GOBIERNO FEDERAL

SALUD

Cuentas en salud reproductiva y equidad de género

Estimación 2006 y evolución del gasto 2003-2006

Cuentas en salud reproductiva y equidad de género

Estimación 2006
y evolución del gasto 2003-2006

Cuentas en salud reproductiva y equidad de género

Estimación 2006 y evolución del gasto 2003-2006

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

Dr. Mauricio Hernández Ávila
Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez
Subsecretaria de Innovación y Calidad

Dra. Ma. Eugenia de León-May
Subsecretaria de Administración y Finanzas

Dr. Julio Sotelo Morales
Titular de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud

Lic. Bernardo Emilio Fernández del Castillo Sánchez
Director General de Asuntos Jurídicos

Lic. Guillermo Rivera Juárez
Director General de Comunicación Social

Lic. María Eugenia Galván Antillón
Titular del Órgano Interno de Control

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

Dra. Prudencia Cerón Mireles
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. Mario Henry Rodríguez
Director General

Dr. Miguel Ángel González Block
Director Ejecutivo del Centro de Investigación en Sistemas de Salud

Lic. Carlos Oropeza Abúndez
Subdirector de Comunicación Científica y Publicaciones

Cuentas en salud reproductiva y equidad de género

Estimación 2006 y evolución del gasto 2003-2006

Preparado por:

Leticia Ávila Burgos
Lucero Cahuana Hurtado
Belkis Aracena Genao

Cuentas en salud reproductiva y equidad de género.
Estimación 2006 y evolución del gasto 2003-2006

D. R. © Primera edición, 2008

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

Instituto Nacional de Salud Pública
Centro de Investigación en Sistemas de Salud
Av. Universidad 655, colonia Santa María Ahuacatitlán
62508 Cuernavaca, Morelos, México

ISBN 978-607-460-014-8 Secretaría de Salud
ISBN 978-607-7530-07-7 Instituto Nacional de Salud Pública

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Citación sugerida:
Ávila-Burgos L, Cahuana-Hurtado L, Aracena-Genao B. Cuentas en salud reproductiva y equidad de género. Estimación 2006 y evolución del gasto 2003-2006. México DF/Cuernavaca, Morelos: Secretaría de Salud/Instituto Nacional de Salud Pública, 2008.

Agradecimientos

Los autores desean agradecer la colaboración de las siguientes personas, quienes facilitaron la realización del presente proyecto:

Secretaría de Salud
Mtra. María Vanessa Vázquez Meseguer
Mtro. Alejandro Suárez Valdés Ayala
Lic. Daniel Castro Carrillo
Lic. Victoria Castro Borbonio
Dr. Gustavo Von Schmeling Gan
Lic. Homero León Pineda
Dra. Alba Moguel Ancheita
Dra. Mirella Loustalot Laclette
Dr. Arturo Vega Saldaña
Dra. Raquel Espinosa Romero
CP Mauricio Zarazúa Fuentes

Comisión Nacional de Protección Social en Salud
Mtro. Daniel Karam Toumeh
Dr. Emilio Herrera Basto

ISSSTE
Lic. Enrique Moreno Cueto
Lic. Pedro Vásquez Colmenares Guzmán
Dr. Manuel Urbina Fuentes
Lic. Antonio Guzmán Nacoud
Act. Alejandro Jiménez
Lic. Alberto Asai Camacho
Lic. Hilda Morales Medina
Lic. María Dolores Martínez Zárate

IMSS
Lic. Carlos Berges Pérez
Dr. Pedro Sánchez Sandoval
Lic. Irma Merlos Merlos
Dr. Vitelio Velasco Murillo
Lic. Olga Reyes Torres
C. María Elena Correa Lemus
Dr. José Luis Pozos Cavanzo
ESP Víctor Ceballos Barrios
ESP Patricia Farfán Márquez
Lic. Elías Padilla Pérez

IMSS-Oportunidades
Dr. Javier Cabral Soto
Dra. Celia Escandón Romero
CP Mario Martínez Enciso
Dr. Juan Carlos Ledezma

Mexfam
Dr. Vicente Díaz Sánchez
CP Alicia Victoria Ángeles González

FEMAP
Dr. Enrique Suárez Toriello

INSP
Érika Gutiérrez Escobedo

Índice

Presentación **11**

Síntesis ejecutiva **13**

1. Introducción **15**

2. Situación de la salud reproductiva, 2006 **17**
Mortalidad en menores de cinco años 17
Mortalidad materna 18
Mortalidad por cáncer de mama 20
Mortalidad por cáncer cervicouterino 20
Mortalidad por cáncer de próstata 21
Violencia hacia las mujeres 23

3. Metodología **25**
Marco teórico y conceptual 25
Métodos de estimación del gasto 26
Fuentes de información 26
- Secretaría de Salud 26
- Sistema de Protección Social en Salud 27
- Instituto Mexicano del Seguro Social 27
- Programa IMSS-Oportunidades 27
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado 27
- Gasto privado 27

Análisis de datos 28
Generación de la serie de tiempo del gasto 29
Corrección del gasto originado por el pago de bolsillo de los hogares de 2005 29

4. Gasto en salud reproductiva y equidad de género, 2006 **31**
Gasto por agente financiador 32
- Secretaría de Salud 32
- Sistema de Protección Social en Salud 32
- IMSS-Oportunidades 35
- Instituto Mexicano del Seguro Social 38
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado 40
- Sector privado 40

5. Evolución del gasto en salud reproductiva y equidad de género, 2003-2006 **45**
Gasto por agente financiador 45
- Secretaría de Salud 45
- Sistema de Protección Social en Salud 47
- IMSS-Oportunidades 49
- Instituto Mexicano del Seguro Social 49
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado 50
- Sector privado 51

6. Conclusiones **53**

7. Apéndice: Gasto en salud reproductiva y equidad de género en México-2005 **57**
Gasto total en salud 57
Pago de bolsillo 59

Anexos **61**
Glosario **94**
Referencias **95**

Presentación

En el transcurso de los últimos seis años, México ha vivido una serie de cambios en las políticas de salud en un marco de respeto a los derechos de la población y de una mayor participación comunitaria. Destacan el impulso de políticas de población y salud reproductiva que garanticen el derecho de mujeres y hombres a decidir de manera libre e informada sobre su fecundidad. Dichas políticas están sustentadas en la evidencia científica, la legislación vigente y la firma de convenios internacionales para la consecución de objetivos a largo plazo, como la adhesión al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Ante este panorama, es importante ver en perspectiva la dimensión de los avances en este campo y los retos que se han enfrentado e identificar los puntos pendientes de resolver para así poder replantear el camino de la política pública.

La información financiera sobre políticas y programas de salud reproductiva es clave para monitorear sus procesos y resultados. Es por ello que en 2004 el Centro Nacional de Equidad de Género de la Secretaría de Salud y el Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública unieron esfuerzos para dar a conocer los montos que han venido desembolsando los principales actores involucrados en las acciones de salud reproductiva. Se inició, así, la construcción de las Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género, mismas que a la fecha ya constan de cuatro estimaciones anuales. Estas Cuentas revelan cómo se ha modificado la composición del gasto a través del tiempo, lo que permite apreciar las consecuencias de las políticas públicas y el aprovechamiento de oportunidades para la salud reproductiva.

Entre los resultados del análisis derivado de este ejercicio destaca que el gasto en salud reproductiva se ha incrementado de manera similar al gasto en salud en general. No obstante, su composición no es equivalente, pues el gasto en salud reproductiva tiene una mayor participación pública que el gasto general en salud, y también es mayor la participación del gasto de la seguridad social dentro del gasto público.

La serie de tiempo en cuatro puntos convierte a las Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género en una herramienta útil tanto para los tomadores de decisiones como para la sociedad civil y los investigadores. En efecto, permite abogar por recursos públicos, mejorar la eficiencia de la asignación y transparentar el gasto. Asimismo, la información puede ser ahora relacionada con otros fenómenos económicos, políticos y sociales para explicar la respuesta social organizada en una materia tan importante como es la salud reproductiva.

Síntesis ejecutiva

ANTECEDENTES

Para llevar a cabo acciones que aseguren la salud sexual y reproductiva se requiere que el sistema de salud fortalezca sus funciones de rectoría a través del desarrollo de instrumentos de planeación, gestión y evaluación. De ahí la importancia de generar evidencia científica para la toma de decisiones y la rendición de cuentas, como es la información financiera. Con el fin de identificar cuánto se ha gastado en los programas de salud reproductiva, quiénes realizan este gasto y cómo, en qué y quién se beneficia de él, desde 2004 la Secretaría de Salud, a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, y el Instituto Nacional de Salud Pública, por medio del Centro de Investigación en Sistemas de Salud, han venido desarrollando las Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género. En esta oportunidad se presentan los resultados de la estimación del gasto ejercido en este rubro para el año 2006 y se explora su comportamiento en un entorno caracterizado por la búsqueda de estrategias para mejorar las condiciones de salud sexual y reproductiva. Para ello se cuenta ya con una serie de cuatro puntos (2003-2006) que permite visualizar la evolución del gasto en el tiempo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Como en los ejercicios previos, para estimar el gasto en salud reproductiva y equidad de género se utilizó el marco de las Cuentas en Salud. Se incluyeron las principales instituciones de salud y seguridad social, el sector privado y las instituciones públicas destinadas a la población no asegurada. Se continuó empleando la definición de salud reproductiva y equidad de género utilizada en 2005.

Para estimar el gasto público se recabó información sobre presupuestos ejercidos en los ámbitos nacional y estatal, la cual se ponderó mediante indicadores de producción. Con el fin de realizar comparaciones interestatales el gasto fue ajustado por beneficiario. En la estimación del gasto privado se utilizó información sobre el gasto monetario y no monetario proveniente de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares 2006 (ENIGH 2006), así como de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 (ENSAR 2003). Adicionalmente se contó con información de las más importantes organizaciones no gubernamentales, y datos de gasto de aseguradoras y cuotas de recuperación, aunque éstas sólo se pudieron estimar a escala nacional.

RESULTADOS

El gasto en salud reproductiva y equidad de género en 2006 fue de 39 604.6 millones de pesos, cantidad equivalente a 6.5% del gasto en salud y 0.43% del producto interno bruto (PIB). El 59.2% fue financiado por el sector público, principalmente por la seguridad social, y 40.8% fue ejercido por el sector privado (donde la participación de los hogares ascendió a 87%). Esto difiere del comportamiento del gasto total en salud, en el cual el componente privado supera al público en 11.6 puntos porcentuales (55.8% contra 44.2%).

Gasto por funciones

- Servicios de asistencia curativa: 72.3%
- Servicios de prevención y salud pública (control prenatal, puerperio y planificación familiar, tamizaje de cáncer y acciones encaminadas a disminuir la violencia intrafamiliar): 19.0%

Gasto por proveedores

- Hospitales: 71.3%
- Servicios ambulatorios: 19.2%
- Farmacias, laboratorios médicos y administración de los programas: 9.5%

Gasto por programas

- Salud materno-perinatal: 77.4%
- Atención a la endometriosis y patologías benignas: 7.4%
- Planificación familiar: 4.9%
- Cáncer cervicouterino: 4.5%
- Cáncer de mama: 2.6%
- Cáncer de próstata: 1.0%
- Equidad de género: 0.5%
- Rectoría y administración: 1.7%

Comparación del gasto 2003-2006

El gasto en salud reproductiva y equidad de género experimentó un incremento promedio de 1.7% en términos reales entre los años 2003 y 2006. Dicho aumento es atribuible al crecimiento del gasto en el sector público. El gasto en los programas de salud materno-perinatal, cáncer de mama, equidad de género y violencia, endometriosis y patologías benignas, así como en rectoría registró incrementos. El caso contrario se presentó en el gasto en planificación familiar, cáncer cervicouterino y cáncer de próstata. El Seguro Popular aumentó su participación en el financiamiento debido a las aportaciones del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos para el cáncer cervicouterino y las complicaciones neonatales. En general el gasto público en salud reproductiva creció, mientras la participación del sector privado disminuyó.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio revelan la importancia de contar con información sistemática y comparable a través del tiempo, no sólo para monitorear las tendencias del gasto en general y por institución, sino también para el análisis del efecto de las políticas en salud en la cantidad y distribución de los recursos financieros. Un reto importante será, además de lograr la continuidad de la serie del gasto en salud reproductiva, consolidar la institucionalización y difusión de esta información a efecto de que constituya un insumo para la toma de decisiones en estos programas.

1.
Introducción

Asegurar el acceso universal a la información y a los servicios de salud sexual y reproductiva es un factor esencial para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Este postulado constituye una de las principales recomendaciones acordadas por los equipos integrantes de la iniciativa Proyecto del Milenio de las Naciones Unidas.[1] En la revisión internacional sobre los avances hacia la consecución de los ODM, que se llevó a cabo en 2005, se destacó la importancia de la salud sexual y reproductiva en esta tarea. Se estableció, asimismo, que la búsqueda de la equidad de género es indispensable para alcanzar los ODM. Por otra parte, se identificó la existencia de una trampa de la pobreza "demográfica", basada en la interacción entre la extrema pobreza y la elevada fertilidad.[1] Además, se consideró necesario el fortalecimiento de los sistemas de salud para asegurar el acceso universal a servicios básicos en este rubro, aspecto en el que se requiere el trabajo conjunto de gobiernos, donadores, organizaciones de la sociedad civil y sector privado.[2] Con estas bases, al garantizarse el acceso universal a la salud reproductiva para el año 2015 no sólo se lograría cumplir con la meta de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994, sino también con los ODM.[3]

En este contexto, los países que suscribieron el compromiso del logro de los ODM han revisado sus estrategias y acciones; a la vez, se ha renovado el interés de la comunidad científica en el análisis de temas como la mortalidad materna.[a] En México, con motivo del décimo aniversario del Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva,[b] estos mensajes fueron resaltados para la definición de políticas de salud en la materia.[c] En el diseño del Programa Nacional de Salud 2007-2012 (Pronasa)[4] se reconoció que para lograr la disminución de la mortalidad materna es necesario efectuar acciones focalizadas, entre las que destacan la implementación de intervenciones dirigidas a unidades médicas y la generación de una estrategia de planificación familiar en zonas indígenas enfocada en mujeres añosas y grandes multíparas, que incluya también acciones dirigidas a evitar el embarazo no deseado entre la población adolescente. Como consecuencia, las líneas de acción del Pronasa apuntan a fortalecer las políticas de salud materna y perinatal; promover la salud sexual y reproductiva responsable; impulsar una política integral de prevención y atención de infecciones por VIH y otras de transmisión sexual; promover la prevención, detección y atención temprana del cáncer cervicouterino y de mama, y reducir la prevalencia de daños a la salud causados por violencia en el hogar.[4]

---

[a] La prestigiosa revista The Lancet publicó en noviembre de 2006 un número especial dedicado a la salud sexual y reproductiva (The Lancet series: Sexual and reproductive health. Disponible en: < http://www.thelancet.com/collections/series/srh >). En 2007 se publicó un artículo sobre el costo, los beneficios y el costo-efectividad de intervenciones para reducir la mortalidad y morbilidad materna en México (Hu D, Bertozzi SM, Gakidou E, Sweet S, Goldie SJ. The Costs, Benefits, and Cost-Effectiveness of Interventions to Reduce Maternal Morbidity and Mortality in Mexico. PLoS ONE 2007;2(8):e750. doi:10.1371/journal.pone.0000750, disponible en: < http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid = 1939734 >).

[b] Constituido por 19 instituciones de los sectores público, social y privado, el Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva tiene como objetivo potenciar las actividades de salud reproductiva que se llevan a cabo en el país, mediante acciones de coordinación para el establecimiento de estrategias innovadoras y exitosas encaminadas a mejorar la calidad de los servicios de salud reproductiva.

[c] "Acceso universal a la salud reproductiva: un imperativo para el logro de los ODM". Presentación del doctor Arie Hoekman, del Fondo de Población de las Naciones Unidas, en la celebración del décimo aniversario del Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva. México, DF, noviembre 14-16, 2006.

Cabe mencionar que entre las metas para la reducción de las desigualdades en el rubro de la salud dispuestas por el Pronasa para el 2012 están hacer descender a la mitad la razón de mortalidad materna y disminuir en 40% la mortalidad perinatal en los 100 municipios con menor índice de desarrollo humano. Adicionalmente, se estableció la meta de triplicar la cobertura de detección de cáncer de mama por mastografía en mujeres de 45 a 64 años, así como reducir en 27% la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino en mujeres a partir de los 25 años.[4]

Para llevar a cabo acciones como las señaladas se requiere que el sistema de salud fortalezca sus funciones de rectoría a través del desarrollo de instrumentos de planeación, gestión y evaluación.[4] Por ello, la Estrategia Nacional de Promoción y Prevención para una Mejor Salud incluye dentro de sus 10 componentes la generación de información con bases científicas para la toma de decisiones y la rendición de cuentas.[4] Una parte clave de esta información es la de tipo financiero, que permite identificar cuánto se ha gastado en los programas de salud, quiénes realizan este gasto, cómo, en qué y quién se beneficia de él. Esta información se genera mediante metodologías como las de Cuentas en Salud.

En el área de la salud reproductiva, desde el año 2004 se inició el cálculo de las Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género como trabajo conjunto de la Secretaría de Salud a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, y el Instituto Nacional de Salud Pública por medio del Centro de Investigación en Sistemas de Salud.[5,6,7] Este ejercicio ha permitido conocer cuál ha sido el gasto ejercido por los principales agentes financieros en siete grandes grupos de actividades de salud reproductiva: salud materno-perinatal, planificación familiar, cáncer cervicouterino, cáncer de mama, equidad de género, cáncer de próstata y otras patologías relacionadas con la salud reproductiva. Gracias a la información financiera generada por este conducto se pudo observar que durante el periodo 2003-2005 el gasto en salud reproductiva y equidad de género (SR y EG) experimentó un incremento promedio de 2.4% en términos reales.[7] En general, el gasto público en salud reproductiva aumentó en el tiempo. Se pudo observar de qué manera, a medida que avanzó la implementación del Sistema de Protección Financiera en Salud, aumentó la participación del Seguro Popular en el financiamiento de programas de salud reproductiva en este periodo, lo que contribuyó a disminuir la participación del gasto de bolsillo.

Continuando con este esfuerzo, en el presente informe se muestran los resultados de la estimación de las Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género para el año 2006. El propósito principal de este nuevo ejercicio es explorar el comportamiento del gasto en este rubro en un entorno caracterizado por la búsqueda de estrategias para mejorar las condiciones de salud sexual y reproductiva. Para ello se cuenta ya con una serie de cuatro puntos (2003-2006) que permite visualizar la evolución del gasto en el tiempo.

El documento consta de tres grandes secciones. En la primera se hace una breve descripción de la situación de la salud reproductiva en México en 2006. En la segunda sección se explica la metodología empleada. En la tercera sección se presentan los resultados obtenidos para el año 2006 y el comparativo 2003-2006. El documento se complementa con una serie de anexos que incluyen las matrices de gasto obtenidas.

2.
Situación de la salud reproductiva - 2006

Diversas son las acciones que se llevan a cabo tanto desde la esfera gubernamental como a partir de la sociedad civil organizada para mejorar las condiciones de vida de la población mexicana y garantizar su salud. Los resultados de estas acciones son medidos a través de una serie de indicadores que permiten apreciar su grado de éxito y sirven, a la vez, para evaluar el desempeño de los programas responsables de su ejecución. En el ámbito de la salud reproductiva, los indicadores utilizados con mayor frecuencia son morbilidad y mortalidad neonatal, mortalidad infantil, mortalidad en menores de cinco años, mortalidad materna y mortalidad por afecciones específicas, como cáncer de mama, cáncer cervicouterino y cáncer de próstata, entre otros. En esta sección se presenta una breve descripción del comportamiento de algunos de estos indicadores, cuyo detalle se incluye en el Anexo 1.

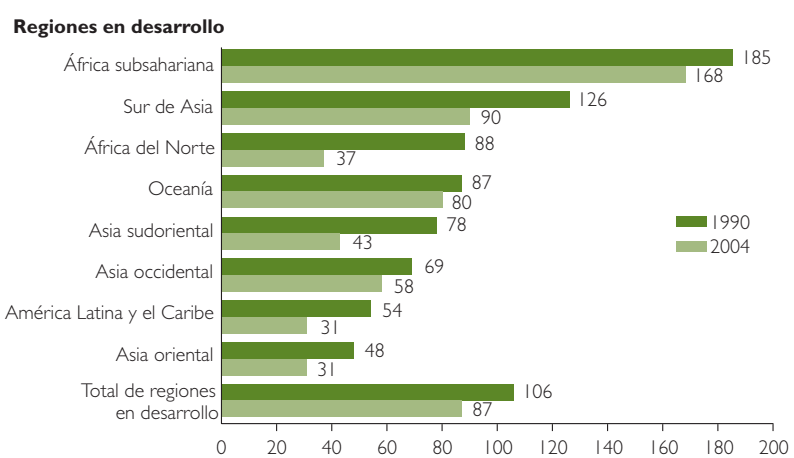
MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS

En estrecha relación con la pobreza y el acceso a los servicios, la muerte de los menores de cinco años constituye un problema crítico vigente en muchas regiones del planeta. No obstante, las acciones focalizadas que se han puesto en marcha a raíz del compromiso de los ODM han logrado la reducción de las cifras observadas en este renglón alrededor del mundo. Como se muestra en la figura 1, en regiones como África del Norte, Asia sudoriental y América Latina y el Caribe se observó una disminución de cerca de 50% de la tasa de mortalidad en niños menores de cinco años entre 1990 y 2004. En el conjunto de países en desarrollo, sin embargo, este descenso ha sido de 18%, lo que aún dista bastante de la meta establecida para el 2015, que es reducir esta cifra en dos tercios.[8]

Como menciona el *Reporte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio* de 2006,[8] la probabilidad de sobrevida de un niño cuya madre cuente por lo menos con educación secundaria es el doble de aquélla que posee el hijo de una mujer con un menor grado de educación. De manera similar, los niños que pertenecen a los hogares más ricos tienen dos veces más probabilidades de sobrevivir que quienes pertenecen a los hogares más pobres (figura 2).

En México, la tasa nacional de mortalidad en menores de cinco años en 2006 fue de 14.7 niños por cada mil nacidos vivos. Al respecto, se observaron grandes variaciones en las cifras reportadas por entidad federativa: mientras que en el Estado de México, Tlaxcala y Puebla la tasa ascendió a 21.2, 20.3 y 19.1, respectivamente, en los estados de Coahuila, Nayarit y Guerrero la cifra fue de 7.6, 7.6 y 8.7, respectivamente (figura 3). Esto, en términos comparativos, significa que un niño que vive en el Estado de México tiene 2.8 veces más riesgo de morir que uno que habita en el estado de Coahuila o en el de Nayarit.

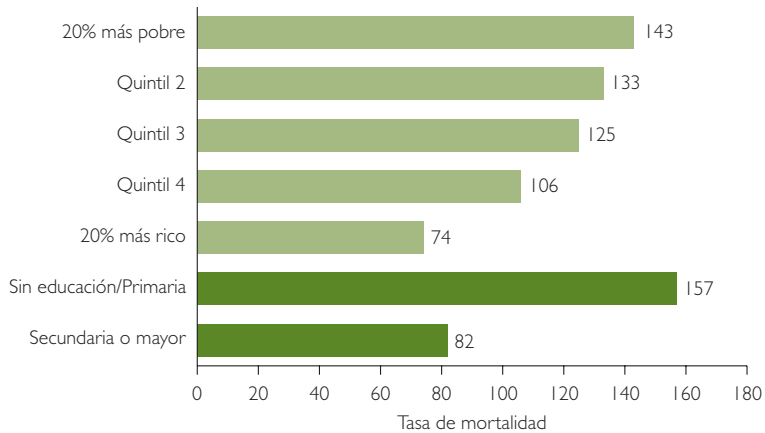
Figura 1.
Mortalidad en niños menores de cinco años por mil nacidos vivos. Regiones de desarrollo, 1990 y 2004



Fuente: Organización de las Naciones Unidas[8]

Figura 2.

Mortalidad en niños menores de cinco años por mil nacidos vivos en regiones en desarrollo, por riqueza del hogar y educación de la madre, 1995-2004



Fuente: Organización de las Naciones Unidas[8]

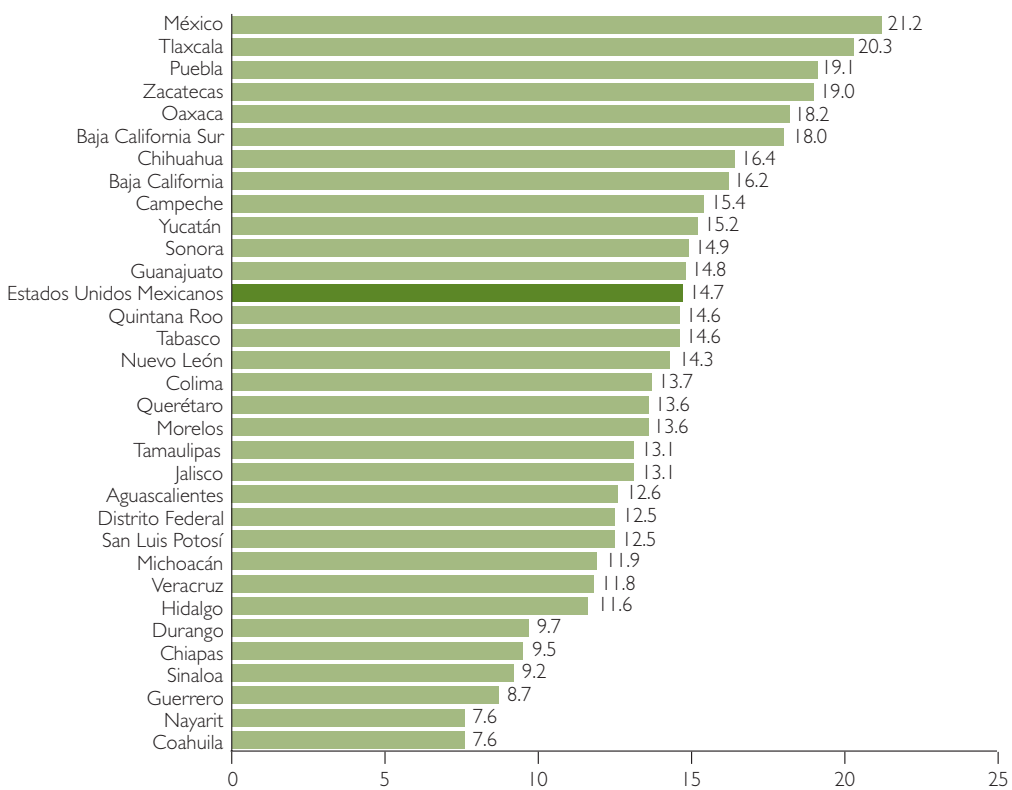
MORTALIDAD MATERNA

La mortalidad materna tradicionalmente ha constituido otro de los problemas vinculados de manera estrecha con la pobreza y su prevalencia suele acompañarse de altos índices de inequidad e injusticia social, razón por la cual su reducción forma parte de los ODM. La meta estipulada en el documento compromiso de las Naciones Unidas aspira a que para el año 2015 el número de mujeres que mueren por hechos relacionados con el embarazo, parto y puerperio sea una cuarta parte de la cifra observada en 1990. En México, la razón de muerte materna ha ido decreciendo en el tiempo: de 205.5 por mil nacidos vivos en 1957 a 63.9 en 2002 (figura 4).

Existen notables variaciones en la razón de muerte materna en el ámbito estatal. Si se toma la razón de mortalidad materna de Yucatán como base para estimar los riesgos

Figura 3.

Mortalidad en menores de cinco años por mil nacidos vivos, por entidad federativa. México, 2006



Fuente: Consejo Nacional de Población[9]

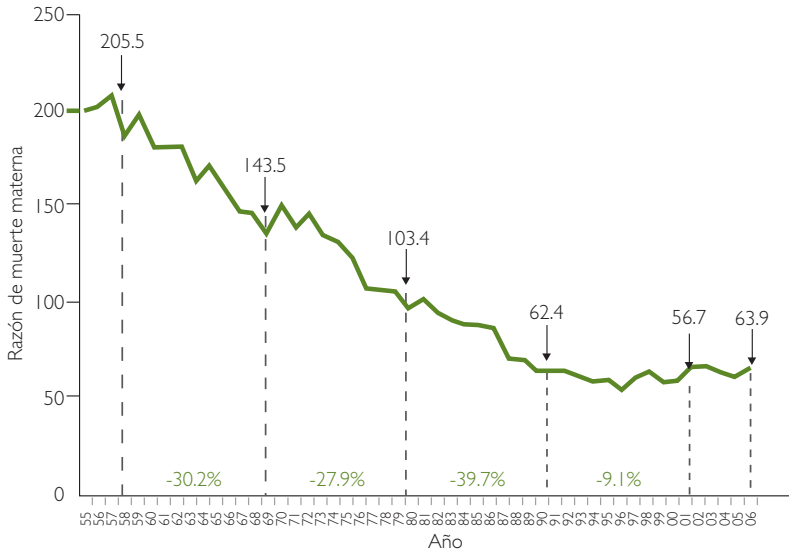
de las demás entidades, se observa que una mujer en Guerrero tiene 3.2 veces más probabilidades de morir por causas obstétricas que una del sureste mexicano (figura 5).

La mortalidad materna está asociada a complicaciones durante el embarazo, el parto o el puerperio que pueden ser evitadas si se garantiza el acceso a una atención médica oportuna y adecuada. La figura 6 muestra el comportamiento de la mortalidad materna a lo largo del tiempo; ahí se observa que en México las razones de muerte materna por trastornos hipertensivos del embarazo y hemorragias obstétricas han ido disminuyendo, mientras que las causas obstétricas indirectas se han incrementado.

Las causas de muerte materna, sin embargo, varían de acuerdo con el grado de marginación en el que vive la mujer. Como se muestra en la figura 7, durante 2006 en las

Figura 4.

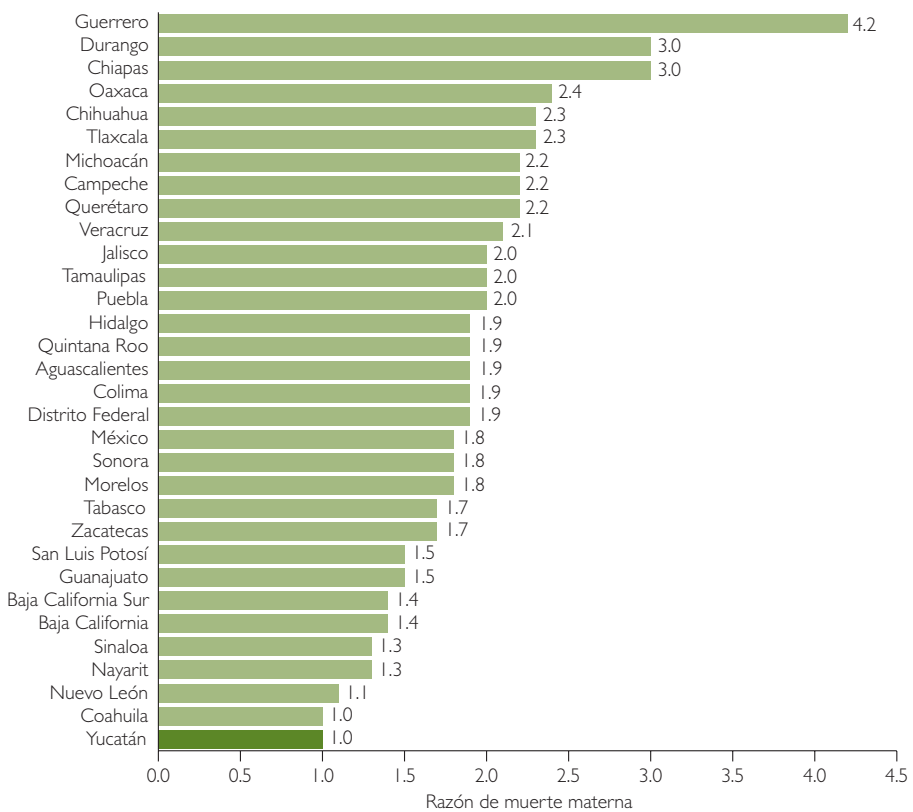
Razón de muerte materna. México, 1955-2002



Fuente: Uribe[10]

Figura 5.

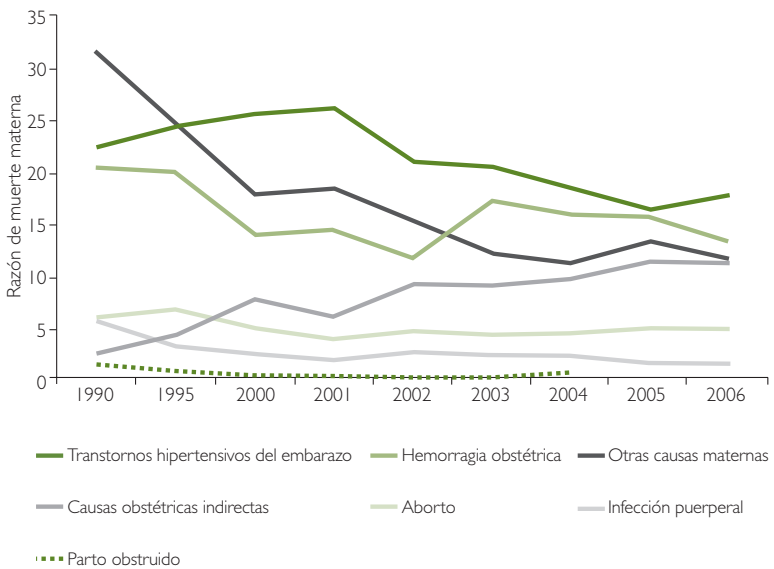
Razón de muerte materna por entidad federativa. México, 2006



Fuente: Uribe[10]

Figura 6.

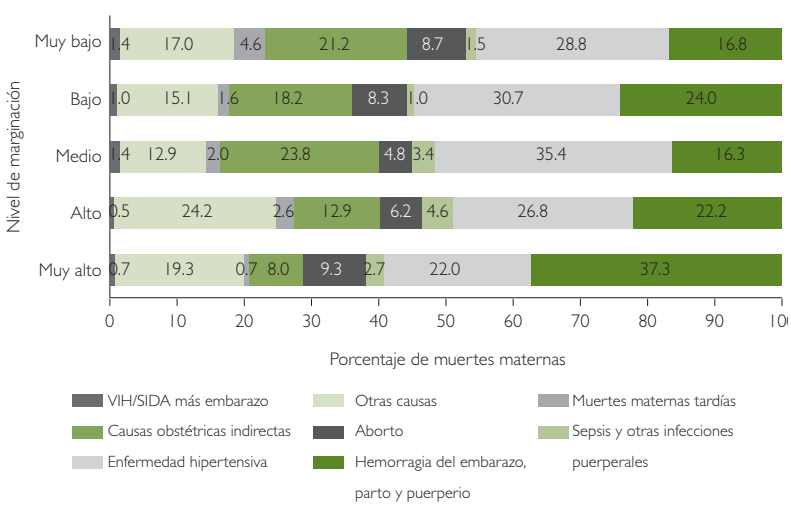
Razón de muerte materna por causa. México, 1990, 1995, 2000-2006



Fuente: Uribe[10]

Figura 7.

Causas de muerte materna según nivel de marginación. México, 2006



Fuente: elaboración propia con datos del Sistema Nacional de Información en Salud. Secretaría de Salud. Cubo de Muertes Maternas 2002 a 2006.

zonas de muy alta marginación por lo menos una de cada tres muertes maternas se debió a hemorragias, en tanto que en las zonas de baja y media marginación alrededor de una de cada tres mujeres que murieron padeció de hipertensión asociada con el embarazo.

MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA

En México la tasa de mortalidad por cáncer de mama en 2006, calculada con base en las proyecciones de población corregidas por el Censo del 2005,[9] fue de 16.6 defunciones por cada 100 mil mujeres a partir de los 25 años (figura 8). Esto representa un aumento de 14% respecto de la tasa observada en el 2000, que fue de 14.6 muertes por cada 100 mil. Según estudios recientes,[11] a partir de dicho año este tipo de cáncer se convirtió en la segunda causa de muerte en la población femenina de 30 a 54 años, y constituye el primer motivo de muerte por tumores malignos entre las mujeres.

El análisis por entidades federativas revela que Baja California Sur, Jalisco y el Distrito Federal ocuparon en 2006 los primeros lugares en la lista de mortalidad por cáncer mamario, con 26.1, 24.6, y 23.1 defunciones, respectivamente, por cada 100 mil mujeres a partir de los 25 años. En contraste, Coahuila –con una tasa de 8.6 defunciones–, Quintana Roo –con una de 9.0– y Yucatán –con 9.5– fueron las entidades con la menor mortalidad por esta causa en el país (figura 8).

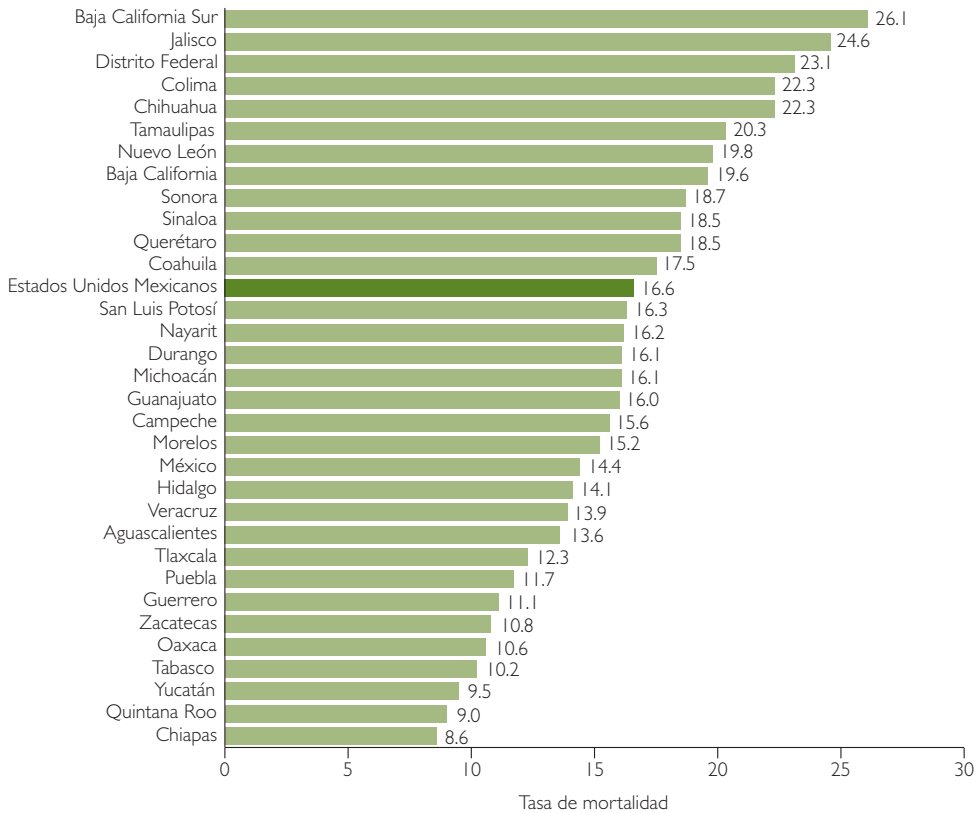
Del total de mujeres que fallecieron por esta causa, 48% tenía entre 45 y 64 años de edad, mientras que 32.4% ya había cumplido 65 años o más (figura 9).

MORTALIDAD POR CÁNCER CERVICOUTERINO

En 2006, la tasa de mortalidad por esta afección fue de 14.9 defunciones por cada 100 mil mujeres a partir de los 25 años. Por ello, esta enfermedad ocupa el tercer lugar entre los cánceres causantes de muertes hospitalarias en mujeres en México.[13] La brecha entre la entidad federativa que presenta la tasa de mortalidad más alta y la que muestra la tasa más baja es considerable: 2.7 veces. Las entidades con las menores tasas fueron Durango con

Figura 8.

Mortalidad por cáncer de mama, por entidad federativa. México, 2006



Fuente: elaboración propia con información de la Secretaría de Salud[12] y el Consejo Nacional de Población[9]

10.1, Guanajuato con 10.2 y Sinaloa con 10.3 muertes por 100 mil mujeres en el intervalo de edad citado. En el polo opuesto, las tasas más elevadas se presentaron en Colima, con 26.2 defunciones por cada 100 mil, Chiapas con 23.8 y Morelos con 22.9 (figura 10).

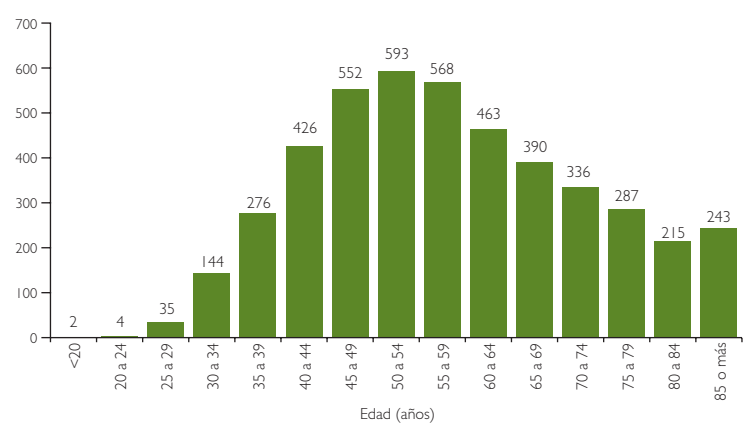
El mayor número de muertes por esta afección se registró en el rango de mujeres de 35 a 60 años, con 48.8% de las defunciones relacionadas con este cáncer; en tanto, 46.9% de las muertes ocurrió en mujeres de 60 años o más (figura 11).

MORTALIDAD POR CÁNCER DE PRÓSTATA

El envejecimiento de la población como consecuencia del desarrollo en el país y el

Figura 9.

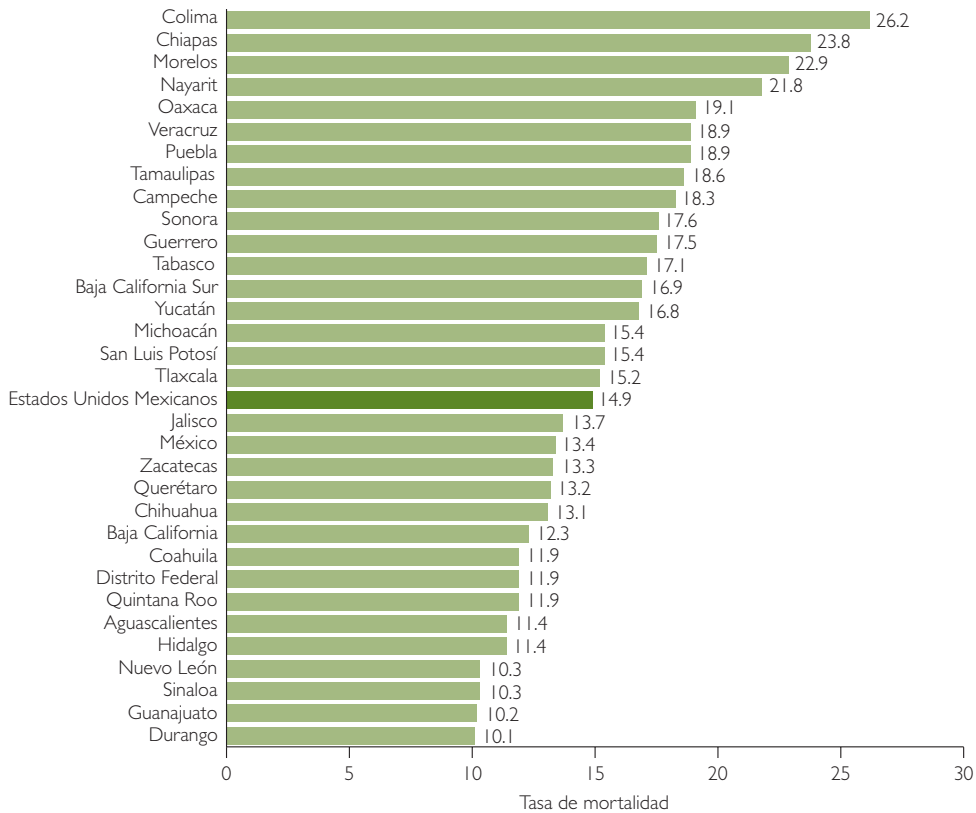
Número de muertes por cáncer de mama, por grupo de edad. México, 2006



Fuente: elaboración propia con información de la Secretaría de Salud[12]

Figura 10.

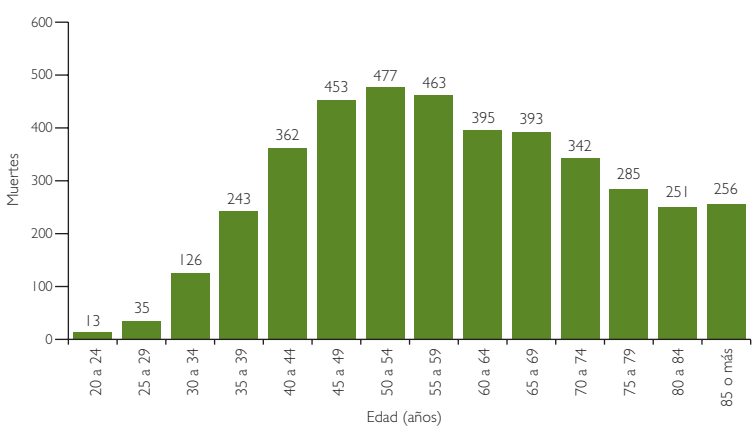
Mortalidad por cáncer cervicouterino, por entidad federativa. México, 2006



Fuente: elaboración propia con información de la Secretaría de Salud[12] y el Consejo Nacional de Población[9]

Figura 11.

Número de muertes por cáncer cervicouterino, por grupo de edad. México, 2006

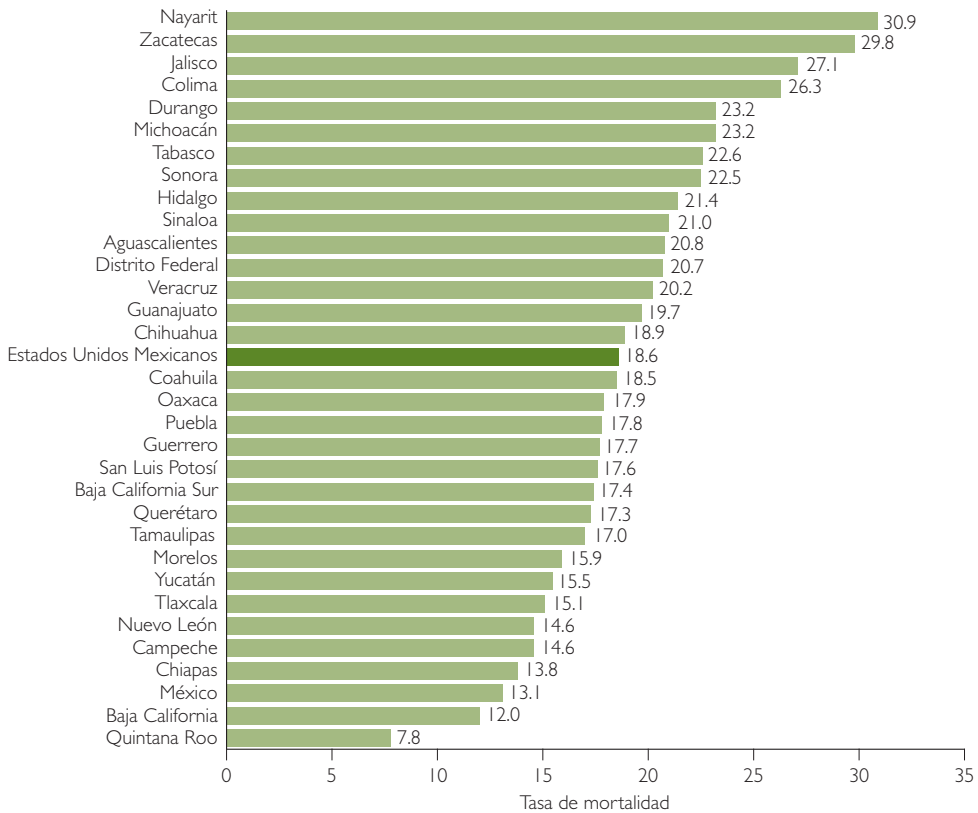


Fuente: elaboración propia con información de la Secretaría de Salud[12]

aumento de la esperanza de vida han traído consigo un incremento en la incidencia de tumores malignos. En la población masculina, la neoplasia que causa más muertes es el cáncer de próstata; la tasa de mortalidad por esta afección en 2006 fue de 18.6 muertes por 100 000 hombres de 25 y más años. Por entidad federativa, las tasas más altas de mortalidad por esta causa se presentaron en Nayarit, Zacatecas y Jalisco, con 30.9, 29.8 y 27.1 defunciones, respectivamente, por cada 100 mil hombres en dicho intervalo de edad. En el extremo opuesto, Quintana Roo, Baja California y el Estado de México registraron las tasas más bajas del país, con 7.8, 12.0 y 13.1 muertes, respectivamente. Llama la atención que la tasa de Nayarit supera tres veces la reportada para Quintana Roo; además, Nayarit

Figura 12.

Mortalidad por cáncer de próstata, por entidad federativa. México, 2006



Fuente: elaboración propia con información de la Secretaría de Salud[12] y el Consejo Nacional de Población[9]

se mantiene dentro de las entidades con una mortalidad elevada desde 2001 (figura 12).

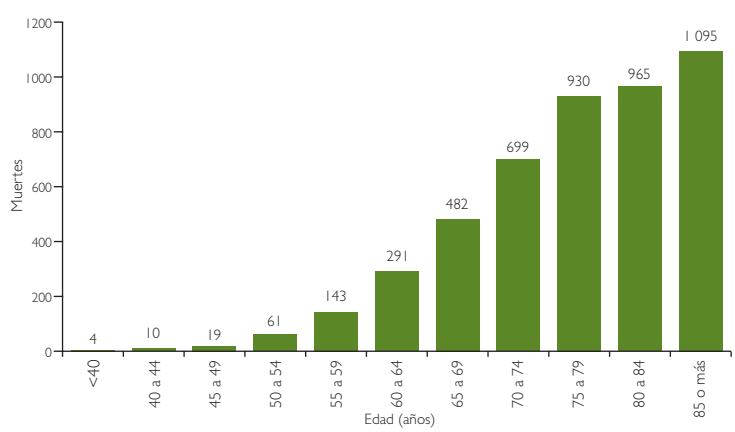
A medida que aumenta la edad se incrementa el número de decesos por cáncer de próstata. Como se ilustra en la figura 13, los hombres de 70 años o mayores concentran 78.5% de las muertes por esta causa.

VIOLENCIA HACIA LAS MUJERES

La violencia de pareja repercute de manera importante en la salud de las mujeres y sus familias. Sus manifestaciones incluyen alteraciones de la salud tanto física como mental. Según datos de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2006 (ENVIM 2006), una de cada tres mujeres encuestadas fue víctima de violencia de pareja y 29% de

Figura 13.

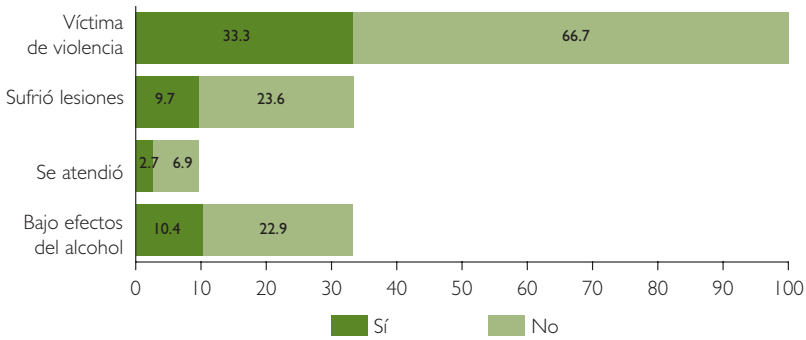
Número de muertes por cáncer de próstata, por grupo de edad. México, 2006



Fuente: elaboración propia con información de la Secretaría de Salud[12]

Figura 14.

Violencia de pareja. Prevalencia de violencia y lesiones y atención de las lesiones. México, 2006



Fuente: Ávila y colaboradores.[14]

las víctimas sufrió algún tipo de lesión ocasionada por la violencia ejercida sobre ellas; sin embargo, sólo 28% buscó atención médica por sus lesiones.[14] Por otra parte, la violencia de pareja está estrechamente relacionada con el consumo de bebidas alcohólicas: 31.1% de las víctimas reportaron que, cuando fueron violentadas, sus parejas se encontraban bajo los efectos del alcohol (figura 14).

La violencia de pareja acarrea consecuencias no sólo en la salud, sino también en la actividad productiva y en la economía de la mujer. Según los datos analizados en la ENVIM 2006, 2.9% de las mujeres agredidas y que se encontraban laborando en el momento en que se realizó la entrevista señalaron que habían cambiado de trabajo, mientras que 2.3% perdió su trabajo como consecuencia de la violencia.[14] A su vez, para la atención de sus lesiones, una mujer violentada tuvo que desembolsar en promedio 535.8 pesos.[14]

3. Metodología

Con el fin de garantizar la comparabilidad de los resultados obtenidos con los publicados anteriormente, para la estimación del gasto en SR y EG de 2006 se utilizó la metodología empleada en los ejercicios previos.[5,6,7]

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

El marco teórico elegido para la estimación del gasto en SR y EG para 2006 corresponde a la metodología de Cuentas en Salud propuesta por el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud y la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional,[15] ajustada para el caso mexicano.[16] Esta metodología permite documentar el flujo de fondos en la producción y consumo para actividades a través del sistema de salud por medio de tablas de doble entrada (matrices).

La definición de la Organización Mundial de la Salud, que ha sido adoptada por el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, considera que la salud sexual y reproductiva comprende las estrategias dirigidas a que las personas tengan una vida sexual, reproductiva y posreproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con respeto a sus derechos y a su libre decisión.[17] Sin embargo, para fines de este trabajo se restringió la definición de *salud reproductiva* al conjunto de actividades relacionadas con programas como:

a) **Salud materno-perinatal:** atención del embarazo, parto y puerperio, del aborto y del recién nacido, así como sus complicaciones.
b) **Planificación familiar:** provisión y seguimiento de métodos anticonceptivos definitivos y temporales, y fertilización asistida.
c) **Cáncer cervicouterino:** detección oportuna del cáncer, campañas de tamizaje, atención de las displasias y el cáncer.
d) **Cáncer mamario:** exploración mamaria, campañas de tamizaje, atención del cáncer y las displasias.
e) **Violencia y equidad de género:** acciones de prevención de riesgos en la salud derivadas de la violencia de pareja; atención hospitalaria de las lesiones ocasionadas en tales circunstancias.
f) **Cáncer de próstata:** acciones de prevención, atención de las tumoraciones benignas y del cáncer.
g) **Acciones relacionadas con la salud reproductiva:** incluyen la endometriosis y enfermedades benignas de útero, mama y próstata.

Se incluyeron además las actividades de promoción de la salud, capacitación de personal, rectoría y administración, formación de capital, así como la investigación relacionada con la salud reproductiva. No se incluyeron las acciones dirigidas a adolescentes ni la atención de la menopausia y el climaterio. Tampoco se consideraron, por encontrarse dentro del ámbito de estudio de las Cuentas Nacionales de VIH/SIDA, las actividades dirigidas a la prevención y atención de las infecciones de transmisión sexual. Para una mayor homogeneidad, en el caso de la atención hospitalaria se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) versión 10[18] (anexo II).

El gasto en salud reproductiva se definió como el monto de recursos ejercido en las actividades comprendidas bajo la definición de salud reproductiva señalada anteriormente. Su estimación se llevó al nivel estatal y se incluyeron sólo las transacciones realizadas dentro del país entre enero y diciembre del 2006.

En el cálculo del gasto se consideraron las siguientes categorías de análisis:[15,16]

a) **Agentes de financiamiento:** entes que acumulan fondos y los asignan entre los proveedores del sector salud para adquirir bienes y servicios. Se consideraron seis tipos

de agentes: gobierno general (Secretaría de Salud, Servicios Estatales de Salud e IMSS-*Oportunidades*); seguridad social (Instituto Mexicano del Seguro Social –IMSS– e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado –ISSSTE–); pagos directos de los hogares; empresas de seguros privados; ONG y resto del mundo. Estas categorías se agrupan por sector público (gobierno general y seguridad social); sector privado (pagos directos de los hogares, empresas de seguros privados y ONG) y resto del mundo.

b) **Proveedores**: instituciones que reciben dinero para producir bienes y servicios dentro del sector salud, agrupados en hospitales; proveedores de atención ambulatoria (consultorios médicos y no médicos, laboratorios, proveedores no tradicionales y alternativos); farmacias; programas de salud pública (suministro, rectoría y administración), y administración general de la salud.

c) **Funciones de salud**: actividades dirigidas a preservar, recuperar o rehabilitar la salud. De acuerdo con el esquema manejado por el Sistema de Cuentas en Salud en México,[16] se agrupó el gasto ejercido según:

1. Servicios de atención curativa, ambulatoria y hospitalaria.
2. Bienes médicos proporcionados a pacientes ambulatorios, como los métodos anticonceptivos y suplementos vitamínicos durante el embarazo.
3. Servicios de prevención y de salud pública; se incluyen las consultas prenatales, de puerperio, de recién nacido y de planificación familiar, así como las campañas de promoción de la salud reproductiva.
4. Rectoría y administración de la salud y los seguros médicos.
5. Formación de capital, formación de personal sanitario e investigación y desarrollo.

La categoría *Fuentes de financiamiento* fue omitida por la dificultad de realizar el seguimiento de los fondos financieros hasta esta dimensión.

MÉTODOS DE ESTIMACIÓN DEL GASTO

Se siguieron dos estrategias para la estimación:

a) **Vía ejercicio presupuestal**, la cual consistió en la ponderación del gasto ejercido utilizando indicadores de los servicios otorgados, de acuerdo con la siguiente fórmula:

$$G_{ij} = P_{ij} * (Ssr_{ij}/Ss_{ij})$$

Donde:

G_{ij}: Gasto en salud reproductiva en la institución i para el estado j

P_{ij}: Presupuesto ejercido para la atención ambulatoria/hospitalaria en la institución i para el estado j

Ssr_{ij}: Indicadores de servicios de salud reproductiva otorgados (como consultas por diagnóstico, días estancia por diagnóstico) en la institución i para el estado j

Ss_{ij}: Total de servicios otorgados (por ejemplo, total de consultas, total de días estancia) en la institución i para el estado j

b) **Vía costos**, que consistió en el producto de los servicios otorgados y los costos promedio, precio de adquisición o, en su defecto, precio al público de cada actividad por institución, de conformidad con la siguiente fórmula:

$$G = \sum Ssr * C$$

Donde:

G: Gasto en salud reproductiva

Ssr: Servicios de salud reproductiva otorgados

C: Costo de los servicios de salud reproductiva

FUENTES DE INFORMACIÓN

Secretaría de Salud

Como en los ejercicios anteriores de estimación de gasto, se empleó información proveniente del volumen IV: Recursos Financieros del Boletín de Información Estadística de esta institución.[19] La información estadística que se utilizó como ponderador –tanto los datos de consultas como los de egresos hospitalarios– se obtuvo del Sistema de Información en Salud que se publica en formato de cubos dinámicos en la página web de la Dirección General de Información en Salud.[20]

Sistema de Protección Social en Salud

Para fines de este estudio se seleccionó del Catálogo Universal de Servicios de Salud (Causes)[21] una lista de servicios relacionados con las actividades comprendidas en nuestra definición de salud reproductiva (anexo III). El gasto para este agente se estimó con base en datos sobre consulta externa y urgencias brindadas en unidades de primer y segundo nivel[22] (anexo IV); los costos actualizados de producción de servicios del Causes manejados por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) (anexo V), y datos sobre utilización de servicios en la población de la Secretaría de Salud (anexo IV). Al igual que en el anterior ejercicio de estimación,[7] para el cálculo del gasto se empleó sólo 30% del costo anual reportado por padecimiento, lo que se calcula como el monto desembolsado por el Seguro Popular para el pago de medicamentos e insumos. El gasto en atención hospitalaria se estimó multiplicando el costo por padecimiento por el número de egresos hospitalarios generados por afiliados al Seguro Popular en los hospitales de la Secretaría de Salud y por cada uno de los diagnósticos en estudio. La información financiera y la relativa al costo por padecimiento y al número de casos cubiertos utilizada para la estimación del gasto ejercido a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) (anexo V) fue brindada por personal de la Comisión.[23]

Instituto Mexicano del Seguro Social

El gasto realizado por esta institución en 2006 se estimó sobre la base de información del presupuesto ejecutado en cada uno de los estados por nivel de atención, y con información acerca de la producción de servicios ambulatorios y hospitalarios proveniente de la Memoria Estadística 2006,[24] la base de morbilidad[25] y la base de egresos hospitalarios de esta institución.[26] Para identificar los diagnósticos relacionados con la salud reproductiva se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10 (CIE-10) y se obtuvo el número de consultas y días estancia para cada uno de estos diagnósticos.

Como había ocurrido en anteriores estimaciones, en ésta tampoco fue posible identificar el gasto ejercido en campañas de promoción de salud materno-perinatal, planificación familiar, cáncer cervicouterino, cáncer de mama y cáncer de próstata. El monto del gasto en la administración de los programas de salud reproductiva a nivel estatal fue proporcionado por la Dirección de Planeación y Finanzas.

Programa IMSS-Oportunidades

Debido a la ausencia de detalle del gasto por funciones en la información de presupuesto ejercido por este agente, la estimación del monto gastado se realizó vía costos. Se contó con información de la producción de servicios y de los costos para cada una de las actividades –como consultas y días estancia–, así como sobre la distribución de métodos de planificación familiar y su precio de adquisición. Estos datos, proporcionados por el Departamento de Salud Reproductiva y Capacitación del Programa IMSS-*Oportunidades*, permitieron estimar el gasto en atención de partos, cesáreas, abortos, detección oportuna del cáncer, consultas por cáncer cervicouterino, control prenatal, consultas de planificación familiar y adquisición de métodos anticonceptivos.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Con datos de la base de egresos hospitalarios y el anuario estadístico de esta institución se ponderaron los rubros del presupuesto ejercido en 2006, tal como se había efectuado en ejercicios anteriores. Los rubros seleccionados fueron:

- Detección oportuna de enfermedades
- Planificación familiar
- Materno-perinatal
- Consulta externa general
- Consulta externa especializada
- Hospitalización general
- Hospitalización especializada

Gasto privado

Tomando como fuente la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) 2006, realizada por el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), se calculó el pago de bolsillo de los hogares

Cuadro 1.
Rubros de gasto seleccionados de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares

Embarazo	Parto normal y cesárea
Consultas médicas	Honorarios médicos
Consultas dentales	Medicamentos
Medicamentos	Análisis de laboratorio y gabinete
Vacunas	Hospitalización
Análisis de laboratorio y gabinete	Partera
Hospitalización	Otros**
Otros*	
Partera	**Planificación familiar**
Hierbas	Anticonceptivos

* Incluye: ambulancias e inyecciones y vacunas durante el embarazo
** Incluye: ambulancias e inyecciones para el parto

para diferentes rubros a escala nacional. Los rubros de gasto seleccionados se presentan en el cuadro I.

Se incorporó tanto el gasto monetario como el no monetario; es decir, el gasto en especie que realizan los hogares a cambio de la atención. Para el cálculo del gasto ejercido por los hogares para la atención del cáncer cervicouterino se recurrió a datos de utilización de servicios de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003,[27] y la información de costos correspondió a la que opera el sector privado. Asimismo, se calculó el gasto que realizaron los hogares para costear los servicios de hospitales públicos, a través de las cuotas de recuperación pagadas para la atención de cáncer cervicouterino y mamario en hospitales, y por medio de la ponderación de las cuotas totales de recuperación por el número de días estancia destinado a dichas atenciones.[19]

Además del gasto de los hogares mediante la ENIGH, se incorporó el gasto reportado por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros.[28] Se consideró el gasto empleado para la atención de los embarazos, partos, cáncer cervicouterino, mamario y de próstata, endometriosis y tumoraciones benignas de mama, útero y próstata (anexo VI). Asimismo, se actualizó la información proveniente de las ONG consideradas en años anteriores.

ANÁLISIS DE DATOS

La información recolectada por agente de financiamiento fue ordenada en tres matrices de gasto. En la matriz *Gasto estimado en salud reproductiva y equidad de género, por función de gasto* se presenta información sobre qué servicios son financiados. La matriz *Gasto estimado en salud reproductiva y equidad de género de los proveedores, por función de gasto* muestra las cantidades ejecutadas en los diferentes programas para cada proveedor, brinda información sobre quién hace qué y da muestras de la eficiencia de la provisión de los servicios de salud.[15] La matriz *Gasto estimado en salud reproductiva y equidad de género, por función de gasto y por entidad federativa* desglosa el gasto por entidad federativa, pero sólo para agentes del sector público.

Con el fin de hacer comparaciones válidas entre estados, se dividió el gasto estatal de cada programa entre su respectiva población beneficiaria. La sumatoria de estas razones conformó el gasto público en salud reproductiva por beneficiaria(o) en el ámbito estatal. Los grupos beneficiarios fueron definidos a partir de normas oficiales y programas de acción. El gasto público en salud reproductiva por beneficiaria(o) en los estados se calculó por medio de la siguiente fórmula:

$$Gb_j = (G_{SMPj} / B_{SMPj}) + (G_{PFj} / B_{PFj}) + (G_{CACUj} / B_{CACUj}) + (G_{CAMAj} / B_{CAMAj}) + (G_{CAPROj} / B_{CAPROj})$$

Donde:

Gb_j: Gasto público en salud reproductiva por beneficiaria(o) para el estado j

G_{SMPj}: Gasto público en salud materno-perinatal para el estado j

G_{PFj}: Gasto público en planificación familiar para el estado j

G_{CACUj}: Gasto público en cáncer cervicouterino para el estado j

G_{CAMAj}: Gasto público en cáncer mamario para el estado j

G_{CAPRO}: Gasto público en cáncer de próstata para el estado j

B_{SMPj}: Población beneficiaria del gasto en salud materno-perinatal: mujeres potencialmente embarazadas en el estado j[29,d]

[d] Mujeres potencialmente embarazadas = (Población total * tasa cruda de natalidad)/1 000

B_{PFj}: Población beneficiaria del gasto en planificación familiar: mujeres entre 15 y 49 años en el estado j[30]

B_{CACUj} y B_{CAMAj}: Población beneficiaria del gasto en cáncer cervicouterino y mamario: mujeres mayores de 25 años en el estado j[31,32]

B^{CAPROj}: Población beneficiaria del gasto en cáncer de próstata: hombres mayores de 25 años en el estado j[33]

GENERACIÓN DE LA SERIE DE TIEMPO DEL GASTO

A diferencia de los anteriores ejercicios, en el presente se tomó como año base el 2006. Por ello se transformaron los montos de gasto de los periodos anteriores a pesos del 2006, sobre la base de las siguientes tasas de inflación:

- Diciembre 2003 a diciembre 2006: 13.1%.
- Diciembre 2004 a diciembre 2006: 7.52%
- Diciembre 2005 a diciembre 2006: 4.05%[34]

CORRECCIÓN DEL GASTO ORIGINADO POR EL PAGO DE BOLSILLO DE LOS HOGARES DE 2005

En atención a las recomendaciones de expertos, el gasto originado por el pago de bolsillo de los hogares correspondiente a 2005 fue recalculado utilizando los datos de gasto de la ENIGH 2004 actualizados a pesos de 2005. Para ello se utilizó el dato de la inflación acumulada en el periodo diciembre 2004 a diciembre 2005, que de acuerdo con el Banco de México fue de 3.33 por ciento.[34] En el apéndice al final de este reporte se presentan estos nuevos datos, que corrigen la edición 2005 de este informe.

4.
Gasto en salud reproductiva y equidad de género - 2006

Se calcula que el gasto en SR y EG en México en 2006 fue de 39 604.6 millones de pesos, equivalente a 6.5% del gasto total en salud y a 0.43% del producto interno bruto (PIB) nacional. Casi 60% del gasto fue ejercido por el sector público y poco más de 40% por parte de los agentes del sector privado. Como en años anteriores, el IMSS fue el agente que desembolsó una mayor cantidad (36.1%), seguido por el pago de bolsillo de los hogares (35.4%) (figura 15 y anexo VII).

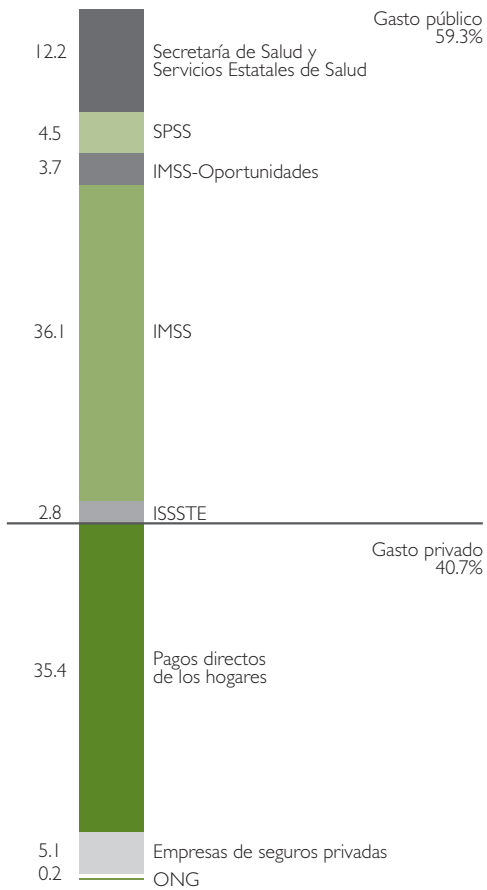
El 72.3% del gasto se destinó a la asistencia curativa (hospitalaria y ambulatoria) y 19.0% a servicios de prevención y de salud pública. Los productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios representaron 3.5% del gasto total, mientras que los servicios auxiliares de atención de la salud abarcaron 2.8 por ciento. Otros rubros de gasto fueron la rectoría y administración de la salud (2.0%) y la formación de capital, del personal sanitario e investigación y desarrollo (0.4%) (figura 16).

Una proporción importante del gasto en SR y EG fue ejercido en hospitales (71.3%), mientras que 13.4% lo fue en centros de atención ambulatoria (anexo XIII). Poco más de 5% del gasto se realizó en consultorios médicos y de otros profesionales de la salud, 3.5% en farmacias, 2.8% en laboratorios médicos y de diagnóstico, 3.2% por órganos rectores y de administración, y 0.5% por parte de profesionales alternativos y demás proveedores (figura 17).

El programa con mayor gasto fue salud materno-perinatal (30 671.58 millones de pesos, equivalentes a 77.4% del gasto en SR y EG). El gasto en endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata representó 7.4%, mientras que al gasto en planificación familiar se destinó 4.9%, al derivado del cáncer cervicouterino 4.5%, y al cáncer de mama, 2.6 por ciento. La rectoría y administración ocupó 1.7%, el cáncer de próstata 1.0% y la equidad de género y violencia, 0.5% (figura 18). Para un mayor detalle del gasto realizado

Figura 15.

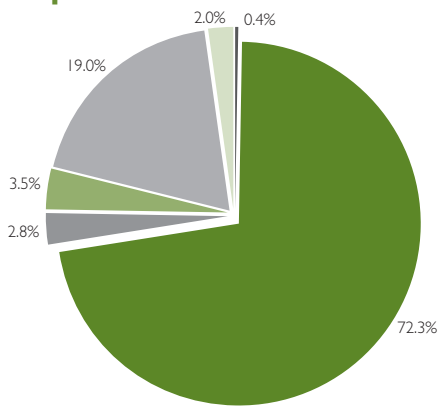
Gasto en salud reproductiva y equidad de género por agente financiador. México, 2006. Miles de pesos



Agente de financiamiento	Gasto (miles de pesos)	%
Secretaría de Salud y Servicios Estatales de Salud	4 830 933	12.2
Sistema de Protección Social en Salud	1 775 002	4.5
IMSS-Oportunidades	1 482 767	3.7
Instituto Mexicano del Seguro Social	14 281 547	36.1
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	1 099 264	2.8
Empresas de seguros privadas	2 029 027	5.1
Pagos directos de los hogares	14 036 806	35.4
Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (ONG)	69 256	0.2
Total	**39 604 602**	

Figura 16.

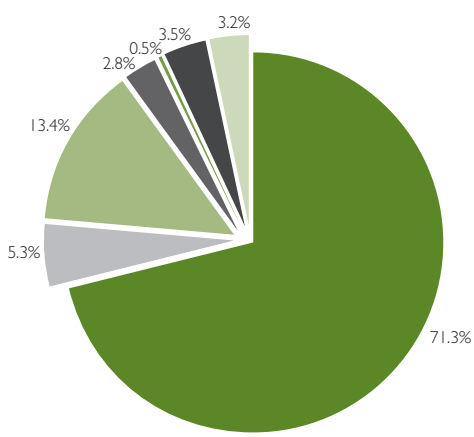
Distribución del gasto en salud reproductiva y equidad de género entre funciones de salud reproductiva. México, 2006. Miles de pesos



	Gasto (miles de pesos)	%
Servicios de asistencia curativa	28 649 381	72.3
Servicios auxiliares de atención de la salud	1 093 685	2.8
Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	1 387 509	3.5
Servicios de prevención y de salud pública	7 539 959	19.0
Rectoría y administración de la salud	792 340	2.0
Formación de capital, del personal sanitario e investigación y desarrollo	141 728	0.4
Total	**39 604 602**	

Figura 17.

Participación de los proveedores en el gasto en salud reproductiva y equidad de género. México, 2006. Miles de pesos



	Gasto (miles de pesos)	%
Hospitales	28 248 687	71.3
Consultorios médicos y de otros profesionalesde la salud	2 116 858	5.3
Centros de atención ambulatoria	5 289 644	13.4
Laboratorios médicos y de diagnóstico	1 093 685	2.8
Profesionales alternativos o tradicionales y los demás proveedores	204 388	0.5
Farmacias	1 387 509	3.5
Suministro y administración de programas de salud pública y administración general de salud	1 263 831	3.2
Total	**39 604 602**	

por programa, consultar los anexos VIII a XII y XIV a XVIII.

GASTO POR AGENTE FINANCIADOR

Secretaría de Salud

Durante el año 2006, la Secretaría de Salud, institución rectora del sector, destinó a la provisión de servicios de salud reproductiva 4 830.9 millones de pesos, lo que representó 4.7% del gasto en salud de esta institución. El 68.1% de dicho gasto fue dirigido a acciones de salud materno-perinatal, mientras que 14.0% se destinó al programa de planificación familiar. En la detección, prevención y tratamiento del cáncer cervicouterino se gastaron 291.97 millones de pesos (6.0%), y en los programas de violencia contra la mujer, el programa Mujer y salud y la atención de lesiones ocasionadas por violencia intrafamiliar (equidad de género y violencia), 185 millones. El 3.8% del gasto en SR y EG fue dirigido a la prevención y atención del cáncer de mama, 2.3% a la atención del cáncer de próstata y 1.9% fue para atender endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata (cuadro II).

Dos terceras partes del gasto en SR y EG se ejecutó en los hospitales (66.4%); en el caso de la salud materno-perinatal, 84.6% del gasto se llevó a cabo por dicho proveedor. El 10.6% se ejerció en centros de atención ambulatoria, 4.0% por administraciones de salud, 0.7% en farmacias, y 0.4% en laboratorios médicos y de diagnóstico (cuadro III).

En cuanto al gasto por beneficiaria(o), las diferencias entre entidades federativas son pronunciadas. El estado con mayor gasto fue Campeche, con 12 594 pesos; en el extremo opuesto, el de menor gasto fue Veracruz, con sólo 157 pesos. La diferencia es de tal magnitud que el gasto promedio de Campeche corresponde casi 80 veces al gasto promedio de Veracruz. El gasto promedio nacional fue de 3 357 pesos. Cabe señalar que en esta comparación se excluyeron los estados de Colima e Hidalgo debido a que no se disponía de la información completa sobre ellos (figura 19).

Sistema de Protección Social en Salud

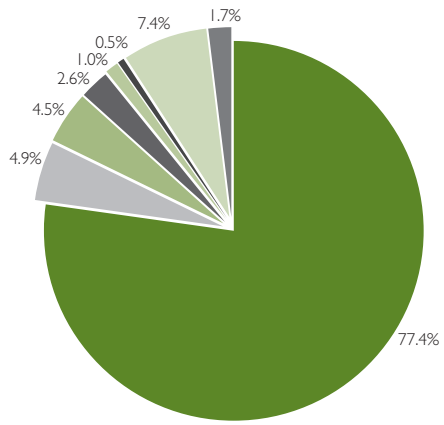
Al finalizar 2006, el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), la estrategia guberna-

mental para asegurar el acceso a los servicios de salud a la población de escasos recursos que por su condición laboral no dispone de alguno de los regímenes de seguridad social, contó con más de 15.6 millones de afiliados, cifra equivalente a 10% de la población mexicana.[21] El financiamiento de este sistema provino de tres fuentes: a) la federación (Secretaría de Salud), a través de una cuota social y una aportación solidaria; b) los gobiernos estatales, y c) las familias afiliadas, que participaron con una cuota familiar basada en su nivel de ingreso.[19] Estos montos fueron administrados por las instancias estatales del SPSS, denominadas REPSS (Régimen Estatal de Protección Social en Salud). Adicionalmente, se contó con el FPGC, destinado a pagar la atención de enfermedades de alto costo, instrumento que se maneja de manera centralizada por parte de la federación.

Se calcula que en dicho año el SPSS gastó 1.77 millones de pesos en actividades de salud reproductiva, lo que representó 12.3% de su gasto ejercido en 2006. Casi la totalidad de esa cantidad (93.2%) se destinó a la salud materno-perinatal (cuadro IV). En esta área, la mayoría del gasto ejercido por los REPSS (85.4%)

Figura 18.

Gasto en salud reproductiva y equidad de género por programa de salud y administración. México, 2006. Miles de pesos



	Gasto (miles de pesos)	%
Salud materno-perinatal	30 671 585	77.4
Planificación familiar	1 931 453	4.9
Cáncer cervicouterino	1 789 673	4.5
Cáncer de mama	1 025 623	2.6
Cáncer de próstata	376 518	1.0
Violencia intrafamiliar y equidad de género	185 024	0.5
Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata	2 938 083	7.4
Rectoría	686 643	1.7
Total	**39 604 602**	

Cuadro II.

Secretaría de Salud. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por función de salud, por programa de salud. México, 2006. Miles de pesos

	Asistencia curativa hospitalaria	Asistencia curativa ambulatoria	Servicios auxiliares de atención de la salud	Productos médicos dispensados a pacientes	Servicios de prevención y de salud pública	Rectoría y administración de la salud y los seguros médicos	Formación de capital, formación del personal sanitario e investigación y desarrollo	Total	%
Salud materno-perinatal	2 249 947	110 844		21 982	811 119	21 857	73 949	3 289 698	68.1
Planificación familiar	13 870			11 486	581 517	24 319	44 598	675 790	14.0
Cáncer cervicouterino	34 694	116 695			105 984	20 097	14 504	291 974	6.0
Cáncer de mama	45 684	53 739	2 880		48 861	22 448	8 677	182 289	3.8
Cáncer de próstata	5 303		15 647		88 022			108 972	2.3
Violencia intrafamiliar y equidad de género	8 446	3 871			155 725	16 976		185 018	3.8
Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata	91 909							91 909	1.9
Rectoría						5 283		5 283	0.1
Total	2 449 853	285 149	18 527	33 468	1 791 228	110 980	141 728	4 830 933	100
%	50.7	0.9	0.4	0.7	37.1	2.3	2.9	100	

Cuadro III.

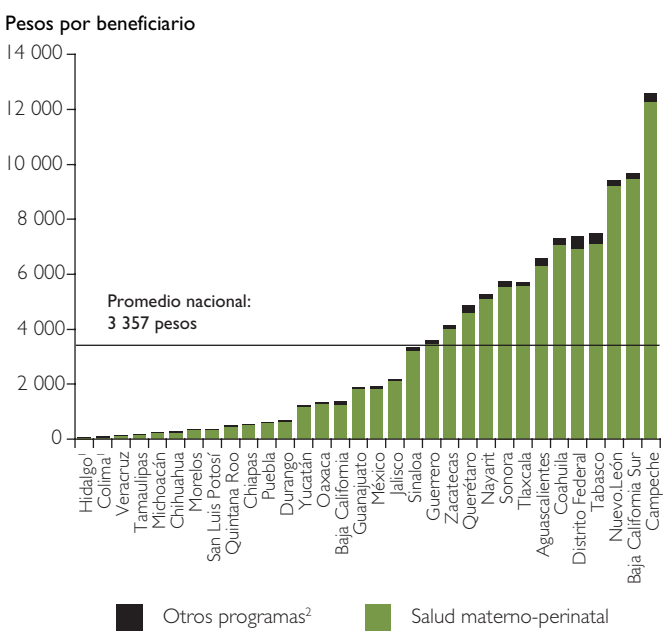
Secretaría de Salud. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por proveedor de bienes y servicios, por programa de salud. México, 2006. Miles de pesos

	Hospitales	Centros de atención ambulatoria	Laboratorios médicos y de diagnóstico	Farmacias	Suministro de programas de salud pública	Administración de la salud y los seguros médicos	Total	%
Salud materno-perinatal	2 781 955	350 557		21 982	39 398	95 806	3 289 698	68.1
Planificación familiar	161 202	391 332		11 486	42 853	68 917	675 790	14.0
Cáncer cervicouterino	80 667	94 385			82 321	34 602	291 974	6.0
Cáncer de mama	75 411	46 285	2 880		26 588	31 125	182 289	3.8
Cáncer de próstata	5 303		15 647		88 022		108 972	2.3
Violencia intrafamiliar y equidad de género	11 820	105 642			50 580	16 976	185 018	3.8
Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata	91 909						91 909	1.9
Rectoría						5 283	5 283	0.1
Total	3 208 267	966 581	18 527	33 468	329 761	252 709	4 830 933	100
%	66.4	20.5	0.4	0.7	6.8	5.2	100	

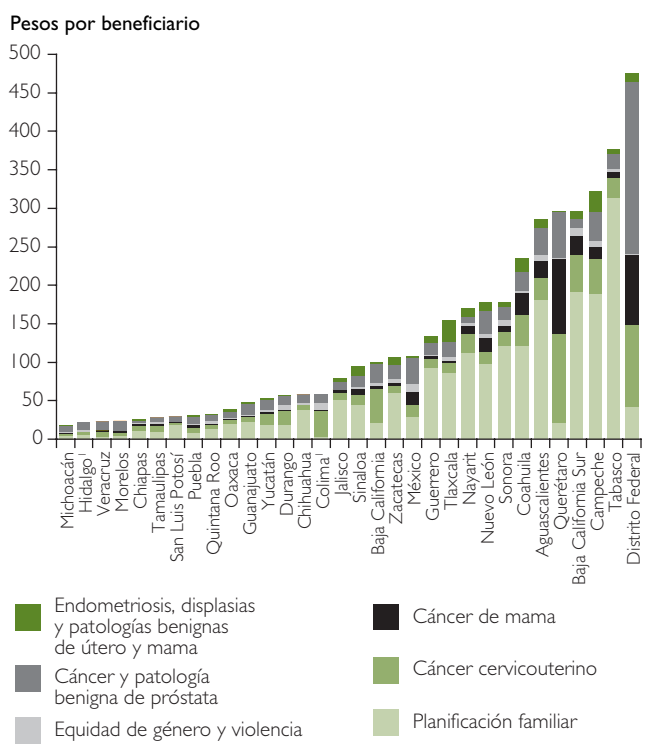
Figura 19.

Secretaría de Salud. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por beneficiario, por programa de salud, por entidad federativa. México, 2006

a) Salud materno-perinatal y otros programas



b) Otros programas



[1] Información incompleta en el desglose estatal
[2] Otros programas incluye: planificación familiar, cánceres cervicouterino, de mama y próstata, endometriosis y tumoraciones benignas de mama, útero y próstata , equidad de género y violencia

Cuadro IV

Sistema de Protección Social en Salud. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por función de salud, por programa de salud. México, 2006. Miles de pesos

	REPSS	CNPSS	Total	%
Salud materno-perinatal	1 582 240	72 835	1 655 075	93.2
Asistencia curativa hospitalaria	178 733	72 835	232 935	
Asistencia curativa ambulatoria	52 703		52 703	
Servicios de prevención y de salud pública	1 350 804	0	1 350 804	
Planificación familiar	662	0	662	< 0.1
Cáncer cervicouterino	616	116 861	117 477	6.6
Violencia intrafamiliar y equidad de género	6		6	< 0.1
Cáncer de próstata	234	0	234	< 0.1
Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata	1 549	0	1 549	0.1
Total	1 585 307	189 696	1 775 003	100
%	89.3	10.7	100	

REPSS: Régimen Estatal de Protección Social en Salud
CNPSS: Comisión Nacional de Protección Social en Salud

estuvo dirigida a los servicios de prevención y salud pública (control prenatal). Por otro lado, más de 72.8 millones de pesos se destinaron a atender 2 686 casos de cuidados intensivos neonatales, los cuales fueron cubiertos por el FPGC (incluido en el rubro de asistencia curativa hospitalaria, pagada por la CNPSS). Otro rubro importante de gasto fue el dedicado a la atención del cáncer cervicouterino, donde haciendo uso del FPGC se destinaron más de 116.86 millones de pesos para atender 3 062 casos, según lo reportado en 2006.

El gasto del SPSS en actividades de salud reproductiva se concentró en gran medida (79.0%) en centros de atención ambulatoria, donde se proveen las consultas de atención prenatal, el principal rubro de gasto en servicios de prevención y de salud pública. El gasto en actividades de planificación familiar, cáncer cervicouterino, violencia intrafamiliar y equidad de género, cáncer de próstata, endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata se ejerció en su totalidad en hospitales (cuadro V).

En cuanto a las entidades federativas se pudo observar que, una vez que se ajusta el gasto por beneficiario, los estados de Colima, Aguascalientes y Sonora fueron aquellos con mayor gasto, mientras que Chiapas, Guerrero y Michoacán presentaron el menor gasto por beneficiario. En promedio, el gasto por beneficiario a escala nacional fue de 5 961 pesos (figura 20). El promedio de gasto en Colima fue de 8 135 pesos, cifra que supera en 80% el promedio de gasto registrado en Chiapas, que fue de 4 508 pesos.

IMSS-Oportunidades

El IMSS-*Oportunidades* es un programa social del gobierno federal, cuyo objetivo principal es "otorgar servicios integrales de salud gratuitamente a personas en desventaja social y económica que habitan en comunidades apartadas; así como realizar acciones de educación para la prevención, y de acceso a tecnología para la salud, orientadas a alcanzar el desarrollo autónomo y saludable de la población".[35]

Cuadro V

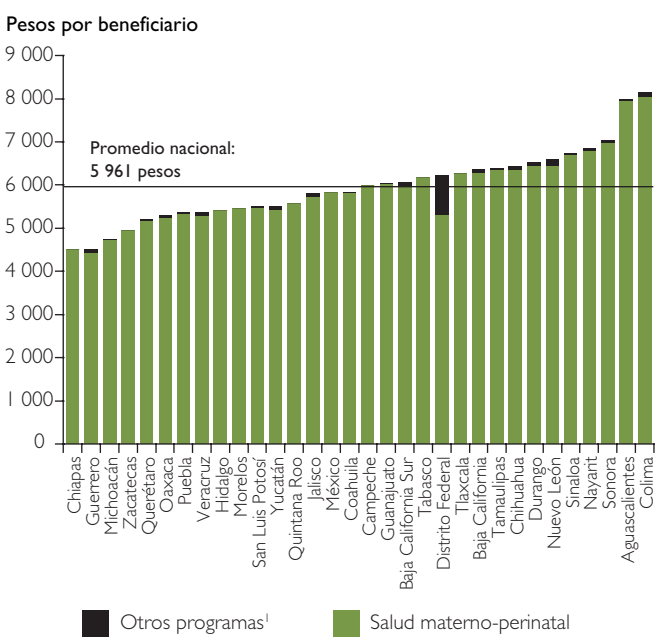
Sistema de Protección Social en Salud. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por proveedor de bienes y servicios, por programa de salud. México, 2006. Miles de pesos.

	Hospitales	Centros de atención ambulatoria	Total	%
Salud materno-perinatal	252 029	1 403 046	1 655 075	93.2
Planificación familiar	662		662	< 0.1
Cáncer cervicouterino	117 477		117 477	6.6
Violencia intrafamiliar y equidad de género	6		6	< 0.1
Cáncer de próstata	234		234	< 0.1
Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata	1 549		1 549	0.1
Total	371 957	1 403 046	1 775 003	100
%	21.0	79.0	100	

Figura 20.

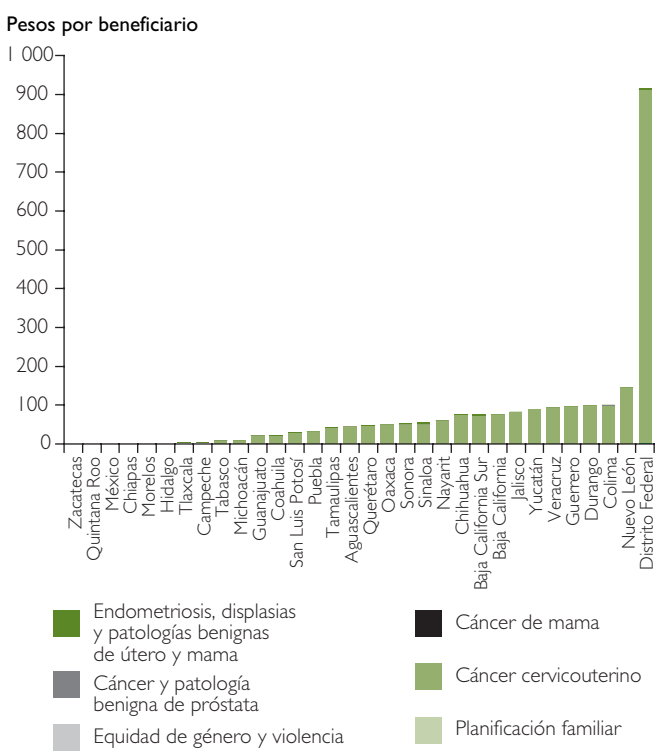
Sistema de Protección Social en Salud. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por beneficiario, por programa de salud, por entidad federativa. México, 2006

a) Salud materno-perinatal y otros programas



[1] Otros programas incluye: planificación familiar, cánceres cervicouterino, de mama y próstata, endometriosis y tumoraciones benignas de mama, útero y próstata , equidad de género y violencia

b) Otros programas



Al final del 2006, el IMSS-*Oportunidades* había atendido a 10 143 570 personas, lo que representó a 2 550 653 familias.[24]

Para la atención de la salud reproductiva, en 2006 este programa destinó 1 482.8 millones de pesos, equivalentes a 23.8% del presupuesto que ejerció en dicho año.[36] Los programas financiados fueron salud materno-perinatal (969.9 millones de pesos), planificación familiar (323.9 millones de pesos) y cáncer cervicouterino (188.9 millones de pesos). De cada peso gastado por este agente, 58 centavos se destinaron a la asistencia curativa hospitalaria, 26 centavos se dirigieron a los servicios de prevención y de salud pública, 13 centavos se ocuparon en servicios auxiliares de atención a la salud y los restantes 3 se emplearon para la adquisición de métodos anticonceptivos (englobados en el rubro "productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios"). Cabe mencionar que el gasto en actividades hospitalarias en salud materno-perinatal (partos, cesáreas y atención de complicaciones por aborto) representó más del doble del ejercido en acciones preventivas, como la consulta prenatal (cuadro VI).

Más de 58% del gasto ejercido en salud reproductiva fue realizado en hospitales, 26% en centros de atención ambulatoria, 12.7% en laboratorios médicos (específicamente en los casos de citologías para detección de cáncer cervicouterino) y 3% en farmacias (cuadro VII y anexo XI).

Al ajustar el gasto por beneficiario se observa que los estados de Baja California, Chihuahua y Coahuila presentan mayor gasto, mientras el Distrito Federal, Tamaulipas y Sinaloa, el menor. El gasto promedio nacional por beneficiario fue de 5 469 pesos (figura 21). El gasto promedio por beneficiario en Baja

Cuadro VI

IMSS-Oportunidades. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por función de salud, por programa de salud. México, 2006. Miles de pesos

	Asistencia curativa hospitalaria	Servicios auxiliares de atención de la salud	Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	Servicios de prevención y de salud pública	Total	%
Salud materno-perinatal	671 951			298 007	969 958	65.4
Planificación familiar	191 828		44 121	87 912	323 861	21.8
Cáncer cervicouterino		188 948			188 948	12.8
Total	863 779	188 948	44 121	385 919	1 482 767	100
%	58.3	12.7	3.0	26.0	100	

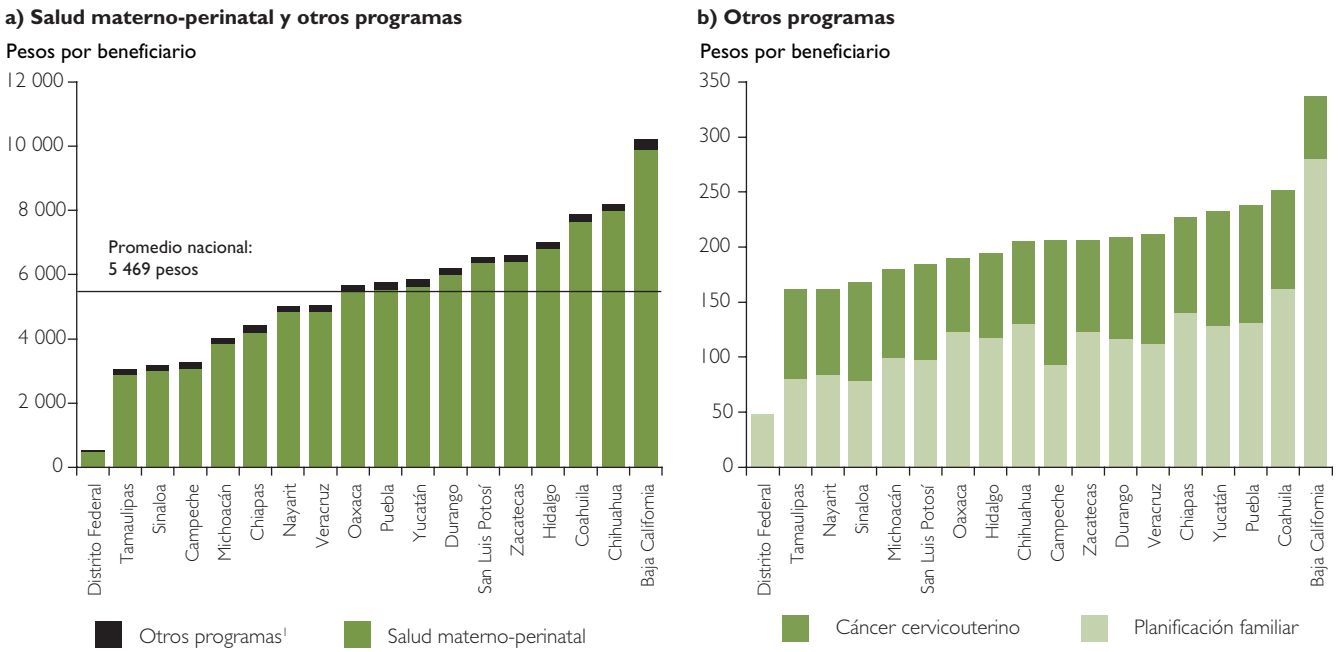
Cuadro VII

IMSS-Oportunidades. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por proveedor de bienes y servicios, por programa de salud. México, 2006. Miles de pesos

	Hospitales	Centros de atención ambulatoria	Laboratorios médicos y de diagnóstico	Farmacias	Total	%
Salud materno-perinatal	671 951	298 007			969 958	65.4
Planificación familiar	191 828	87 912		44 121	323 861	21.8
Cáncer cervicouterino			188 948		188 948	12.8
Total	863 779	385 919	188 948	44 121	1 482 767	100
%	58.3	26.0	12.7	3.0	100	

Figura 21.

IMSS-Oportunidades. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por beneficiario, por programa de salud, por entidad federativa. México, 2006



[1] Otros programas incluye: planificación familiar, cánceres cervicouterino, de mama y próstata, endometriosis y tumoraciones benignas de mama, útero y próstata , equidad de género y violencia

California ascendió a 10 222.4 pesos, monto 18.4 veces superior al gasto promedio del Distrito Federal, que fue 528.2 pesos.

Instituto Mexicano del Seguro Social

El IMSS es la institución de salud que atiende la mayor cantidad de personas en México. En 2006 tuvo 47 918 149 derechohabientes,[24] lo que equivale a cerca de 46.4% de la población total del país en ese año.

En 2006, el IMSS destinó 14 281.5 millones de pesos para las actividades de salud reproductiva, cifra que representó 14.7% del gasto en atención médica de esta institución.[24] Como en el resto de agentes analizados, su gasto se concentró en las actividades de salud materno-perinatal (68.6%), rubro en el que casi 81% se dirigió a la asistencia curativa hospitalaria. Resaltan el gasto en complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, y en el manejo y terapéutica del recién nacido complicado (anexo VII). El gasto en endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata constituyó 16.0% del gasto en SR y EG, y 63% de él estuvo destinado a pagar los servicios de asistencia curativa ambulatoria. Se ejercieron 564 millones de pesos en acciones de planificación familiar (4.0%); para cáncer cervicouterino hubo un gasto equivalente a 3.4%; para cáncer de mama, 2.9%, y para cáncer de próstata, 1.3 por ciento. El gasto en administración relacionado con la salud reproductiva fue de 548.9 millones de pesos, es decir, 3.8% del gasto total en SR y EG (cuadro VIII).

El 83.3% del gasto ejercido por el IMSS se realizó en hospitales, principalmente por actividades de salud materno-perinatal, como son la atención de complicaciones del embarazo, parto y puerperio, las complicaciones neonatales y la atención de partos y cesáreas. Asimismo, resalta el gasto en la atención ambulatoria que se realiza en los hospitales para endometriosis y patologías benignas de mama, próstata y útero. El restante 16.7% se distribuyó de la siguiente manera: 11.3% fue

destinado a proveedores de atención ambulatoria, 1.6% a farmacias y 3.8% a actividades de administración (cuadro IX)

El gasto por beneficiario en SR y EG varía en las diferentes entidades federativas. La que muestra el mayor gasto es Baja California Sur (19 937 pesos), casi el triple que el observado en Michoacán (7 171 pesos), el estado con menor gasto. El gasto promedio por beneficiario fue de 12 396 pesos (figura 22).

Cuadro VIII

IMSS. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por función de salud, por programa de salud. México, 2006. Miles de pesos

	Asistencia curativa hospitalaria	Asistencia curativa ambulatoria	Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	Servicios de prevención y de salud pública	Administración de los servicios de salud	Total	%
Salud materno-perinatal	7 928 372	403 634		1 472 058		9 804 064	68.6
Planificación familiar	58 429	152 868	219 282	133 503		564 082	4.0
Cáncer cervicouterino	263 462	216 838				480 300	3.4
Cáncer de mama	146 179	271 859				418 038	2.9
Cáncer de próstata	76 941	105 016				181 957	1.3
Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata	853 030	1 431 169				2 284 199	16.0
Administración					548 907	548 907	3.8
Total	9 326 413	2 581 384	219 282	1 605 561	548 907	14 281 547	100
%	65.3	18.1	1.6	11.2	3.8	100	

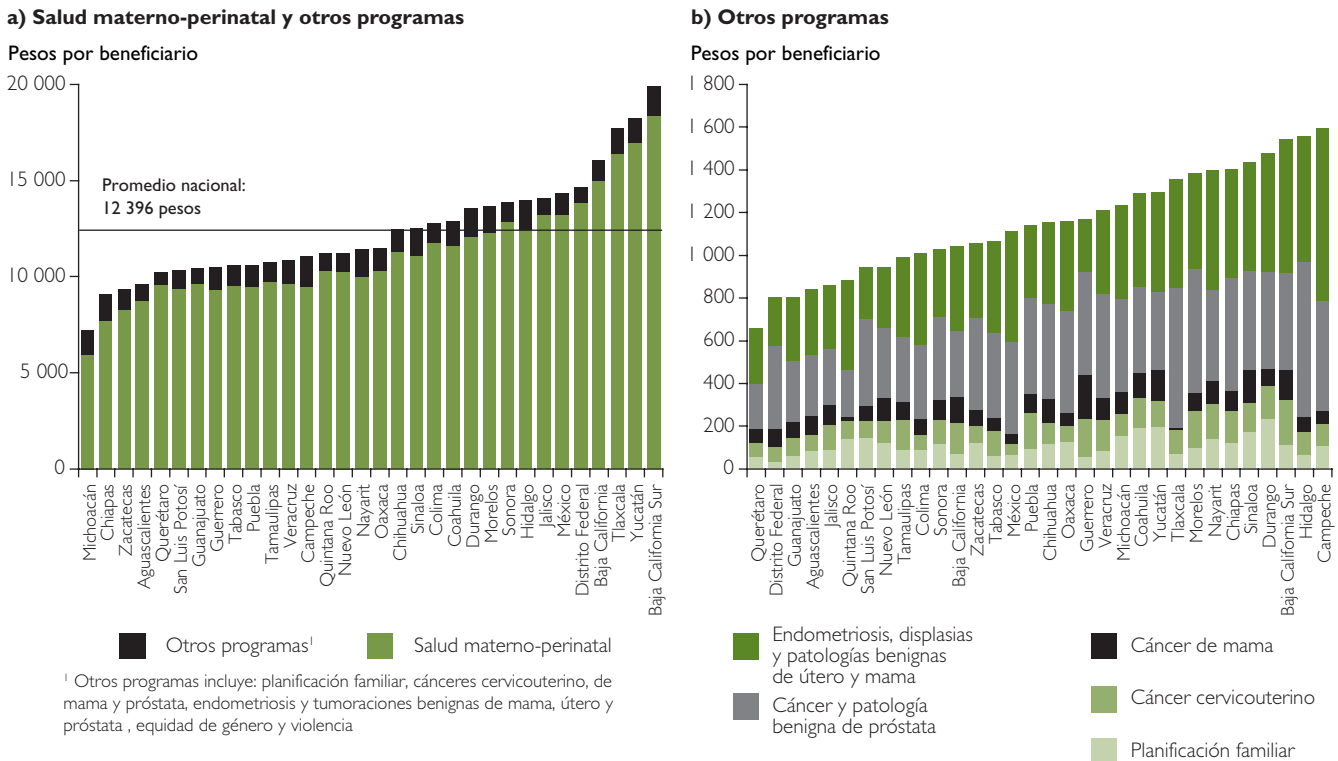
Cuadro IX

IMSS. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por proveedor de bienes y servicios, por programa de salud. México, 2006. Miles de pesos

	Hospitales	Proveedores de atención ambulatoria	Farmacias	Administración general de la salud y los seguros médicos	Total	%
Salud materno-perinatal	8 324 730	1 479 334			9 804 064	68.6
Planificación familiar	211 099	133 701	219 282		564 082	4.0
Cáncer cervicouterino	480 152	148			480 300	3.4
Cáncer de mama	417 942	96			418 038	2.9
Cáncer de próstata	181 866	91			181 957	1.3
Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata	2 283 683	516			2 284 199	16.0
Administración				548 907	548 907	3.8
Total	11 899 472	1 613 886	219 282	548 907	14 281 547	100
%	83.3	11.3	1.6	3.8	100	

Figura 22.

IMSS. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por beneficiario, por programa de salud, por entidad federativa. México, 2006



Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

En 2006 el ISSSTE tuvo una población amparada de 10.8 millones de derechohabientes,[37] lo que representó el 10.5% de la población total en el país. En dicho año, este agente financiero desembolsó 1 099.3 millones de pesos en actividades y acciones de salud reproductiva, cifra equivalente a 5.2% de su gasto ejercido en salud. Casi 60% de esa cantidad (649.4 millones de pesos) se encauzó hacia la salud materno-perinatal y dentro de este programa la mayoría del gasto (91.4%) fue destinado a cubrir la asistencia curativa hospitalaria, mientras 7.7% se dirigió a la consulta prenatal (comprendida en servicios de prevención y de salud pública).

El gasto en endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata representó 13.6% del gasto en SR y EG; 7.9% se ejerció en acciones de planificación familiar, 3.9% en aquéllas relacionadas con el cáncer de mama, 2.1% se destinó a la atención del cáncer cervicouterino y 1.4% para el tratamiento de cáncer de próstata. El gasto en administración relacionado con la salud reproductiva fue de 132.5 millones de pesos, equivalentes a 12.1% del gasto total en SR y EG (cuadro X).

En cuanto a la distribución por proveedor, como se observa en el cuadro XI, casi tres cuartas partes del gasto fueron efectuadas por los hospitales y 13.2% por los proveedores de atención ambulatoria.

En promedio, el ISSSTE desembolsó 2 770 pesos por beneficiario de los programas de salud reproductiva en el país. Existe una importante variación en el gasto por beneficiario ejercido entre los estados: en Morelos fue de 4 294 pesos, 4.2 veces más que el ejercido en el Estado de México (832 pesos) (figura 23).

Sector privado

Como ocurre en otros países, en México una importante proporción del gasto en salud es cubierta por el sector privado, principalmente

Cuadro X

ISSSTE. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por función de salud, por programa de salud. México, 2006. Miles de pesos

	Asistencia curativa hospitalaria	Asistencia curativa ambulatoria	Servicios de prevención y de salud pública	Administración de los servicios de salud	Total	%
Salud materno-perinatal	593 224	6 446	49 685		649 355	59.0
Planificación familiar	9 519		76 720		86 239	7.9
Cáncer cervicouterino	17 539	5 554			23 093	2.1
Cáncer de mama	36 931	6 345			43 276	3.9
Cáncer de próstata	15 521				15 521	1.4
Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata	149 327				149 327	13.6
Administración				132 453	132 453	12.1
Total	822 061	18 345	126 405	132 453	1 099 264	100
%	74.8	1.7	11.5	12.0	100	

Cuadro XI

ISSSTE. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por proveedor de bienes y servicios, por programa de salud. México, 2006. Miles de pesos

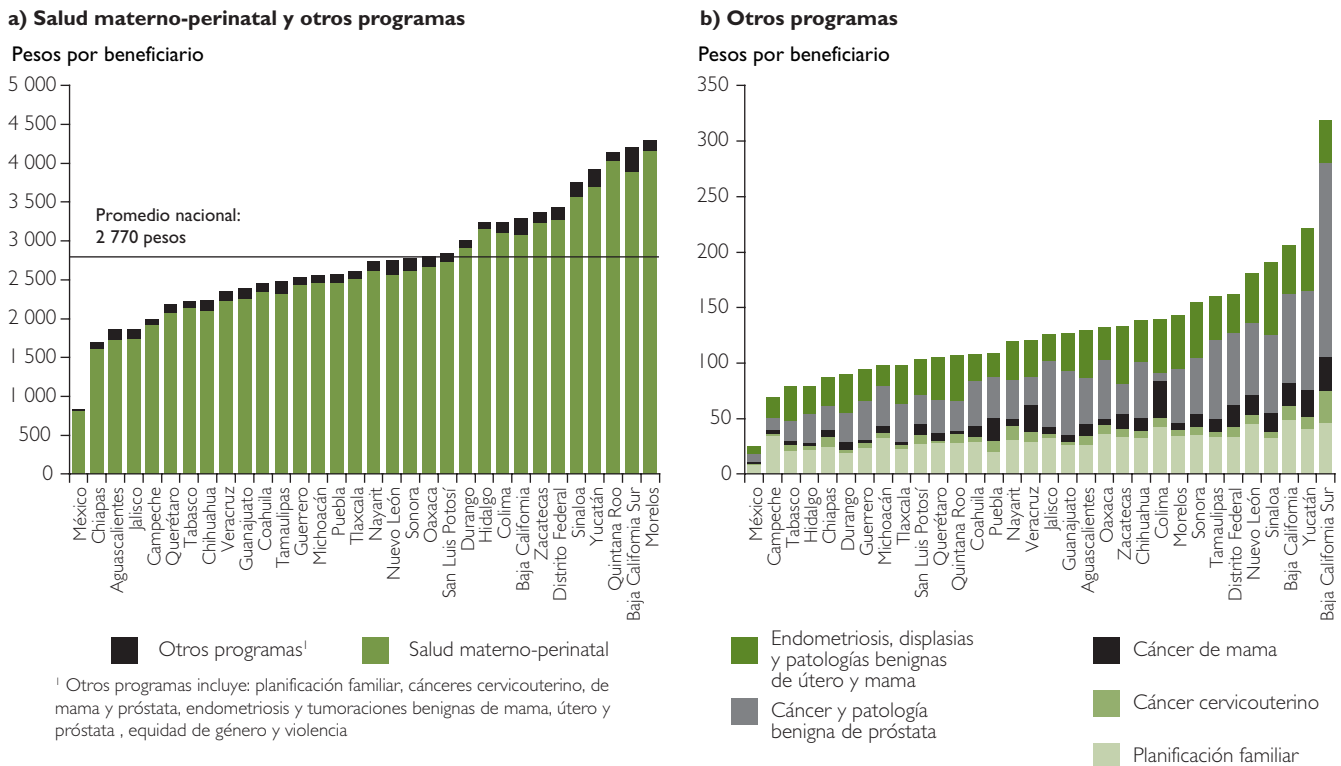
	Hospitales	Proveedores de atención ambulatoria	Administración general de la salud y los seguros médicos	Total	%
Salud materno-perinatal	593 224	56 131		649 355	59.0
Planificación familiar	9 519	76 720		86 239	7.9
Cáncer cervicouterino	17 539	5 554		23 093	2.1
Cáncer de mama	36 931	6 345		43 276	3.9
Cáncer de próstata	15 521	-		15 521	1.4
Otros	149 327	-		149 327	13.6
Administración			132 453	132 453	12.1
Total	822 061	144 750	132 453	1 099 264	100
%	74.8	13.2	12.0	100	

debido al pago de bolsillo que realizan los hogares. La estrategia de salud más ambiciosa de la administración pasada, el Sistema de Protección Social en Salud, estuvo destinada a proteger a los hogares más pobres del peso que representa el gasto en salud y evitar así que se vean obligados a realizar gastos empobrecedores o catastróficos.

En 2006, los agentes del sector privado destinaron 16 135.1 millones de pesos al pago de servicios de salud reproductiva. El agente con mayor gasto fue el pago de bolsillo, con 14 036.8 millones de pesos (87.0%). Las empresas de seguros privados contribuyeron con 12.6% del gasto, mientras que las ONG sufragaron 0.4%. Un 88.6% del gasto total en SR y EG fue

Figura 23.

ISSSTE. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por beneficiario, por programa de salud, por entidad federativa. México, 2006



Cuadro XII

Sector privado. Gasto de los agentes financieros en salud reproductiva y equidad de género, por programa de salud. México, 2006. Miles de pesos

	Empresas de seguro privadas	Pagos directos de los hogares	Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (ONG)	Total	%
Salud materno-perinatal	1 241 311	13 033 961	28 164	14 303 436	88.6
Planificación familiar	0	250 942	29 877	280 819	1.7
Cáncer cervicouterino	0	680 279	7 602	687 881	4.3
Cáncer de mama	306 783	71 624	3 613	382 020	2.4
Cáncer de próstata	69 834	0	0	69 834	0.4
Endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	411 099	0	0	411 099	2.6
Total	2 029 027	14 036 806	69 256	16 135 089	
%	12.6	87.0	0.4		

destinado a acciones de salud materno-perinatal, 4.3% a la atención de cáncer cervicouterino, 2.6% a endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata, 2.4% a cáncer de mama, 1.7% a métodos anticonceptivos y 0.4% a cáncer de próstata (cuadro XII).

En cuanto a las funciones de gasto del sector privado en SR y EG, el 69.3% se destinó a acciones de asistencia curativa hospitalaria, como la atención de partos, cesáreas y complicaciones de aborto. Cerca de la séptima parte del gasto total (14.1%) se destinó a servicios de prevención, como la consulta prenatal; 6.8% a productos médicos; 5.5% a servicios auxiliares y 4.2% a la asistencia curativa ambulatoria (cuadro XIII)

Más de dos terceras partes del gasto en salud reproductiva del sector privado fueron ejercidas en hospitales (68.7%), 13.2% en consultorios médicos y de otros profesionales de salud, 6.8% en farmacias, 5.5% en laboratorios médicos y de diagnóstico, 4.7% en centros de atención ambulatoria y 1.2% fueron para el pago de profesionales alternativos o tradicionales (cuadro XIV).

Cuadro XIII

Sector privado. Gasto de los agentes financieros en salud reproductiva y equidad de género, por función de gasto. México, 2006. Miles de pesos

	Empresas de seguro privadas	Pagos directos de los hogares	Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (ONG)	Total	%
Asistencia curativa hospitalaria	1 390 256	9 766 987	21 656	11 178 899	69.3
Asistencia curativa en hospitalización de día		17 287		17 287	0.1
Asistencia curativa ambulatoria		677 001	5 012	682 013	4.2
Servicios auxiliares de atención de la salud		875 139	11 071	886 210	5.5
Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios		1 062 170	28 468	1 090 638	6.8
Servicios de prevención y de salud pública	638 771	1 638 222	3 049	2 280 042	14.1
Total	2 029 027	14 036 806	69 256	16 135 089	100
%	12.6	87.0	0.4	100	

Cuadro XIV

Sector privado. Gasto en salud reproductiva y equidad de género, por proveedor de bienes y servicios, por programa de salud. México, 2006. Miles de pesos

	Hospitales	Consultorios Médicos y de otros profesionales de salud	Centros de atención ambulatoria	Laboratorios médicos y de diagnóstico	Profesionales alternativos o tradicionales	Farmacias	Total sector privado	%
Salud materno-perinatal	10 150 002	1 532 987	734 581	880 075	194 562	811 229	14 303 436	88.6
Planificación familiar			1 409			279 410	280 819	1.7
Cáncer cervicouterino	73 807	593 696	16 697	3 681			687 881	4.3
Cáncer de mama	378 407		1 159	2 454			382 020	2.4
Cáncer de próstata	69 834						69 834	0.4
Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata	411 099						411 099	2.6
Total	11 083 149	2 126 683	753 846	886 210	194 562	1 090 639	16 135 089	100
%	68.7	13.2	4.7	5.5	1.2	6.8	100	

5.
Evolución del gasto en salud reproductiva y equidad de género, 2003-2006

En términos reales, el gasto en SR y EG en 2006 decreció 4.8% con respecto al año anterior; sin embargo, como promedio en el periodo 2003-2006 registró un incremento de 1.7%. Las disminuciones en 2006 fueron de 6.1% en el gasto en servicios de asistencia curativa, 7.5% en servicios auxiliares de atención de la salud, 10.7% en productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios y 3.2% en rectoría y administración de la salud. El gasto en servicios de prevención y de salud pública aumentó 1.7% y la formación de capital, formación del personal sanitario e investigación y desarrollo creció 23.5% (cuadro XV).

Al interior de los programas el gasto en SR y EG tuvo variaciones entre 2005 y 2006. En ese periodo, el gasto en la prevención y atención del cáncer de próstata sufrió la mayor disminución, equivalente a 46.1%, seguido por los programas de planificación familiar y salud materno-perinatal, con 20% y 5%, respectivamente. En cambio, el gasto en equidad de género y violencia tuvo un incremento de 110%, y el destinado a la atención de cáncer de mama creció en 7.2%. También se registraron disminuciones, aunque menos importantes, en el gasto en rectoría (3.6%) y la atención de cáncer cervicouterino (0.4%) (cuadro XVI).

GASTO POR AGENTE FINANCIADOR

Secretaría de Salud

El gasto de la Secretaría de Salud en SR y EG presentó entre los años 2005 y 2006 un crecimiento de 15.1%, si bien mostró un

Cuadro XV

Gasto en salud reproductiva y equidad de género por función de salud. México, 2003-2006. Millones de pesos de 2006

	Gasto en salud reproductiva				Variación porcentual anual			
	2003*	2004*	2005*	2006	2003-2004	2004-2005	2005-2006	Promedio
Servicios de asistencia curativa	29 543	29 165	30 524	28 649	-1.3	4.7	-6.1	-0.9
Servicios auxiliares de atención de la salud	811	1 324	1 183	1 094	63.3	-10.6	-7.5	15.0
Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	1 542	1 551	1 555	1 388	0.6	0.3	-10.7	-3.3
Servicios de prevención y de salud pública	5 433	5 852	7 415	7 540	7.7	26.7	1.7	12.0
Rectoría y administración de la salud	329	612	818	792	86.0	33.7	-3.2	38.8
Formación de capital, formación del personal sanitario e investigación y desarrollo	126	171	115	142	35.7	-32.7	23.5	8.8
Total	37 784	38 675	41 610	39 605	2.4	7.6	-4.8	1.7

* Pesos de 2003, 2004 y 2005 a precios de 2006. Se consideró la inflación estimada por el Banco de México: 13.1% para el periodo diciembre 2003-diciembre 2006, 7.52% para el periodo diciembre 2004-diciembre 2006 y 4.05% para el periodo diciembre 2005-diciembre 2006.

Cuadro XVI

Gasto en salud reproductiva y equidad de género por programa. México, 2003-2006. Millones de pesos de 2006

	Gasto en salud reproductiva				Variación porcentual anual			
	2003*	2004*	2005*	2006	2003-2004	2004-2005	2005-2006	Promedio
Salud materno-perinatal	30 276	30 001	32 274	30 672	-0.9	7.6	-5.0	0.6
Planificación familiar	2 131	2 219	2 415	1 931	4.1	8.8	-20.0	-2.4
Cáncer cervicouterino	2 050	1 915	1 797	1 790	-6.6	-6.2	-0.4	-4.4
Cáncer de mama	812	933	957	1 026	14.9	2.6	7.2	8.2
Equidad de género y violencia	120	114	179	376	-5.0	57.0	110.1	54.0
Cáncer de próstata	292	324	343	185	11.0	5.9	-46.1	-9.7
Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata	1 856	2 671	2 931	2 938	43.9	9.7	0.2	18.0
Rectoría	247	498	713	687	101.6	43.2	-3.6	47.0
Total	37 784	38 675	41 610	39 605	2.4	7.6	-4.8	1.7

* Pesos de 2003, 2004 y 2005 a precios de 2006. Se consideró la inflación estimada por el Banco de México: 13.1% para el periodo diciembre 2003-diciembre 2006, 7.52% para el periodo diciembre 2004-diciembre 2006 y 4.05% para el periodo diciembre 2005-diciembre 2006.

decremento promedio de 1.7% entre 2003 y 2006. Los programas con mayor incremento fueron el de equidad de género, que creció a más del doble, y el de planificación familiar, con un aumento de 86.7%, seguido por los programas de cáncer cervicouterino y de mama con 21.2% y 18.2%, respectivamente. El gasto en cáncer de próstata y en endometriosis se redujo en 33.5% y 9.8% (figura 24 y cuadro XVII).

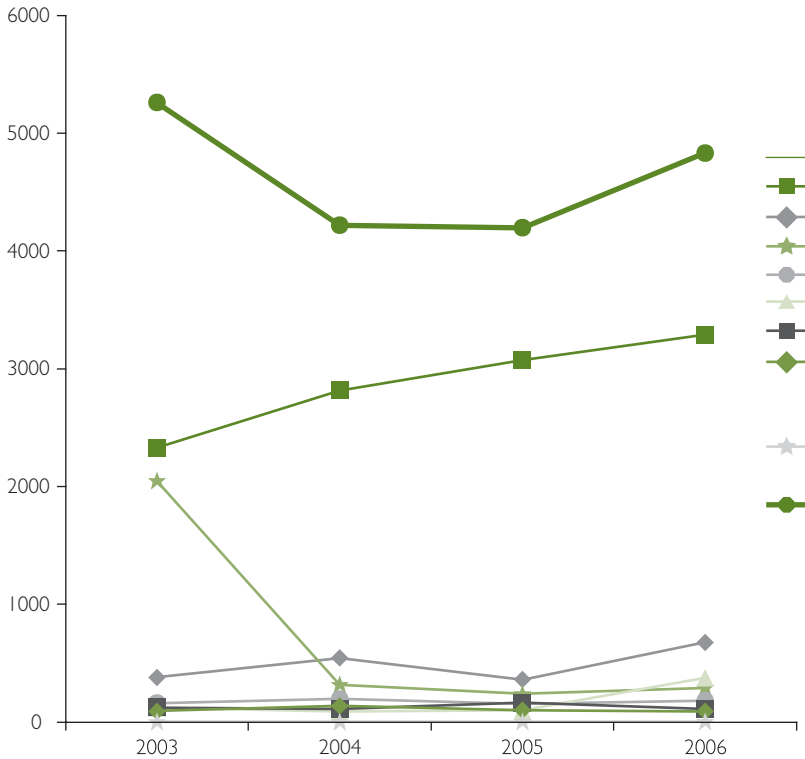
Cuadro XVII

Secretaría de Salud. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por programa. México, 2003-2006. Millones de pesos de 2006

	Variación porcentual			
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	Promedio
Salud materno-perinatal	20.8	9.1	7.1	12.3
Planificación familiar	43.8	-33.6	86.7	32.3
Cáncer cervicouterino	-84.4	-24.5	21.2	-29.2
Cáncer de mama	21.0	-21.4	18.2	5.9
Equidad de género	-25.0	10.0	279.8	88.3
Cáncer de próstata	-5.0	43.9	-33.5	1.8
Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata	42.7	-25.5	-9.8	2.5
Total	-19.8	-0.5	15.1	-1.7

Figura 24.

Secretaría de Salud. Gasto en salud reproductiva y equidad de género. México, 2003-2006. Millones de pesos de 2006



	2003	2004	2005	2006
Salud materno perinatal	2 331	2 816	3 071	3 290
Planificación familiar	379	545	362	676
Cáncer cervicouterino	2 050	319	241	292
Cáncer de mama	162	196	154	182
Equidad de género y violencia	120	90	99	376
Cáncer de próstata	120	114	164	109
Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata	96	137	102	92
Rectoría	3	2	5	5
Total	**5 261**	**4 219**	**4 198**	**4 831**

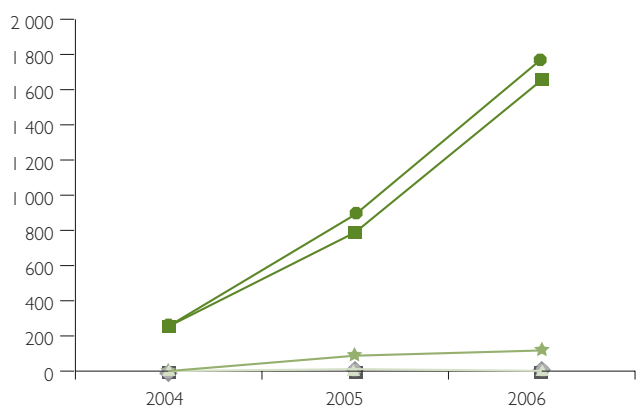
Sistema de Protección Social en Salud

Como se puede observar en la figura 25, al deflactar el gasto, la suma del monto ejercido por los REPSS y la CNPSS pasó de 256 millones de pesos en 2004 hasta cerca de 1 775 millones en 2006, lo que representó un incremento de casi seis veces en este periodo. Al interior de este gasto se observa un comportamiento diferenciado por agente de financiamiento y programa (cuadro XVIII). El gasto manejado tanto por los REPSS como por la CNPSS aumentó en el tiempo, como ocurrió con el gasto en cáncer cervicouterino y salud materno-perinatal. Sin embargo, los montos financiados para actividades como la planificación familiar y la atención de la endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata subieron entre 2004 y 2005, para luego disminuir entre 2005 y 2006.

Como se puede apreciar en el cuadro XIX, a pesar de la disminución del gasto registrado entre los años 2005 y 2006 para las acciones

Figura 25.

Sistema de Protección Social en Salud. Gasto en salud reproductiva y equidad de género. México, 2004-2006. Millones de pesos de 2006



	2004	2005	2006
Salud materno perinatal	254.4	788.8	1 655.0
Planificación familiar	0.8	1.9	0.7
Cáncer cervicouterino	0.2	87.7	117.5
Cáncer de próstata	0.1	0.3	0.2
Equidad de género y violencia	0.0	0.0	0.0
Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata	0.1	11.4	1.5
Total	**256.0**	**890.1**	**1 774.9**

Cuadro XVIII

Sistema de Protección Social en Salud. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por programa, según agente de financiamiento. México, 2004-2006. Millones de pesos de 2006

	REPSS			CNPSS	
	2004	2005	2006	2005	2006
Salud materno-perinatal	254.8	745.4	1582.2	43.4	72.8
Planificación familiar	0.8	1.9	0.7	0	-
Cáncer cervicouterino	0.2	0	0.6	87.7	116.9
Cáncer de próstata	0.1	0.3	0.2	0	-
Violencia intrafamiliar	<0.1	0	<0.1	0	
Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata	0.1	11.4	1.5	0	-
Total	256	759	1 585.2	131.1	189.7

REPSS: Régimen Estatal de Protección Social en Salud
CNPSS: Comisión Nacional de Protección Social en Salud

Cuadro XIX

Sistema de Protección Social en Salud. Variación absoluta del gasto en salud reproductiva y equidad de género. México, 2004-2006

	Variación absoluta		
	2004-2005	2005-2006	Promedio anual
Salud materno-perinatal	2.1	1.1	1.6
Planificación familiar	1.4	-0.6	0.4
Cáncer cervicouterino	437.5	0.3	218.9
Cáncer de próstata	2.0	-0.3	0.8
Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata	113.0	-0.9	56.1
Gasto total	2.5	1.0	1.7

de planificación familiar, cáncer de próstata, y endometriosis y patologías benignas, en promedio, entre 2004 y 2006 se observaron crecimientos del gasto, entre los que destaca el importante aumento en la atención del cáncer cervicouterino debido a la inclusión del tratamiento de este padecimiento entre los servicios financiados por el FPGC. En promedio, el gasto en SR y EG aumentó 1.7 veces entre 2004 y 2006.

IMSS-Oportunidades

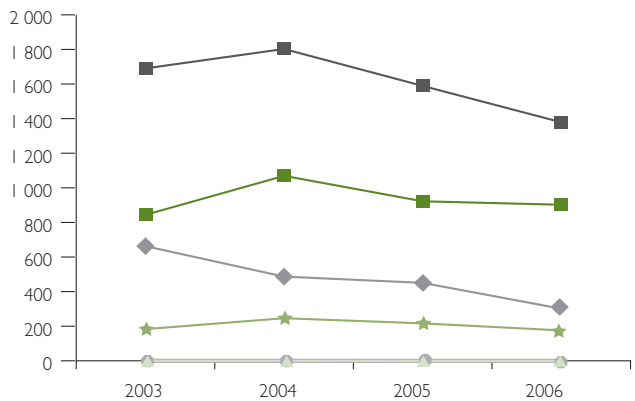
Entre 2005 y 2006 disminuyó tanto el gasto global de este agente en SR y EG (13.2%) como el destinado a cada uno de los programas, en especial los dedicados a la planificación familiar y el cáncer cervicouterino (figura 26 y cuadro XX). En el periodo 2003-2006 la reducción fue de 6.1% en promedio.

Instituto Mexicano del Seguro Social

El gasto del IMSS en SR y EG durante 2006 descendió en términos reales 6.6% con respecto al monto ejercido en 2005 (cuadro XXI); los programas con mayor disminución fueron los de planificación familiar (14.3%) y salud materno-perinatal (11.7%). Por el contrario, el gasto en cáncer de próstata aumentó 13.8% en ese periodo. Entre los años 2003 y 2006, el gasto en SR y EG se redujo en promedio 0.8% anual. El monto ejercido en las acciones de cáncer cervicouterino decreció 20.2% anual en promedio, mientras que el gasto en la atención de endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata aumentó 14.3%

Figura 26.

IMSS-Oportunidades. Gasto en salud reproductiva y equidad de género. México, 2003-2006. Millones de pesos de 2006



	2003	2004	2005	2006
Salud materno perinatal	843.8	1 069.2	922.1	902.1
Planificación familiar	662.8	486.6	450.6	301.2
Cáncer cervicouterino	183.2	246.2	216.4	175.7
Cáncer de mama	0.4	0.4	0.0	0.0
Cáncer de próstata	0.2	0.2	0.0	0.0
Gasto total en salud reproductiva	**1 690.4**	**1 802.6**	**1589.1**	**1 379.0**

Cuadro XX

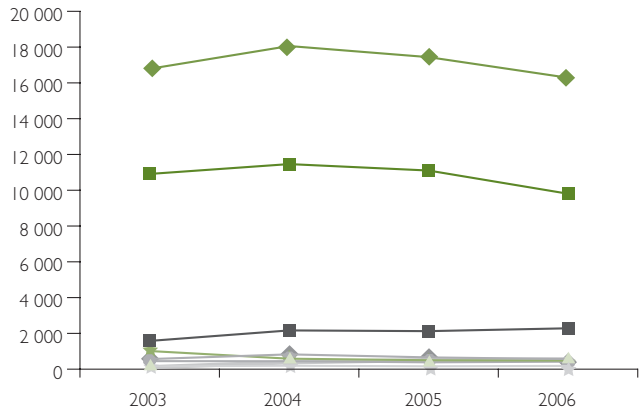
IMSS-Oportunidades. Variación porcentual del gasto en salud reproductiva y equidad de género. México, 2003-2006

	Variación porcentual			
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	Promedio anual
Salud materno-perinatal	26.7	-13.8	-2.2	3.6
Planificación familiar	-26.6	-7.4	-33.2	-22.4
Cáncer cervicouterino	34.4	-12.1	-18.8	1.2
Cáncer de mama	-8.9	nd	nd	-8.9
Cáncer de próstata	-4.9	nd	nd	-4.9
Gasto total en salud reproductiva	6.6	-11.8	-13.2	-6.1

nd: no disponible

Figura 27.

IMSS. Gasto en salud reproductiva y equidad de género. México, 2003-2006. Millones de pesos de 2006



	2003	2004	2005	2006
Salud materno perinatal	10 910.8	11 461.6	11 101.4	9 804.1
Planificación familiar	563.5	827.0	658.0	564.1
Cáncer cervicouterino	1 013.8	585.1	499.0	480.3
Cáncer de mama	449.3	442.3	382.5	418.0
Cáncer de próstata	157.2	191.6	159.9	182.0
Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata	1 578.4	2 165.1	2 125.0	2 284.2
Administración	110.5	383.0	508.6	548.9
Gasto total en salud reproductiva	**16 786.5**	**18 059.7**	**17 439.4**	**16 287.6**

anual en promedio entre 2003 y 2006 (figura 27 y cuadro XXI). Además de la disminución en los días estancia asociados a los padecimientos estudiados, la reducción del gasto en el periodo se explica por una disminución de las aportaciones del IMSS y el aumento de la participación del Gobierno Federal para cubrir el costo laboral (pensiones) de sus trabajadores. Por ello, en 2006 el costo laboral llegó a representar una tercera parte del monto calculado en 2005.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Entre 2005 y 2006 se observó una disminución en el gasto de este agente de 12.7% en términos reales. Los programas con mayor reducción fueron los de salud materno-perinatal (17.4%) y endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata (11.1%), así como el gasto en administración (13.8%). El monto ejercido en planificación familiar aumentó 15.4%, mientras el destinado a acciones relacionadas con el cáncer cervicouterino

Cuadro XXI

IMSS. Variación porcentual del gasto en salud reproductiva y equidad de género. México, 2003-2006

	Variación porcentual			
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	Promedio anual
Salud materno-perinatal	5.0	-3.1	-11.7	-3.3
Planificación familiar	46.8	-20.4	-14.3	4.0
Cáncer cervicouterino	-42.3	-14.7	-3.7	-20.2
Cáncer de mama	-1.6	-13.5	9.3	-1.9
Cáncer de próstata	21.9	-16.5	13.8	6.4
Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata	37.2	-1.9	7.5	14.3
Administración de los programas	246.6	32.8	7.9	95.8
Gasto total en salud reproductiva	7.6	-3.4	-6.6	-0.8

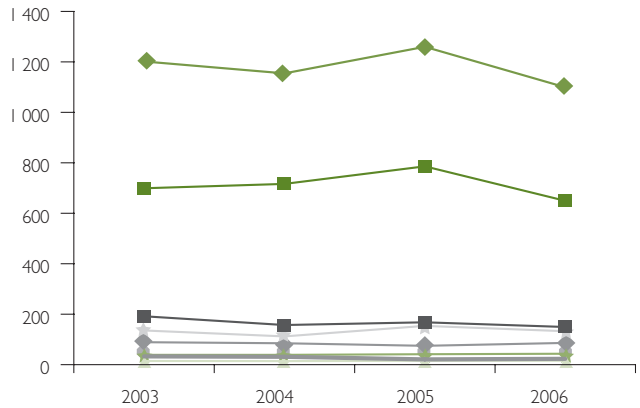
creció 10.5 por ciento. En promedio, el gasto en SR y EG disminuyó anualmente 2.5% entre 2003 y 2006 (figura 28 y cuadro XXII).

Sector privado

En 2006 el gasto en SR y EG del sector privado disminuyó 6.4% en relación con el gasto de 2005 (cuadro XXIII). Debido a la variación observada en años anteriores, en promedio el gasto privado decreció 3.2% entre 2003 y 2006. En el periodo 2005-2006 se incrementaron los montos destinados al tratamiento de cáncer de próstata (26.5%), cáncer de mama (7.1%) y endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata (4.8%). El gasto en cáncer cervicouterino en 2006 disminuyó 7.7% respecto de 2005, y una tendencia similar siguió el gasto en salud materno-perinatal (7.1%) y en planificación familiar (5.9%). Entre los años 2003 y 2006 el gasto en planificación familiar disminuyó en promedio 14% anual, mientras que el gasto en salud materno-perinatal lo hizo en 4.4% y el gasto en cáncer cervicouterino en 2.6 por ciento. Por otro lado, el gasto en cáncer de

Figura 28.

ISSSTE. Gasto en salud reproductiva y equidad de género. México, 2003-2006. Millones de pesos de 2006



	2003	2004	2005	2006
Salud materno perinatal	699.1	716.4	786.0	649.4
Planificación familiar	89.0	84.8	74.7	86.2
Cáncer cervicouterino	32.8	31.2	20.9	23.1
Cáncer de mama	38.9	38.9	41.4	43.3
Cáncer de próstata	14.6	14.1	15.2	15.5
Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata	191.8	157.1	167.9	149.3
Administración	135.5	112.0	153.7	132.5
Gasto total en salud reproductiva	**1 201.7**	**1 154.5**	**1 259.8**	**1 099.3**

Cuadro XXII

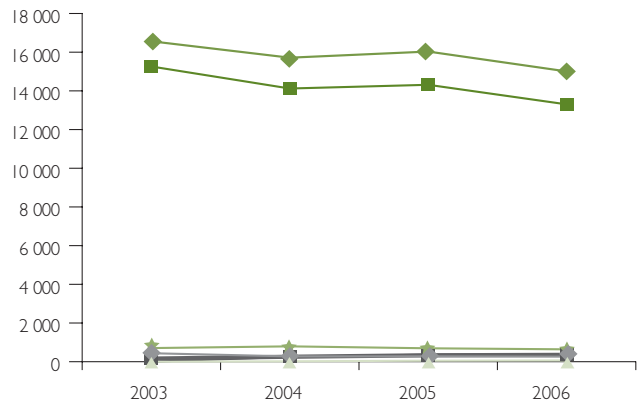
ISSSTE. Variación porcentual del gasto en salud reproductiva y equidad de género. México, 2003-2006

	Variación porcentual			
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	Promedio anual
Salud materno-perinatal	2.5	9.7	-17.4	-1.7
Planificación familiar	-4.7	-11.9	15.4	-0.4
Cáncer cervicouterino	-4.9	-33.0	10.5	-9.1
Cáncer de mama	0.0	6.4	4.6	3.7
Cáncer de próstata	-3.4	7.8	2.0	2.1
Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata	-18.1	6.9	-11.1	-7.4
Administración	-17.3	37.2	-13.8	2.0
Gasto total en salud reproductiva	-3.9	9.1	-12.7	-2.5

próstata aumentó en promedio 87.8% anual, el destinado a cáncer de mama, 31.8%, y el que se realiza en endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata, 25.6% (figura 29 y cuadro XXIII).

Figura 29.

Sector privado. Gasto en salud reproductiva y equidad de género. México, 2003-2006. Millones de pesos de 2006



	2003	2004	2005	2006
Salud materno perinatal	15 260.1	14 121.9	14 314.3	13 303.0
Planificación familiar	437.7	274.4	277.5	261.2
Cáncer cervicouterino	704.3	793.4	693.0	639.8
Cáncer de mama	161.2	256.0	331.9	355.3
Cáncer de próstata	0.0	20.6	51.3	64.9
Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata	0.0	249.2	364.7	382.3
Gasto total en salud reproductiva	**16 563.3**	**15 715.5**	**16 032.7**	**15 006.5**

Cuadro XXIII

Sector privado. Variación porcentual del gasto en salud reproductiva y equidad de género. México, 2003-2006

	Variación porcentual			
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	Promedio anual
Salud materno-perinatal	-7.5	1.4	-7.1	-4.4
Planificación familiar	-37.3	1.1	-5.9	-14.0
Cáncer cervicouterino	12.7	-12.7	-7.7	-2.6
Cáncer de mama	58.8	29.6	7.1	31.8
Cáncer de próstata	nd	149.0	26.5	87.8
Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata	nd	46.3	4.8	25.6
Gasto total en salud reproductiva	-5.1	2.0	-6.4	-3.2

nd: no disponible

6.
Conclusiones y discusión

Se calcula que en 2006 la sociedad mexicana gastó 39 604.6 millones de pesos en SR y EG, monto equivalente a 6.6% del gasto en salud y a 0.43% del PIB de dicho año. Siguiendo la tendencia de otros años, el gasto en SR y EG fue mayoritariamente público y la seguridad social constituyó el principal agente de financiamiento. Este comportamiento difiere del observado para el gasto total en salud, donde la participación privada del gasto (55.8%) es superior a la pública (44.2%). Cabe destacar que aproximadamente 87% del gasto privado en salud reproductiva provino del pago de bolsillo (cuadro XXIV).

Entre 2003 y 2006 el gasto en SR y EG experimentó un incremento de 1.7% en términos reales. Con respecto al año anterior, el gasto de 2006 disminuyó 4.8 por ciento. La composición del gasto en este rubro durante 2006 fue similar a la observada en años anteriores. Resalta el gran peso de las actividades curativas (72.3%) y el papel de los servicios de prevención y de salud pública (19.0%). Asimismo, los hospitales continúan siendo los proveedores con mayor gasto en salud reproductiva (71.3%). Dado el énfasis de las políticas públicas en las tareas para reducir la mortalidad materna, el renglón que concentró el mayor gasto fue el de salud materno-perinatal, con 77.4 por ciento. Otro conjunto de actividades con importante participación en el gasto es el que concentra la atención para endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata (7.4%). El gasto para actividades de planificación familiar ocupó 4.9%, principalmente debido a la compra de métodos anticonceptivos. Al igual que en años anteriores, el gasto en cáncer cervicouterino representó 4.5%, mientras que el destinado a la atención de cáncer de mama constituyó 2.4 por ciento. El gasto en cáncer de próstata fue de 1.0% y el dirigido a equidad de género y violencia equivalió a 0.5 por ciento.

Con la estimación sistemática del gasto en salud reproductiva para el periodo 2003-2006 ha sido posible identificar cambios en su monto y composición, así como la disminución del gasto privado y del gasto para prácticamente todos los agentes públicos, excepción hecha del relativo al Seguro Popular, que ha reportado un incremento de casi seis veces su presupuesto inicial de 2004. El incremento en el gasto de este último agente se explica no sólo por la expansión en su cobertura, sino también por el aumento en los últimos años

Cuadro XXIV

Niveles de gasto en salud y en salud reproductiva. México, 2006

	Gasto total en salud %	Gasto en salud reproductiva %
Gasto total como % del PIB	6.6	0.43
Gasto público	44.2	59.3
Gasto privado	55.8	40.7
Gasto de la seguridad social como % del gasto público	62.0	65.5
Gasto de bolsillo como % del gasto privado	nd	87.0
Planes de aseguramiento privado como % del gasto privado	nd	12.5

nd: no disponible
Fuente: OECD[38]

del número de intervenciones que cubre, entre ellas la atención del cáncer cervicouterino.

La serie del gasto en SR y EG permite también evaluar los resultados de las políticas en salud. Con los datos estimados es posible observar que el gasto en la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud prácticamente se ha mantenido durante el periodo y que al mismo tiempo ha habido una expansión importante en el gasto del Seguro Popular, lo que evidencia la ausencia del efecto de sustitución del gasto entre estas instituciones, ya que se esperaba que a medida que aumentara la cobertura –y, por ende, el gasto– del Sistema de Protección Social en Salud, disminuiría el gasto de la Secretaría y de los Servicios Estatales de Salud. El incremento del gasto para ambos agentes refleja un aumento en términos reales en el gasto en SR y EG en la población sin acceso a la seguridad social tradicional, que por lo general es la de menores recursos. Esto implica una reducción en la desigualdad en el gasto en salud reproductiva entre población asegurada y no asegurada a nivel nacional, mas no en el ámbito estatal, ya que, como se refleja en los gráficos mostrados en los análisis del gasto por beneficiario y por institución, las diferencias entre las entidades federativas aún se mantienen.

También es necesario subrayar la disminución en el gasto en las instituciones de seguridad social (IMSS, e ISSSTE) y el IMSS-Oportunidades, debida principalmente a la reducción de los días estancia por caso. Esto es reflejo de las políticas de contención de costos, como la implementada en el ISSSTE en 2005; del gasto en algunas partidas presupuestales, como el pago de personal médico en el IMSS-Oportunidades durante 2005, y del rubro del costo laboral (montos pagados en pensiones y otras prestaciones sociales a los trabajadores) en el IMSS durante 2006. Las disminuciones observadas no son argumentos suficientes para elaborar conclusiones sobre el desempeño en la cobertura y calidad de las instituciones, por lo cual se requiere que las propias instituciones realicen un mayor análisis a partir de estos hallazgos.

Es importante hacer énfasis en las áreas de oportunidad en materia de salud reproductiva que permite vislumbrar el análisis temporal del gasto. La primera hace referencia al monto destinado a las actividades dirigidas a tratar y prevenir complicaciones del embarazo, parto y puerperio, y complicaciones neonatales. Durante el periodo 2003-2006 por cada peso gastado en SR y EG, en promedio se destinaron 21.5 centavos a estas acciones y su importancia en el gasto no sólo se mantuvo, sino que tuvo un ligero incremento, ya que pasó de ser 21.6% en 2003 a constituir 22.2% en 2006.

Por otro lado, el gasto en el control prenatal, puerperio, control del recién nacido y promoción de la salud materno-perinatal (actividades que previenen las complicaciones antes mencionadas) ascendió de 12.4% del gasto total en SR y EG en 2003 a 15.8% en 2006, lo que representa un incremento de 3.4 puntos porcentuales durante el periodo. Esto puede ser el reflejo de programas como PrevenIMSS y PrevenISSSTE, que se iniciaron durante el periodo evaluado. Sin embargo, es necesario reforzar aún más estas acciones, ya que la inversión que se pueda realizar de manera sostenida en estos rubros, así como la destinada a fortalecer los sistemas de referencia y contrarreferencia, y a la mejorar la atención obstétrica y perinatal resultará vital para abatir en el mediano plazo el gasto en la atención de complicaciones. Asimismo, es importante considerar la conveniencia de asignar mayores recursos a los programas de planificación familiar y de violencia intrafamiliar, principalmente en el área de promoción de la salud.

Otra área de oportunidad en el gasto en SR y de EG se refiere a la cobertura y financiamiento de la atención de endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata. En estos rubros se requiere un mayor gasto, ya que dichas acciones pueden considerarse preventivas de otras de mayor costo, como es el caso del cáncer de mama, cuyo gasto experimentó un aumentó de 8.2% en el periodo 2003-2006. Con la inclusión de esta intervención en el catálogo de padecimientos cubiertos por el FPGC del Sistema de Protección Social en Salud es de esperar que el aumento en el gasto para 2007 sea aún mayor. Adicionalmente, se requiere que las instituciones mejoren el registro sobre el número de acciones en estos rubros para estar en condiciones de tener mejores estimaciones del gasto, ya que lamentablemente la información que proviene de las encuestas nacionales de gasto en hogares no permite detallarlo.

A pesar de que se ha acumulado experiencia, principalmente metodológica, en la estimación del gasto en SR y EG, se debe reconocer que en este tiempo han persistido limitaciones. La primera se refiere a la utilización de datos de costos para agentes como el IMSS-Oportunidades y los correspondientes al sector privado. Esperamos que en el caso de este último la información pueda mejorarse si se lleva a cabo la encuesta de gasto en salud en los hogares que ha venido programando la Secretaría de Salud para el 2009.

Una segunda limitación se refiere a los cambios en los sistemas presupuestales que se han estado realizando en las instituciones públicas, lo que ha hecho peligrar la comparabilidad en el tiempo de las estimaciones obtenidas. Por fortuna, el trabajo realizado con las instituciones en la revisión de los datos utilizados en estos ejercicios ha reducido considerablemente este posible sesgo.

La tercera limitación que es pertinente destacar –tan relevante como las anteriores– se refiere a las dificultades experimentadas en los últimos años para obtener información de las organizaciones de la sociedad civil y de los agentes externos que financian la SR y EG, como organismos bilaterales y agencias de cooperación, entre otras, que orillaron a que el cálculo de su gasto se haya efectuado mediante proyecciones para el último año. Finalmente, una limitación más se refiere al uso de los datos de encuestas de hogares, que brindan una información demasiado agregada que no permite detallar el gasto para todas las funciones.

A pesar de estas limitaciones, contar con información sistemática y comparable a través del tiempo ha permitido, además de monitorear las tendencias del gasto en general y por institución, analizar el efecto de las políticas de salud en la cantidad y distribución de los recursos financieros. Por ello, las Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género son una herramienta de suma utilidad para los tomadores de decisiones, con la cual evaluar las políticas actuales y planificar cambios en las mismas. El contraste de la información financiera presentada en este informe con indicadores de salud permitirá, por otra parte, identificar focos rojos en materia de equidad con respecto al gasto en SR y EG. Por ello es importante hacer énfasis en la necesidad de continuar este esfuerzo e institucionalizarlo, y a la vez promover una mayor difusión de los resultados hacia los responsables de estos programas en cada una de las instituciones para propiciar que sean utilizados en el diseño de políticas y en los procesos de toma de decisiones de los programas involucrados.

7.
Apéndice: Gasto en salud reproductiva y equidad de género en México - 2005

Luego de diversas revisiones y en atención a las recomendaciones de expertos, en esta edición de las Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género se presenta una nueva estimación del gasto del 2005. A diferencia de la anterior estimación, el gasto desembolsado por los hogares a través del pago de bolsillo se calcula con base en el reporte de gasto de la ENIGH 2004, no la del 2005. A continuación se presenta el detalle del gasto estimado.

GASTO TOTAL EN SALUD

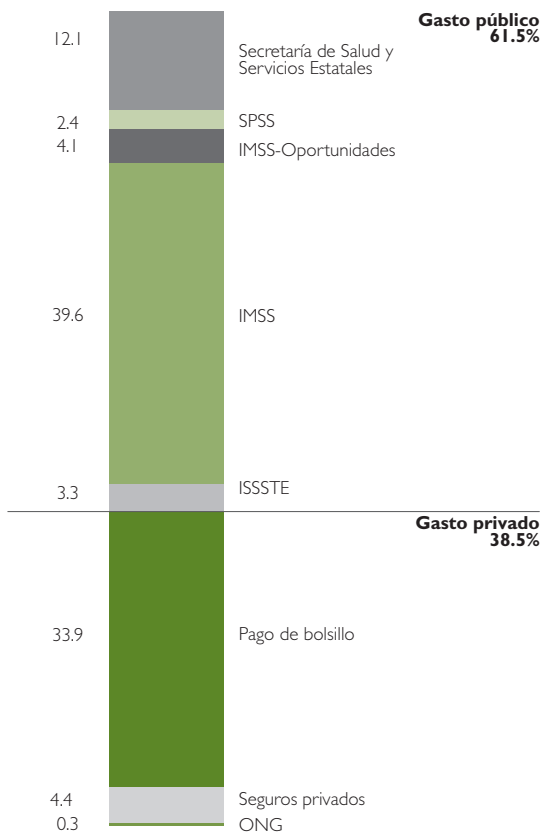
Se estima que en el 2005 el sistema de salud mexicano gastó 39 991 millones de pesos en actividades relacionadas con la SR y EG, monto equivalente a 0.6% del PIB y a 8.9% del gasto en salud de ese año. El 61.5% de este gasto fue desembolsado por el sector público, y en ese rubro el IMSS fue el principal agente de financiamiento (39.6%). En segundo lugar de importancia se encuentran los hogares, con 33.9% del gasto (figura 30 y anexo XIX).

Las funciones de salud que más gasto reportaron fueron los servicios de asistencia curativa (hospitalarios y ambulatorios), que concentraron 73.4% del gasto total en SR y EG. Su monto superó más de tres veces el destinado a actividades de prevención y de salud pública, que representó 17.8% del gasto. Otras actividades financiadas, por orden de su peso en el gasto, fueron los productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios (3.7%); los servicios auxiliares de atención (2.8%); la rectoría y administración de la salud (2.0%) y la formación de capital, formación de personal sanitario y la investigación y desarrollo (0.3%) (figura 31 y anexo XIX).

El gasto en SR y EG se ejerció principalmente en hospitales, que fueron los proveedores con mayor participación (72.0%). El 13.3% del gasto se destinó a comprar servicios de centros de atención ambulatoria; 5.3%

Figura 30.

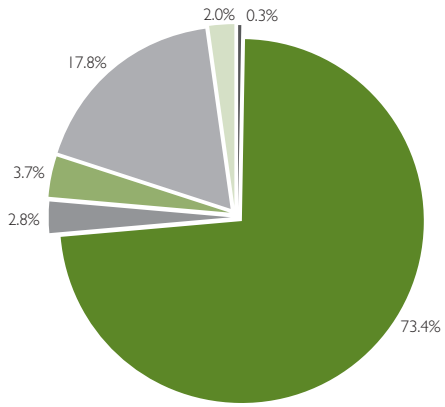
Gasto en salud reproductiva y equidad de género por agente financiero. México, 2005. Miles de pesos del 2005



Agente financiero	Gasto (miles de pesos)	%
Secretaría de Salud y Servicios Estatales de Salud	4 835 395	12.1
IMSS-Oportunidades	1 630 766	4.1
Sistema de Protección Social en Salud	972 753	2.4
Instituto Mexicano del Seguro Social	15 838 279	39.6
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	1 305 240	3.3
Empresas de seguros privados	1 746 812	4.4
Pago de bolsillo	13 554 405	33.9
Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (ONG)	107 409	0.3
Total	**39 991 059**	

Figura 31.

Gasto en salud reproductiva y equidad de género por función de salud. México, 2005. Millones de pesos de 2005



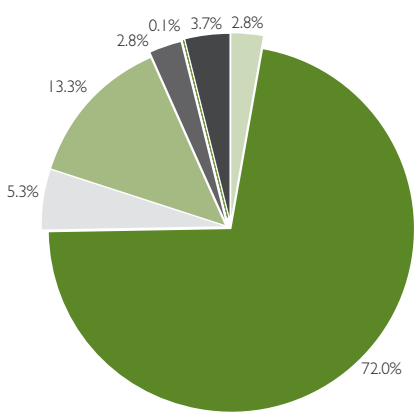
Función de salud	Gasto (millones de pesos)	%
Servicios de asistencia curativa	29 336	73.4
Servicios auxiliares de atención de la salud	1 137	2.8
Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	1 495	3.7
Servicios de prevención y de salud pública	7 126	17.8
Rectoría y administración de la salud	786	2.0
Formación de capital, del personal sanitario, e investigación y desarrollo	111	0.3
Total	**39 991**	

se ocupó para pagar aquéllos provistos por consultorios médicos y otros profesionales de salud, mientras 3.7% se dirigió a la compra de medicamentos en farmacias. Finalmente, 2.8% del gasto se utilizó para solventar los servicios de laboratorios médicos y de diagnóstico, y 0.1% para proveedores que brindan rectoría, suministro y administración de programas de salud (figura 32 y anexo XX).

El programa con mayor gasto fue salud materno-perinatal, que concentró 77.6% del gasto en SR y EG. Las actividades relacionadas con la atención de endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata, por otra parte, ocuparon 7.0% del gasto. A su vez, la planificación familiar representó 5.8% del gasto en SR; a la atención del cáncer cervicouterino se destinó 4.3%, a cáncer de mama 2.3%, a equidad de género 0.4% y 0.8% a cáncer de próstata. Se ocupó 1.7% del gasto en SR en financiar actividades de rectoría y administración en general (figura 33).

Figura 32.

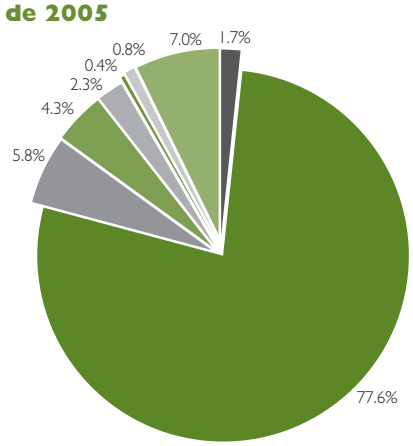
Gasto en salud reproductiva y equidad de género por proveedor de salud. México, 2005. Millones de pesos de 2005



Proveedor de bienes y servicios	Gasto (millones de pesos)	%
Hospitales	28 788	72.0
Consultorios médicos y de otros profesionales de salud	2 115	5.3
Centros de atención ambulatoria	5 322	13.3
Laboratorios médicos y de diagnóstico	1 137	2.8
Profesionales alternativos y demás proveedores	30	0.1
Farmacias	1 495	3.7
Rectoría, suministro y administración de programas de salud	1 105	2.8
Total	**39 991**	

Figura 33.

Gasto en salud reproductiva y equidad de género por programa de salud. México, 2005. Millones de pesos de 2005



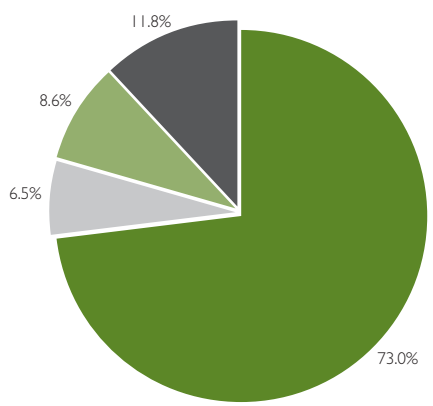
Programa	Gasto (millones de pesos)	%
Salud materno-perinatal	31 018	77.6
Planificación familiar	2 321	5.8
Cáncer cervicouterino	1 727	4.3
Cáncer de mama	920	2.3
Equidad de género y violencia	172	0.4
Cáncer de próstata	330	0.8
Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata	2 817	7.0
Rectoría y administración	685	1.7
Total	**39 991**	

PAGO DE BOLSILLO

Los hogares, a través del pago de bolsillo, erogaron 13 554.4 millones de pesos en SR y EG en el 2005. Las funciones de salud a las cuales se dirigió este gasto fueron la asistencia curativa (73.0%), los servicios de prevención y de salud pública (11.8%), los productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios (8.6%) y los servicios auxiliares de atención de la salud (6.5%) (figura 34).

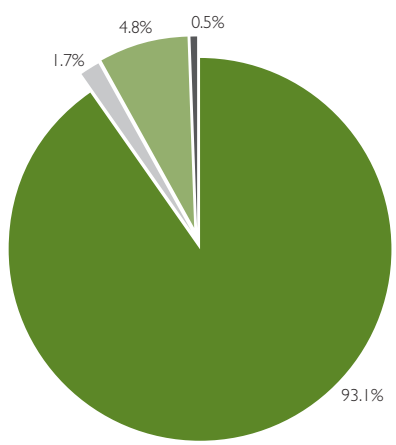
Entre las diversas actividades pagadas por los hogares destacan por su importancia aquéllas dirigidas a la salud materno-perinatal, que concentran 93.1% del gasto en SR y EG. Otras actividades financiadas son las relacionadas con el cáncer cervicouterino (4.8%), la planificación familiar (1.7%) y el cáncer de mama (0.5%) (figura 35).

Figura 34.
Pago de bolsillo en salud reproductiva y equidad de género por función de salud. México, 2005. Miles de pesos de 2005



Función de salud	Gasto (miles de pesos)	%
Asistencia curativa	9 899 620	73.0
Servicios auxiliares de atención de la salud	882 429	6.5
Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	1 166 982	8.6
Servicios de prevención y de salud pública	1 605 374	11.8
Total	**13 554 405**	

Figura 35.
Pago de bolsillo en salud reproductiva y equidad de género por programa de salud. México, 2005. Miles de pesos de 2005



Programa de salud	Gasto (miles de pesos)	%
Salud materno-perinatal	12 612 637	93.1
Planificación familiar	230 537	1.7
Cáncer cervicouterino	645 069	4.8
Cáncer de mama	66 162	0.5
Total	**13 554 405**	