. El gasto para los programas de CaCu y CaMa consideró varias fuentes. Se utilizó el gasto de las aseguradoras (siniestralidad) para la atención hospitalaria por los tipos de cáncer analizados. Asimismo, se usó información sobre el monto recaudado por cuotas de recuperación por parte de MEXFAM y FEMAP para la atención de estos servicios. En el Anexo C, cuadro 18 se presentan con mayor detalle la información y los cálculos utilizados.

## 5. Gasto en Salud Reproductiva en México

El gasto en este rubro para el 2003 fue de \$23 489 072 660 pesos, cantidad que representa cerca del 6% del gasto en salud para México durante 2003. En la figura 6 se observa que el mayor componente de este gasto proviene del sector público, y el mayor porcentaje corresponde a la seguridad social. Del total del gasto en salud reproductiva 38.1% proviene de gasto directo de los hogares.

Figura 6  
**Distribución del gasto en salud reproductiva entre agentes, 2003**



Si se analiza la distribución del gasto público por mujer cubierta por la seguridad social, se observa que los estados de Baja California Sur y Colima son los que presentan mayor gasto, entidades fronterizas como Chihuahua y Tamaulipas están entre las de menor nivel de gasto. En el sureste Yucatán y Quintana Roo presentan gastos ubicados en el segundo. El gasto por mujer beneficiaria entre población asegurada es de \$12 167 pesos (figura 7).

La distribución del gasto por beneficiaria entre población no asegurada muestra un patrón muy diferente a la asegurada. Estados como Campeche, Zacatecas, San Luis Potosí, Nayarit, Coahuila, Baja California Norte y Yucatán, son los que tienen un gasto alto. Baja California Sur baja de cuartil de gasto, aunque se mantiene entre las entidades con mayor gasto. Aquellas con menor gasto son Guerrero, Guanajuato, Estado de México, Jalisco, Tlaxcala y Tamaulipas. Es necesario mencionar que para el estado de Querétaro no existió información suficiente, por lo que su gasto federal y estatal está subestimado. El gasto para las mujeres de esta población es de \$5 104.78 pesos (figura 8).

Respecto a las funciones de salud que componen el gasto en salud reproductiva, se observa que 65% de dicho gasto está destinado a la asistencia curativa (figura 9). Es importante señalar que el gasto en servicios auxiliares de diagnóstico para mujeres atendidas ambulatoriamente, así como los medicamentos dispensados durante el embarazo no pudo discriminarse de manera adecuada del gasto del primer nivel para prácticamente ninguna de las instituciones.

Figura 7

**Gasto público en salud reproductiva por mujer beneficiaria**  
Población con seguridad social. Pesos 2003

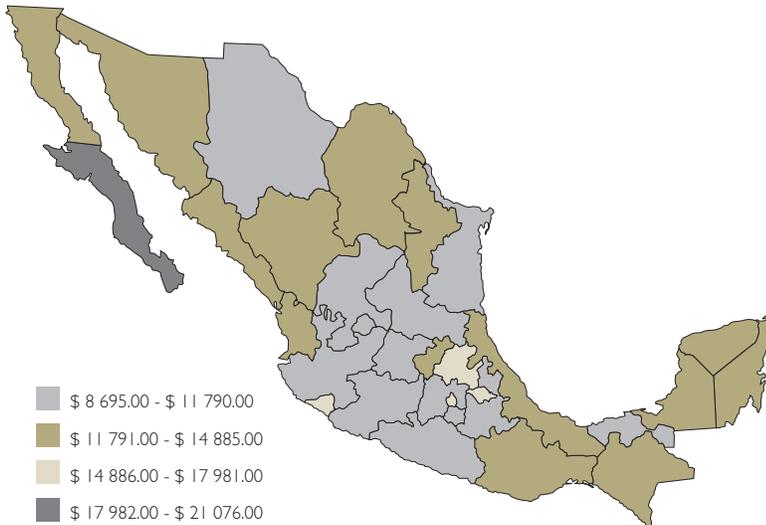
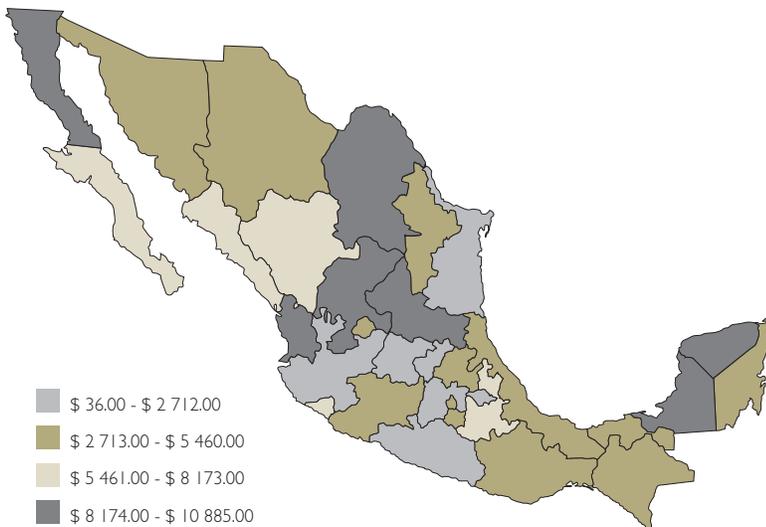


Figura 8

**Gasto público en salud reproductiva por mujer beneficiaria**  
Población sin acceso a la seguridad social. Pesos 2003



**5.1 FINANCIAMIENTO DE LOS AGENTES FINANCIEROS PARA LAS PRINCIPALES FUNCIONES DE SALUD REPRODUCTIVA**

Una dimensión que es importante analizar en el gasto, es la participación de los agentes financieros, discriminando el rol del sector público y del privado para cada función de salud (Anexo D, cuadro 19). En esta sección se presenta un análisis más detallado de estos rubros.

**5.1.1 Atención curativa**

El gasto en atención curativa fue de \$15 188 039 65 pesos. De este gasto el 88% de este gasto se destinó a la atención hospitalaria, y el restante para atención curativa. El sector público financia la mayor parte de este rubro, aunque existe una importante participación de los hogares que gastan en esta función (figura 10).

La composición del gasto en atención hospitalaria por agente es similar a la que se presentó en la figura 10: predomina el gasto del sector público y en éste el IMSS aporta la mayor parte.

El gasto en atención curativa ambulatoria para salud reproductiva fue de \$1 848 211 680 pesos. De este gasto el 74% proviene del sector público, y el mayor porcentaje corresponde al gasto de la seguridad social. Los hogares aportan 25% a través del gasto de bolsillo (figura 11).

**5.1.2 Productos médicos dispensados**

El gasto en este rubro fue de \$3 882 447 140 pesos, el 88% de éste es gasto de bolsillo. El principal componente de este gasto está relacionado con los métodos de planificación familiar. Como ya se señaló con anterioridad, hubo dificultad en discriminar el gasto en medicamentos durante el embarazo, así como para el tratamiento en cáncer cervico-uterino y mamario (figura 12).

Figura 9

**Distribución del gasto entre funciones de salud reproductiva**

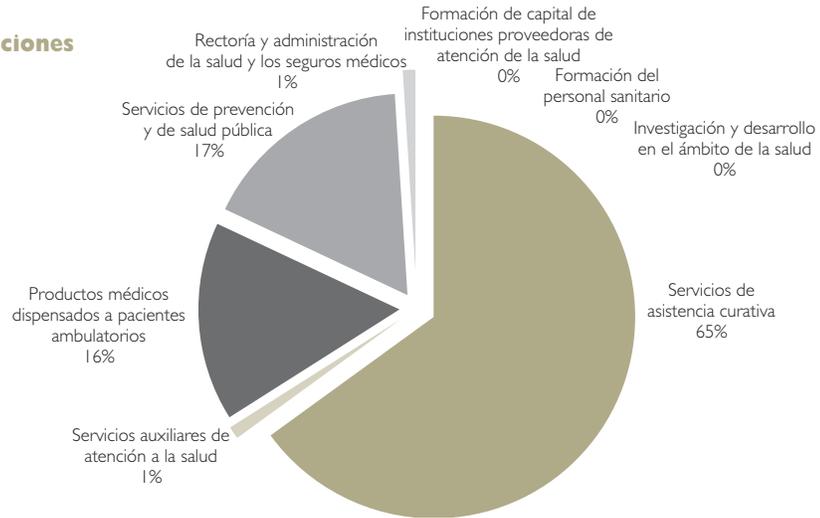


Figura 10

**Participación de los agentes en el financiamiento del gasto en atención curativa para salud reproductiva, 2003.**

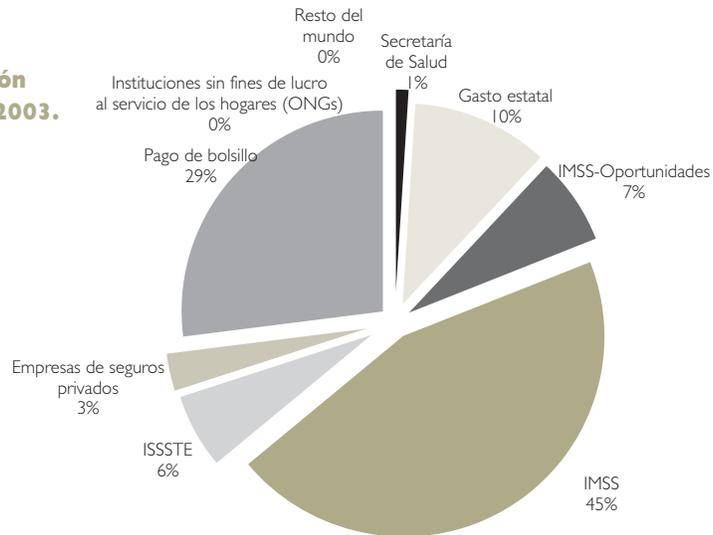


Figura 11

**Participación de los agentes en el financiamiento del gasto en atención curativa ambulatoria en salud reproductiva, 2003**

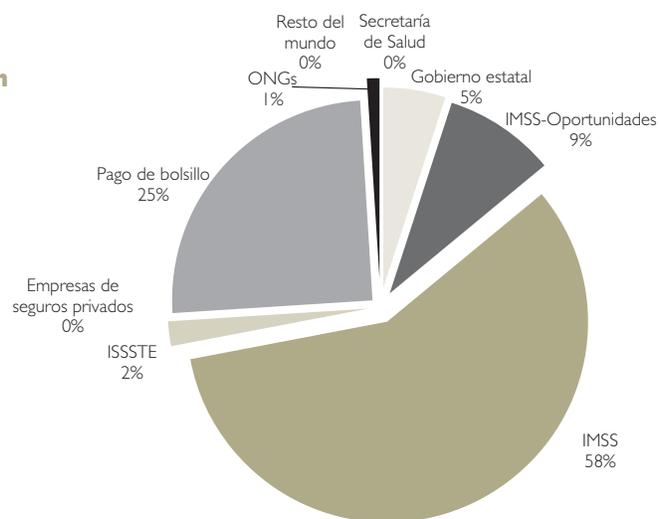


Figura 12

**Participación de los agentes en el financiamiento del gasto en medicamentos para salud reproductiva, 2003**

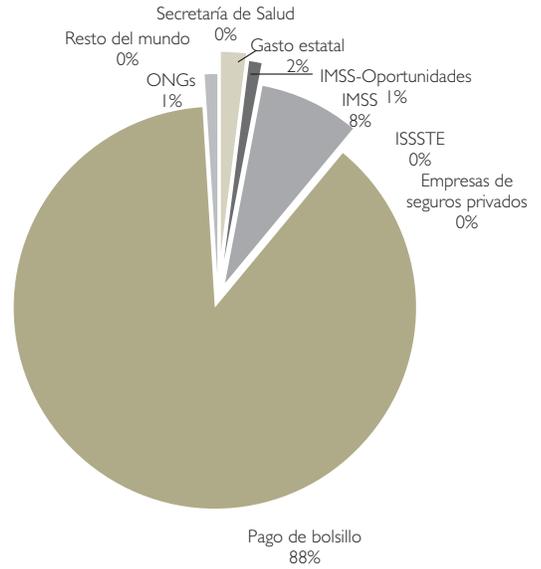
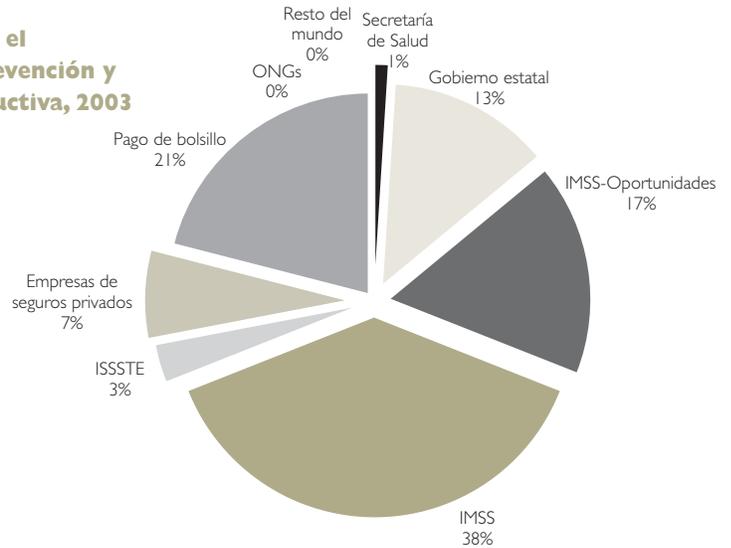


Figura 13

**Participación de los agentes en el financiamiento del gasto en prevención y salud pública para salud reproductiva, 2003**



**5.1.3 Prevención y salud pública en salud reproductiva**

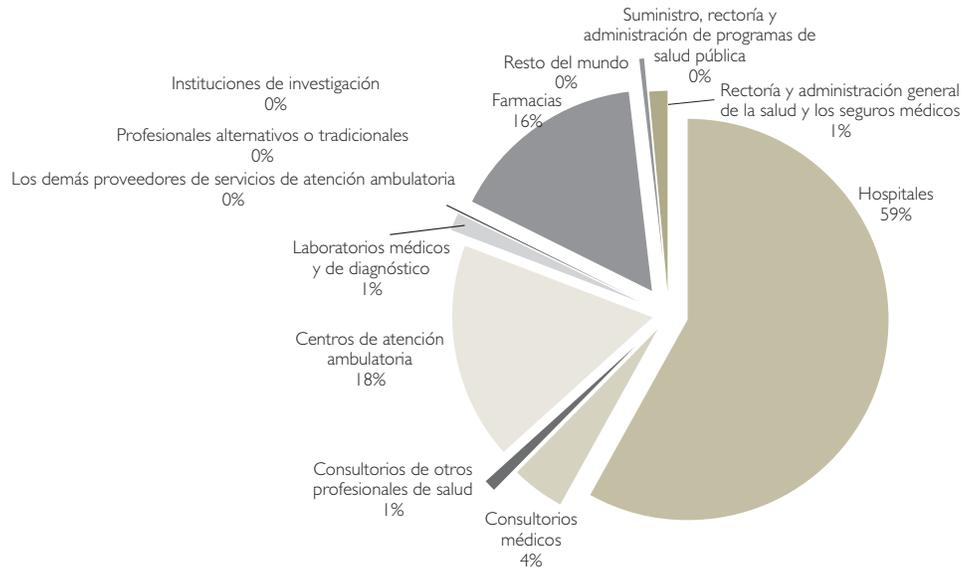
El gasto en prevención y salud pública fue de \$3 911 103 260 pesos. La aportación del sector público fue de 72%. Destaca la aportación de las aseguradoras en este rubro, lo cual se explica si se considera que este gasto está dado casi en su totalidad por las consultas de control prenatal (figura 13).

**5.2 GASTO DE LOS PROVEEDORES POR FUNCIÓN DE SALUD**

Del gasto en salud reproductiva, 59% se da en hospitales, y casi todo corresponde a la atención hospitalaria; 18% corresponde a gasto que se realiza en centros de atención ambulatoria. El bajo porcentaje de gasto realizado en laboratorios médicos y centros de diagnóstico se debe al problema de información ya señalado antes (figura 14 y Anexo D, cuadro 20).

Figura 14

**Participación de los proveedores en el  
financiamiento del gasto en salud  
reproductiva, 2003**





## 6. Gasto en Salud Reproductiva por programa

El gasto en salud reproductiva se concentra en el funcionamiento de los programas de salud materno-perinatal (67%). La planificación familiar ocupa el segundo lugar de importancia; representa 21 % del gasto, mientras que el CaCu y el CaMa representan 8 % y 4 % del gasto total en salud reproductiva, respectivamente. El gasto en equidad de género y violencia representa menos de 1 % del gasto (cuadro 3 y figura 15)

### 6.1 GASTO EN SALUD MATERNO PERINATAL

El gasto total en salud materno perinatal en el sistema de salud fue de \$15 848 533 110 pesos del 2003. El sector público cubre cerca de 64% de este gasto (\$10 097 745 950 pesos), siendo la seguridad social el principal agente financiero público. En el sector privado los hogares, a través del gasto de bolsillo, son los principales agentes financieros al haber cubierto 32% del gasto total en salud materno-perinatal (Anexo E, cuadro 19).

La asistencia curativa hospitalaria (HC 1.1) es la función de salud en la que los agentes financieros gastan más (76.3% del gasto en salud materno perinatal, en promedio). Las actividades comprendidas bajo este rubro

con mayor gasto son los partos y cesáreas (\$6 319 546 660 pesos); el manejo y terapéutica del recién nacido complicado (\$1 318 311 230 pesos) y las complicaciones en el embarazo, parto y puerperio (\$3 807 223 710 pesos). Cabe mencionar que estas dos últimas cifras están subestimadas debido a que no se obtuvo información del gasto que las aseguradoras privadas ejercen en ellas.

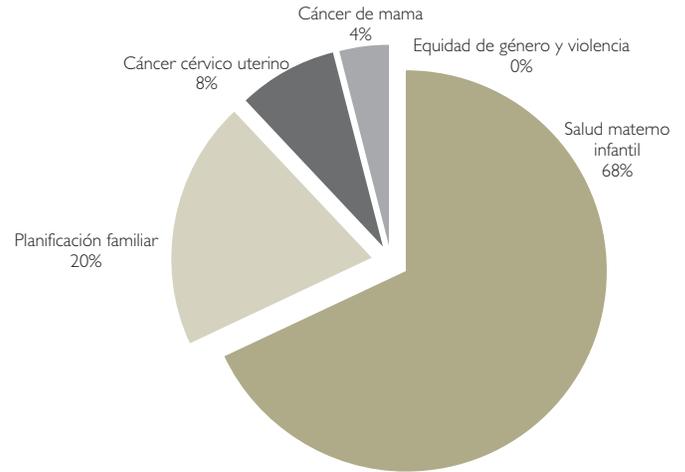
Otro rubro importante de gasto se refiere a los servicios de prevención y salud pública. La consulta prenatal concentra 91 % del gasto en esta área (\$2 732 727 870 pesos). Nuevamente, el IMSS es el agente con mayor gasto en el sector público y los hogares el agente con mayor gasto en el sector privado (Anexo E, cuadro 20).

El Anexo E, cuadro 21 contiene información sobre cómo gastaron los proveedores de salud en actividades de salud materno-perinatal en el 2003. El proveedor con mayor gasto fue el grupo de hospitales, con 76.3% del gasto (\$12 091 290 790 pesos), y este gasto se destinó principalmente a actividades que requirieron hospitalización, como la atención de partos, cesáreas y el manejo y terapéutica del recién nacido complicado. Otros proveedores que son necesarios al considerar son los centros de atención ambulatoria (14.4%

Cuadro 3  
**Gasto nacional en salud reproductiva. México, miles de pesos 2003**

Programas	Gasto público	Gasto privado	Resto del mundo
Rectoría de los programas de salud reproductiva	\$ 161 447.96		
Salud materno-perinatal	\$ 10 097 745.95	\$5 750 787.16	
Planificación familiar	\$1 609 213.45	\$3 137 329.27	
CaCu	\$1 205 861.23	\$561 939.62	\$1 323.90
CaMa	\$793 937.69	\$142 493.85	
Equidad de género	\$26 992.58		
Total	\$13 895 198.86	\$9 592 549.90	\$1 323.90

Figura 15  
**Distribución del gasto en salud reproductiva por programa, 2003**



del gasto), que concentran sus esfuerzos en la prestación de servicios de prevención y de salud pública, como la consulta de control prenatal, de puerperio y recién nacido.

### 6.2 GASTO EN PLANIFICACIÓN FAMILIAR

El gasto total en planificación familiar en el 2003 fue de \$4 746 542 720 pesos. Los hogares son el principal agente financiero, cubriendo el 65% del gasto (Anexo E, cuadro 22).

Dado que la adquisición de materiales anticonceptivos es la función con mayor gasto (71%), los proveedores que concentran la mayor cantidad de pesos gastados en planificación familiar son las farmacias (71.4%) (Anexo E, cuadro 23).

### 6.3 GASTO EN CÁNCER CERVICO-UTERINO

El monto del gasto ejercido en el 2003 para la atención y prevención del CaCu fue de \$1 769 124 750 pesos. El sector público cubre alrededor de 68% de este gasto (\$1 205 861 230 pesos). La asistencia curativa ambulatoria concentra el gasto en cáncer cervico-uterino

(75%) siendo la detección oportuna del cáncer la función con mayor gasto (\$1 151 114 180 pesos). Otro rubro importante de gasto es la atención hospitalaria de cáncer cervico-uterino (\$338 573 310 pesos) (Anexo E, cuadro 24).

Los proveedores ambulatorios de atención (consultorios médicos y centros de atención ambulatoria) concentran casi 77% del gasto, destinado principalmente a la detección oportuna de este tipo de cáncer (Anexo E, cuadro 25).

### 6.4 GASTO EN CÁNCER MAMARIO

El gasto en cáncer mamario en el 2003 fue de \$936 431 540 pesos. Este gasto es principalmente desembolsado por el sector público (85%) siendo la seguridad social el principal agente financiero público (Anexo E, cuadro 26)

A diferencia del cáncer cervico-uterino, el gasto por cáncer mamario se concentra en los hospitales (96.7% del total del gasto), que proveen atención hospitalaria y ambulatoria para este padecimiento (\$654 787 050 pesos). Los centros de atención ambulatoria son los proveedores de atención ambulatoria con mayor gasto (23.3% del total de gasto) (Anexo E, cuadro 27).

## 7. Gasto en Salud Reproductiva por institución

### 7.1 GASTO PÚBLICO

#### 7.1.1 SSA

La SSA tiene bajo su responsabilidad la salud de la población no derechohabiente, particularmente la población campesina que no tiene acceso al esquema de la seguridad social.

Para el 2003, se estimaba que cerca de 56 956 255 personas carecían de seguridad social y eran cubiertos potencialmente por la SSA, aunque la población asegurada también puede hacer uso de la infraestructura médica de la SSA.

El financiamiento de la SSA se compone fundamentalmente del gasto público federal, a lo que se le suman las aportaciones estatales, municipales y las cuotas de recuperación. En la figura 16 se observa que la base de la pirámide poblacional se encuentra acortada debido a la disminución de los menores de cinco años, los grupos más importantes son los que se encuentran entre 5 a 24 años de edad. Destaca el hecho de que los mayores de 65 años son un grupo importante.

##### 7.1.1.1 Gasto en salud reproductiva en la SSA

El gasto en salud materno-perinatal fue de \$ 2 057 970 080 pesos; en planificación familiar de \$ 334 739 050 pesos; para CaCu de \$ 150 231 020 pesos; y para CaMa de \$ 146 873 060 pesos. En esta institución se pudo estimar el gasto en equidad de género que fue de \$ 26 992 580 pesos. El gasto total de esta institución fue de \$ 2 716 806 780 pesos; de este gasto, 65% proviene del Ramo 33, 26% son aportaciones del Estado, 9% es Ramo 12 o aportaciones federales. El gasto en salud reproductiva de ésta representa el 4.15% de su gasto en salud.

Con relación a la distribución del gasto por mujer beneficiaria, en la figura 17 se observa

que existen grandes diferencias entre estados como Michoacán, Guerrero, Tamaulipas, Veracruz, Chihuahua y Chiapas, que registran el gasto más bajo con relación a otros como Tabasco, Campeche, Baja California Sur y Colima, con el mayor gasto. Así, Colima tiene un gasto 40 veces más alto que el de Michoacán.

Es pertinente mencionar que no se incluyó el estado de Querétaro por no contar con información para hacer la estimación. La media de gasto en salud reproductiva por mujer beneficiaria fue de \$3 171 pesos.

Puede observarse en el cuadro 4 que el principal gasto es para salud materno-perinatal, el cual llega a representar 76% del gasto en salud reproductiva de esta institución, y el principal concepto es la atención curativa

Figura 16  
Pirámide poblacional SSA, 2003

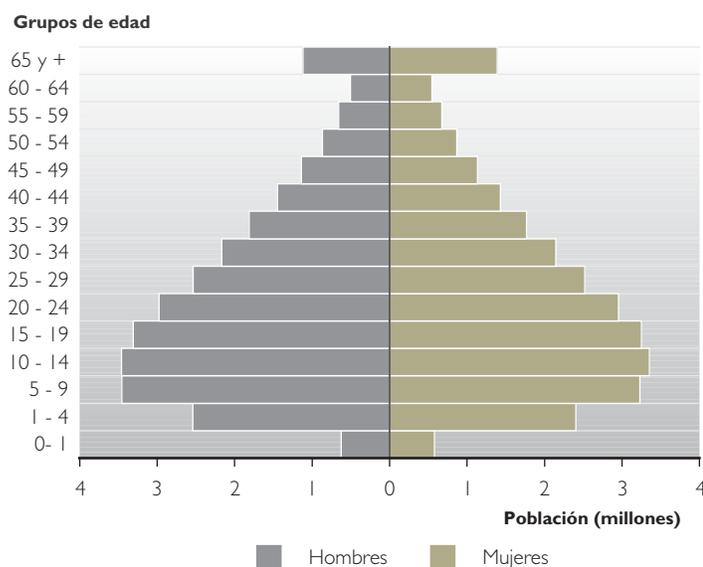
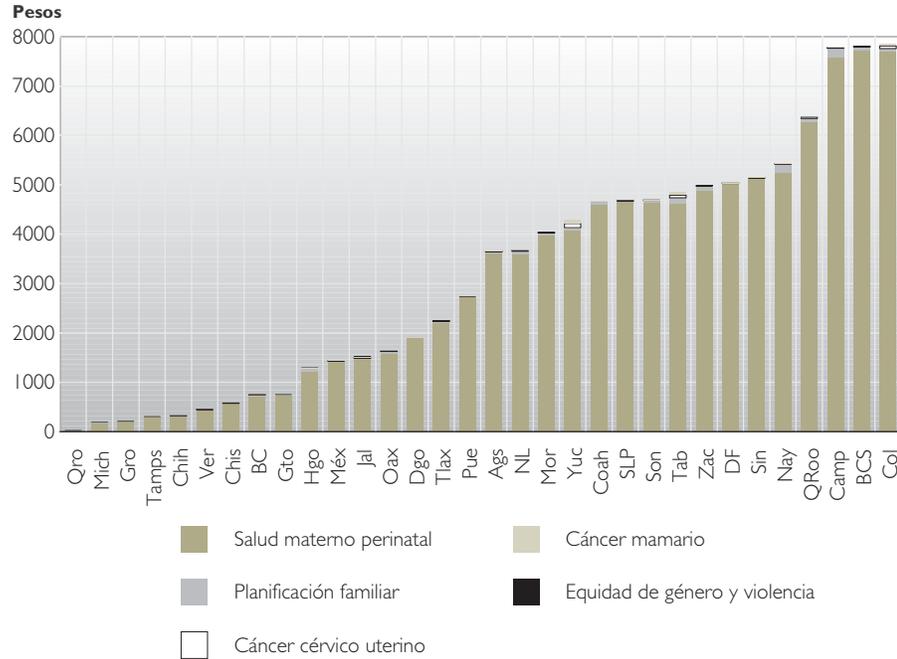


Figura 17

**Gasto total en salud reproductiva por mujer beneficiaria por programa y entidad federativa**  
SSA 2003



Cuadro 4

**Distribución del gasto por programa y función.**

SSA. Miles de pesos, 2003

Función	Salud materno-perinatal	Planificación familiar	CaCu	CaMa
Asistencia curativa ambulatoria	-	-	50 837.54	47 003.20
Asistencia curativa hospitalaria	1 774 270.54	13 563.69	16 834.35	11 136.70
Servicios auxiliares de atención a la salud	-	-	1 274.76	519.64
Productos médicos dispensado a pacientes ambulatorios	10 904.07	84 327.95	-	-
Servicios de prevención y de salud pública	192 693.52	200 368.70	50 952.43	57 434.34
Administración de la salud por administradoras públicas	10 992.60	21 211.82	17 157.82	18 681.70
Formación de capital de instituciones proveedoras de atención a la salud	35 635.25	1 685.02	-	3 164.12
Formación de personal sanitario	69 073.72	5 055.07	12 843.68	8 501.61
Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud	-	8 527.25	2 089.95	432.29
<b>Total</b>	<b>\$2 057 970.08</b>	<b>\$334 739.50</b>	<b>\$151 990.53</b>	<b>\$146 873.60</b>

hospitalaria del parto y cesárea. El gasto en planificación familiar representa 12% del gasto, donde el principal rubro es la atención de consultas de planificación familiar. El gasto en CaCu y CaMa representan 6% y 5%, respectivamente, siendo el principal rubro de este el gasto en la consulta general de especialidad. El programa de equidad de género representa 1% del gasto en esta institución.

### 7.1.2 IMSS-Oportunidades

El financiamiento de esta institución se basa en las aportaciones federales y estatales. Esta institución da cobertura a 10 379 653 personas. Los grupos de edad más importantes son los de 5 a 14 años, y los de 15 a 19 años, aunque el grupo de mayores de 65 años es también muy importante para esta institución (figura 18).

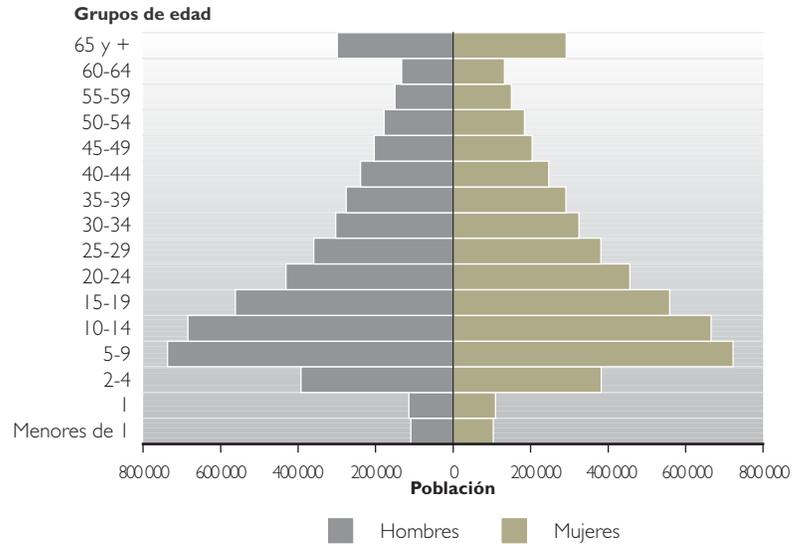
#### 7.1.2.1 Gasto en salud reproductiva en el IMSS-Oportunidades

El gasto en salud materno-perinatal fue de \$746 056 030 pesos; el destinado a planificación familiar de \$787 423 251 pesos y para CaCu se gastaron \$190 392 690 pesos. El gasto total en estos programas fue de \$1 723 871 973 pesos, y representa 37% del presupuesto de esta institución. Un aspecto importante es que no se contó con información para incorporar el gasto asociado a la exploración mamaria, así como tampoco en la realización de mastografías y otros estudios de laboratorio que se utilizan en la confirmación diagnóstica, o en actividades de promoción. Por otra parte, cuando el diagnóstico de CaMa se establece en esta institución, las mujeres son derivadas a hospitales de mayor complejidad que generalmente pertenecen a la SSA, por lo que los gastos asociados a la atención hospitalaria de estos casos son captados en el gasto hospitalario de la institución que proporcionó la atención.

En la figura 19 se observa que el gasto por mujer beneficiaria es diferente entre estados: el Distrito Federal presenta el menor gasto y, por el contrario, Baja California y Chihuahua los de mayor gasto. El gasto en Baja California es 20 veces más alto que el del Distrito Federal. Puede observarse que el gasto ajustado por beneficiaria, es mayor para salud materno-perinatal. La media del gasto en salud repro-

Figura 18

### Pirámide poblacional del IMSS-Oportunidades, 2003



ductiva por mujer para esta institución es de \$2 182 pesos.

En el cuadro 5 se observa que el mayor porcentaje del gasto en salud materno-perinatal y CaCu es para la función de atención curativa hospitalaria, mientras que para planificación familiar el principal gasto es en la función de servicios de prevención y salud pública.

Debido a que el gasto para esta institución se estimó a partir del método de costos, no fue posible identificar el gasto en actividades como la rectoría del sistema, la capacitación y la investigación, y como ya se señaló con anterioridad, tampoco pudo incorporarse el gasto asociado a la promoción y la realización pruebas diagnósticas para el programa de CaMa.

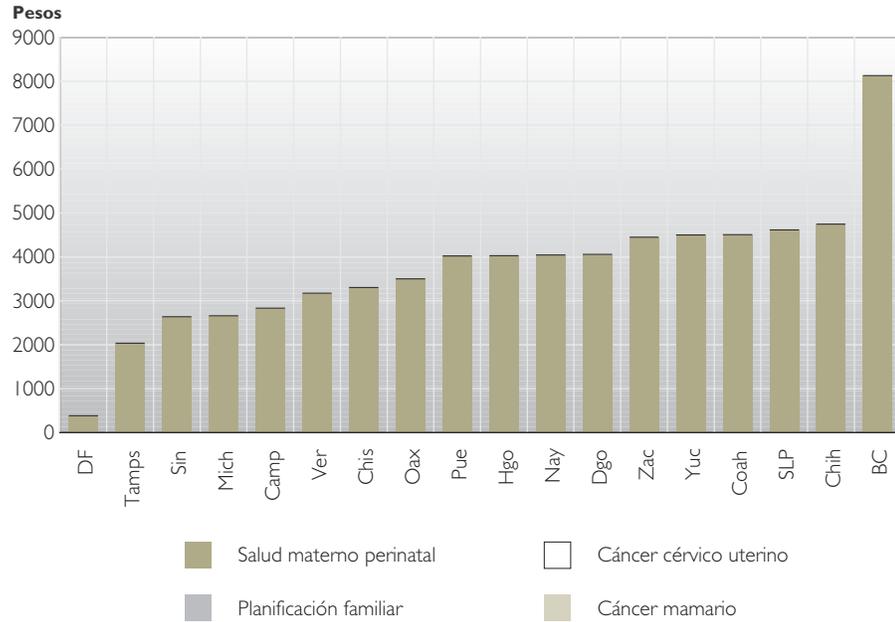
### 7.1.3 IMSS

El financiamiento para esta institución es tripartita y se compone de las cuotas obligatorias de los trabajadores, la aportación patronal y el financiamiento federal.

El IMSS da cobertura a 41 850 888 personas. En la figura 20 se observa que la población afiliada a esta institución se compone predominantemente de hombres y mujeres en edad productiva. Asimismo, se observa que

Figura 19

**Gasto total en salud reproductiva por mujer beneficiaria por programa y entidad federativa**  
IMSS-Oportunidades 2003.



Cuadro 5

**Distribución del gasto por programa y función. IMSS-Oportunidades. Miles de pesos, 2003**

Función	Salud materno-perinatal	Planificación familiar	CaCu	CaMa
Asistencia curativa ambulatoria	-	-	160 646.74	n.d
Asistencia curativa hospitalaria	519 263.40	345 067.71	29 745.74	-
Servicios auxiliares de atención a la salud	-	-	-	n.d
Productos médicos dispensado				
a pacientes ambulatorios	-	16 415.35	-	-
Servicios de prevención y de salud pública	226 792.63	425 940.19	-	-
Administración de la salud				
por administradoras públicas	nd	nd	nd	-
Formación de capital de instituciones				
proveedoras de atención a la salud	nd	nd	nd	-
Formación de personal sanitario	nd	nd	nd	-
Investigación y desarrollo				
en el ámbito de la salud	nd	nd	nd	-
Total	\$746 056.03	\$787 423.25	\$190 392.69	n.d

nd: no disponible.

la proporción de 45 a 64 años es mayor entre los hombres en comparación con las mujeres. Esto puede explicarse por el tipo cobertura de esta institución, vinculada a empleo en el sector formal de la economía.

### 7.1.3.1 Gasto en salud reproductiva en el IMSS

El gasto en salud materno-perinatal fue de \$6 471 579 770 pesos; en planificación familiar de \$408 218 180 pesos; en CaCu de \$831 496 150 pesos y, por último, para CaMa de \$596 431 450 pesos. El gasto en la rectoría de los programas de salud reproductiva representa \$97 666 020 pesos. En total el gasto en salud reproductiva fue \$8 405 391 570 pesos, lo que representa 8% del gasto en salud en esta institución.

En la figura 21 se observa que los estados de Zacatecas, San Luis Potosí y Guerrero fueron los que tuvieron menor gasto por mujer beneficiaria. Por el contrario, Baja California Sur, Tlaxcala y Colima notificaron el mayor gasto. Al ajustar el gasto por mujer beneficiaria, se observa que la mayoría es por salud materno-perinatal. El gasto en Chihuahua es dos veces más alto que el encontrado en Zacatecas: la media del gasto por mujer es de \$8 759 pesos.

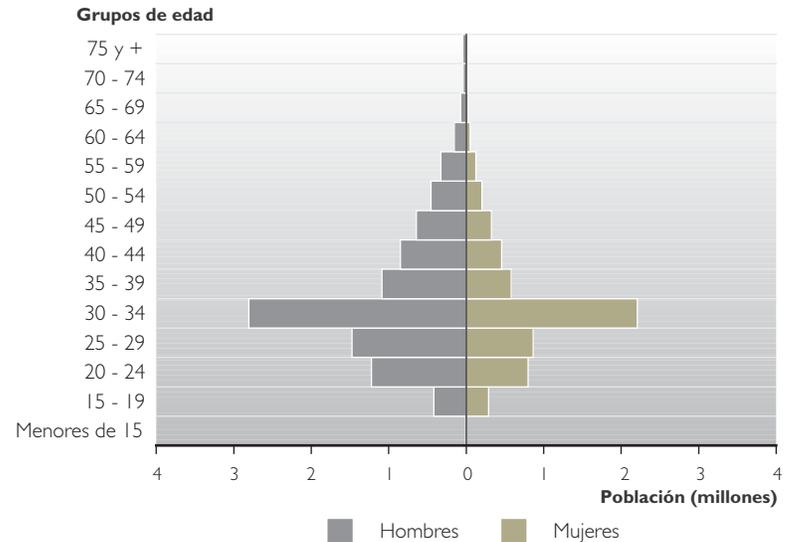
En el cuadro 6 se observa que el principal componente del gasto en salud materno-perinatal es el rubro de servicios de prevención y salud pública en el cual se encuentra el gasto en las consultas de control prenatal. En planificación familiar, el principal componente está dado por la hospitalización y manejo hospitalario de la salpingoclasia y vasectomía. No se obtuvo mayor información del gasto por objeto como: recurso humano, materiales y suministros y capital o infraestructura, así como tampoco de formación de capital humano o investigación.

### 7.1.4 ISSSTE

El financiamiento del ISSSTE es bipartita: a las aportaciones que los trabajadores hacen quincenalmente se le suman las del Gobierno Federal para cada uno de sus empleados. Actualmente el ISSSTE atiende a más de dos millones de trabajadores y a más de cuatro

Figura 20

### Pirámide poblacional del IMSS, 2003



derechohabientes por trabajador en promedio, con lo que en este momento existen poco más de diez millones de mexicanos beneficiados por esta cobertura.

Con relación a la pirámide poblacional, los mayores porcentajes lo componen los menores de 15 años aunque el grupo de mayores de 74 años representa también un porcentaje importante (figura 22).

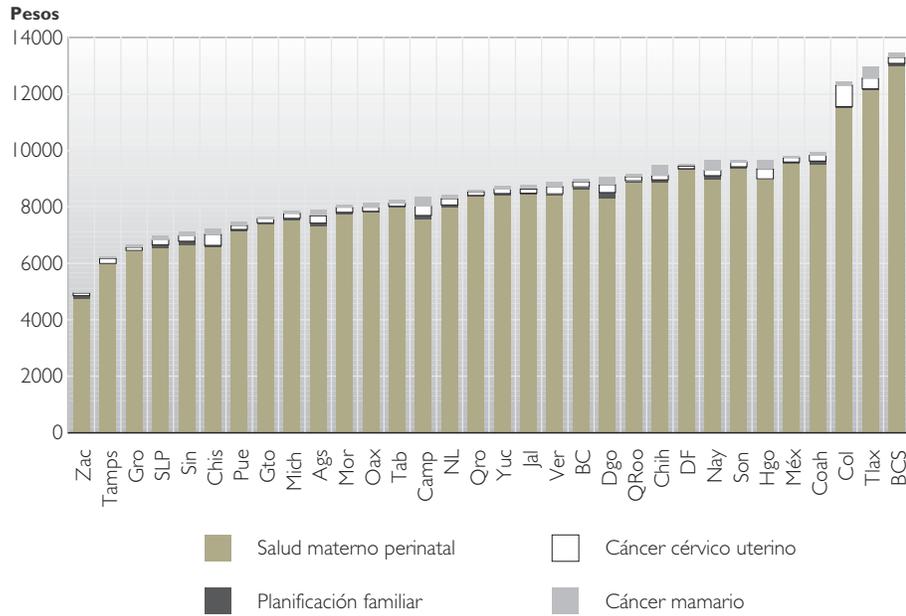
### 7.1.4.1 Gasto en salud reproductiva en el ISSSTE

El gasto en salud materno-perinatal fue de \$822 140 069 pesos; para planificación familiar de \$78 832 509 pesos; para CaCu de \$33 741 380 pesos y para CaMa de \$46 269 930 pesos. El gasto total para estos programas representa \$1 049 128 540 pesos, e incluye gastos en rectoría para salud reproductiva. Esto representa 5.85% del gasto en salud durante 2003 en esta institución.

Cabe señalar que el gasto está subestimado ya que sólo se contó con información que permitió estimar el gasto en tres funciones importantes: consulta externa general; consulta de especialidad; y atención hospitalaria.

Figura 21

**Gasto total en salud reproductiva por mujer beneficiaria por programa y entidad federativa IMSS 2003.**



Cuadro 6

**Distribución del gasto por programa y función. IMSS. Miles de pesos, 2003.**

Función	Salud materno-perinatal	Planificación familiar	CaCu	CaMa
Asistencia curativa ambulatoria	27 847.34	77 265.85	631 689.98	304 953.50
Asistencia curativa hospitalaria	5 037 211.20	86 429.16	199 806.17	255 477.96
Productos médicos dispensado a pacientes ambulatorios	-	154 119.70	-	-
Servicios de prevención y de salud pública	1 406 521.23	90 403.48	-	-
Administración de la salud por administradoras públicas	nd	nd	nd	nd
Formación de capital de instituciones proveedoras de atención a la salud	nd	nd	nd	nd
Formación de personal sanitario	nd	nd	nd	nd
Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud	nd	nd	nd	nd
Total	\$6 471 579.77	\$408 218 018.00	\$831 496.15	\$560 431.46

nd: no disponible.

ria para los cuatro programas analizados. No se incluyó el gasto en funciones como la compra de métodos de planificación familiar, así como tampoco el gasto en actividades de promoción para estos programas.

En la figura 23 se observa que la distribución de este gasto por mujer beneficiaria es diferencial por estado, con Hidalgo, Baja California Sur y el Distrito Federal como los estados con mayor gasto y Jalisco, Colima, el Estado de México y Chiapas como los de menor gasto. La entidad con mayor gasto –Hidalgo– tiene un gasto cinco veces más alto que el de menor, que fue Zacatecas. El mayor porcentaje del gasto es para salud materno-perinatal. La media del gasto por mujer beneficiaria es de \$3 962 pesos.

Puede observarse en el cuadro 7 que el gasto más importante para salud materno-perinatal se destinó a la atención hospitalaria. Para planificación familiar, el mayor gasto correspondió a servicios de prevención y de salud pública donde se incluyen las consultas externas de este programa (no se contó con información sobre gasto en los métodos). Para CaCu el principal gasto fue por atención

Figura 22  
**Pirámide poblacional del ISSSTE, 2003**

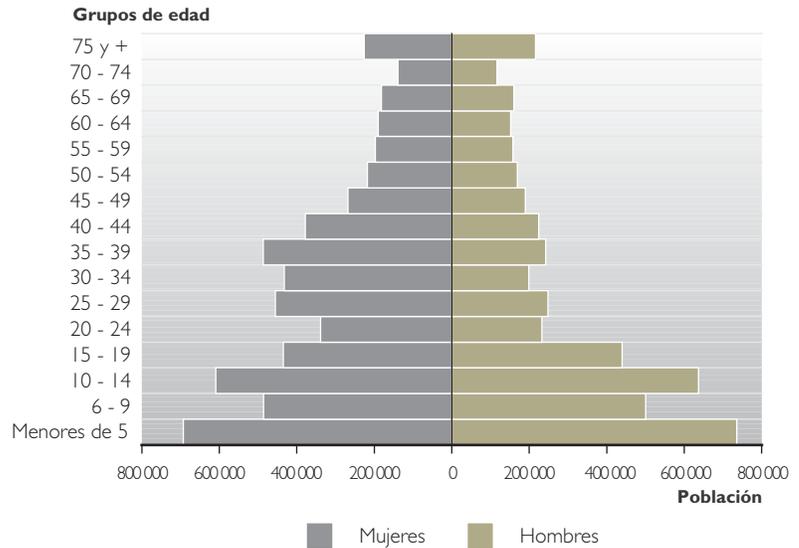
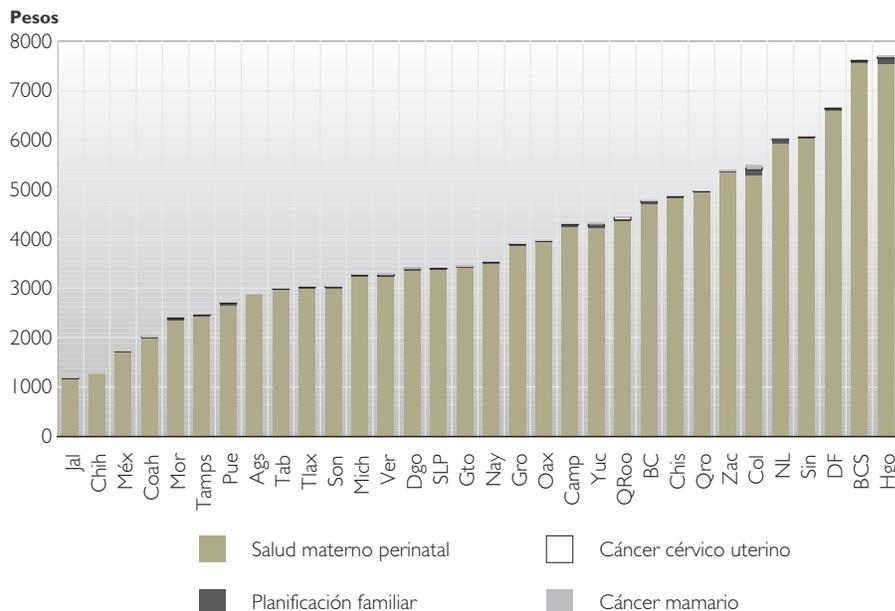


Figura 23  
**Gasto total en salud reproductiva por mujer beneficiaria por programa y entidad federativa ISSSTE 2003.**



Cuadro 7

**Distribución del gasto por programa y función. ISSSTE. Miles de pesos, 2003.**

Función	Salud materno-perinatal	Planificación familiar	CaCu	CaMa
Asistencia curativa ambulatoria			18 063.48	16 727.08
Asistencia curativa hospitalaria	767 937.01	13 888.20	15 677.90	29 542.85
Servicios auxiliares de atención a la salud	-		-	-
Productos médicos dispensado a pacientes ambulatorios	-	-	-	-
Servicios de prevención y de salud pública	54 203.06	64 944.31	-	-
Administración de la salud por administradoras públicas	Nd	nd	nd	nd
Formación de capital de instituciones proveedoras de atención a la salud	Nd	nd	nd	nd
Formación de personal sanitario	Nd	nd	nd	nd
Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud	Nd	nd	nd	nd
Total	\$822,14.07 ojo autores	\$78 832.51	\$33 741.38	\$62 509.91

nd: no disponible.

curativa ambulatoria, mientras que para CaMa fue la atención curativa hospitalaria.

**7.2 GASTO PRIVADO**

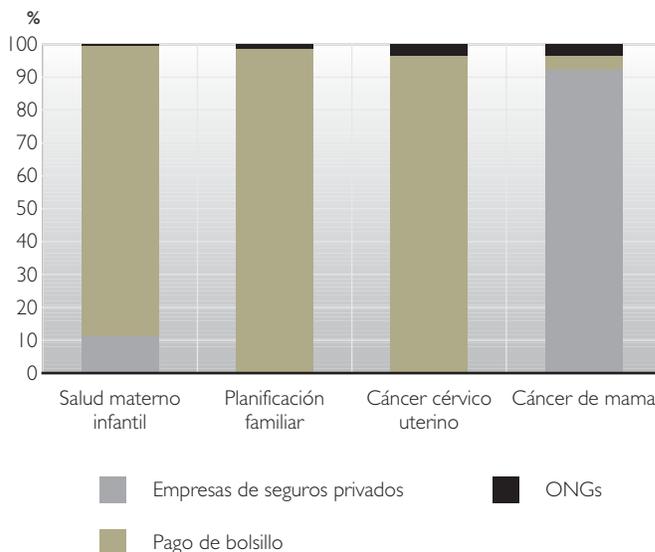
Está conformado por el pago directo de bolsillo de los hogares, el gasto por siniestralidad de las aseguradoras, las ONGs y las donaciones del exterior. Como se mencionó en la metodología, este gasto no pudo desglosarse a nivel estatal, debido principalmente que la ENIGH, la ENSAR y la información de las aseguradoras no lo permite.

El gasto privado para salud reproductiva a pesos del 2003 fue de \$9 592 816 348 pesos. De éste, 91 % es gasto de bolsillo. Le sigue en importancia el gasto de las aseguradoras que representó 8%; las ONGs con 1 % y las donaciones del extranjero con 0.14%. En la figura 24 se presenta la distribución de este gasto por programa.

Es importante señalar que el hecho de que el gasto privado para CaMa en la figura anterior esté dado principalmente por la participación de las empresas de seguros privados, se debe a la dificultad de contar con indicadores que permitan una mejor estimación del gasto en el que incurren los hogares para la atención de CaCu y CaMa, por lo que no debe interpretarse como que los hogares no gastan de manera directa en la atención relacionada con ambas enfermedades.

Figura 24

**Distribución porcentual del gasto privado por programa**



Cuadro 8

**Gasto de los hogares por función.  
Miles de pesos, 2003.\***

Función	Cantidad
<b>Embarazo</b>	
Consultas de control prenatal	\$ 835 116.77
Estudios de laboratorio y gabinete	\$ 313 183.78
Medicamentos	\$ 310 221.39
Complicaciones de embarazo, parto y puerperio	\$ 206 546.55
<b>Parto y cesárea</b>	
Atención hospitalaria de parto y cesárea	\$ 3 411 227.26
<b>Anticonceptivos y vitaminas</b>	\$ 3 090 746.34
CaCu	
<b>Detección oportuna de cáncer</b>	\$ 456 043.89
Atención de CaCu	\$ 71 518.85
Radioterapia de CaCu	\$ 15 284.69
CaMa	
Atención de CaMa	\$ 5 963.40
Total	\$8 715 852.93

Fuentes: 33, 34 y 35

\*Pesos actualizados a 2003

Debido a la importancia del gasto de bolsillo de los hogares en el cuadro 8 se presenta este gasto con más detalles. Se observa que 39% de este gasto correspondió a la atención hospitalaria del parto y la cesárea. El otro rubro de gasto importante es el de la compra de anticonceptivos y vitaminas, que representa 35.5% del gasto de los hogares. Es importante señalar que no pudo separarse el gasto en vitaminas del de anticonceptivos, por lo que este último gasto está sobrestimado. El gasto para actividades relacionadas a prevenir o atender el CaCu fue de 6.2%, y la mayor parte estuvo vinculada a la realización de pruebas de detección. Como se señaló con anterioridad, hubo dificultades para estimar el gasto de los hogares para ambos tipos de cáncer.



## 8. Conclusiones

En este trabajo se presenta la primera estimación del gasto en el sistema de salud mexicano para la salud reproductiva para el año 2003. Este gasto fue de 23 489 millones de pesos, cantidad que representa cerca del 6% del gasto en salud para México en 2003 y 0.4% del PIB para ese mismo año; 59% correspondió a gasto público y 41% a gasto privado. El pago de bolsillo de los hogares representó 37.1% del gasto en salud reproductiva. Las mayores diferencias entre estados con mayor/menor gasto por mujer beneficiaria (Baja California Norte/Guerrero) se encontraron en el sector de la población que no tiene acceso a la seguridad social. Del gasto, 56% está relacionado con la atención curativa hospitalaria y 64% con la atención a la capacidad reproductiva, es decir, es gasto en salud materna y perinatal.

Del gasto en salud reproductiva, 37.1% proviene de los hogares; de éste, 39% correspondió a la atención hospitalaria del parto y la cesárea. El otro rubro de gasto importante fue la compra de anticonceptivos, que representa 35.5% del gasto de los hogares.

En el cuadro 9 se compara la distribución del gasto en salud reproductiva y equidad de género con la distribución del gasto en salud. Se observa que la participación pública es mayor en el gasto en salud reproductiva con relación al gasto en salud; la participación de la seguridad social es similar en ambos gastos; y la participación de los planes de aseguramiento es mayor para el gasto en salud reproductiva con relación al gasto en salud.

No obstante el esfuerzo realizado en la construcción de las CuNaSaRe, hubo limitaciones en su estimación y construcción. En primer lugar, si bien se incluyen los cuatro programas de salud reproductiva con mayor cobertura y recursos, se dejan de lado aspectos importantes relacionados con una visión más integral de la salud reproductiva. Con relación a la equidad de género sólo pudo

considerarse una actividad (la violencia intrafamiliar) lo que, por una parte, limita la concepción de una dimensión que es mucho más amplia y, por la otra, incluso la estimación de este gasto fue parcial ya que no se pudieron considerar los gastos en los que incurren los hogares para la atención de las lesiones producto de la violencia en el hogar. Por lo tanto, se requiere desarrollar todavía más la metodología para tener una mejor aproximación de este gasto.

Uno de los grandes retos que hubo que enfrentar fue la estimación del gasto privado. La principal fuente para su estimación es la Encuesta Nacional Ingreso Gasto de los Hogares (ENIG, 2002) que sólo permite estimar el gasto en salud relacionado con la atención del embarazo, parto, cesárea y puerperio, así como el gasto por adquisición de métodos de planificación familiar, el cual no puede separarse del gasto en la compra de vitaminas. Debido a ello, la estimación del gasto privado para la atención de displasias, CaCu, tumoración mamaria y CaMa es donde surgen mayores problemas de subestimación, ya que no fue posible incorporar lo relacionado con la qui-

Cuadro 9

### Niveles de gasto en salud y salud reproductiva, 2003

	Gasto en salud	Gasto en salud reproductiva
	%	%
Gasto total como % del PIB	6.0	0.4
Gasto público	46.4	59.2
Gasto privado	53.6	40.08
Gasto de la seguridad social como % del		
gasto público	66.8	68
Gasto de bolsillo como % del gasto privado	94	91
Planes de aseguramiento privado como % del		
gasto privado	5.8	8.1

Fuente: 72

PIB: Producto Interno Bruto

mioterapia y radioterapia, y la estimación de gastos hospitalarios se incorporó sólo de manera parcial.

Con relación a la estimación del gasto público el gran reto fue la enorme heterogeneidad de la información no sólo entre instituciones, sino dentro de una misma institución entre programas. De nuevo, la información para los programas de salud materno-perinatal y planificación familiar es la más completa, y es escasa para los programas de CaCu y más aun para el de CaMa. El microcosteo de casos promedio o estándar está considerado como una opción que podría utilizarse en la siguiente estimación.

Por otra parte, no pudo separarse el gasto en medicamentos, estudios de laboratorio y gabinete de aquel correspondiente a atención ambulatoria y hospitalaria, debido al nivel de agregación de la información.

En la comparación del gasto entre agentes financiadores es necesario considerar que la metodología utilizada para estimar el gasto en el IMSS-Oportunidades se utilizaron los costos promedio que esta institución proporcionó. Por lo tanto, se desconoce en qué medida las diferencias en el gasto son diferencias reales o reflejan también diferencias por los métodos utilizados.

Con relación al gasto para la SSA, así como para los Servicios Estatales de Salud se presentaron problemas de disponibilidad de información para el estado de Querétaro, por lo que el gasto para este estado no pudo incorporarse. Se probaron simulaciones utilizando supuestos para evaluar los efectos que tenía la omisión de esta entidad, y se comprobó que no afectaba de manera importan-

te las estimaciones. Se considerará en una visita posterior a este estado para realizar las estimaciones correspondientes.

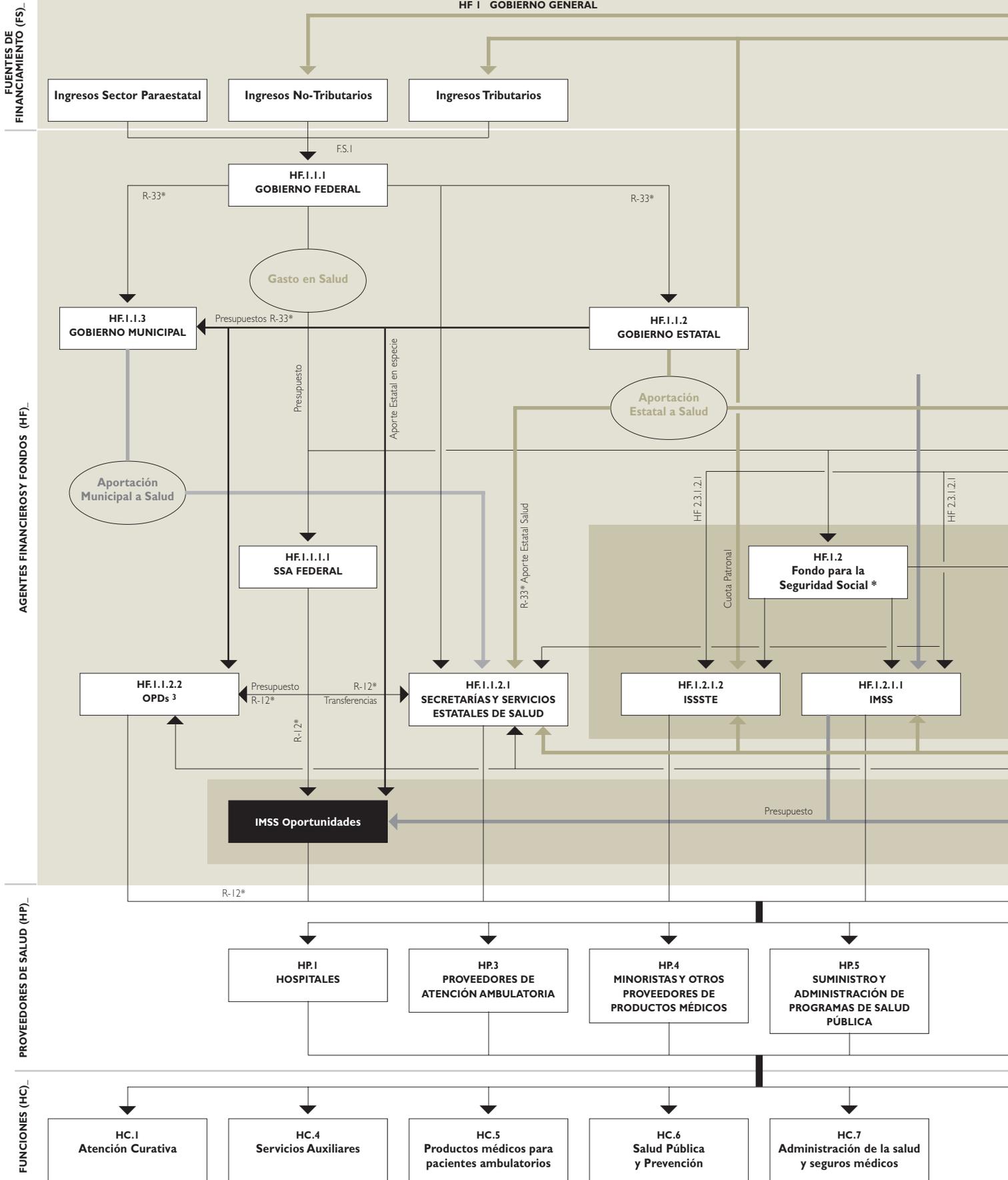
En el análisis e interpretación del gasto entre estados, es necesario considerar que se hace referencia al gasto por beneficiaria. Así por ejemplo, para el gasto en salud materno-perinatal que representa el mayor porcentaje, se considera únicamente la proporción de mujeres que potencialmente se esperaba se embarazaran durante 2003, y no el grupo de mujeres de 15 a 49 años. Por ello este gasto no debe ser considerado como un equivalente del gasto per cápita por mujer en edad fértil.

A pesar de las limitaciones mencionadas, los resultados del estudio son relevantes porque, por primera vez, se tiene una estimación del gasto para los principales programas de salud reproductiva por programa, por tipo de agente. Asimismo, se conoce la distribución y composición de este gasto por estado, así como las actividades en que se está gastando por agente financiador. Por lo tanto, con esta información se podrá analizar la relación entre este gasto con indicadores de necesidades de salud en el ámbito estatal, así como las desigualdades en la asignación de los recursos para salud reproductiva y equidad de género. Por otra parte, se pretende que este estudio sea la base que genere una serie de tiempo comparable, lo que permitirá monitorear el financiamiento para los programas incluidos, el impacto de políticas como el proceso de descentralización o la introducción del seguro popular, o bien establecer criterios que permitan una asignación de recursos que observe los principios de equidad del sistema.

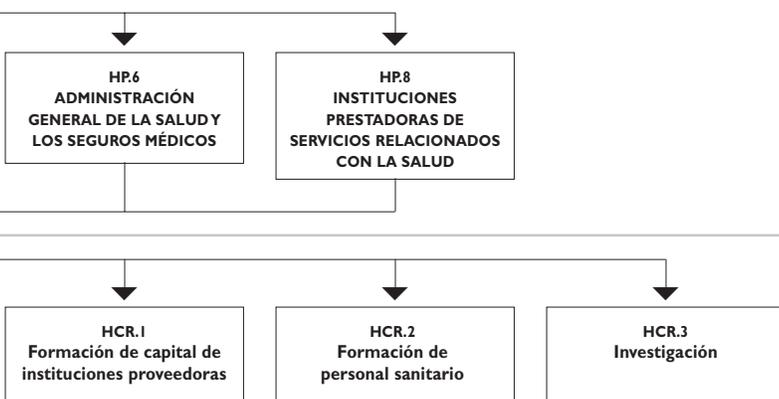
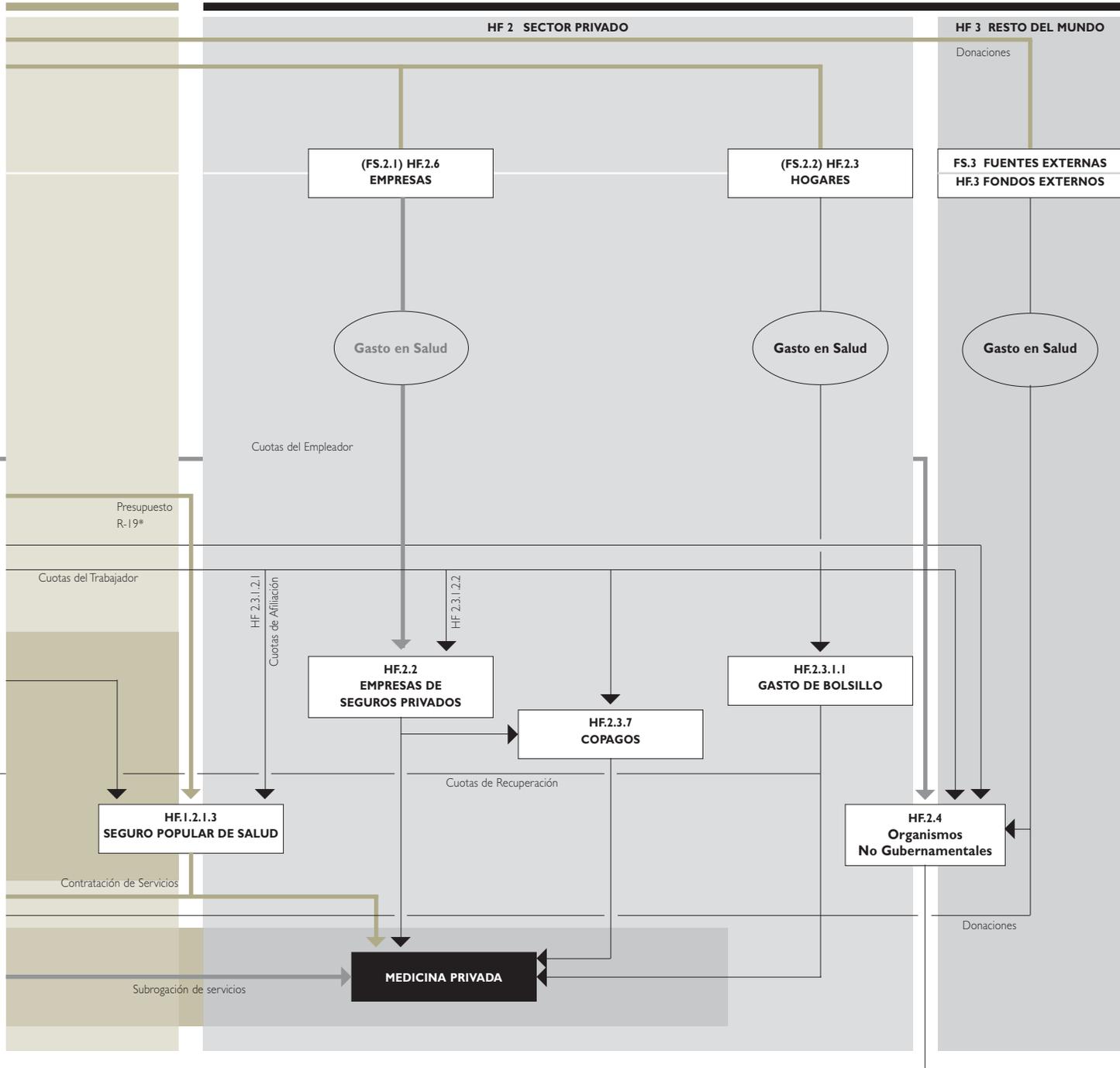
# Anexos

**Flujo del financiamiento en el sistema de salud mexicano**

HFA SECTOR PÚBLICO



HF.B SECTOR NO GUBERNAMENTAL



- 1 SÍCUNTAS
- 2 Clasificación Internacional de Cuentas Nacionales (ICHA)
- 3 OPD's: Organismos Públicos Descentralizados
- Instituciones que funcionan como proveedores y cuyo papel como agentes no está bien definido.
- \* La asignación de los recursos financieros federales a las distintas instancias gubernamentales se realiza a través de ramos:  
 El Ramo 33 (R-33), creado en 1998 como una vertiente del federalismo por medio de la adición y reforma a la Ley de Coordinación Fiscal (LCF), corresponde a las aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios.  
 El Ramo 12 (R-12) es presupuesto destinado al combate a la pobreza.  
 El Ramo 19 (R-19) corresponde al presupuesto federal destinado a la seguridad social.

Anexo A

Cuadro 10

**Listado de agentes financieros**

Código	Agentes Financieros
HF.A	Sector Público
HF.1.	Sector General
HF.1.1.	Gobierno General (excepto seguridad social)
HF.1.1.1	Gobierno Central
HF.1.1.1.1	Secretaría de Salud
HF.1.1.1.2	Otras dependencias
HF.1.1.2	Gobierno estatal
HF.1.1.2.1	Servicios Estatales de Salud
HF.1.1.2.2	Organismos Públicos Descentralizados (OPD)
HF.1.1.2.3	Otras dependencias estatales
HF.1.1.3	IMSS-Oportunidades
HF.1.2	Seguridad Social
HF.1.2.1	Instituciones públicas
HF.1.2.1.1	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)
HF.1.2.1.2	Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
HF.1.2.2	Empresas paraestatales
HF.B	Sector no gubernamental
HF.2	Sector privado
HF.2.2.	Empresas de seguros privado
HF.2.3	Pago de bolsillo
HF.2.4.	Instituciones sin fines de lucro (ONGs)
HF.3	Resto del mundo

Cuadro 11

**Listado de proveedores de salud**

Código	Proveedores
HP 1	Hospitales
HP 3	Proveedores de atención ambulatoria
HP 3.1	Consultorios médicos
HP 3.2	Consultorios de otros profesionales de salud
HP 3.4	Centros de atención ambulatoria
HP 3.4.1	Centros de planificación familiar
HP 3.4.3	Centros independientes de cirugía ambulatoria
HP 3.4.5	Demás centros multidisciplinarios y en sociedad
HP 3.4.9	Los demás centros ambulatorios públicos e integrados de atención
HP 3.5	Laboratorios médicos y de diagnóstico
HP 3.9.3	Médicos alternativos y/o tradicionales
HP 3.9.9	Los demás proveedores de servicios de atención ambulatoria
HP 4.1	Farmacias
HP 5	Suministro, rectoría y administración de programas de salud pública
HP 6	Rectoría y administración general de la salud y los seguros médicos
HP 6.1.1	Administración pública federal
HP 6.1.2	Administración pública estatal
HP 6.2.1	Administración de la seguridad social federal
HP 6.2.2	Administración de la seguridad social estatal
HP 6.3	Otros seguros sociales
HP 6.4	Otros seguros privados
HP 6.9	Los demás proveedores de administración de la salud

Cuadro 12

**Listado de funciones en salud reproductiva**

Código	Tipo de función	Código	Tipo de función
HC 1	Servicios de asistencia curativa	HC 5.1.3.2	Dispositivos intra uterinos
HC 1.1	Asistencia curativa hospitalaria	HC 5.1.3.3	Implantes subdérmicos
HC 1.1.1	Manejo binomio madre-hijo	HC 6	Servicios de prevención y de salud pública
HC 1.1.1.1	Parto normal	HC 6.1	Salud materno-neonatal, servicios de planificación familiar y consultas
HC 1.1.1.2	Cesárea	HC 6.1.1	Salud materno-neonatal
HC 1.1.1.3	Recién nacido normal	HC 6.1.1.1	Consultas de control prenatal
HC 1.1.1.4	Manejo y terapéutica del recién nacido complicado	HC 6.1.1.2	Consultas de puerperio fisiológico
HC 1.1.1.5	Complicaciones en el embarazo, parto y puerperio	HC 6.1.1.3	Consultas de control del recién nacido
HC 1.1.2	Atención de CaCu	HC 6.1.1.4	Promoción de la salud materno-neonatal
HC 1.1.3	Atención de CaMa	HC 6.1.2	Planificación familiar
HC 1.1.4	Métodos quirúrgicos de planificación familiar	HC 6.1.2.1	Consultas de planificación familiar
HC 1.1.4.1	Salpingoclasia	HC 6.1.2.2	Promoción de la planificación familiar
HC 1.1.4.2	Vasectomía	HC 6.4	Prevención de enfermedades no transmisibles
HC 1.1.4.3	Otros	HC 6.4.1	CaCu
HC 1.1.5	Aborto	HC 6.4.1.1	Tamizaje
HC 1.1.6	Procedimientos de fertilización	HC 6.4.1.2	Promoción de la salud (CaCu)
HC 1.3	Asistencia curativa ambulatoria	HC 6.4.2	CaMa
HC 1.3.1	Servicios médicos y diagnósticos básicos	HC 6.4.2.1	Tamizaje
HC 1.3.1.1	Detección oportuna de CaCu	HC 6.4.2.2	Promoción de la salud (CaMa)
HC 1.3.1.2	Exploración mamaria	HC 6.9.1	Prevención de la violencia
HC 1.3.3	Los demás servicios de asistencia especializada	HC 6.9.2	Centros de atención a violencia
HC 1.3.3.1	Manejo y control del embarazo complicado o de alto riesgo	HC 7	Rectoría y administración de la salud y los seguros médicos
HC 1.3.3.2	Atención de CaCu	HC 7.1	Rectoría y administración de la salud por administraciones públicas
HC 1.3.3.3	Atención de CaMa	HC 7.1.1	Rectoría y administración de la salud por administraciones públicas (excepto seguridad social)
HC 1.3.3.4	Procedimientos de fertilización asistida	HC 7.1.2	Rectoría y actividades de administración, funcionamiento y apoyo de las administraciones de seguridad social
HC 4	Servicios auxiliares de atención de la salud	HC 7.2	Rectoría y administración de la salud y los seguros médicos: organismos privados
HC 4.1	Laboratorio clínico	HC 7.2.1	Rectoría y administración de la salud y los seguros médicos: seguros sociales
HC 4.1.1	Para embarazo y parto	HC 7.2.2	Rectoría y administración de la salud y los seguros médicos: otros organismos privados
HC 4.1.2	Citologías y biopsias de CaCu	HCR 1	Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud
HC 4.1.3	Estudios de laboratorio, biopsias para CaMa	HCR 2	Formación del personal sanitario
HC 5	Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	HCR 3	Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud
HC 5.1	Productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos	HCR 3.1	Embarazo, parto, puerperio
HC 5.1.1	Medicamentos de prescripción	HCR 3.2	CaCu
HC 5.1.1.1	Anticonceptivos hormonales (orales e inyectables)	HCR 3.3	CaMa
HC 5.1.1.2	Para CPN (sulfato ferroso, ácido fólico, micronutrientes)	HCR 3.4	Planificación familiar
HC 5.1.3	Otros productos médicos perecederos		
HC 5.1.3.1	Preservativos		

Cuadro 13

**Mujeres beneficiarias por programa**

Grupo	Cálculo	Fuente
Mujeres beneficiarias de programas de salud materno-neonatal – Posibles embarazos	Tasa bruta de natalidad * Población beneficiaria / 1000	40
Mujeres beneficiarias programas de planificación familiar	Mujeres no aseguradas de 15 a 49 años	41
Mujeres beneficiarias programas de CaCu y CaMa	Mujeres no aseguradas de 25 a más años	42,43

Anexo B

Figura 26

**Flujograma de una paciente con CaCu en la SSA**

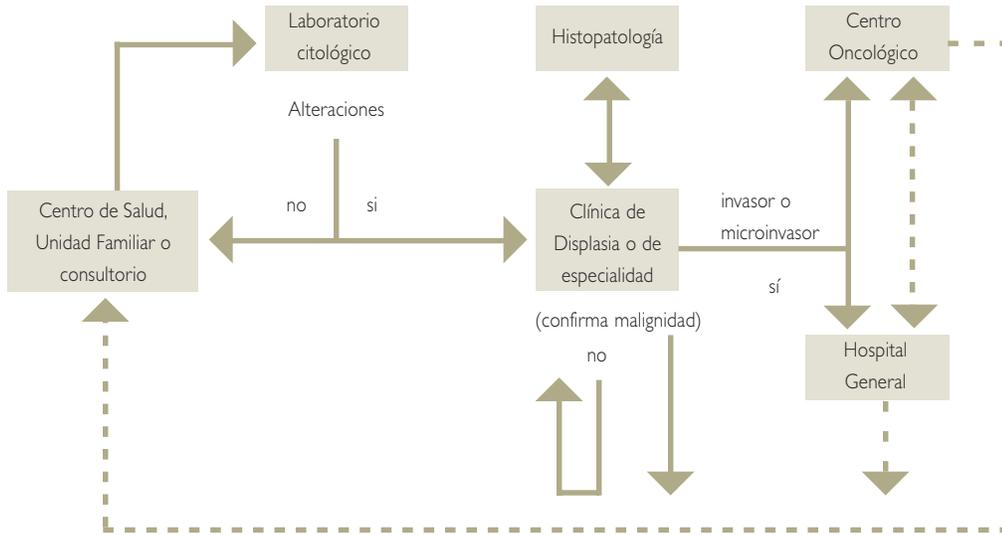
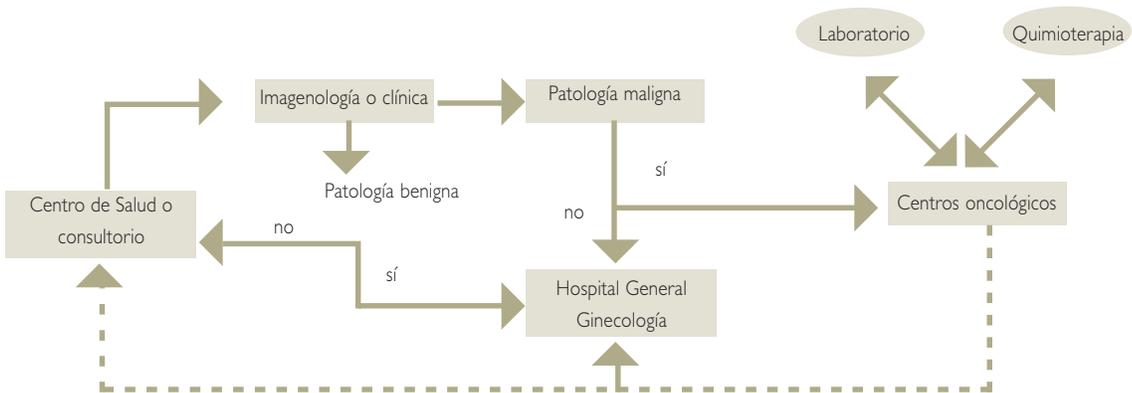


Figura 27

**Flujograma de una mujer con CaMa en la SSA**



## Anexo C

Cuadro 14.

**Supuestos, Información y Cálculos utilizados - SSA****Supuestos generales**

Tasa promedio de cobertura de atención del recién nacido (cob_ns):	76%
Porcentaje del tiempo de una consulta dedicada a toma de citología (citol):	30%
Porcentaje del tiempo de personal en el 2do y 3er nivel a:	
Atención hospitalaria (atn_hosp)	60%
Atención ambulatoria (atn_amb)	40%
Número de consultas para atención de displasias: (disp)	2
El gasto de los rubros Prevención del cáncer cérvico uterino y mamario y Control del cáncer cérvico uterino y mamario se reparten en partes iguales para el cáncer cérvico uterino y para el cáncer mamario.	

**Ponderadores del FASSA<sup>46</sup> modificados por actividad institucional****Programa: Arranque Parejo en la Vida**

Actividad institucional	%
<b>Atención de la salud, embarazo, parto y puerperio y recién nacido</b>	
Atención con enfoque de riesgo	10.32
Ministración de micronutrientes	11.69
Vacuna SR	0.07
Ácido fólico, apoyo a Semanas Nacionales de Salud	2.53
Ácido fólico, programa regular	6.96
Atención de parto	27.45
Equipo para atención de parto	0.07
Atención de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio	12.81
Atención integral al recién nacido	10.36
Equipo para capacitación en reanimación neonatal	0.13
Tamiz neonatal, insumos para la toma	2.21
Tamiz neonatal, papel y reactivos	2.17
Tamiz neonatal, tiras rápidas	0.82
Tratamiento de casos positivos de hipotiroidismo congénito	1.85
Tratamiento a los principales defectos al nacimiento	10.24
Tratamiento recién nacido complicado	0.31
<b>Promoción de la salud materna y neonatal</b>	
Impresos (lineamientos técnicos, manuales y material de promoción)	32.00
Capacitación	48.20
Asistencia técnica	19.80

Continúa/

/continuación

**Programa: Planificación familiar**

Planificación familiar (métodos anticonceptivos y consejería)

Garantizar insumos de Planificación Familiar	97.44%
Atención médica	2.56%
Promoción de la salud reproductiva para grupos en riesgo	
Garantizar el acceso a la información, educación y comunicación	18.18%
Fortalecer la competencia técnica del personal	27.27%
Supervisión operativa y seguimiento	31.82%
Investigación	4.55%
Sistema informático	9.09%
Coordinación	9.09%

**Programa: Cáncer Cérvico Uterino**

Prevención de cáncer cérvico uterino

Promoción comunidades saludables	3.07%
Promoción General	5.55%
Detección tamizaje	34.10%
Difusión (campañas y materiales)	11.02%
Capacitación	17.34%
Vigilancia epidemiológica	8.61%
Investigación operativa	2.82%
Rectoría (supervisiones y gastos de administración)	17.49%

**Control de cáncer cérvico uterino**

Diagnóstico	65.52%
Tratamiento	34.48%

**Programa: Cáncer Mamario**

Prevención de cáncer de mama

Promoción comunidades saludables	3.21%
Promoción General	1.95%
Detección tamizaje	32.10%
Difusión (campañas y materiales)	23.25%
Capacitación	11.48%
Vigilancia epidemiológica	7.88%
Investigación operativa	0.58%
Rectoría (supervisiones y gastos de administración)	19.55%

**Control de cáncer de mama**

Diagnóstico	51.32%
Tratamiento	48.68%

- Los ponderadores del FASSA son aplicables al gasto estatal

**Información demográfica**

Población beneficiaria, 2003
Mujeres no aseguradas, 2003
Tasa bruta de natalidad estatal (TBNE), 2003
Mujeres no aseguradas de 15 a 44 años
Mujeres no aseguradas de 25 a más años
Recién nacidos
Consulta general, consulta especializada, días estancia

Fuente:

SSA. Boletín de Información Estadística No. 23, Vol. III, 2003. México, D.F.: Dirección General de Información en Salud, 2004

**Información financiera**

Variable	Información utilizada / Cálculo
Gasto en Salud Materno Neonatal (FASSA y Gasto Estatal)*	Clave H27 y H79 del presupuesto ejercido por estado
Gasto en Planificación Familiar (FASSA y Gasto Estatal)*	Clave H18 y H19 del presupuesto ejercido por estado
Gasto en Cáncer cérvico-uterino y Cáncer mamario (FASSA y Gasto Estatal)*	Clave H20 y H73 del presupuesto ejercido por estado
Gasto en Equidad de Género y Violencia (FASSA y Gasto Estatal)*	Clave H17 del presupuesto ejercido por estado
Gasto en Administración jurisdiccional de primer nivel (FASSA y Gasto Estatal)*	Clave H50 del presupuesto ejercido por estado
Gasto en atención médica ambulatoria*	Clave H61 del presupuesto ejercido por estado
Gasto en atención médica hospitalaria*	Clave H62 y H63 del presupuesto ejercido por estado
Adquisición de material anticonceptivo**	Material anticonceptivo adquirido durante 2003, por entidad federativa
Adquisición de insumos y material para mejorar la atención de salud materno neonatal**	Adquisición de insumos y material para mejorar la atención del programa Arranque Parejo en la Vida
Adquisición de insumos para cáncer cérvico uterino**	Insumos enviados a los estados
Adquisición de insumos para cáncer mamario**	Insumos enviados a los estados
Material para promoción de Salud Materno Neonatal**	Ídem
Material impreso para Planificación Familiar**	Ídem
Adquisición de equipos para cáncer mamario**	Equipo enviado a los estados
Gasto en rectoría por programa**	Gasto en personal del CNEGSR
Recursos destinados a Equidad de Género y Violencia (Ramo 12)**	Recursos Destinados al Modelo de Prevención, Atención a la Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres

Fuentes:

\* SSA. Boletín de Información Estadística No. 23, Vol. IV, 2003. México DF: SICUENTAS, 2004

\*\* Documentación interna de cada programa

### Asistencia curativa hospitalaria

Código	Función de salud	Base de cálculo / Cálculo
HC 1.1.1.1	Parto normal	$\frac{\text{Días estancia CIE O80} * \text{Clave H62 del presupuesto ejercido} * \text{Atn\_hosp}}{\text{Días estancia totales}}$
HC 1.1.1.2	Cesáreas	$\frac{\text{Días estancia CIE O82} * \text{Clave H62 del presupuesto ejercido} * \text{Atn\_hosp}}{\text{Días estancia totales}}$
HC 1.1.1.3	Recién nacido normal	Clave H79 del presupuesto ejercido * Ponderador FASSA
HC 1.1.1.4	Manejo y terapéutica del RN complicado	$\frac{\text{Días estancia CIE P00-P96} * \text{Clave H62 del presupuesto ejercido} * \text{Atn\_hosp}}{\text{Días estancia totales}}$
HC 1.1.1.5	Complicaciones en el embarazo, parto y puerperio	$\frac{\text{Días estancia CIE O10-O75, O83-O92, Z39} * \text{Clave H62 del p.ej} * \text{Atn\_hosp}}{\text{Días estancia totales}}$
HC 1.1.2	Atención de Cáncer Cérvico Uterino	$\frac{\text{Días estancia CIE C53, D06} * \text{Clave H62 del presupuesto ejercido} * \text{Atn\_hosp}}{\text{Días estancia totales}}$
HC 1.1.3	Atención de Cáncer de Mama	$\frac{\text{Días estancia CIE C50, D05} * \text{Clave H62 del presupuesto ejercido} * \text{Atn\_hosp}}{\text{Días estancia totales}}$
HC 1.1.4	Mét. anticonceptivos quirúrgicos	$\frac{\text{Días estancia CIE Z30.2} * \text{Clave H62 del presupuesto ejercido} * \text{Atn\_hosp}}{\text{Días estancia totales}}$
HC 1.1.5	Aborto	$\frac{\text{Días estancia CIE O00-O08} * \text{Clave H62 del presupuesto ejercido} * \text{Atn\_hosp}}{\text{Días estancia totales}}$
HC 1.1.6	Procedimientos de fertilización	$\frac{\text{Días estancia CIE N46.X, N97 y N98} * \text{Clave H62 del p. ejercido} * \text{Atn\_hosp}}{\text{Días estancia totales}}$

### Asistencia curativa ambulatoria

Código	Función de salud	Base de cálculo / Cálculo
HC 1.3.1.1	Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino	$\frac{\text{Clave H20 del presupuesto ejercido} * \text{Ponderador FASSA}}{2}$
HC 1.3.1.2	Exploración mamaria	$\frac{\text{Clave H20 del presupuesto ejercido} * \text{Ponderador FASSA}}{2}$
HC 1.3.3.2	Atención de Cáncer Cérvico Uterino	$\frac{\text{Días estancia CIE N87} * \text{Clave H62 del p. ejercido} * \text{Atn\_amb} + \text{Días estancia totales} * \text{disp} * \text{suma}(\text{displasias}) * \text{Clave H61 del p. ejercido} + \text{Consulta general} * \text{Consultas por cáncer cérvicouterino} * \text{Clave H61 del p. ejercido} + \text{Consulta general}}{\text{Días estancia totales}}$
HC 1.3.3.3	Atención de Cáncer de Mama	$\frac{\text{Días estancia CIE D24, N60, N63} * \text{Clave H62 del p. ejercido} * \text{Atn\_amb} + \text{Días estancia totales} * \text{Consultas por cáncer de mama} * \text{Clave H61} + \text{Consulta general}}{\text{Días estancia totales}}$

### Servicios auxiliares de atención de la salud

#### Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios

Código	Función de salud	Base de cálculo / Cálculo
HC 4.1.3	Estudios de laboratorio, biopsias para CaMa	Gasto en insumos enviados a los estados para cáncer de mama
HC 5.1.1.1	Anticonceptivos hormonales (orales e inyectables)	Adquisición de hormonales orales, inyectables mensuales y bimestrales
HC 5.1.1.2	Para CPN (sulfato ferroso, ácido fólico, micronutriente)	Clave H79 del p. ejercido * Ponderador FASSA
HC 5.1.3.1	Preservativos	Adquisición de preservativos
HC 5.1.3.2	Dispositivos Intra Uterinos	Adquisición de DIU
HC 5.1.3.3	Implantes subdérmicos	Adquisición de implantes subdérmicos

**Servicios de prevención y de salud pública**

Código	Función de salud	Base de cálculo / Cálculo
HC 6.1.1.1	Consultas de Control Prenatal	Consultas de Control Prenatal * Clave H61 del p. ejercido + Consulta general
HC 6.1.1.2	Consultas de Puerperio fisiológico	Clave H79 del p. ejercido * Ponderador FASSA Consultas de puerperio * Clave H61 del p. ejercido Consulta general
HC 6.1.1.3	Consultas de Control del Recién Nacido	Cob_ns * Recién nacidos * Clave H61 del p. ejercido Consulta general
HC 6.1.1.4	Promoción de Salud materno-neonatal	Clave H27 * Ponderador FASSA + Adquisición material de promoción
HC 6.1.2.1	Consultas de Planificación Familiar	Consultas de planificación familiar * Clave H61 del p. ejercido Consulta general
HC 6.1.2.2	Promoción de la Planificación Familiar	Clave H18 * Ponderador FASSA + Adquisición material de promoción
HC 6.4.1.1	Tamizaje (CaCu)	Clave H73 del p. ejercido /2 * Ponderador FASSA
HC 6.4.1.2	Promoción de la Salud (CaCu)	Clave H20 del p. ejercido /2 * Ponderador FASSA
HC 6.4.2.1	Tamizaje (CaMa)	Clave H73 del p. ejercido /2 * Ponderador FASSA
HC 6.4.2.2	Promoción de la Salud (CaMa)	Clave H20 del p. ejercido /2 * Ponderador FASSA
HC 6.9.1	Prevención de la violencia	Clave H17 del p. ejercido
HC 6.9.2	Centros de atención a violencia	Recursos Destinados al Modelo de Prevención, Atención a la Violencia Familiar, Sexual y Contra las Mujeres

**Administración de la salud y los seguros médicos**

Código	Función de salud	Base de cálculo / Cálculo
HC 7.1.1	Administración de la salud por admin. públicas	Gasto en rectoría por programa + (Clave H27, Clave H18, Clave H20 del p. ejercido) * Ponderador FASSA
HCR 1	Formación de capital	(Clave H79, Clave H18, Clave H20 del p. ejercido) * Ponderador FASSA + Adquisición de equipo CaMa
HCR 2	Formación de personal sanitario	(Clave H27, Clave H18, Clave H20 del p. ejercido) * Ponderador FASSA
HCR 3	Investigación y desarrollo	(Clave H27, Clave H18, Clave H20 del p. ejercido) * Ponderador FASSA

Cuadro 15.

**Supuestos, información y cálculos utilizados – IMSS-Oportunidades**

**Supuestos:**

Tasa promedio de cobertura de atención del recién nacido:	76%
Porcentaje del tiempo de una consulta dedicada a toma de citología (citol):	30%
Número de consultas para atención de displasias:	2

**Información demográfica**

Población beneficiaria, 2003
Tasa bruta de natalidad estatal (TBNE), 2003
Mujeres derechohabientes de 15 a 44 años
Consulta de atención prenatal, puerperio y recién nacidos
Usuarios activos y nuevos aceptantes de métodos de planificación familiar
Consultas de planificación familiar por tipo de método
Partos, cesáreas y abortos
Total de detecciones, casos, intervenciones quirúrgicas y días estancia por CaCu
Total de detecciones de CaMa

Fuentes:

IMSS. Memoria Estadística 2003. México DF: Dirección de Planeación y Finanzas.  
Coordinación de Presupuesto, Contabilidad y Evaluación Financiera, 2004  
Información interna

**Información financiera**

Costo intervenciones quirúrgicas y partos, consultas, días paciente  
Presupuesto Ejercido total  
Precio de adquisición material anticonceptivo IMSS

Fuente:

Información interna

**Asistencia curativa hospitalaria**

Código	Función de salud	Base de cálculo / Cálculo
HC 1.1.1.1	Parto normal	Casos * Costo
HC 1.1.1.2	Cesáreas	Casos * Costo
HC 1.1.2	Atención de Cáncer Cérvico Uterino	Casos * Costo
HC 1.1.4.1	Salpingoclasia	Casos * Costo
HC 1.1.4.2	Vasectomía	Casos * Costo
HC 1.1.5	Aborto	Casos * Costo

Continúa/

/continuación

**Asistencia curativa ambulatoria**

Código	Función de salud	Base de cálculo / Cálculo
HC 1.3.1.1	Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino	Detecciones * Costo consulta * citol

**Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios**

Código	Función de salud	Base de cálculo / Cálculo
HC 5.1.1.1	Anticonceptivos hormonales (orales e inyectables)	Usuarios * costo
HC 5.1.3.1	Preservativos	Usuarios * costo
HC 5.1.3.2	Dispositivos Intra Uterinos	Usuarios * costo
HC 5.1.3.3	Implantes subdérmicos	Usuarios * costo

**Servicios de prevención y de salud pública**

Código	Función de salud	Base de cálculo / Cálculo
HC 6.1.1.1	Consultas de Control Prenatal	Consultas * Costo
HC 6.1.1.2	Consultas de Puerperio fisiológico	Consultas * Costo
HC 6.1.1.3	Consultas de Control del Recién Nacido	Cob_ns x Consultas * Costo
HC 6.1.2.1	Consultas de Planificación Familiar	Consultas * Costo

Cuadro 16

**Supuestos, información y cálculos utilizados - IMSS**

**Supuestos generales**

Tasa promedio de cobertura de atención del recién nacido (cob_ns):	76%
Porcentaje del tiempo de una consulta dedicada a toma de citología (citol):	30%

**Información demográfica**

Población beneficiaria, 2003
Tasa bruta de natalidad estatal (TBNE), 2003
Mujeres derechohabientes, 2003
Mujeres derechohabientes de 15 a 44 años
Mujeres derechohabientes de 25 a más años
Nacidos vivos
Consultas de medicina general, especialidades y urgencias

Fuente:

Memoria Estadística 2003. México DF: Dirección de Planeación y Finanzas. Coordinación de Presupuesto, Contabilidad y Evaluación Financiera, 2004.  
IMSS. Informe al Ejecutivo Federal y al Congreso de la Unión sobre la Situación Financiera y los Riesgos del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2002-2003. México DF: IMSS, 2003. p. 84

**Información financiera**

Presupuesto ejercido en los servicios de medicina familiar, consulta de especialidades, urgencias y hospitalización
Distribución del gasto por entidad federativa
Precios de adquisición de material anticonceptivo
Gasto en administración de los programas de salud reproductiva

Fuente:

Información interna

**Asistencia curativa hospitalaria**

Código	Función de salud	CIE O80:	Base de cálculo / Cálculo
HC I.I.I.1	Parto normal	CIE O80:	$\frac{\text{Consultas de Especialidad} * \text{Presupuesto C. Especialidad}}{\text{Total consultas de Especialidad}}$ $\frac{\text{Consultas de Urgencias} * \text{Presupuesto C. Urgencias}}{\text{Total consultas de Urgencias}}$ $\frac{\text{Días Estancia} * \text{Presupuesto Hospitalización}}{\text{Total de días estancia}}$
HC I.I.I.2	Cesáreas	CIE O82 :	$\frac{\text{Consultas de Especialidad} * \text{Presupuesto C. Especialidad}}{\text{Total consultas de Especialidad}}$ $\frac{\text{Consultas de Urgencias} * \text{Presupuesto C. Urgencias}}{\text{Total consultas de Urgencias}}$ $\frac{\text{Días Estancia} * \text{Presupuesto Hospitalización}}{\text{Total de días estancia}}$

Continúa/

/continuación

HC I.1.1.3	Recién nacido normal	Recién nacidos * Cob_ns * Presupuesto C. Medicina Familiar	Total consultas medicina familiar
HC I.1.1.4	Manejo y terapéutica del RN complicado	CIE P00-P96:	<u>Consultas de Especialidad * Presupuesto C. Especialidad</u> Total consultas de Especialidad <u>Consultas de Urgencias * Presupuesto C. Urgencias</u> Total consultas de Urgencias <u>Días Estancia * Presupuesto Hospitalización</u> Total de días estancia
HC I.1.1.5	Complicaciones en el embarazo, parto y puerperio,	CIE O10-O75, O81, O83-O92, Z39:	<u>Consultas de Especialidad * Presupuesto C. Especialidad</u> Total consultas de Especialidad <u>Consultas de Urgencias * Presupuesto C. Urgencias</u> Total consultas de Urgencias <u>Días Estancia * Presupuesto Hospitalización</u> Total de días estancia
HC I.1.2	Atención de Cáncer Cérvico Uterino	CIE C53, D06:	<u>Consultas de Especialidad * Presupuesto C. Especialidad</u> Total consultas de Especialidad <u>Consultas de Urgencias * Presupuesto C. Urgencias</u> Total consultas de Urgencias <u>Días Estancia * Presupuesto Hospitalización</u> Total de días estancia
HC I.1.3	Atención de Cáncer de Mama	CIE C50, D05:	<u>Consultas de Especialidad * Presupuesto C. Especialidad</u> Total consultas de Especialidad <u>Consultas de Urgencias * Presupuesto C. Urgencias</u> Total consultas de Urgencias <u>Días Estancia * Presupuesto Hospitalización</u> Total de días estancia
HC I.1.4	Métodos quirúrgicos de planificación familiar	CIE Z30:	<u>Consultas de Especialidad * Presupuesto C. Especialidad</u> Total consultas de Especialidad <u>Consultas de Urgencias * Presupuesto C. Urgencias</u> Total consultas de Urgencias <u>Días Estancia * Presupuesto Hospitalización</u> Total de días estancia
HC I.1.5	Aborto	CIE O00-O08:	<u>Consultas de Especialidad * Presupuesto C. Especialidad</u> Total consultas de Especialidad <u>Consultas de Urgencias * Presupuesto C. Urgencias</u> Total consultas de Urgencias <u>Días Estancia * Presupuesto Hospitalización</u> Total de días estancia

Continúa/

/continuación

### Asistencia curativa ambulatoria

Código	Función de salud	Base de cálculo / Cálculo
HC I.3.1.1	Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino	$\frac{\text{Detección 1era vez CaCu * citol * Presupuesto C. Medicina Familiar}}{\text{Total consultas medicina familiar}}$
HC I.3.3.1	Manejo y control del embarazo complicado o de alto riesgo	CIE O10-O75, O81-O92, O00-O08: $\frac{\text{Consultas de Med. Familiar * Presupuesto C. Med. Familiar}}{\text{Total consultas de Med. Familiar}}$
HC I.3.3.2	Atención de Cáncer Cérvico Uterino	CIE C53, D06, N87: $\frac{\text{Consultas de Med. Familiar * Presupuesto C. Med. Familiar}}{\text{Total consultas de Med. Familiar}}$ CIE N87: $\frac{\text{Consultas de Especialidad * Presupuesto C. Especialidad}}{\text{Total consultas de Especialidad}}$ $\frac{\text{Consultas de Urgencias * Presupuesto C. Urgencias}}{\text{Total consultas de Urgencias}}$
HC I.3.3.3	Atención de Cáncer de Mama	CIE C50, D05, D24, N60, N63: $\frac{\text{Consultas de Med. Familiar * Presupuesto C. Med. Familiar}}{\text{Total consultas de Med. Familiar}}$ CIE D24, N60, N63: $\frac{\text{Consultas de Especialidad * Presupuesto C. Especialidad}}{\text{Total consultas de Especialidad}}$ $\frac{\text{Consultas de Urgencias * Presupuesto C. Urgencias}}{\text{Total consultas de Urgencias}}$
HC I.3.3.4	Procedimientos de fertilización	CIE N46.X, N97 y N98: $\frac{\text{Consultas de Med. Familiar * Presupuesto C. Med. Familiar}}{\text{Total consultas de Med. Familiar}}$ $\frac{\text{Consultas de Especialidad * Presupuesto C. Especialidad}}{\text{Total consultas de Especialidad}}$ $\frac{\text{Consultas de Urgencias * Presupuesto C. Urgencias}}{\text{Total consultas de Urgencias}}$

### Servicios auxiliares de atención de la salud

#### Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios

Código	Función de salud	Base de cálculo / Cálculo
HC 5.1.1.1	Anticonceptivos hormonales (orales e inyectables)	Adquisición de: Acetato de medroxiprogesterona. Suspensión inyectable. Desogestrel y etinilestradiol. Tabletas. Enantato de noretisterona con valerianato de estradiol, solución inyectable. Levonorgestrel y etinilestradiol. Grageas. Levonorgestrel. Polvo. Medroxiprogesterona y cipionato de estradiol, suspensión inyectable
HC 5.1.3.1	Preservativos	Adquisición de: Preservativos, de hule látex

Continúa/

/continuación

HC 5.1.3.2	Dispositivos Intra Uterinos	Adquisición de: Dispositivo intrauterino cu 375 corto. Dispositivo intrauterino cu 375 estándar. Dispositivo intrauterino t de cobre 380 para nulípara. Dispositivo intrauterino t -de cobre, 380 a.
HC 5.1.3.3	Implantes subdérmicos	Adquisición de: Etonogestrel. Implante.

### Servicios de prevención y de salud pública

Código	Función de salud	Base de cálculo / Cálculo
HC 6.1.1.1	Consultas de Control Prenatal	Consultas de Control Prenatal * Presupuesto C. Med. Familiar Total consultas de Med. Familiar CIE O80: Consultas de Med. Familiar * Presupuesto C. Med. Familiar Total consultas de Med. Familiar
HC 6.1.1.2	Consultas de Puerperio fisiológico	CIE Z39: Consultas de Med. Familiar * Presupuesto C. Med. Familiar Total consultas de Med. Familiar
HC 6.1.1.3	Consultas de Control del Recién Nacido	Control del Niño Sano: Cob_ns * Nacidos vivos * Pres.Consultas MedFam Total consultas medicina familiar CIE P00-P96: Consultas de Med. Familiar * Presupuesto C. Med. Familiar Total consultas de Med. Familiar
HC 6.1.2.1	Consultas de Planificación Familiar	CIE Z30: Consultas de Med. Familiar * Presupuesto C. Med. Familiar Total consultas de Med. Familiar

### Administración de la salud y los seguros médicos

Código	Función de salud	Base de cálculo / Cálculo
HC 7.1.2	Actividades de admin., funcionamiento y apoyo de las administraciones de seguridad social	Gasto en administración de programas de salud reproductiva

Cuadro 17.

**Supuestos, información y cálculos utilizados - ISSSTE**

**Supuestos:**

Tasa promedio de cobertura de atención del recién nacido:	76%
Número de consultas para atención de displasias:	2
Porcentaje del gasto de rectoría total destinado a salud reproductiva es igual al porcentaje del gasto total en salud destinado a salud reproductiva	

**Información demográfica**

Población beneficiaria, 2003
Tasa bruta de natalidad estatal (TBNE), 2003
Mujeres derechohabientes, 2003
Mujeres derechohabientes de 15 a 44 años
Mujeres derechohabientes de 25 a más años
Recién nacidos
Pláticas de salud reproductiva
Consulta Externa General y Especializada, de planificación familiar, materno neonatal, puérperas
Días estancia

Fuente:

ISSSTE. Anuario Estadístico 2003. México DF: ISSSTE, 2004

**Información financiera**

Variable	Información utilizada/Cálculo
Presupuesto Ejercido	Presupuesto Ejercido total
Gasto en Rectoría	Gasto en rectoría total
Gasto en Detección Oportuna de Enfermedades	Proceso P307 del presupuesto ejercido
Gasto en consultas de Planificación Familiar	Proceso P407 del presupuesto ejercido
Gasto en consultas de Control Prenatal	Proceso P607 del presupuesto ejercido
Gasto en consulta externa general	Proceso P108 del presupuesto ejercido
Gasto en consulta externa especializada	Proceso P208 del presupuesto ejercido
Gasto en hospitalización general	Proceso P308 del presupuesto ejercido
Gasto en hospitalización especializada	Proceso P408 del presupuesto ejercido

Fuente:

Información interna. ISSSTE.

### Asistencia curativa hospitalaria

Código	Función de salud	Base de cálculo / Cálculo
HC 1.1.1.1	Parto normal	$\frac{\text{Días estancia CIE O80} * (\text{Proceso P308} + \text{P408})}{\text{Total días estancia}}$
HC 1.1.1.2	Cesáreas	$\frac{\text{Días estancia CIE O82} * (\text{Proceso P308} + \text{P408})}{\text{Total días estancia}}$
HC 1.1.1.4	Manejo y terapéutica del RN complicado	$\frac{\text{Días estancia CIE P00-P96} * (\text{Proceso P308} + \text{P408})}{\text{Total días estancia}}$
HC 1.1.1.5	Complicaciones en el embarazo, parto y puerperio,	$\frac{\text{Días estancia CIE O10-O75, O83-O92, Z39} * (\text{Proceso P308} + \text{P408})}{\text{Total días estancia}}$
HC 1.1.2	Atención de Cáncer Cérvico Uterino	$\frac{\text{Días estancia CIE C53, D06} * (\text{Proceso P308} + \text{P408})}{\text{Total días estancia}}$
HC 1.1.3	Atención de Cáncer de Mama	$\frac{\text{Días estancia CIE C50, D05} * (\text{Proceso P308} + \text{P408})}{\text{Total días estancia}}$
HC 1.1.4	Métodos quirúrgicos de planificación familiar	$\frac{\text{Días estancia CIE Z30} * (\text{Proceso P308} + \text{P408})}{\text{Total días estancia}}$
HC 1.1.5	Aborto	$\frac{\text{Días estancia CIE O00-O08} * (\text{Proceso P308} + \text{P408})}{\text{Total días estancia}}$
HC 1.1.6	Procedimientos de fertilización	$\frac{\text{Días estancia CIE N46.X, N97 y N98} * (\text{Proceso P308} + \text{P408})}{\text{Total días estancia}}$

### Asistencia curativa ambulatoria

Código	Función de salud	Base de cálculo / Cálculo
HC 1.3.1.1	Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino	$\frac{\text{Detección de Cáncer Cérvico Uterino} * \text{Proceso P108}}{\text{Total personas detectadas}}$
HC 1.3.1.2	Exploración mamaria	$\frac{\text{Detección de Cáncer mamario} * \text{Proceso P108}}{\text{Total personas detectadas}}$
HC 1.3.3.2	Atención de Cáncer Cérvico Uterino	$\frac{\text{Días estancia CIE N87} * \text{Proceso P208} + \text{disp} * \text{displasias} * \text{Proceso P208}}{\text{Días estancia total consulta especialidad}}$
HC 1.3.3.3	Atención de Cáncer de Mama	$\frac{\text{Días estancia CIE D24, N60, N63} * \text{Proceso P208}}{\text{Días estancia total}}$

### Servicios de prevención y de salud pública

Código	Función de salud	Base de cálculo / Cálculo
HC 6.1.1.1	Consultas de Control Prenatal	Proceso P607
HC 6.1.1.2	Consultas de Puerperio fisiológico	$\frac{\text{Consulta de Puerperio} * \text{Proceso P108}}{\text{Consulta General}}$
HC 6.1.1.3	Consultas de Control del Recién Nacido	$\frac{\text{Cob}_{\text{ns}} \times \text{Nacidos vivos} * \text{Proceso P108}}{\text{Consulta General}}$
HC 6.1.2.1	Consultas de Planificación Familiar	Proceso P407

### Administración de la salud y los seguros médicos

Código	Función de salud	Base de cálculo / Cálculo
HC 7.1.2	Actividades de admin., funcionamiento y apoyo de las administraciones de seguridad social	% gasto de salud reproductiva * rectoría en salud

Cuadro 18.

### **Supuestos, información y cálculos utilizados – Sector privado**

#### **Información financiera**

Gasto en detección de CaCu y CaMa, Consultas de CaCu, Atención prenatal, hospitalizaciones CaCu, atención del parto normal, cesárea, mastografías y adquisición de material anticonceptivo en MEXFAM

---

Gasto en consulta de CaCu y CaMa, consulta prenatal, puerperio, planificación familiar; atención de casos de displasias leves y graves de CaCu, atención del parto normal, cesárea, atención post-aborto, OTB, vasectomía, histerectomía, mastectomía, Papanicolaou, estudios de laboratorio y Rx para CaCu y CaMa, biopsias y ultrasonido de mama, ultrasonido obstétrico, mastografía, estudios de laboratorio para embarazadas y adquisición de material anticonceptivo en FEMAP

---

Gasto en embarazo, cesárea y cáncer mamario de aseguradoras privadas

---

Gasto de bolsillo en embarazo, parto y anticonceptivos en la ENIGH

---

Gasto de bolsillo en cáncer cérvico uterino en la ENSAR

---

Donaciones

---

Cuotas de recuperación por cáncer cérvico uterino y cáncer mamario

Anexo D

Cuadro 19

**Gasto de los Agentes Financieros por Función de Salud en México, 2003**

Función (salud reproductiva)	Total Sector Público	Gobierno general										HF 2.2	HF 2.3	HF 2.4	HF 3			
		Secretaría de Salud		Gobierno estatal		IMSS- Oportunidades		Seguro Social (IMSS)		Seguridad Social						Empresas de seguros privados	Pago de bolsillo	Resto del mundo
		HF 1.1.1.1	HF 1.1.1.2	HF 1.1.1.3	HF 1.2.1.1	HF 1.2.1.2	HF 1.2.1.3	Instituto Mexicano del Seguro Social	Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado	Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)	Total Sector Privado							
		HF 1.1.1.1	HF 1.1.1.2	HF 1.1.1.3	HF 1.2.1.1	HF 1.2.1.2												
HC 1 Servicios de asistencia curativa	\$10,491,250.20	\$173,458.34	\$1,740,187.69	\$1,054,723.80	\$6,656,681.15	\$866,199.23	\$4,695,465.55	\$494,394.75	\$4,166,584.64	\$34,486.15	\$1,323.90							
HC 1.1 Asistencia curativa hospitalaria	\$9,115,852.78	\$171,089.93	\$1,644,715.35	\$894,077.06	\$5,578,924.48	\$827,045.96	\$4,208,690.50	\$494,394.75	\$3,695,256.06	\$19,039.68	nd							
HC 1.1.1 Manejo binomio madre-hijo	\$7,584,077.41	\$149,352.33	\$1,502,239.19	\$485,655.32	\$4,742,928.65	\$703,901.91	\$3,992,608.64	\$362,851.07	\$3,617,773.81	\$11,983.76	nd							
HC 1.1.1.1 Parto normal	\$1,409,735.27	\$33,474.02	\$441,505.71	\$399,727.26	\$435,813.06	\$99,215.22	\$3,420,158.37	nd	\$3,411,227.26*	\$8,931.11	nd							
HC 1.1.1.2 Cesáreas	\$1,123,749.31	\$9,105.37	\$118,827.43	\$85,928.06	\$739,802.88	\$170,085.56	\$365,903.72	\$362,851.07	nd	\$3,052.65	nd							
HC 1.1.1.3 Recién nacido normal	\$131,604.44	nd	\$2,473.71	nd	\$129,130.73	nd	nd	nd	nd	nd	nd							
HC 1.1.1.4 Manejo y terapéutica del RN complicado	\$1,318,311.23	\$62,224.67	\$468,746.79	\$-	\$583,005.95	\$204,333.81	nd	nd	nd	nd	nd							
HC 1.1.1.5 Complicaciones en el embarazo, parto y puerperio	\$3,600,677.16	\$41,548.27	\$470,685.56	\$-	\$2,855,176.03	\$230,267.31	\$206,546.55	nd	\$206,546.55	nd	nd							
HC 1.1.2 Atención de Cáncer Cérvico Uterino	\$262,064.36	\$3,323.93	\$13,510.42	\$29,745.94	\$199,806.17	\$15,677.90	\$76,508.95	nd	\$71,518.85	\$4,990.10	nd							
HC 1.1.3 Atención de Cáncer de Mama	\$296,157.51	\$3,376.17	\$7,760.53	\$-	\$255,477.96	\$29,542.85	\$137,723.09	\$131,543.68	\$5,963.40	\$21,600	nd							
HC 1.1.4 Métodos quirúrgicos de planificación familiar	\$439,828.63	\$513.68	\$11,944.20	\$345,067.71	\$73,382.95	\$8,920.09	\$348.18	nd	nd	\$348.18	nd							
HC 1.1.5 Aborto	\$514,604.74	\$13,829.16	\$108,849.85	\$33,608.08	\$294,282.54	\$64,035.10	\$1,501.65	nd	nd	\$1,501.65	nd							
HC 1.1.6 Procedimientos de fertilización	\$19,120.12	\$694.66	\$411.15	\$-	\$13,046.20	\$4,968.11	nd	nd	nd	nd	nd							
HC 1.2 Asistencia curativa en hospitalización de día	nd	nd	nd	nd	nd	nd	\$15,284.69	nd	\$15,284.69	nd	nd							
HC 1.2.1 Radioterapia para Ca Cu	nd	nd	nd	\$-	nd	nd	\$15,284.69	nd	\$15,284.69	nd	nd							
HC 1.3 Asistencia curativa ambulatoria	\$1,375,397.42	\$2,368.41	\$95,472.34	\$160,646.74	\$1,077,756.67	\$39,153.27	\$471,490.36	nd	\$456,043.89	\$15,446.47	\$1,323.90							
HC 1.3.1 Servicios Médicos y diagnósticos básicos	\$718,503.05	\$-	\$4,024.43	\$504,066.01	\$504,066.01	\$9,765.88	\$464,702.43	nd	\$456,043.89	\$8,658.54	\$1,323.90							
HC 1.3.1.1 Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino	\$686,656.87	\$-	\$17,015.52	\$160,646.74	\$504,066.01	\$4,928.60	\$463,133.41	nd	\$456,043.89	\$7,089.52	\$1,323.90							
HC 1.3.1.2 Exploración Mamaria	\$31,846.18	nd	\$27,008.90	nd	\$4,837.28	\$1,569.02	nd	nd	nd	\$1,569.02	nd							

Continúa/

/continuación

HC 1.3.3	Los demás servicios de asistencia especializada	\$656,894.37	\$2,368.41	\$51,447.91	nd	\$573,690.66	\$29,387.39	\$6,787.93	nd	nd	\$6,787.93	nd
HC 1.3.3.1	Manejo y control del embarazo complicado o de alto riesgo	\$27,847.34	nd	nd	nd	\$27,847.34	nd	nd	nd	nd	nd	nd
HC 1.3.3.2	Atención de Cáncer Cérvico Uterino	\$174,580.87	\$107.19	\$33,714.83	nd	\$127,623.97	\$13,134.88	\$6,559.00	nd	nd	\$6,559.00	nd
HC 1.3.3.3	Atención de Cáncer de Mama	\$377,200.31	\$2,261.22	\$17,733.08	nd	\$340,953.50	\$16,252.51	\$7,289.93	nd	nd	\$7,289.93	nd
HC 1.3.3.4	Procedimientos de fertilización asistida	\$77,265.85	nd	nd	nd	\$77,265.85	nd	nd	nd	nd	nd	nd
HC 4	Servicios Auxiliares de atención de la salud	\$1,794.41	\$1,794.41	nd	nd	\$330,076.74	nd	\$313,183.78	nd	\$313,183.78	\$16,892.95	nd
HC 4.1	Laboratorio Clínico	\$1,794.41	\$1,794.41	nd	nd	\$326,308.70	nd	\$313,183.78	nd	\$313,183.78	\$13,124.91	nd
HC 4.1.1	Para embarazo y parto	nd	nd	nd	nd	\$324,364.60	nd	\$313,183.78	nd	\$313,183.78	\$11,180.81	nd
HC 4.1.2	Citologías y biopsias de CaCU	\$1,274.76	\$1,274.76	nd	nd	\$453.56	nd	\$453.56	nd	nd	\$453.56	nd
HC 4.1.3	Estudios de laboratorio, biopsias para CaMA	\$519.64	\$519.64	nd	nd	\$1,490.54	nd	\$1,490.54	nd	nd	\$1,490.54	nd
HC 4.2	Imagenología	nd	nd	nd	nd	\$3,768.04	nd	\$3,768.04	nd	nd	\$3,768.04	nd
HC 4.2.1	Ultrasonido Obstétrico	nd	nd	nd	nd	\$3,285.76	nd	\$3,285.76	nd	nd	\$3,285.76	nd
HC 4.2.2	Mastografía	nd	nd	nd	nd	\$1,031.19	nd	\$1,031.19	nd	nd	\$1,031.19	nd
HC 4.2.3	Ultrasonido Mamario	nd	nd	nd	nd	\$451.09	nd	\$451.09	nd	nd	\$451.09	nd
HC 5	Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	\$265,767.07	\$8,778.34	\$86,453.67	\$16,415.35	\$154,119.70	nd	\$3,446,145.03	nd	\$3,400,967.73	\$45,177.30	nd
HC 5.1	Productos farmacéuticos y otros productos médicos percederos	\$265,767.07	\$8,778.34	\$86,453.67	\$16,415.35	\$154,119.70	nd	\$3,446,145.03	nd	\$3,400,967.73	\$45,177.30	nd
HC 5.1.1	Medicamentos de prescripción	\$159,650.07	\$6,991.14	\$62,360.78	\$65,300.70	\$83,767.44	nd	\$3,416,883.39	nd	\$3,400,967.73**	\$15,915.66	nd
HC 5.1.1.1	Anticonceptivos hormonales (orales e inyectables)	\$148,746.01	nd	\$58,447.86	\$65,300.70	\$83,767.44	nd	\$15,915.66	nd	nd	\$15,915.66	nd
HC 5.1.1.2	Para CPN (sulfato ferroso, Ácido fólico, Micronutrientes)	\$10,904.07	\$6,991.14	\$3,912.92	nd	nd	nd	\$31,022.139	nd	\$31,022.139	nd	nd
HC 5.1.3	Otros productos médicos percederos	\$106,116.99	\$1,787.20	\$24,092.90	\$9,884.65	\$70,352.25	nd	\$29,261.64	nd	nd	\$29,261.64	nd
HC 5.1.3.1	Preservativos	\$57,247.42	\$533.20	\$19,776.62	\$4,880.48	\$32,057.12	nd	\$27,531.32	nd	nd	\$27,531.32	nd
HC 5.1.3.2	Dispositivos Intra Uterinos	\$21,277.18	nd	\$4,315.18	\$5,004.16	\$11,957.84	nd	\$808.52	nd	nd	\$808.52	nd
HC 5.1.3.3	Implantes subdérmicos	\$27,592.40	\$1,254.00	\$110	nd	\$26,337.30	nd	\$901.80	nd	nd	\$901.80	nd
HC 6	Servicios de prevención y de salud pública	\$2,790,240.68	\$25,647.09	\$495,788.69	\$652,732.82	\$1,496,924.71	\$119,147.37	\$1,120,862.58	\$283,502.08	\$835,116.77	\$2,243.73	nd
HC 6.1	Salud Materno-Perinatal, servicios de planificación familiar y consultas	\$2,661,867.13	\$6,689.11	\$386,373.12	\$652,732.82	\$1,496,924.71	\$119,147.37	\$1,120,862.58	\$283,502.08	\$835,116.77	\$2,243.73	nd
HC 6.1.1	Salud Materno-Perinatal	\$1,880,210.44	\$4,878.10	\$187,815.42	\$226,792.63	\$1,406,521.23	\$54,203.06	\$1,119,805.13	\$283,502.08	\$835,116.77	\$1,186.28	nd
HC 6.1.1.1	Consultas de Control Prenatal	\$1,613,175.74	\$3,889.72	\$120,644.41	\$190,404.79	\$1,257,282.29	\$40,954.53	\$1,119,552.13	\$283,502.08	\$835,116.77	\$933.28	nd
HC 6.1.1.2	Consultas de Puerperio fisiológico	\$66,928.18	nd	\$18,301.46	\$21,034.64	\$19,777.35	\$7814.74	\$253.00	nd	nd	\$253.00	nd
HC 6.1.1.3	Consultas de Control del Recién Nacido	\$164,491.09	nd	\$14,242.52	\$15,353.19	\$129,461.59	\$5,433.79	nd	nd	nd	nd	nd
HC 6.1.1.4	Promoción de la Salud materno-Perinatal	\$35,615.42	\$988.38	\$34,627.04	\$-	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
HC 6.1.2	Servicios de planificación familiar	\$781,656.69	\$1,811.01	\$198,557.70	\$425,940.19	\$90,403.48	\$64,944.31	\$1,057.45	nd	nd	\$1,057.45	nd
HC 6.1.2.1	Consultas de Planificación Familiar	\$776,475.64	nd	\$195,187.65	\$425,940.19	\$90,403.48	\$64,944.31	\$1,057.45	nd	nd	\$1,057.45	nd
HC 6.1.2.2	Promoción de la Planificación Familiar	\$5,181.05	\$1,811.01	\$3,370.05	\$-	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
HC 6.4	Prevención de enfermedades no transmisibles	\$106,627.26	\$2,457.98	\$104,169.28	\$-	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
HC 6.4.1	Cáncer Cérvico Uterino	\$49,192.92	\$88.31	\$49,104.61	\$-	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
HC 6.4.1.1	Tamizaje	\$28,186.14	nd	\$28,186.14	\$-	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
HC 6.4.1.2	Promoción de la Salud (CaCu)	\$21,006.78	\$88.31	\$20,918.48	\$-	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
HC 6.4.2	Cáncer de Mama	\$57,434.34	\$2,369.67	\$55,064.67	\$-	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
HC 6.4.2.1	Tamizaje	\$28,186.14	nd	\$28,186.14	\$-	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd

Continúa/

/continuación

HC 6.4.2.2	Promoción de la Salud (CaMa)	\$29,248.20	\$2,369.67	\$26,878.53	\$-	nd	nd	nd	nd	nd
HC 6.9.1	Prevención de la violencia	\$5,246.29	nd	\$5,246.29	\$-	nd	nd	nd	nd	nd
HC 6.9.2	Centros de atención a violencia	\$16,500.00	\$16,500.00		\$-	nd	nd	nd	nd	nd
HC 7	Rectoría y administración de la salud y los seguros médicos	\$234,738.18	\$38,985.96	\$34,304.26	\$-	\$97,666.02	\$63,781.94	nd	nd	nd
HC 7.1	Rectoría y administración de la salud por administraciones públicas	\$234,738.18	\$38,985.96	\$34,304.26	nd	\$97,666.02	\$63,781.94			
HC 7.1.1	Rectoría y administración de la salud por administraciones públicas (excepto seguridad social)	\$73,290.22	\$38,985.96	\$34,304.26						
HC 7.1.2	Actividades de Rectoría y administración, funcionamiento y apoyo de las administraciones de seguridad social	\$161,447.96	\$-	\$-	nd	\$97,666.02	\$63,781.94			
HC 7.2	Rectoría y administración de la salud y los seguros médicos: organismos privados	\$-	\$-	\$-				nd	nd	
HC 7.2.1	Rectoría y administración de la salud y los seguros médicos: seguros sociales	\$-	\$-	\$-						
HC 7.2.2	Rectoría y administración de la salud y los seguros médicos: otros organismos privados	\$-	\$-	\$-						
HCR 1	Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud	\$4,884.78	\$3,164.12	\$1,720.66	nd	nd	nd	nd	nd	nd
HCR 2	Formación del personal sanitario	\$95,474.07	\$-	\$95,474.07	nd	nd	nd	nd	nd	nd
HCR 3	Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud	\$11,049.48	\$-	\$11,049.48	nd	nd	nd	nd	nd	nd

\* El pago de bolsillo en parto normal en los hogares incluye partos normales y cesáreas

\*\* La adquisición de métodos anticonceptivos por parte de los hogares no pudo ser desagregada por método

nd No disponible

Cuadro 20  
**Gasto de los proveedores por función de salud en México**

Función (salud reproductiva)	Proveedores de atención ambulatoria												
	HP 1	HP 3	HP 3.1	HP 3.2	HP 3.4	HP 3.5	HP 3.9.3	HP 3.9.9	HP 4.1	HP 5	HP 6	HP 8.1	HP 9
	Hospitales	Proveedores de atención ambulatoria-Total	Consultorios médicos	Consultorios de otros profesionales de salud	Centros de Atención ambulatoria-Total	Laboratorios Médicos y de diagnóstico tradicional	Profesionales alternativos o tradicionales	Los demás proveedores de servicios de atención ambulatoria	Farmacias	Suministro y administración de programas de Salud Pública médicos - Total	Administración general de la salud y los seguros	Instituciones de investigación	Resto del mundo
HC 1 Servicios de asistencia curativa	\$13,639,276.94	\$1,547,358.35	\$525,862.85	\$1,021,627.67	\$1,021,627.67		\$1,272.19						
HC 1.1 Asistencia curativa hospitalaria	\$13,251,971.68	\$72,434.43	\$65,510.68	\$7,055.93	\$7,055.93								
HC 1.1.1 Manejo binomio madre-hijo	\$1,576,686.05	-											
HC 1.1.1.1 Parto normal	\$4,832,946.29												
HC 1.1.1.2 Cesárea	\$1,486,600.38												
HC 1.1.1.3 Recién nacido normal	\$131,604.44												
HC 1.1.1.4 Manejo y terapéutica del RN complicado	\$1,318,311.23												
HC 1.1.1.5 Complicaciones en el embarazo, parto y puerperio	\$3,807,223.71												
HC 1.1.2 Atención de Cáncer Cérvico Uterino	\$2,688,072.53	\$70,500.78	\$65,510.68	\$4,990.10	\$4,990.10								
HC 1.1.3 Atención de Cáncer de Mama	\$433,664.59	\$21,600	\$-	\$21,600	\$21,600								
HC 1.1.4 Métodos quirúrgicos de planificación familiar	\$439,828.63	\$21,600	\$-	\$348.18	\$348.18								
HC 1.1.5 Aborto	\$514,604.74	\$150.65	\$-	\$150.65	\$150.65								
HC 1.1.6 Procedimientos de fertilización	\$191,201.2	\$-	\$-	\$-	\$-								
HC 1.2 Asistencia curativa en hospitalización de día	nd-	\$15,284.69	\$15,284.69	\$-	\$-								
HC 1.2.1 Radioterapia para Ca. Cu	nd-	\$15,284.69	\$15,284.69	\$-	\$-								
HC 1.3 Asistencia curativa ambulatoria	\$387,300.27	\$1,459,639.23	\$445,067.48	\$1,014,571.75	\$1,014,571.75		\$1,272.19						\$
HC 1.3.1 Servicios Médicos y diagnósticos básicos	-	\$1,183,257.20	\$445,067.48	\$738,189.72	\$-		\$1,272.19						\$-
HC 1.3.1.1 Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino		\$1,149,841.99	\$445,067.48	\$704,774.51	\$-		\$1,272.19						
HC 1.3.1.2 Exploración Mamaria		\$33,415.20	nd-	\$33,415.20									
HC 1.3.3 Los demás servicios de asistencia especializada	\$387,300.27	\$276,382.03	nd-	\$276,382.03									
HC 1.3.3.1 Manejo y control del embarazo complicado o de alto riesgo	nd-	\$27,847.34	nd-	\$27,847.34									
HC 1.3.3.2 Atención de Cáncer Cérvico Uterino	\$93,580.83	\$87,559.05	nd	\$87,559.05									
HC 1.3.3.3 Atención de Cáncer de Mama	\$221,122.46	\$156,306.78	nd-	\$156,306.78									
HC 1.3.3.4 Procedimientos de fertilización asistida	\$72,596.98	\$4,668.87	nd	\$4,668.87									
HC 4 Servicios Auxiliares de atención de la salud	-	\$331,871.14	-	-	\$331,871.14								
HC 4.1 Laboratorio Clínico	-	\$328,103.10	-	-	\$328,103.10								

Continúa/



/continuación

HC7	Rectoría y administración de la salud y los seguros médicos	\$234,738.18	
HC7.1	Rectoría y administración de la salud por administraciones públicas	\$234,738.18	
HC7.1.1	Rectoría y administración de la salud por administraciones públicas (excepto seguridad social)	\$73,290.22	
HC7.1.2	Actividades de Rectoría y administración, funcionamiento y apoyo de las administraciones de seguridad social	\$16,147.96	nd
HC7.2	Rectoría y administración de la salud y los seguros médicos organismos privados	nd	nd
HC7.2.1	Rectoría y administración de la salud y los seguros médicos seguros sociales	nd	nd
HC7.2.2	Rectoría y administración de la salud y los seguros médicos otros organismos privados	nd	nd
HCR 1	Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud	\$94,884.78	
HCR 2	Formación de personal sanitario	\$95,474.07	nd
HCR 3	Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud	\$11,049.48	nd
			nd

Cuadro 21

**Gasto de los Agentes Financieros por Función de Salud Materno Perinatal en México. Miles de pesos, 2003**

Función (salud reproductiva)	Gobierno general										Resto del mundo
	HF 1			HF 2				HF 3			
	HF 1.1.1.1	HF 1.1.2	HF 1.1.3	IMSS-estatal	IMSS-Oportunidades	(ISSSTE) Privado	Empresas de seguros privados	Pago de bolsillo	(ONG's)		
HC la Servicios de asistencia curativa - Salud Materno Perinatal	\$8,126,529.49	\$163,181.49	\$1,611,089.05	\$519,263.40	\$5,065,058.54	\$767,937.01	\$3,994,110.29	\$362,851.07	\$3,617,773.81	\$13,485.41	nd
HC 1.1.a Asistencia curativa hospitalaria - Salud Materno Perinatal	\$8,098,682.15	\$163,181.49	\$1,611,089.05	\$519,263.40	\$5,037,211.20	\$767,937.01	\$3,994,110.29	\$362,851.07	\$3,617,773.81	\$13,485.41	nd
HC 1.1.1 Manejo binomio madre-hijo	\$7,584,077.41	\$149,352.33	\$1,502,239.19	\$485,655.32	\$4,742,928.65	\$703,901.91	\$3,992,608.64	\$362,851.07	\$3,617,773.81	\$11,983.76	nd
HC 1.1.1.1 Parto normal	\$1,409,735.27	\$33,474.02	\$441,505.71	\$399,727.26	\$435,813.06	\$99,215.22	\$3,420,158.37	nd	\$3,411,227.26*	\$8,931.11	nd
HC 1.1.1.2 Cesáreas	\$1,123,749.31	\$9,105.37	\$1,882,743	\$85,928.06	\$739,802.88	\$170,085.56	\$365,903.72	\$362,851.07	nd	\$3,052.65	nd
HC 1.1.1.3 Recién nacido normal	\$131,604.44	nd	\$2,473.71	nd	\$129,130.73	nd	nd	nd	nd	nd	nd
HC 1.1.1.4 Manejo y terapéutica del RN complicado	\$1,318,311.23	\$62,224.67	\$468,746.79	nd	\$583,005.95	\$204,333.81	nd	nd	nd	nd	nd
HC 1.1.1.5 Complicaciones en el embarazo, parto y puerperio	\$3,600,677.16	\$44,548.27	\$470,685.56	nd	\$2,855,176.03	\$230,267.31	\$206,546.55	nd	\$206,546.55	nd	nd
HC 1.1.5 Aborto	\$514,604.74	\$13,829.16	\$1,068,849.85	\$33,608.08	\$294,282.54	\$64,035.10	\$1,501.65	nd	nd	\$1,501.65	nd
HC 1.3a Asistencia curativa ambulatoria - Salud Materno Perinatal	\$27,847.34	nd	nd	nd	\$27,847.34	nd	nd	nd	nd	nd	nd
HC 1.3.3.1 Manejo y control del embarazo complicado o de alto riesgo	\$27,847.34	nd	nd	nd	\$27,847.34	nd	nd	nd	nd	nd	nd
HC 4a Servicios Auxiliares de atención de la salud - Salud Materno Perinatal	nd	nd	nd	nd	nd	nd	\$326,650.36	nd	\$313,183.78	\$13,466.57	nd
HC 4.1a Laboratorio Clínico - Salud Materno Perinatal	nd	nd	nd	nd	nd	nd	\$324,364.60	nd	\$313,183.78	\$11,180.81	nd
HC 4.2.1 Ultrasonido Obstétrico	nd	nd	nd	nd	nd	nd	\$2,285.76	nd	nd	\$2,285.76	nd
HC 5a Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios - Salud Materno Perinatal	\$10,904.07	\$6,991.14	\$3,912.92	nd	nd	nd	\$310,221.39	nd	\$310,221.39	nd	nd
HC 6a Servicios de prevención y de salud pública - Salud Materno Perinatal	\$1,880,210.44	\$4,878.10	\$187,815.42	\$226,792.63	\$1,406,521.23	\$54,203.06	\$1,119,805.13	\$283,502.08	\$835,116.77	\$1,186.28	\$-
HC 6.1.1.1 Consultas de Control Prenatal	\$1,613,175.74	\$3,889.72	\$120,644.41	\$190,404.79	\$1,257,282.29	\$40,954.53	\$1,119,552.13	\$283,502.08	\$835,116.77	\$933.28	nd
HC 6.1.1.2 Consultas de Puerperio fisiológico	\$66,928.18	nd	\$18,301.46	\$21,034.64	\$19,777.35	\$7,814.74	\$253.00	nd	nd	\$253.00	nd
HC 6.1.1.3 Consultas de Control del Recién Nacido	\$164,491.09	nd	\$14,242.52	\$15,353.19	\$129,461.59	\$5,433.79	nd	nd	nd	nd	nd
HC 6.1.1.4 Promoción de la Salud materno-Perinatal	\$35,615.42	\$988.38	\$34,627.04	nd	nd	\$-	nd	nd	nd	nd	nd
HC 7.1.1.a Rectoría y administración de la salud por administraciones públicas (excepto seguridad social) - Salud Materno Perinatal	\$10,992.60	\$10,992.60	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
HCR 1a Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud - Salud Materno Perinatal	\$35.64	\$-	\$35.64	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
HCR 2a Formación del personal sanitario - Salud Materno Perinatal	\$69,073.72	\$-	\$69,073.72	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd
HCR 3.1 Investigación y Desarrollo - Embarazo, parto, puerperio	\$-	\$-	\$-	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd

\* El pago de bolsillo normal en parto en los hogares incluye partos normales y cesáreas

nd No disponible

Cuadro 22

**Gasto de los Proveedores por Función de Salud Materno Perinatal en México. Miles de pesos, 2003**

Función (salud reproductiva)	Proveedores de atención ambulatoria												
	HP 1	HP3	HP 3.1	HP 3.2	HP 3.4	HP 3.5	HP 3.9.3	HP 3.9.9	HP 4.1	HP 5	HP 6	HP 8.1	HP 9
	Hospitales	Proveedores de atención ambulatoria- Total	Consultorios médicos	Consultorios de otros profesionales de salud	Centros de Atención ambulatoria- Total	Laboratorios médicos y diagnóstico	Profesionales tradicionales	Los demás proveedores de servicios de atención ambulatoria	Farmacias	Suministro y administración de programas de salud pública médicos - Total	Administración general de la salud y los seguros	Instituciones de investigación	Resto del mundo
HC 1a Servicios de asistencia curativa - Salud Materno Perinatal	\$12,091,290.79	\$29,348.99			\$29,348.99								
HC 1.1a Asistencia curativa hospitalaria - Salud Materno Perinatal	\$12,091,290.79	\$150.65			\$150.65								
HC 1.1.1 Manejo bromio madre-hijo	\$4,832,946.29												
HC 1.1.1.1 Parto normal	\$1,486,600.38												
HC 1.1.1.2 Cesárea	\$1,604.44												
HC 1.1.1.3 Recién nacido normal	\$13,183,112.3												
HC 1.1.1.4 Manejo y terapéutica del RN complicado	\$3,807,223.71												
HC 1.1.1.5 Complicaciones en el embarazo parto y puerperio	\$514,604.74	\$150.65			\$150.65								
HC 1.1.5 Aborto	nd	\$27,847.34	nd		\$27,847.34								
HC 1.3a Asistencia curativa ambulatoria - Salud Materno Perinatal	nd	\$27,847.34	nd		\$27,847.34								
HC 1.3.3.1 Manejo y control del embarazo complicado o de alto riesgo	nd	\$27,847.34	nd		\$27,847.34								
HC 4a Servicios Auxiliares de atención de la salud - Salud Materno Perinatal		\$326,650.36			\$326,650.36								
HC 4.1a Laboratorio Clínico - Salud Materno Perinatal		\$324,364.60			\$324,364.60								
HC 4.2.1 Ultrasonido Obstétrico		\$2,285.76			\$2,285.76								
HC 5a Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios - Salud Materno Perinatal									\$321,125.45				
HC 6a Servicios de prevención y de salud pública - Salud Materno Perinatal	\$	\$2,264,400.15	\$482,361.84	\$227,240.63	\$2,249,508.65		\$4,689.03	nd		\$35,615.42			
HC 6.1.1.1 Consultas de Control Prenatal		\$2,732,727.87	\$482,361.84	\$227,240.63	\$2,017,836.37		\$4,689.03						
HC 6.1.1.2 Consultas de Puerperio fisiológico		\$67,181.18			\$67,181.18			nd					
HC 6.1.1.3 Consultas de Control del Recién Nacido		\$1,649,109			\$1,649,109			nd					
HC 6.1.1.4 Promoción de la Salud materno-Perinatal										\$35,615.42			
HC 7.1.1a Rectoría y administración de la salud por administraciones públicas (excepto seguridad social) - Salud Materno Perinatal										\$1,092.60			
HCR 1a Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud - Salud Materno Perinatal										\$35.64			
HCR 2a Formación del personal sanitario - Salud Materno Perinatal										\$69,073.72			nd
HCR 3.1 Investigación y Desarrollo - Embarazo parto, puerperio										\$		nd	nd

nd No disponible

Cuadro 23

**Gasto de los Agentes Financieros por Función de Planificación Familiar en México. Miles de pesos, 2003**

Función (salud reproductiva)	Gobierno general										Total Sector Privado	Empresas de seguros privados	Pago de bolsillo	Resto del mundo
	HF 1				HF 2		HF 3							
	HF 1.1.1.1	HF 1.1.1.2	HF 1.1.1.3	Seguridad Social	Seguro Social del Estado (ISSSTE)	Seguridad Social	HF 2.3	HF 2.4	HF 3					
	Total Sector Público	Secretaría de Salud	Gobierno estatal	IMSS- Oportunidades	Mexicano del Seguro Social (IMSS)	Instituto de los Trabajadores del Estado	Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado	Total Sector Privado	Empresas de seguros privados	Pago de bolsillo	Resto del mundo			
HC 1b	Servicios de asistencia curativa - Planificación Familiar	\$536,214.61	\$1,208.34	\$12,355.35	\$345,067.71	\$163,695.01	\$13,888.20	\$348.18	nd	nd	\$348.18			
HC 1.1b	Asistencia curativa hospitalaria - Planificación Familiar	\$458,948.76	\$1,208.34	\$12,355.35	\$345,067.71	\$86,429.16	\$13,888.20	\$348.18	nd	nd	\$348.18			
HC 1.1.4	Métodos quirúrgicos de planificación familiar	\$439,828.63	\$513.68	\$11,944.20	\$345,067.71	\$73,382.95	\$8,920.09	\$348.18	nd	nd	\$348.18			
HC 1.1.6	Procedimientos de fertilización	\$19,120.12	\$694.66	\$411.15	\$-	\$13,046.20	\$4,968.11	nd	nd	nd	\$-			
HC 1.3b	Asistencia curativa ambulatoria - Planificación Familiar	\$77,265.85	\$-	\$-	\$-	\$77,265.85	\$-	\$-	\$-	\$-	\$-			
HC 1.3.3.4	Procedimientos de fertilización asistida	\$77,265.85	\$-	\$-	\$-	\$77,265.85	\$-	nd	nd	nd	\$-			
HC 5b	Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios - Planificación Familiar	\$254,863.00	\$1,787.20	\$82,540.75	\$16,415.35	\$154,119.70	nd	\$3,135,923.64	nd	\$3,090,746.34*	\$45,177.30			
HC 5.1.1.1	Anticonceptivos hormonales (orales e inyectables)	\$148,746.01	\$-	\$58,447.86	\$6,530.70	\$83,767.44	nd	\$1,591,566	nd	nd	\$1,591,566			
HC 5.1.3.1	Preservativos	\$57,247.42	\$533.20	\$19,776.62	\$4,880.48	\$32,057.12	nd	\$27,531.32	nd	nd	\$27,531.32			
HC 5.1.3.2	Dispositivos Intra Uterinos	\$21,277.18	\$-	\$4,315.18	\$5,004.16	\$11,957.84	nd	\$828.52	nd	nd	\$828.52			
HC 5.1.3.3	Implantes subdérmicos	\$27,592.40	\$1,254.00	\$11.0	\$-	\$26,337.30	nd	\$901.80	nd	nd	\$901.80			
HC 6b	Servicios de prevención y de salud pública - Planificación Familiar	\$781,656.69	\$1,811.01	\$198,557.70	\$425,940.19	\$90,403.48	\$64,944.31	\$1,057.45	\$-	\$-	\$1,057.45			
HC 6.1.2.1	Consultas de Planificación Familiar	\$776,475.64	nd	\$195,187.65	\$425,940.19	\$90,403.48	\$64,944.31	\$1,057.45	\$-	\$-	\$1,057.45			
HC 6.1.2.2	Promoción de la Planificación Familiar	\$5,181.05	\$1,811.01	\$3,370.05	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd			
HC 7.1.1b	Rectoría y administración de la salud por administraciones públicas (excepto seguridad social) - Planificación Familiar	\$21,211.82	\$14,346.78	\$6,865.04	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd			
HCR 1b	Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud - Planificación Familiar	\$1,685.02	\$-	\$1,685.02	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd			
HCR 2b	Formación del personal sanitario - Planificación Familiar	\$5,055.07	\$-	\$5,055.07	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd			
HCR 3.4	Investigación y Desarrollo - Planificación Familiar	\$8,527.25	\$-	\$8,527.25	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd			

\* La adquisición de métodos anticonceptivos por parte de los hogares no pudo ser desagregada por método

nd No disponible

**Gasto de los Proveedores por Función de Planificación Familiar en México. Miles de pesos, 2003**

Función (salud reproductiva)	Proveedores de atención ambulatoria								
	HP 1	HP 3	HP 3.1	HP 3.4	HP 4.1	HP 5	HP 6	HP 8.1	HP 9
	Hospitales	Proveedores de atención ambulatoria - Total	Consultorios Médicos	Centros de Atención ambulatoria - Total	Farmacias	Pública	Total	Investigación	Resto del mundo
HC 1b	Servicios de asistencia curativa - Planificación Familiar	\$531,545.74	\$5,017.04	\$5,017.04					
HC 1.1b	Asistencia curativa hospitalaria - Planificación Familiar	\$458,948.76	\$348.18	\$348.18					
HC 1.1.4	Métodos quirúrgicos de planificación familiar	\$439,828.63	\$348.18	\$348.18					
HC 1.1.6	Procedimientos de fertilización	\$19,120.12	\$-	\$-					
HC 1.3b	Asistencia curativa ambulatoria - Planificación Familiar	\$72,596.98	\$4,668.87	\$4,668.87					
HC 1.3.3.4	Procedimientos de fertilización asistida	\$72,596.98	\$4,668.87	\$4,668.87	\$-				
HC 5b	Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios - Planificación Familiar						\$3,390,786.64*		
HC 5.1.1.1	Anticonceptivos hormonales (orales e inyectables)						\$164,661.67	\$-	
HC 5.1.3.1	Preservativos						\$84,778.74		
HC 5.1.3.2	Dispositivos Intra Uterinos						\$22,105.70	\$-	
HC 5.1.3.3	Implantes subdérmicos						\$28,494.20		
HC 6b	Servicios de prevención y de salud pública - Planificación Familiar		\$777,533.09	\$777,533.09		\$5,181.05			
HC 6.1.2	Planificación Familiar		\$777,533.09	\$777,533.09		\$5,181.05			
HC 6.1.2.1	Consultas de Planificación Familiar		\$777,533.09	\$777,533.09		\$5,181.05			
HC 6.1.2.2	Promoción de la Planificación Familiar								
HC 7.1.1b	Rectoría y administración de la salud por administraciones públicas (excepto seguridad social) - Planificación Familiar						\$21,211.82		
HCR 1b	Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud - Planificación Familiar						\$1,685.02		
HCR 2b	Formación del personal sanitario - Planificación Familiar						\$5,055.07		nd
HCR 3.4	Investigación y Desarrollo - Planificación Familiar						\$8,527.25	nd	nd

\* La adquisición de métodos anticonceptivos por parte de los hogares no pudo ser desagregada por méyodo

nd No disponible

Cuadro 25

**Gasto de los Agentes Financieros por Función de Cáncer Cérvico Uterino en México. Miles de pesos, 2003**

Función (salud reproductiva)	Gobierno general										Total Sector	Privado	Total Sector	Empresas de seguros privados	Sector privado			Resto del mundo
	HF 1			HF 2			HF 3											
	HF 1.1.1.1	HF 1.1.2	HF 1.1.3	Seguridad Social	Seguro Social (IMSS)	Oportunidades	IMSS-estatal	Gobierno	Seguro Social del Estado (ISSSTE)	Seguro Social de los Trabajadores Mexicanos					Seguro Social de los Trabajadores Mexicanos	HF 2.1	HF 2.2	
HC1c	\$1,123,302.10	\$3,431.12	\$64,240.77	\$190,392.69	\$831,496.15	\$33,741.38	\$561,486.05	nd	\$542,847.43	\$18,638.62	\$1,323.90							
HC1.1c	\$262,064.36	\$3,323.93	\$13,510.42	\$29,745.94	\$199,806.17	\$15,677.90	\$76,508.95	nd	\$71,518.85	\$4,990.10								
HC1.1.2	\$262,064.36	\$3,323.93	\$13,510.42	\$29,745.94	\$199,806.17	\$15,677.90	\$76,508.95	nd	\$71,518.85	\$4,990.10								
HC1.2	nd	nd	nd	nd	nd	nd	\$15,284.69	nd	\$15,284.69	nd	nd							
HC1.2.1	nd	nd	nd	nd	nd	nd	\$15,284.69	nd	\$15,284.69	nd	nd							
HC1.3c	\$861,237.74	\$107.19	\$50,730.35	\$160,646.74	\$631,689.98	\$18,063.48	\$469,692.41	nd	\$456,043.89	\$13,648.52	\$1,323.90							
HC1.3.1.1	\$686,656.87	nd	\$17,015.52	\$160,646.74	\$504,066.01	\$4,928.60	\$463,133.41	nd	\$456,043.89	\$7,089.52	\$1,323.90							
HC1.3.3.2	\$174,580.87	\$107.19	\$33,714.83	nd	\$127,623.97	\$13,134.88	\$6,559.00	nd	nd	\$6,559.00	nd							
HC4c																		
HC4.1.2	\$1,274.76	\$1,274.76	nd	nd	nd	nd	\$453.56	nd	nd	\$453.56	nd							
HC6c	\$1,274.76	\$1,274.76	nd	nd	nd	nd	\$453.56	nd	nd	\$453.56	nd							
HC6.4.1.1	\$49,192.92	\$88.31	\$49,104.61	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd							
HC6.4.1.2	\$28,186.14	nd	\$28,186.14	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd							
HC7.1.1c	\$21,006.78	\$88.31	\$20,918.48	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd							
HCR 1c	\$17,157.82	\$4,200.15	\$12,957.67	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd							
HCR 2c	nd	\$-	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd							
HCR 3.2	\$2,089.95	\$-	\$2,089.95	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd							

Cuadro 26

**Gasto de los Proveedores por Función de Cáncer Cérvico Uterino en México. Miles de pesos, 2003**

Función (salud reproductiva)	Proveedores de atención ambulatoria										
	HP 1	HP3	Centros de atención ambulatoria- Total				HP 3.1	HP 3.4	Los demás		HP 9
			HP 3.1	HP 3.4	HP 3.5	HP 3.3			HP 3.9.9	HP 5	
Hospitales	Proveedores de atención ambulatoria- Total	Consultorios médicos	Atención ambulatoria- Total	Laboratorios Médicos y de diagnóstico	Profesionales tradicionales	Proveedores de servicios de atención ambulatoria	Suministro y administración de programas de Salud Pública	Administración general de la salud y los seguros médicos -Total	Resto del mundo		
HC 1c Servicios de asistencia curativa - Cáncer Cérvico Uterino	\$361,653.36	\$1,323,186.51	\$525,862.85	\$797,333.66		\$1,272.19					
HC 1.1c Asistencia curativa hospitalaria - Cáncer Cérvico Uterino	\$3,68,072.53	\$70,500.78	\$65,510.68	\$4,990.10							
HC 1.1.2 Atención de Cáncer-Cérvico Uterino	\$3,68,072.53	\$70,500.78	\$65,510.68	\$4,990.10							
HC 1.2 Asistencia curativa en hospitalización de día	nd	\$15,284.69	\$15,284.69								
HC 1.2.1 Radioterapia para Ca Cu	nd	\$15,284.69	\$15,284.69								
HC 1.3c Asistencia curativa ambulatoria - Cáncer Cérvico Uterino	\$93,580.83	\$1,237,401.04	\$445,067.48	\$792,333.56	\$-	\$1,272.19	nd				
HC 1.3.1.1 Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino	\$1,149,841.99	\$445,067.48	\$445,067.48	\$704,774.51	\$-	\$1,272.19	nd				
HC 1.3.3.2 Atención de Cáncer-Cérvico Uterino	\$93,580.83	\$87,559.05	nd	\$87,559.05		nd	nd				
HC 4c Servicios Auxiliares de atención de la salud - Cáncer Cérvico Uterino		\$1,728.33		\$1,728.33			nd				
HC 4.1.2 Oncología y hospicios de CaCu	\$-	\$1,728.33		\$1,728.33							
HC 6c Servicios de prevención y de salud pública - Cáncer Cérvico Uterino	\$-	\$28,186.14		\$28,186.14				\$21,006.78			
HC 64.1.1 Tamizaje		\$28,186.14		\$28,186.14							
HC 64.1.2 Promoción de la Salud (CaCu)								\$21,006.78			
HC 7.1.1.c Rectoría y administración de la salud por administraciones públicas (excepto seguridad social) - Cáncer Cérvico Uterino								\$17,157.82			
HCR 1c Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud - Cáncer Cérvico Uterino											
HCR 2c Formación del personal sanitario - Cáncer Cérvico Uterino											nd
HCR 3.2 Investigación y Desarrollo- Cáncer de Cérvico Uterino								\$12,843.68			nd
								\$2,089.95			nd

nd No disponible

Cuadro 27

**Gasto de los Agentes Financieros por Función de Cáncer de Mama en México. Miles de pesos, 2003**

Función (salud reproductiva)	Gobierno general										Sector privado		Resto del mundo
	HF 1			HF 2				HF 3			HF 2.3	HF 2.4	
	HF 1.1.1.1	HF 1.1.2	HF 1.1.3	Seguro Social (IMSS)	Oportunidades	Seguro Social del Estado (ISSSTE)	Privado	Total Sector	Pago de bolsillo	(ONG's)			
HC 1d Servicios de asistencia curativa - Cáncer de Mama	\$705,204.00	\$5,637.39	\$52,502.52	nd	\$596,431.45	\$50,632.64	\$139,521.04	\$1,315,433.68	\$5,963.40	\$2,013.95	nd		
HC 1.1d Asistencia curativa hospitalaria - Cáncer de Mama	\$296,157.51	\$7,760.53	\$3,376.17	nd	\$255,477.96	\$29,542.85	\$137,723.09	\$1,315,433.68	\$5,963.40	\$21,600	nd		
HC 1.1.3 Atención de Cáncer de Mama	\$296,157.51	\$7,760.53	\$3,376.17	nd	\$255,477.96	\$29,542.85	\$137,723.09	\$1,315,433.68	\$5,963.40	\$21,600	nd		
HC 1.3d Asistencia curativa ambulatoria - Cáncer de Mama	\$409,046.49	\$2,261.22	\$44,741.99	nd	\$340,953.50	\$21,089.79	\$1,797.95	nd	nd	\$1,797.95	nd		
HC 1.3.1.2 Exploración Mamaria	\$31,846.18	nd	\$27,008.90	nd	\$4,837.28	\$1,569.02	\$1,569.02	nd	nd	\$1,569.02	nd		
HC 1.3.3.3 Atención de Cáncer de Mama	\$377,200.31	\$2,261.22	\$17,733.08	nd	\$340,953.50	\$16,252.51	\$228.93	nd	nd	\$228.93	nd		
HC 4d Servicios Auxiliares de atención de la salud - Cáncer de Mama	\$519.64	\$519.64	nd	nd	nd	nd	\$2,972.82	nd	nd	\$2,972.82	nd		
HC 4.1.3 Estudios de laboratorio, biopsias para CaMa	\$519.64	\$519.64	nd	nd	nd	nd	\$1,490.54	nd	nd	\$1,490.54	nd		
HC 4.2.2 Mastografía	nd	nd	nd	nd	nd	nd	\$1,031.19	nd	nd	\$1,031.19	nd		
HC 4.2.3 Ultrasonido Mamario	nd	nd	nd	nd	nd	nd	\$451.09	nd	nd	\$451.09	nd		
HC 6d Servicios de prevención y de salud pública - Cáncer de Mama	\$57,434.34	\$2,369.67	\$55,064.67	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd		
HC 6.4.2.1 Tamizaje	\$28,186.14	\$-	\$28,186.14	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd		
HC 6.4.2.2 Promoción de la Salud (CaMa)	\$29,248.20	\$2,369.67	\$26,878.53	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd		
HC 7.1.1d Rectoría y administración de la salud por administraciones públicas (excepto seguridad social) - Cáncer de Mama	\$18,681.70	\$4,200.15	\$14,481.55	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd		
HCR 1d Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud - Cáncer de Mama	\$3,164.12	\$3,164.12	\$-	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd		
HCR 2d Formación del personal sanitario - Cáncer de Mama	\$8,501.61	\$-	\$8,501.61	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd		
HCR 3.3 Investigación y Desarrollo - Cáncer de Mama	\$432.29	\$-	\$432.29	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd	nd		

nd No disponible



CNEGSR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública
CuNaSaRe	Cuentas Nacionales en Salud Reproductiva
OMS	Organización Mundial de la Salud
OECD	Organización para la Cooperación Económica y el Desarrollo (siglas en inglés)
SICUENTAS	Sistema de Cuentas Nacionales de Salud (México)
APV	Arranque Parejo en la Vida
PF	Planificación Familiar
CaCu	Cáncer Cérvico Uterino
CaMa	Cáncer de Mama
SSA	Secretaría de Salud
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
HF	Fuentes de Financiamiento
HC	Funciones de salud
HP	Tipo de Proveedores de atención a la salud
ICHA	Clasificación Internacional de las Cuentas de Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ENSA	Encuesta Nacional de Salud
ENSAR	Encuesta Nacional de Salud Reproductiva
ENED	Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares

# Bibliografía

1. Poulhier J-P, Hernández P, Kawabata K. National Health Accounts: concepts, data sources and methodology. In: Murray C.J.L., Evans D. B. Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism. Geneva Switzerland, World Health Organization; 2003. p 185-193.
2. Berman P. National Health Accounts in developing countries: appropriate methods and recent applications. *Health Econ* 1997; 6: 11-30.
3. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud del mundo del año 2000: Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra Suiza, OMS; 2000. 239 p. Disponibles en la página web: (<http://www.who.int/country/>)
4. World Bank; WHO, USAID. Guide to producing national health accounts with special applications for low-income and middle-income countries. 2003. Ed. WHO. Canada
5. Block MA, Brown A. Hacia la asignación equitativa de los recursos federales para la salud. En: Frenk, J (eds) Observatorio de la salud: necesidades, servicios, políticas. México DF: FUNSALUD; 1997. 173-193.
6. Langer A. Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en América Latina y el Caribe: desafíos y oportunidades. México DF: Banco Interamericano de Desarrollo, Instituto Nacional de Salud Pública; 2002.
7. Castaño R. Medicina, ética y reformas a la salud: hacia un nuevo contrato social con la profesión médica. 2da ed. Bogotá, Colombia: ECOE ediciones; 2000: 186p.
8. Zurita B, Hernández P, Ramírez T de J, Méndez O, Gamble A, Cruz M. Cuentas Nacionales de Salud. México DR: FUNSALUD, 1998. 57 p.
9. Arredondo A. El financiamiento a partir de la descentralización del sistema de salud en México: cambios, tendencias y evidencias, 1990-2000. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2002: 150 p.
10. Arredondo A. Federalismo y políticas de salud: descentralización y relaciones intergubernamentales desde una perspectiva comparada. México DF: Foro de Federaciones, SSA; 2003. 201 p.
11. Rannan-Eliya R, Berman P, Eltigani E., De Silva W, Somanathan A, Sumathiratne V. Expenditures for reproductive health services in Egypt and Sri Lanka. Colombo: Institute of Policy Studies. Occasional Paper 13. July 2000.
12. Hernández P, Zurita B, Ramírez R, Álvarez F, Cruz C. Las cuentas nacionales de salud. En: Frenk, J (eds) Observatorio de la salud: necesidades, servicios, políticas. México DF: FUNSALUD; 1997. 119-142.
13. Hsiao W. Health care financing in developing nations [background paper]. Boston, MA, USA; Harvard University School of Public Health, 2000. 76 p. Disponible en: [http://www1.worldbank.org/hnp/hsd/documents/HCF\\_DevelopingCountries.pdf](http://www1.worldbank.org/hnp/hsd/documents/HCF_DevelopingCountries.pdf)
14. Merino-Juárez MF, Alarcón-Gómez M, Lozano-Ascencio R. Manual del Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud. México, DF: Dirección General de Información en Salud, SSA; 2004. 134 p.
15. Block MA, Gutiérrez E, Gutierrez L. Las cuentas estatales de salud: el gasto de las entidades federativas. En: Frenk, J (eds) Observatorio de la salud: necesidades, servicios, políticas. México DF: FUNSALUD; 1997. 143-170.
16. Berman P, Dmytraczenko T, Gonzales F, Graff J, Hernández P y cols. Using National Health Accounts to make health sector policy: findings of a Latin America/Caribbean regional Workshop [Notes]. San Salvador, El Salvador: PHR/USAID, 1999. 24 p.
17. Arredondo A. Financing indicators for health care decentralization in Latin America: information and suggestions for health planning. *International Journal of health planning and management* 2001; 16: 259-276.
18. FUNSALUD. Las cuentas nacionales de salud y el financiamiento de los servicios. México DF: Fundación Mexicana para la Salud, primera edición, 1994.
19. De S, Dmytraczenko T, Chanfreau C, Kombe G, Fairbank A y A Nandakumar et al. Measurement of population expenditures at the subnational level using the NHA framework. Bethesda: ABT Associates; 2004. 41 p.
20. Secretaría de Salud y Asistencia. Salud México 2001: Información para la rendición de cuentas. Segunda edición, México DF: SSA, 2002. 1 – 19 p. Disponible en: (<http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/evaluacion/saludmex2001.pdf>)

21. Poulhier J-P, Hernández P, Kawabata K, Savedoff W-D. Patterns of global health expenditures: results of 191 countries. In: Murray C.J.L., Evans D.B.. Health Systems Performance Assessment: Debates, Methods and Empiricism. Geneva Switzerland, World Health Organization; 2003. p 195-203.
22. Jowett M. Cost-effective safe motherhood interventions in low-income countries: a review. York England: discussion paper, Centre for Health Economics, University of York, 2000. 28 p.
23. Sharma S, McGreevey W, Kanjilal B, Hotchkiss DR. Reproductive and child health accounts: an application to Rajasthan. Health Pol Plann 2002; 17: 314-321.
24. Torres AC, Knaul F. Determinantes del gasto de bolsillo en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México: 1992-2000. En: Knaul F (ed). Caleidoscopio de la salud: de la investigación a las políticas y de las políticas a la acción. México DF: FUNSALUD; 2003: 209-25.
25. Bautista SA, Dmytraczenko T, Kombe G, Bertozzi S. Análisis de los costos de atención del VIH/SIDA en México. Reporte técnico N° 020. Bethesda, MD: Socios para la reforma del sector salud, Abt Associates Inc.; 2003
26. Secretaría de Salud y Asistencia. México salud 2003: Información para la rendición de cuentas. Segunda edición, México DF, 2004; p: 12-101. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/saludmex2003/sm2003.pdf>
27. CONAPO. Indicadores demográficos básicos. Disponible en <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/00indicadores.htm> (Último acceso: Enero 12, 2005)
28. Organization for Economic Co-operation and Development. A system of health accounts. Disponible en: <http://www.oecd.org/dataoecd/49/51/21160591.pdf> Último acceso: Julio 13, 2004
29. World Health Organization. Reproductive Health. Disponible en: [http://www.who.int/health\\_topics/reproductive\\_health/en/](http://www.who.int/health_topics/reproductive_health/en/). Última vista: 7 de febrero 2004
30. Isasola JA. ED. Sistemas de información de respuestas nacionales contra el SIDA: indicadores financieros. Flujos de financiamiento y gasto en VIH/SIDA. Cuentas Nacionales en VIH/SIDA. México Funsalud 2002.
31. PHRplus. Understanding National Health Accounts: The methodology and implementation process. May. 2003. Disponible en: <http://www.phrplus.org/Pubs/prim1.pdf>. Último acceso: Julio 14, 2004.
32. Berman P. National Health Accounts in Developing Countries: Appropriate Methods and Recent Applications. Octubre 26, 1996. Disponible en: <http://www.hsph.harvard.edu/ihsg/publications/pdf/No-36.PDF> Último acceso: Julio 7, 2004.
33. INEGI. Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares. 2002.
34. SSA. Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño. 2002
35. SSA. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva. 2003
36. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10ª. Revisión, Washington, D.C.:OPS 1995.
37. OMS. Mother-Baby Package Costing Spreadsheet. Version 1.01. Geneva:WHO, 1999
38. SSA. RESOLUCION por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar. Fecha de publicación: 21 de enero de 2004.
39. SSA. NOM-014-SSA2-1994, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino. Fecha de publicación: 2 de marzo de 1998.
40. SSA. NORMA Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Fecha de publicación: 28 de febrero de 2003

Cuentas Nacionales de Salud Reproductiva  
y Equidad de Género

Se terminó de imprimir en septiembre de 2005.  
La edición consta de 1 000 ejemplares

