

# 6

**Serie de Documentos de Trabajo**

**Inovaciones en el  
Financiamiento de la Salud**

**Desarrollo de Subanálisis  
de Cuentas en Salud.  
El Caso de las Cuentas  
en Salud Reproductiva  
y Equidad de Género  
en México**

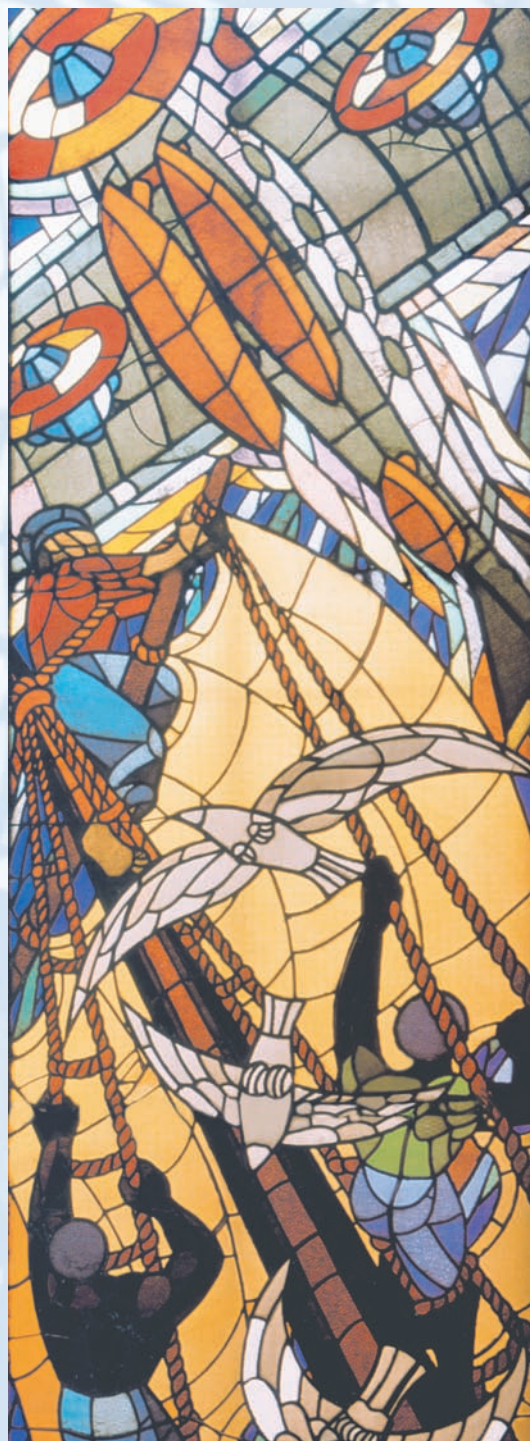
Leticia Avila Burgos

Lucero Cahuana Hurtado

Ricardo Pérez Núñez

Belkis Aracena Genao

Vanessa Ma. Vázquez Meseguer



Serie de Documentos de Trabajo

---

INNOVACIONES EN EL  
FINANCIAMIENTO DE LA SALUD

**Editores**

Felicia Marie Knaul  
Stefano M. Bertozzi  
Héctor Arreola Ornelas



DESARROLLO DE SUBANÁLISIS  
DE CUENTAS EN SALUD.  
EL CASO DE LAS CUENTAS  
EN SALUD REPRODUCTIVA Y  
EQUIDAD DE GÉNERO EN MÉXICO

Leticia Avila Burgos  
Lucero Cahuana Hurtado  
Ricardo Pérez Núñez  
Belkis Aracena Genao  
Vanessa Ma. Vászquez Meseguer

*Desarrollo de Subanálisis de Cuentas en Salud.*  
*El Caso de las Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género en México*

Primera edición © 2006  
Derechos Reservados  
Fundación Mexicana para la Salud, A. C.  
Instituto Nacional de Salud Pública

ISBN: 968-5661-44-8  
Impreso en México

Los puntos de vista expresados en este documento son responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente la posición de la Fundación Mexicana para la Salud, del Instituto Nacional de Salud Pública o de las instituciones a las que pertenecen.

Coordinación editorial: Luis F. Bautista y Bronwyn Underhill  
Diseño editorial: Brenda L. Romero y Efrén Motta

En portada:

Diego Rivera, *Aire*, 1929, Secretaría de Salud, México  
D.R.© (2001) Banco de México Fideicomiso Museos Diego Rivera y Frida Kahlo,  
Av. 5 de Mayo No. 2 Col. Centro, Del. Cuauhtémoc 06069, México, D.F.  
Reproducción autorizada por el Instituto Nacional de Bellas Artes  
CONACULTA-INBA, México.

La versión original del papalote es:

*Pequeña Esperanza* por María Hazel Olmos Sánchez de Puebla, México. Primer lugar del XI Concurso Nacional de Dibujo Infantil y Juvenil 2002, “Un mundo sin pobreza” y segundo lugar del Concurso Internacional de Pintura Infantil y Juvenil 2002, organizado por el Fondo de Población de las Naciones Unidas con sede en Nueva York.

# CONTENIDO

INTRODUCCIÓN . . . . .	6
I. ANTECEDENTES . . . . .	7
El Sistema de Salud en México . . . . .	7
Financiamiento y gasto en salud . . . . .	7
¿Qué es el gasto en salud? . . . . .	8
¿Qué es un Sistema de Cuentas en Salud? . . . . .	8
Contabilidad de las instituciones públicas de salud. . . . .	12
Experiencia en Cuentas en Salud y de Cuentas en Salud a temas específicos . . . . .	13
II. CUENTAS EN SALUD REPRODUCTIVA Y EQUIDAD DE GENERO . . . . .	14
Contexto Internacional. . . . .	14
Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género, México 2003 . . . . .	15
Categorías de Análisis para el gasto en salud . . . . .	16
Límites espaciales y temporales . . . . .	24
Conformación de matrices de gasto . . . . .	24
Fuentes de Datos. . . . .	24
Métodos de estimación del gasto. . . . .	31
Supuestos y detalle de información utilizada para el cálculo del gasto por agente financiador . . . . .	33
Beneficiarios. . . . .	36
Llenado de matrices . . . . .	36
III. LIMITACIONES Y RETOS PARA EL DESARROLLO DE LA CUSARE . . . . .	38
ANEXOS . . . . .	39
BIBLIOGRAFÍA . . . . .	55

## INTRODUCCIÓN

A partir de los compromisos contraídos en la Conferencia sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 1994),<sup>1</sup> y en la firma de los Objetivos de Desarrollo del Milenio,<sup>2</sup> se ha hecho hincapié sobre la necesidad de comprometer mayores recursos financieros para la salud reproductiva y la equidad de género. Sin embargo, las limitaciones en su disponibilidad y las crecientes necesidades de salud exigen la generación de información financiera para guiar la política de salud, aplicando técnicas que permitan cuantificar el gasto en salud, conocer su distribución actual y evaluar si su composición es la adecuada. A esto se añade la demanda que los procesos de descentralización de los servicios de salud, como el que ha tenido lugar en México en las últimas décadas, impone para contar con información financiera que facilite la realización de ejercicios presupuestarios acordes a las necesidades y prioridades locales.<sup>3,4,5</sup>

Una herramienta ampliamente utilizada en la actualidad a nivel internacional para el cálculo del gasto en salud y su distribución es el Sistema de Cuentas en Salud, que permite conocer la dinámica del ingreso y el gasto, tanto público como privado, en el sector.<sup>6-8</sup> En México el Sistema de Cuentas en Salud a nivel federal y estatal (SICUENTAS) lleva más de 13 años de existencia, y ha representado desde sus inicios un mecanismo de vital importancia para la reforma del sector salud.<sup>7</sup> Si bien la riqueza de la información generada ha permitido observar fenómenos del financiamiento en salud antes no considerados, como la importante contribución del sector privado en el gasto en salud, así como los desequilibrios existentes en el nivel estatal, las cifras obtenidas mediante este sistema aún no permiten el análisis del gasto en temas específicos, como la salud reproductiva.

Considerando la importancia de la salud reproductiva en nuestro país, las fuertes diferencias regionales que existen en las tasas de mortalidad materna y perinatal; de cáncer cérvico-uterino y mamario;<sup>1</sup> así como la prevalencia de violencia de pareja;<sup>9</sup> el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) unieron esfuerzos para desarrollar el Sistema de Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género (CuSaRe).

La presente guía detalla la metodología, los supuestos y la información utilizados en el cálculo de las CuSaRe en el año 2003. La primera sección contiene un apartado de antecedentes, donde se incluye un breve esbozo de la estructura del sistema de salud mexicano, los mecanismos de financiamiento del sistema, la conceptualización de las cuentas en salud, los principales elementos del gasto y un breve apartado sobre las experiencias en cuentas en salud y temas específicos.

La segunda sección describe la experiencia de las CuSaRe, dentro del contexto internacional en las que surgen, las dimensiones analíticas del gasto consideradas y otros aspectos sobre la adaptación de la metodología de Cuentas en Salud utilizada para su construcción. Por último en la tercera sección se presentan las limitaciones y los retos enfrentados en el desarrollo de las CuSaRe en el 2003.

## I. ANTECEDENTES

### EL SISTEMA DE SALUD EN MÉXICO

El sistema de salud mexicano está integrado por tres subsistemas: a) los servicios ofrecidos por la seguridad social, b) los servicios ofrecidos por los proveedores públicos a cargo de los gobiernos estatales y federal, y c) los correspondientes a la oferta privada.<sup>10</sup>

El subsistema de seguridad social se compone de cinco instituciones, entre las que destacan el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), que brinda servicio a los trabajadores del sector privado, y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), que atiende a los empleados del sector público. Petróleos Mexicanos (PEMEX) cuenta con su propio sistema de aseguramiento médico al igual que la Secretaría de la Defensa Nacional y la Secretaría de Marina (SEDENA y SEDEMAR respectivamente).

La Secretaría de Salud es la principal institución gubernamental que atiende a las personas de escasos recursos que no cuentan con protección de la seguridad social, conocidas como “población no asegurada”, así como al sector informal de la economía. Entre las otras instituciones que atienden a la población sin seguridad social destacan el IMSS-Oportunidades y el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF).

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

el año 2003, alrededor de 55 por ciento de la población estaba cubierto por una de las instituciones de seguridad social, de los cuales el IMSS cubría por sí solo el 40 por ciento de la población general.<sup>11</sup> Cabe mencionar que un importante porcentaje de la población asegurada hace uso de servicios privados.

### FINANCIAMIENTO Y GASTO EN SALUD

El sistema de salud mexicano es financiado mediante los impuestos, las contribuciones obrero-patronales, el pago de primas privadas y el pago directo o de bolsillo que realizan los hogares al momento de demandar la atención, el denominado pago por evento.<sup>12</sup>

Los fondos que proceden del gasto público se canalizan a las distintas instancias gubernamentales encargadas de administrar estos recursos a través de ramos presupuestarios, con los que se identifica y clasifica el gasto público federal por entidades administrativas del poder ejecutivo.

El ramo 33 (R33), creado en 1998, corresponde a un grupo de siete fondos de aportaciones federales con fines sociales, entre ellos el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA). Estos recursos son transferidos a las entidades federativas y a los municipios, quienes los administran.

El ramo 12 (R12) se refiere a recursos asignados a las instancias gubernamentales implicadas directamente en el combate a la pobreza, como es el caso de la Secretaría de Salud o el programa IMSS-Oportunidades. Estos recursos son mane-

gados por la Secretaría de Salud y muchas veces esta institución los distribuye a los estados vía insumos recurrentes.

El ramo 19 (R19) agrupa las aportaciones destinadas a la seguridad social, que son manejadas por las instituciones que corresponden a este sector. Finalmente, los gobiernos estatales brindan aportaciones para la operación de los servicios de salud en cada estado, lo que comúnmente se llama “gasto estatal”. En la figura 1 se muestran los flujos del gasto en el sistema de salud mexicano.

En el año 2004, México gastó 6.6 por ciento de su Producto Interno Bruto (PIB) en salud. Las aportaciones del sector privado representaron más de la mitad de dicho gasto, las cuales provienen principalmente del gasto de bolsillo y se destinaron principalmente al pago de servicios ambulatorios y la adquisición de productos farmacéuticos. En el caso de la contribución del sector público, la seguridad social fue responsable de dos tercios del gasto.

## ¿QUÉ ES EL GASTO EN SALUD?

El gasto en salud documenta todas las erogaciones en las actividades cuyo objetivo esencial sea el restablecimiento, mantenimiento, mejoramiento y la protección de la salud en un país o entidad durante un periodo de tiempo definido. No considera el gasto en actividades como obras de agua y desagüe, que si bien pueden tener un efecto en la salud, no tienen a ésta como su objetivo primario.<sup>7</sup>

## ¿QUÉ ES UN SISTEMA DE CUENTAS EN SALUD?

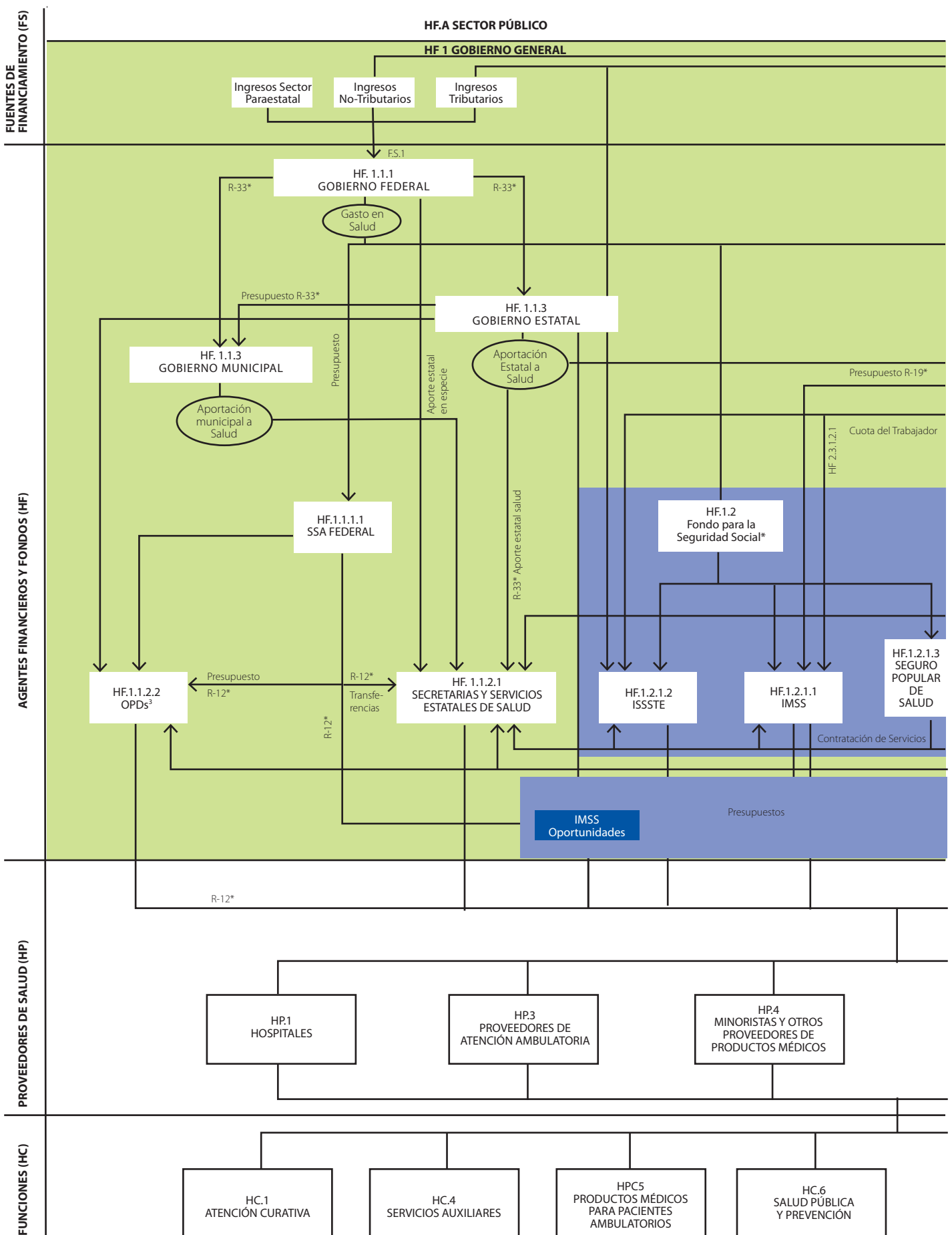
Un Sistema de Cuentas en Salud es un conjunto de información financiera que da seguimiento a los recursos, tanto públicos como privados, que se invierten y consumen en la producción de salud.<sup>6</sup> Contabiliza los gastos realizados para financiar actividades cuyo propósito primario es restaurar, mejorar y mantener la salud para una nación y para sus individuos durante un periodo definido de tiempo,<sup>7</sup> utilizando un conjunto de tablas interrelacionadas que permiten su presentación en un formato internacionalmente aceptado.<sup>a</sup>

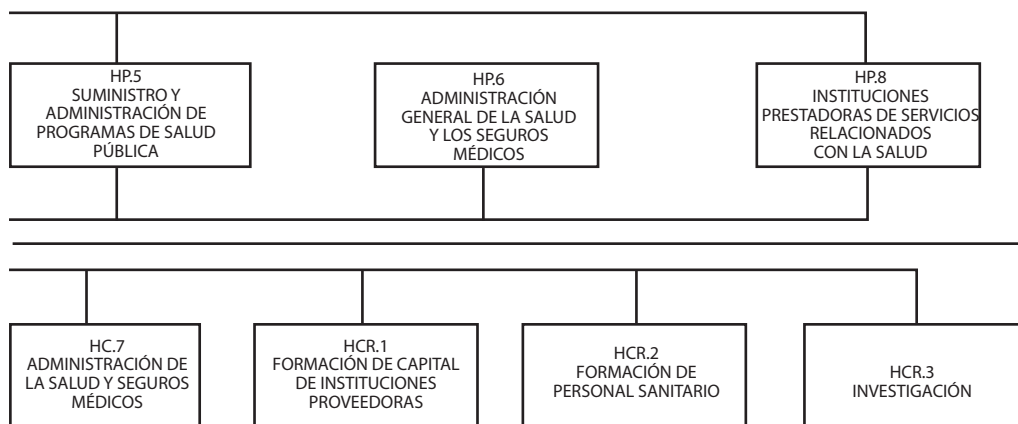
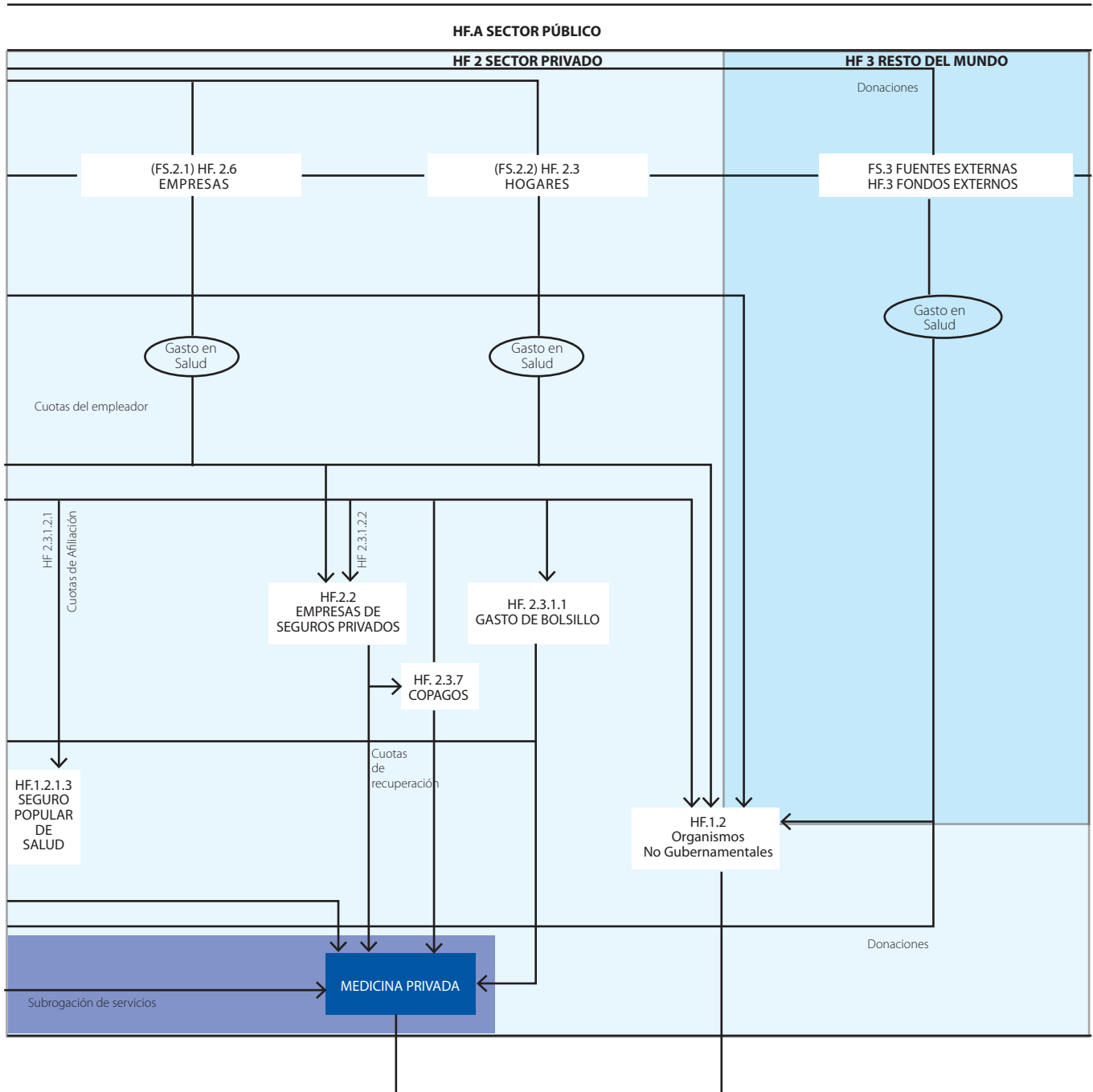
Las Cuentas en Salud describen las actividades de financiamiento, producción y consumo mediante un modelo tri-axial (21).<sup>13,b</sup> Cada una de estas dimensiones, como se muestra a continuación, comprende dos vectores: un medio y un actor (figura 1) siendo éstas:

<sup>a</sup> Los términos “cuentas en salud” (CS) y “cuentas nacionales en salud” (CNS) hacen referencia a los diferentes enfoques analíticos utilizados en la recolección sistemática y en el análisis de la información financiera. Las Cuentas Nacionales tienden a enfocarse a producción y consumo de bienes y servicios, son útiles para los encargados de la economía nacional en su conjunto que se interesan en la producción de bienes y servicios. Las Cuentas en Salud tienden a enfocarse al consumo y financiamiento de bienes y servicios para la atención a la salud y son útiles para los encargados del sistema de salud que se interesan en los flujos y fondos entre los diversos actores.



Figura 1. Flujo de dinero del Sistema de Salud Mexicano





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

**Financiamiento:**

- Fuentes de financiamiento (FS): entidades que proporcionan los fondos para la salud.
- Agentes financiadores (HF): son los que captan los recursos de fuentes diversas y los utilizan en la compra de bienes y servicios de salud, y son los responsables de controlar la forma en que se gastan los recursos. En ocasiones pueden llegar a fungir como sus propios dotadores de fondos.

**Producción:**

- Factores de producción (costo de factores): son los factores o insumos usados por los proveedores o agentes financiadores para producir los bienes y servicios consumidos o las actividades realizadas en el sistema.
- Proveedores (HP): son los que reciben el pago de los agentes financiadores por los bienes y servicios que ofrecen. Generalmente, los proveedores operan como usuarios finales de los fondos. Dentro de este grupo se incluyen clínicas, hospitales, centros de salud, farmacias e instituciones de investigación, entre otros. En el caso de México existen multiplicidad de funciones. Los agentes de la seguridad social, por ejemplo, son a la vez agentes financiadores y proveedores de servicios de salud.

**Consumo:**

- Funciones (HC): son los bienes y servicios provistos y las actividades realizadas dentro de las fronteras de las Cuentas de Salud. Las cuatro funciones más importantes son rectoría del sistema de salud, prestación de servicios de salud a la persona, prestación de servicios de salud a la comunidad y generación de recursos.

- Beneficiarios: son individuos que reciben los servicios de salud, pueden ser clasificados considerando distintos atributos, como características socioeconómicas y demográficas (edad, sexo, raza, lugar de residencia, etc.); así como aspectos clínicos como el tipo de enfermedad o tipo de atención demandada (ambulatoria-hospitalaria o preventiva-curativa). La Organización Mundial de la Salud señala que los aspectos clínicos, socioeconómicos, así como el estatus de vulnerabilidad de los beneficiarios son sumamente relevantes al momento de realizar las cuentas.

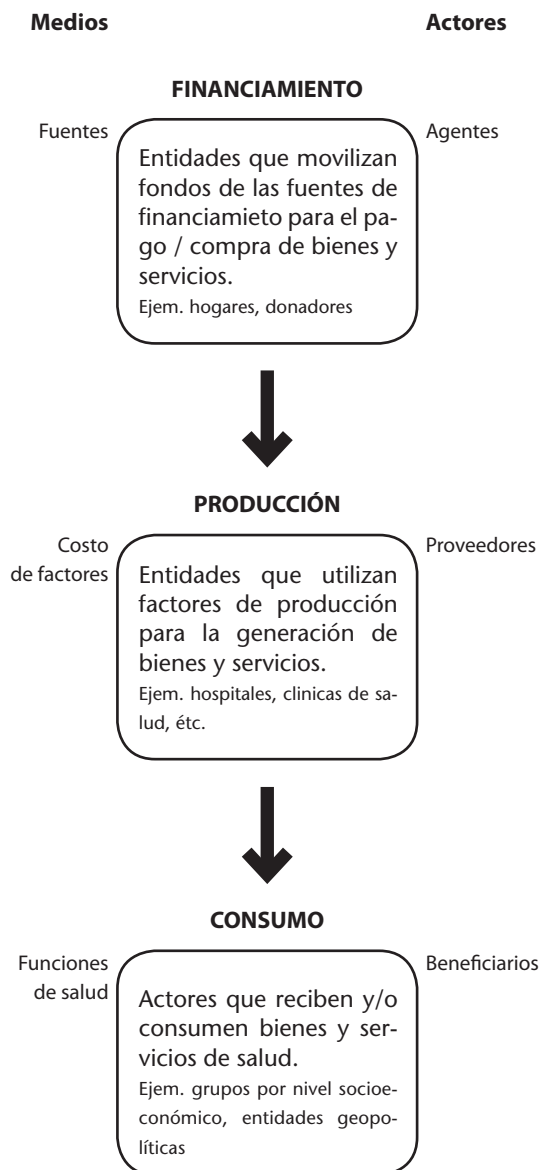
La figura 2 muestra los elementos implicados en el desarrollo de las Cuentas de Salud y la forma en que se relacionan.

De acuerdo al Reporte Mundial de Salud del 2000<sup>14</sup> las Cuentas de Salud solamente registran aquellos bienes y servicios cuyo propósito primordial sea la promoción, la restauración o el mantenimiento de la salud, durante un periodo de tiempo definido —generalmente un año—, independientemente del tipo de institución que provea o pague el servicio. En términos funcionales se consideran todas las actividades cuyo objetivo principal sea mejorar la salud.<sup>15</sup> Dentro de éstas se encuentran:

- Promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- Curación de patologías y reducción de la mortalidad prematura.

<sup>b</sup> Poullier JP. Cuentas de salud: objetivos, metodologías. Presentación realizada en el marco del Curso-Taller de Cuentas de Salud: aplicaciones a prioridades nacionales, realizado en México en octubre del 2005.

Figura 2. Dimensiones de las cuentas de salud.



Fuente: Hernández P. El modelo recomendado por OMS, BM, USAID. Presentación realizada en el marco del Curso-Taller de Cuentas de Salud: aplicaciones a prioridades nacionales, realizado en México del 24 al 28 de octubre del 2005

- Provisión de cuidados a personas con enfermedades crónicas.
- Provisión de cuidados a personas con deficiencias, incapacidades o discapacidades relacionadas con la salud.
- Asistencia a los pacientes para una muerte digna.
- Provisión y administración de la salud pública.
- Provisión y administración de programas de salud, de seguros de salud y otros mecanismos de financiamiento.

Dentro del contexto de las Cuentas en Salud, el gasto es equivalente al presupuesto ejercido, es decir, el monto de dinero que efectivamente fue gastado en el año de estudio, y que puede entonces diferir del presupuesto autorizado de una institución.

## CONTABILIDAD DE LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD

Como parte del sector público, las instituciones públicas de salud cuentan con sistemas de contabilidad que desglosan el presupuesto según actividades institucionales bajo una estructura programática. Ésta se define como un conjunto de categorías que determinan el destino y la finalidad de los recursos públicos y a las cuales se asocian recursos presupuestarios.

Las actividades institucionales representan el conjunto de operaciones que realizan las unidades responsables o ejecutoras de los recursos públicos para dar cumplimiento a su misión. Esta categoría programática es la que conduce directamente

a la producción de un bien o a la prestación de un servicio para atender a un *cliente* o a un usuario plenamente identificado.<sup>16</sup> Sin embargo, dado que esta categorización sólo permite generar rubros de gasto muy amplios, la posibilidad de realizar un análisis detallado del gasto para temas específicos se ve seriamente limitada.

La contabilidad pública se clasifica por objetos de gasto. Mediante esta clasificación se identifican los recursos humanos, materiales, tecnológicos y financieros, así como los bienes, servicios y obras públicas que la administración pública demanda para desarrollar sus acciones. El gasto se agrupa en capítulos, conceptos y partidas.

## EXPERIENCIA DE CUENTAS EN SALUD Y DE CUENTAS EN SALUD A TEMAS ESPECÍFICOS

Para brindar información sobre el monto del gasto en salud, que identifique quién y en qué se gasta<sup>7</sup> en el sistema de salud mexicano, se desarrolló el Sistema de Cuentas de Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS).

La institucionalización del SICUENTAS inició en el año 2001, bajo la responsabilidad de la Dirección General de Información en Salud de la Secretaría de Salud.<sup>7</sup> Los antecedentes de este proceso son los ejercicios de estimación de cuentas en salud realizados en el periodo 1992-1998 por la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD).<sup>15</sup> En la actualidad se está gestando la implantación de un Sistema de Cuentas Estatales de Salud que permita a las autoridades estatales evaluar si el gasto en salud realizado responde a las necesidades de salud de los

grupos considerados como prioritarios. Desde sus inicios la información generada por las Cuentas en Salud representó un insumo de vital importancia para la política en salud. Los resultados arrojados por estas estimaciones constituyeron los elementos claves que permitieron orientar el proceso de reforma y recientemente han sustentado uno de los componentes centrales de este proceso, la creación del Sistema de Protección Social en Salud. Asimismo, hicieron evidente la necesidad de utilizar mecanismos de asignación que permitieran romper con la tendencia histórica en la asignación del gasto, así como disminuir las desigualdades financieras. Su institucionalización y la constante actualización de su personal ha permitido que las Cuentas de Salud se estimen con menos de un año de rezago, lo que genera mayores posibilidades de uso para el monitoreo de políticas.

En México el primer intento de contabilizar el gasto ejercido en temas específicos de salud fue la construcción de las Cuentas en VIH/SIDA, realizadas a partir de la estimación del gasto para los años 1997 y 1998. Este ejercicio se ejecutó a través de la Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe (SIDALAC) y la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD).<sup>17</sup> Su propósito principal fue estimar el monto de recursos que el sistema de salud asignó al combate y atención del VIH/SIDA, como parte del esfuerzo conjunto de diferentes países de la región. Las Cuentas en VIH/SIDA han sido calculadas por esta entidad hasta el 2003 en 20 países de América Latina, lo que sin duda ha constituido la iniciativa más amplia en cobertura para la medición del VIH/SIDA. Actualmente, el Centro Nacional de Prevención y Lucha contra el SIDA es el encargado de continuar la labor de calcular el gasto ejercido destinadas a la prevención, detección y atención del VIH/SIDA.

## II. CUENTAS EN SALUD REPRODUCTIVA Y EQUIDAD DE GÉNERO

### CONTEXTO INTERNACIONAL

La estimación de las Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género para 2003 representa la primera experiencia mexicana de aplicación de las Cuentas en Salud a los programas de salud reproductiva. Este esfuerzo surge en el contexto de responder al compromiso aceptado por México de reducir la mortalidad materna al 75 por ciento para el 2015 como parte de los objetivos de Desarrollo del Milenio,<sup>2</sup> así como a la necesidad de comprometer mayores recursos financieros en acciones orientadas a disminuir las grandes disparidades existentes en los indicadores de mortalidad materna y de cáncer cérvico-uterino y mamario en el interior del país, compromisos signados en la Conferencia de Población y Desarrollo (El Cairo, 1994).<sup>1</sup>

A nivel internacional sólo se ha documentado la realización de estudios similares en Egipto y Sri Lanka,<sup>18</sup> Rajasthan (India)<sup>19</sup>, Filipinas,<sup>20</sup> Marruecos,<sup>20</sup> Jordania y Rwanda (sin publicar). En ellos las matrices de gasto reportadas utilizan categorías amplias para designar las funciones de salud reproductiva. Dichas categorías responden al diseño de los programas de salud y a la información contable y de productividad disponible. Una comparación de estas categorías se muestra en el cuadro 1.

**Cuadro 1. Categorías utilizadas para la presentación de gasto en salud reproductiva**

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

\* Consiste en todas las otras categorías de salud reproductiva que no han sido clasificadas anteriormente y permiten tanto al hombre como a la mujer ejercer sin riesgo sus funciones de salud reproductiva. Incluyen servicios de fertilidad, comportamiento sexual, salud del adolescente, tratamiento y prevención de infecciones del tracto reproductivo y consejería de genética y prevención de anomalías congénitas. Fuentes: Rannan-Eliya R, Berman P, Eltigani E., De Silva W, Somanathan A, Sumathiratne V. Expenditures for reproductive health services in Egypt and Sri Lanka. Institute of Policy Studies. Occasional Paper 13. July 2000. Sharma S, McGreevey W, Kanjilal B, Hotchkiss DR. Reproductive and child health accounts: an application to Rajasthan. Health Pol Plann 2002; 17: 314-321. De S et al. Measurement of population expenditures at the subnational level using the NHA framework, Bethesda 2004. 41 p.

## CUENTAS EN SALUD REPRODUCTIVA Y EQUIDAD DE GÉNERO, MÉXICO 2003

### Definiciones Operacionales

Para el desarrollo y aplicación de la metodología del Sistema de Cuentas en Salud a programas de salud reproductiva, fue necesario, en primera instancia, definir el concepto de salud reproductiva y posteriormente, el de gasto en salud reproductiva. A continuación se presentan las definiciones operacionales de estos conceptos.

La Organización Mundial de la Salud define la salud reproductiva como “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad o daño, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo, funciones y procesos, en todas las etapas de la vida”.<sup>21</sup> Ésta es una definición amplia que comprende aspectos diversos, desde la orientación e información sobre sexualidad a las y los adolescentes, la atención durante el embarazo, parto, cesárea, así como también la atención post-aborto. Engloba además la planificación familiar, problemas de infertilidad, infecciones de transmisión sexual, cáncer cérvico-uterino, mamario, prostático, así como la atención tanto de la menopausia como del climaterio.

Dada la amplitud de esta definición, en la estimación de las CuSaRe del 2003 se trabajó con una visión delimitada en la que solamente se consideraron los principales programas de salud reproductiva. Para la elección de los mismos se consideraron factores como la cobertura y la importancia para el sector salud de estos programas. Los seleccionados fueron: salud materno-perina-

tal, planificación familiar, cáncer cérvico-uterino y mamario, y violencia y equidad de género. Se excluyó la atención de Infecciones de transmisión sexual (ITS) para evitar traslapes con la contabilidad de las Cuentas en VIH/SIDA.

Ante la posibilidad de que programas de salud con denominaciones iguales en diferentes instituciones de salud incluyan actividades distintas se definió un listado con las actividades consideradas por cada programa a estudiar. A continuación, se especifica con mayor detalle las actividades incluidas en cada programa.

#### a) Salud materno perinatal (SMP)

Incluye la atención del embarazo, parto, cesárea, aborto, puerperio y la atención del recién nacido durante los primeros 30 días de vida; las actividades de promoción de la salud materno-infantil, capacitación a personal e investigación en este rubro, así como la administración del programa.

#### b) Planificación familiar (PF)

Comprende la consejería, provisión y seguimiento de métodos anticonceptivos como el dispositivo intrauterino (DIU), anticonceptivos hormonales, preservativos, esterilización femenina y masculina y otros; las actividades de promoción e información de planificación familiar, la capacitación a personal y las labores administrativas para este programa.

#### c) Cáncer cérvico-uterino (CaCu):

Incluye las actividades de detección oportuna de cáncer (DOC), referencia y atención para casos sospechosos, referencia y tratamiento del cáncer cérvico-uterino, radioterapia, quimioterapia y braquiterapia; las actividades de promoción de la salud, capacitación al personal, e investigación. Así como las actividades administrativas para este programa.

## d) Cáncer de mama (CaMa)

Abarca las actividades de detección de cáncer mamario, referencia y tratamiento para casos sospechosos, atención de los casos diagnosticados, pruebas de laboratorio y gabinete, así como procedimientos quirúrgicos, radioterapia y quimioterapia. Considera las actividades de promoción de la salud y capacitación a personal, así como las labores administrativas.

## e) Violencia y equidad de género

Incluye las acciones contra la violencia de pareja, la atención que los albergues proporcionan a mujeres e hijos que sufren de la violencia intrafamiliar, la capacitación del personal de salud para el diagnóstico y manejo de mujeres violentadas, así como la realización de investigación en este campo y la administración de estos programas.

Considerando estas categorías, la salud reproductiva y la equidad de género, para el caso de las CuSaRe, se definieron como se presenta en el cuadro 2. En este sentido, operacionalmente las CuSaRe se definen como se presenta en el cuadro 3.

## CATEGORÍAS DE ANÁLISIS PARA EL GASTO EN SALUD REPRODUCTIVA Y EQUIDAD DE GÉNERO

Siguiendo la estructura del Sistema de Cuentas de Salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE),<sup>20</sup> así como la versión adaptada para el caso mexicano, se consideraron las siguientes categorías analíticas.

### Fuentes de financiamiento (FS)

Son las entidades que proveen los fondos usados en el sistema de salud por los agentes financieros. Se presenta un listado con las fuentes de financiamiento para el caso mexicano en el cuadro 4.

Es importante mencionar que la estimación de las CuSaRe no incluye la categoría de las fuentes debido a que no existe un desglose que permita identificar la procedencia de los fondos destinados a actividades de programas específicos, como son los incorporados en la salud reproductiva y la equidad de género.

Cuadro 2. Definición operacional de salud reproductiva y equidad de género

Salud Reproductiva	Equidad de Género
Acciones de promoción, prevención, atención y control en planificación familiar, salud materno perinatal, cáncer cérvico-uterino y mamario. Se incluyen las actividades y acciones de capacitación al personal involucrado en la operación de estos programas, así como la administración de estos programas.	En el contexto de la salud reproductiva, la equidad de género se entiende como aquellas acciones que se orienten a la disminución de los riesgos de mortalidad y lesiones en salud por violencia intrafamiliar.

Cuadro 3. Definición operacional de cuentas en salud reproductiva y equidad de género

Es el sistema que documenta el flujo de fondos en la producción y consumo para la salud reproductiva y equidad de género a través del sector público y privado en el sistema de salud.



Cuadro 4. Listado de fuentes de financiamiento

<b>Código</b>	<b>Agentes financieros</b>
FS.1	Fondos públicos
FS.1.1.	Fondos del gobierno
FS.1.1.1	Ingresos del gobierno
FS.1.1.1.1.	Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP)
FS.1.1.1.2	Secretaría de Salud
FS.1.1.1.3	Organismos Públicos Descentralizados (OPD)
FS.1.1.1.4	Otras dependencias
FS.1.1.2	Ingresos del gobierno estatal
FS.1.1.2.1	SHCP / Secretaría de Finanzas estatal
FS.1.1.2.2	Servicios Estatales de Salud
FS.1.1.2.3	Otras dependencias estatales
FS.1.1.3	Ingresos del gobierno
FS.1.2	Otros fondos públicos
FS.1.2.2	Otros
FS.2	Fondos privados
FS.2.1	Fondos del empleador
FS.2.1.1	Empresas
FS.2.1.2	Seguridad Social
FS.2.2	Fondos de los hogares
FS.2.3	Instituciones sin fines de lucro (ONG)
FS.2.4.	Otros fondos privados
FS.3	Fondos del resto del mundo

Fuente: Merino-Juárez MF, Alarcón-Gómez M, Lozano-Ascencio R. Manual del Sistema de Cuentas y Estatales de Salud. México, DF: Dirección General de Información en Salud, SSA; 2004. 134 p

Cuadro 5. Agentes Financiadores

<b>Código</b>	<b>Agentes financieros</b>
HF.A	Sector Público
HF.1.	Gobierno General
HF.1.1.	Gobierno General (excepto seguridad social)
HF.1.1.1	Gobierno Central
HF.1.1.1.1.	Secretaría de Salud
HF.1.1.1.2	Otras dependencias
HF.1.1.2	Gobierno estatal
HF.1.1.2.1	Servicios Estatales de Salud
HF.1.1.2.2	Organismos Públicos Descentralizados (OPD)
HF.1.1.2.3	Otras dependencias estatales
HF.1.2	Seguridad Social
HF.1.2.1.	Instituciones públicas
HF.1.2.2	Empresas paraestatales
HF.B	Sector no gubernamental
HF.2	Sector privado
HF.2.2.	Empresas de seguros privado
HF.2.3	Pago de bolsillo
HF.2.4.	Instituciones sin fines de lucro (ONG)
HF.3	Resto del mundo

Fuente: Merino-Juárez MF, Alarcón-Gómez M, Lozano-Ascencio R. Manual del Sistema de Cuentas y Estatales de Salud. México, DF: Dirección General de Información en Salud, SSA; 2004. 134 p. Avila L, Cahuana L, Perez R. Cuentas nacionales en salud reproductiva y equidad de género. México D.F., Cuernavaca: Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.

## Agentes financiadores (HF)

Los agentes financiadores son las entidades o instituciones que acumulan los recursos de las fuentes de financiamiento, y los canalizan para el pago o la compra de bienes o servicios a los proveedores del sector salud.

El cuadro 5 presenta un listado de los agentes financiadores utilizados por las CuSaRe.

Para identificar las fuentes financieras es necesario conocer primero a los agentes financiadores. Asimismo, existe la posibilidad de que entidades que desempeñan el papel de fuente al mismo tiempo sean agentes; es el caso de los hogares, quienes proveen fondos, los colectan y deciden en qué tipo de atención médica los gastan.

Es importante señalar que algunos de los agentes financiadores, como PEMEX, SEDENA, SEDEMAR, no pudieron ser incorporados por falta de información.

## Proveedores (HP)

Son las entidades o instituciones que reciben el dinero de los agentes financiadores para producir bienes y servicios dentro del ámbito del sector salud.

Se presenta un listado detallado de los proveedores de bienes y servicios incluidos en las CuSaRe en el cuadro 5.

En el sistema de salud mexicano algunos de los agentes financiadores que reúnen fondos provenientes del sector público (gobierno federal) cumplen con el rol de proveedores de servicios de salud.

## Funciones (HC)

Son las actividades desempeñadas por instituciones o individuos que persiguen la promoción de la salud, la prevención y curación de las enfermedades, la atención a personas con padecimientos crónicos o cuidados especiales, suministro y administración de salud pública, suministro y administración de programas y seguros de salud.

En la determinación de las funciones de salud a considerarse en el estudio de las CuSaRe se trabajó con el listado del SICUENTAS,<sup>7</sup> la categorización propuesta por la Clasificación Internacional de Cuentas de Salud (ICHA, por sus siglas en inglés) y la información existente para cada uno de los proveedores, agrupando diagnósticos mediante el uso de la Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10.<sup>23</sup> Es importante mencionar que la inclusión de actividades por rubros de funciones responde a la visión de riesgo reproductivo estipulado por la OCDE<sup>6</sup> y OMS.<sup>8</sup>

Entre los principales grupos de funciones en salud reproductiva y equidad de género trabajados están:

- *Servicios de atención curativa.* Son los servicios médicos destinados a aliviar síntomas, reducir la gravedad o impedir que se agrave o complique una enfermedad o lesión que podría poner en peligro la vida o el funcionamiento normal del organismo. La *atención curativa hospitalaria* se refiere a los servicios médicos brindado a pacientes internos, por ejemplo la atención intra-hospitalaria del CaCu y CaMa, los partos, cesáreas y abortos, y la atención de complicaciones tanto en el embarazo, parto y puerperio como

**Cuadro 6. Listado de proveedores de Salud Reproductiva y Equidad de Género**

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

Fuente: Merino-Juárez MF, Alarcón-Gómez M, Lozano-Ascencio R. Manual del Sistema de Cuentas y Estatales de Salud. México, DF: Dirección General de Información en Salud, SSA; 2004. 134 p. Avila L, Cahuana L, Perez R. Cuentas nacionales en salud reproductiva y equidad de género. México D.F., Cuernavaca: Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.

en el neonato. La *atención curativa ambulatoria* comprende los servicios médicos brindados a pacientes externos o ambulatorios en consultorios médicos dentro o fuera de hospitales, como las consultas por displasias y/o CaCu y CaMa, y la atención de embarazos complicados.

- *Servicios auxiliares de atención de la salud.* Reúne los servicios de análisis de laboratorio e imagenología diagnóstica. Ejemplo de ellos son las biopsias para detección de cáncer y los análisis clínicos en las mujeres embarazadas.
- *Bienes médicos proporcionados a pacientes ambulatorios.* Son los productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios o en servicios conexos. Entre ellos se encuentran los métodos anticonceptivos y los suplementos vitamínicos recomendados durante el embarazo.
- *Servicios de prevención y de salud pública.* Son las campañas y programas destinados a la mejora del estado de salud de la población, tanto para enfermedades transmisibles como no transmisibles. Entre ellos se encuentran las consultas prenatales, del puerperio y recién nacido, las campañas de promoción de la SMP y las consultas y promoción de PF. Asimismo, se incluyen las campañas de tamizaje y prevención de CaCu y CaMa, y la prevención de la violencia de pareja.
- *Rectoría y administración de la salud y los seguros médicos.* Son las actividades que autoridades federales y estatales ejercen para la planificación, gestión, regulación y obtención de fondos para los programas de salud reproductiva.
- *Formación de capital, de personal sanitario e investigación y desarrollo.* Son todas estas ac-

tividades que se encaminan a generar los recursos para la prestación de servicios de salud reproductiva. Incluye la construcción y equipamiento de los establecimientos de salud (formación de capital), la capacitación y entrenamiento del personal sanitario (formación de personal sanitario) y las actividades de investigación y desarrollo (I&D) en salud reproductiva.

Un listado con los códigos y las funciones utilizados se presenta en el cuadro 7.

### Beneficiarios

Esta categoría hace referencia a la población o los grupos de ella que usan o se benefician de los programas de salud reproductiva y equidad de género y, por lo tanto, del gasto en que se incurre para estos programas.<sup>7</sup>

Los lineamientos de los Sistemas de Cuentas en Salud recomiendan el uso de esquemas de clasificación basados en categorías demográficas, geográficas, socioeconómicas y de condiciones de salud. Si bien en el caso de las CuSaRe no se generaron matrices especiales para obtener el gasto por grupo de beneficiario, se consideró realizar un análisis del gasto ejercido por programas brindados por el sector público. Se estudió el gasto por beneficiario utilizando tres niveles de análisis: a) población perteneciente al esquema de la seguridad social y población sin acceso a ella; b) población por estado, y c) población beneficiaria por programa, según lo establecido en las normas oficiales y los programas de acción. El detalle sobre el último nivel de detalle mencionada se presenta en el cuadro 8.

Cuadro 7. Listado de funciones en Salud Reproductiva y Equidad de Género

<b>Código</b>	<b>Tipo de función</b>
HC 1	Servicios de asistencia curativa
HC 1.1	Asistencia curativa hospitalaria
HC 1.1.1	Manejo binomio madre-hijo
HC 1.1.1.1	Parto normal
HC 1.1.1.2	Cesárea
HC 1.1.1.3	Recién nacido normal
HC 1.1.1.4	Manejo y terapéutica del RN complicado
HC 1.1.1.5	Complicaciones en el embarazo, parto y puerperio
HC 1.1.2	Atención de cáncer cérvico-uterino
HC 1.1.3	Atención de cáncer de mama
HC 1.1.4	Métodos quirúrgicos de planificación familiar
HC 1.1.4.1	Salpingoclasia
HC 1.1.4.2	Vasectomía
HC 1.1.4.3	Otros
HC 1.1.5	Aborto
HC 1.1.6	Procedimientos de fertilización
HC 1.3	Asistencia curativa ambulatoria
HC 1.3.1	Servicios médicos y diagnósticos básicos
HC 1.3.1.1	Detección oportuna de cáncer cérvico-uterino
HC 1.3.1.2	Exploración mamaria
HC 1.3.3	Los demás servicios de asistencia especializada
HC 1.3.3.1	Manejo y control del embarazo complicado o de alto riesgo
HC 1.3.3.2	Atención de cáncer cérvico-uterino
HC 1.3.3.3	Atención de cáncer de mama
HC 1.3.3.4	Procedimientos de fertilización asistida
HC 4	Servicios auxiliares de atención de la salud
HC 4.1	Laboratorio clínico
HC 4.1.1	Análisis para embarazo y parto
HC 4.1.2	Citologías y biopsias de CaCU
HC 4.1.3	Estudios de laboratorio, biopsias para CaMa
HC 5	Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios
HC 5.1	Productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos
HC 5.1.1	Medicamentos de prescripción
HC 5.1.1.1	Anticonceptivos hormonales (orales e inyectables)
HC 5.1.1.2	Para control prenatal (sulfato ferroso, ácido fólico, micronutrientes)
HC 5.1.3	Otros productos médicos perecederos

Continúa en la sig. página

HC 5.1.3.1	Preservativos
HC 5.1.3.2	Dispositivos intra uterinos
HC 5.1.3.3	Implantes subdérmicos
HC 6	Servicios de prevención y de salud pública
HC 6.1	Salud materno perinatal, servicios de planificación familiar y consultas
HC 6.1.1	Salud materno perinatal
HC 6.1.1.1	Consultas de control prenatal
HC 6.1.1.2	Consultas de puerperio fisiológico
HC 6.1.1.3	Consultas de control del recién nacido
HC 6.1.1.4	Promoción de la salud materno perinatal
HC 6.1.2	Planificación familiar
HC 6.1.2.1	Consultas de planificación familiar
HC 6.1.2.2	Promoción de la planificación familiar
HC 6.4	Prevención de enfermedades no transmisibles
HC 6.4.1	Cáncer cérvico-uterino
HC 6.4.1.1	Tamizaje
HC 6.4.1.2	Promoción de la salud (CaCu)
HC 6.4.2	Cáncer de mama
HC 6.4.2.1	Tamizaje
HC 6.4.2.2	Promoción de la salud (CaMa)
HC 6.9.1	Prevención de la violencia
HC 6.9.2	Centros de atención a violencia
HC 7	Rectoría y administración de la salud y los seguros médicos
HC 7.1	Rectoría y administración de la salud por administraciones públicas
HC 7.1.1	Rectoría y administración de la salud por administraciones públicas (excepto seguridad social)
HC 7.1.2	Actividades de admin., funcionamiento y apoyo de las admin. de seguridad social
HC 7.2	Administración de la salud y los seguros médicos: organismos privados
HC 7.2.1	Administración de la salud y los seguros médicos: seguros sociales
HC 7.2.2	Administración de la salud y los seguros médicos: otros organismos privados
HCR 1	Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud
HCR 2	Formación del personal sanitario
HCR 3	Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud
HCR 3.1	Embarazo, parto, puerperio
HCR 3.2	Cáncer cérvico-uterino
HCR 3.3	Cáncer de mama
HCR 3.4	Planificación familiar

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

Cuadro 8. Beneficiarios por programa, CuSaRe	
Grupo	Cálculo
Mujeres beneficiarias de programas de salud materno-perinatal. Posibles embarazos	Tasa bruta de natalidad * Población beneficiaria / 1000
Mujeres beneficiarias programas de planificación familiar	Mujeres de 15 a 49 años
Mujeres beneficiarias programas de cáncer cérvico-uterino y mamario	Mujeres de 25 años a más

## LÍMITES ESPACIALES Y TEMPORALES

Las CuSaRe incluyeron las transacciones realizadas dentro del país, y excluyó las transacciones de mexicanos residentes en el extranjero. Asimismo, se consideró el gasto de donantes o instituciones extranjeras ya sea en dinero o en especie cuyo objetivo esencial fuera el mantenimiento, restablecimiento, mejoramiento y protección de la salud en las actividades relacionadas con la salud reproductiva y equidad de género anteriormente mencionadas. Para realizar un análisis de la situación por cada entidad federativa, las CuSaRe presentan la información del gasto tanto para el nivel federal como estatal.

Respecto a la dimensión temporal, las CuSaRe incluyeron el gasto para el periodo enero a diciembre de 2003. Es importante mencionar que el registro del gasto en salud consideró el periodo en que el valor económico del bien o servicio fue generado (método devengado).<sup>7</sup>

## CONFORMACIÓN DE MATRICES DE GASTO

Para la especificación del uso de recursos por funciones del gasto, se construyeron las siguientes matrices de gasto:

- Gasto de los agentes financiadores por funciones de salud reproductiva en el nivel nacional.
- Gasto de los proveedores de bienes y servicios por funciones de salud reproductiva.
- Gasto de los agentes financieros del sector público por funciones de salud reproductiva y por entidad federativa.

Las matrices de gasto construidas se presentan en los cuadros 9, 10 y 11.

## FUENTES DE DATOS

La estimación del gasto en salud requiere de la recolección de datos completos, veraces y precisos. Por ello fue necesario identificar fuentes de información que brindaran datos pertinentes para el estudio a realizar en periodicidad, detalle y metodología. Debido a que las fuentes de datos y su proceso de recopilación dependen en gran medida del tipo y la calidad de la información existente, se definieron las acciones de salud reproductiva a estudiar, las instituciones a las cuales entrevistar, y el tipo de información financiera existente acorde con su estructura programática. De este modo, se realizó



Cuadro 9. Matriz de gasto de los agentes financieros por funciones de salud reproductiva, en el nivel nacional

	Función (Salud reproductiva)	HF1	Gobierno general		
		Total Sector Público	HF1,1,1,1 Secretaría de Salud	HF1,1,2 Gobierno Estatal	HF1,1,3 IMSS-oportuni.
HC1	<b>Servicios de asistencia curativa</b>				
HC1,1	Asistencia curativa hospitalaria				
HC1,1,1	Manejo binomio madre-hijo				
HC1,1,2	Atención de cáncer cérvico uterino				
HC1,1,3	Atención de cáncer de mama				
HC1,1,4	Métodos quirúrgicos de planeación familiar				
HC1,1,5	Aborto				
HC,1,1,6	Procedimiento de fertilización				
HC1,2	Asistencia curativa en hospitalización de día				
HC1,2,1	Radioterapia para Ca Cu				
HC1,2,2	Quimioterapia para Ca Cu				
HC1,3	Asistencia curativa ambulatoria				
HC1,3,1	Servicios médicos y diagnósticos básicos				
HC1,3,3	Los demás servicios de asistencia especializada				
HC4	<b>Servicios Auxiliares de atención de la salud</b>				
HC4,1	Laboratorio Clínico				
HC4,1,1	Para embarazo y parto				
HC4,1,2	Citologías y biopsias de Ca Cu				
HC4,1,3	Estudios de laboratorio, biopsias para CaMa				
HC4,2	Imagenología				
HC4,2,1	Ultrasonido obstétrico				
HC4,2,2	Mastografía				
HC4,2,3	Ultrasonido Mamario				
HC5	<b>Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios</b>				
HC5,1	Productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos				
HC5,1,1	Medicamentos de prescripción				
HC5,1,3	Otros productos médicos perecederos				
HC6	<b>Servicios de prevención y de salud pública</b>				
HC6,1	Salud materno-perinatal, servicios de planificación familiar y consultas				
HC6,1,1	Salud materno-perinatal				
HC6,1,2	Servicios de planificación familiar				
HC6,4	Prevención de enfermedades no transmitibles				
HC6,4,1	Cáncer cérvico uterino				
HC6,4,2	Cáncer de mama				
HC6,5,1	Prevención de la violencia				
HC6,5,2	Centros de atención a la violencia				
HC7	<b>Administración de la salud y seguros médicos</b>				
HC7,1	Administración de la salud por administraciones públicas				
HC7,2	Administración de la salud y los seguros médicos: organismos privados				
HCR1	Formación de capital de instituciones proveedoras de atención a la salud				
HCR2	<b>Formación del personal sanitario</b>				
HCR3	<b>Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud</b>				

Continúa en la sig. página



Cuadro 10. Matriz de gasto de los proveedores de bienes y servicios por funciones de salud reproductiva

	Función (Salud reproductiva)	HP1	HP3	HP3,1
		Hospitales	Proveedores de atención ambulatoria total	Consultorios médicos
HC1	<b>Servicios de asistencia curativa</b>			
HC1,1	Asistencia curativa hospitalaria			
HC1,1,1	Manejo binomio madre-hijo			
HC1,1,2	Atención de cáncer cérvico uterino			
HC1,1,3	Atención de cáncer de mama			
HC1,1,4	Métodos quirúrgicos de planeación familiar			
HC1,1,5	Aborto			
HC,1,1,6	Procedimiento de fertilización			
HC1,2	Asistencia curativa en hospitalización de día			
HC1,2,1	Radioterapia para Ca Cu			
HC1,2,2,	Quimioterapia para Ca Cu			
HC1,3	Asistencia curativa ambulatoria			
HC1,3,1	Servicios médicos y diagnósticos básicos			
HC1,3,3	Los demás servicios de asistencia especializada			
HC4	<b>Servicios Auxiliares de atención de la salud</b>			
HC4,1	Laboratorio Clínico			
HC4,1,1	Para embarazo y parto			
HC4,1,2	Citologías y biopsias de Ca Cu			
HC4,1,3	Estudios de laboratorio, biopsias para CaMa			
HC4,2	Imagenología			
HC4,2,1	Ultrasonido obstétrico			
HC4,2,2	Mastografía			
HC4,2,3	Ultrasonido Mamario			
HC5	<b>Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios</b>			
HC5,1	Productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos			
HC5,1,1	Medicamentos de prescripción			
HC5,1,3	Otros productos médicos perecederos			
HC6	<b>Servicios de prevención y de salud pública</b>			
HC6,1	Salud materno-perinatal, servicios de planificación familiar y consultas			
HC6,1,1	Salud materno-perinatal			
HC6,1,2	Servicios de planificación familiar			
HC6,4	Prevención de enfermedades no transmitibles			
HC6,4,1	Cáncer cérvico uterino			
HC6,4,2	Cáncer de mama			
HC6,5,1	Prevención de la violencia			
HC6,5,2	Centros de atención a la violencia			
HC7	<b>Administración de la salud y seguros médicos</b>			
HC7,1	Administración de la salud por administraciones públicas			
HC7,2	Administración de la salud y los seguros médicos: organismos privados			
HCR1	Formación de capital de instituciones proveedoras de atención a la salud			
HCR2	<b>Formación del personal sanitario</b>			
HCR3	<b>Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud</b>			

Continúa en la sig. página



**Cuadro 11. Matriz de gastos de los agentes financieros del sector público por grandes funciones de salud reproductiva, por entidad federativa (estados seleccionados)**

Función (salud reproductiva)		Aguascalientes	Baja California	Baja California Sur	Campeche	Coahuila	Colima	Chiapas	Chihuahua	Distrito Federal	Durango	Guanajuato	Guerrero	Hidalgo	Jalisco	México
HC1	Servicios de asistencia curativa															
HC4	Servicios auxiliares de atención de la salud															
HC5	Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios															
HC6	Servicios de prevención y de salud pública															
HC7	Administración de la salud y los seguros médicos															
HCR1	Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud															
HCR2	Formación del personal sanitario															
HCR3	Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud															

un trabajo conjunto con actores clave del sistema, con los directores de programa de salud del nivel federal y por institución, y con sus administradores o personal encargado del área de finanzas.

Una vez identificada la información disponible en cada institución y la calidad de ésta, el siguiente paso fue solicitar datos sobre gasto, características de la población que utiliza sus servicios, servicios producidos en el año y los ejercicios de costos realizados en las instituciones seleccionadas, si fue el caso. Los instrumentos diseñados para este fin se presentan en el anexo 1.

Como en muchos casos la información de gasto se presentó de manera agregada, fue necesario diseñar estrategias paralelas para estimar el gasto destinado a acciones específicas. Se utilizaron estrategias similares para las diferentes instituciones con el fin de que los datos obtenidos fueran comparables entre sí. En un apartado posterior se detallan las estrategias utilizadas en la estimación del gasto por funciones o actividades específicas. El cuadro 12 engloba los principales datos utilizados en el estudio.

Cuadro 12. Fuentes de información	
Sector público	Sector privado
<p><b>Información del gasto</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Boletín de Información Estadística, Vol. IV: Recursos Financieros</li> <li>• Sistema de Cuentas en Salud a nivel federal y estatal (SICUENTAS)</li> <li>• Memoria estadística del IMSS</li> <li>• Anuario estadístico del ISSSTE</li> <li>• Informes anuales del presupuesto por institución, cuando existía por funciones generales, y por objeto de gasto (SSA, IMSS, ISSSTE, IMSS-Oportunidades, PEMEX, entre otros)</li> <li>• Información de los programas federales de salud por institución (SSA, IMSS, ISSSTE, IMSS-Oportunidades, PEMEX, entre otros).</li> <li>• Información sobre el costo de la provisión de servicios de salud, en literatura publicada o en literatura gris (informes, reportes, entre otros)</li> </ul> <p><b>Información sobre servicios otorgados (producción)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Información de los programas federales de salud por institución (SSA, IMSS, ISSSTE, IMSS-Oportunidades, PEMEX, entre otros)</li> <li>• Información estadística en salud por institución</li> <li>• Bases de egresos hospitalarios por institución (SSA, IMSS, ISSSTE, IMSS-Oportunidades, PEMEX, entre otros)</li> <li>• Bases de morbilidad por institución (SSA, IMSS, ISSSTE, IMSS-Oportunidades, PEMEX, entre otros)</li> </ul>	<p><b>Información sobre gasto y servicios otorgados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) (INEGI)</li> <li>• Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED) (SSA)</li> <li>• Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (SSA)</li> <li>• Información de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C.</li> <li>• Información financiera de organismos no gubernamentales (ONG)</li> </ul>

Cuadro 13. Aproximaciones para la estimación del gasto	
Vía ejercicio presupuestal	Vía costos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información servicios otorgados por programa y actividad a nivel nacional y estatal</li> <li>• Información de presupuesto ejercido por unidad administrativa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Especificación del flujo de atención</li> <li>• Indicadores de producción para cada etapa</li> <li>• Utilización de costos por caso típico</li> </ul>

## MÉTODOS DE ESTIMACIÓN DEL GASTO

Como ya se señaló anteriormente, debido a que la disponibilidad de la información fue heterogénea en las diferentes instituciones de salud analizadas, se utilizaron dos aproximaciones para la estimación del gasto en salud: la estimación del gasto *vía ejercicio presupuestal*, y la estimación del gasto *vía costos* (cuadro 13).

### Estimación del gasto vía ejercicio presupuestal

La estimación del gasto por esta vía consistió en el uso de datos sobre el presupuesto ejercido a nivel nacional y estatal. Cuando su desglose permitía identificar el gasto por función y actividad, se utilizó esta información directamente.

En el caso de actividades comprendidas en un rubro amplio de presupuesto se consideró el uso de ponderadores. Un ejemplo de esto lo constituye el gasto de los hospitales (segundo nivel). Este gasto agrupa el monto desembolsado para todas las actividades realizadas en un hospital, como son la consulta externa y las hospitalizaciones. Por ello, para aproximar el gasto en la hospitalización por diagnósticos específicos, el primer paso tomado fue discriminar qué porcentaje del gasto total de los hospitales correspondía a la consulta externa y cuánto a hospitalizaciones. Para calcular estos porcentajes se preguntó al personal de salud cuánto tiempo dedica a cada actividad en un día.<sup>c</sup>

Luego de identificar el gasto en hospitalizaciones, se seleccionaron indicadores de produc-

ción de servicios por diagnóstico para construir ponderadores del gasto. Si bien las hospitalizaciones se registran como egresos hospitalarios, se consideró utilizar los días estancia generados por cada tipo de egreso como una medida de la intensidad del uso de recursos en los hospitales. Para agrupar los días estancia por diagnóstico se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). Los ponderadores de gasto por diagnóstico se construyeron dividiendo el número de días estancia por diagnóstico entre el número total de días estancia en el hospital.

El ejemplo de la estimación del gasto en la atención de partos normales, cesáreas y abortos se presenta en la figura 3.

### Estimación del gasto vía costos

La estimación del gasto vía costos requirió el uso de datos de producción de servicios, así como de información de costos por actividad y por institución. Para determinar las actividades relevantes a costear, se procedió a especificar los flujos de atención de las usuarias que demandan atención por eventos asociados a cáncer cérvico-uterino, cáncer mamario, planificación familiar, embarazo y parto. Un ejemplo de estos flujos se presenta en la figura 4.

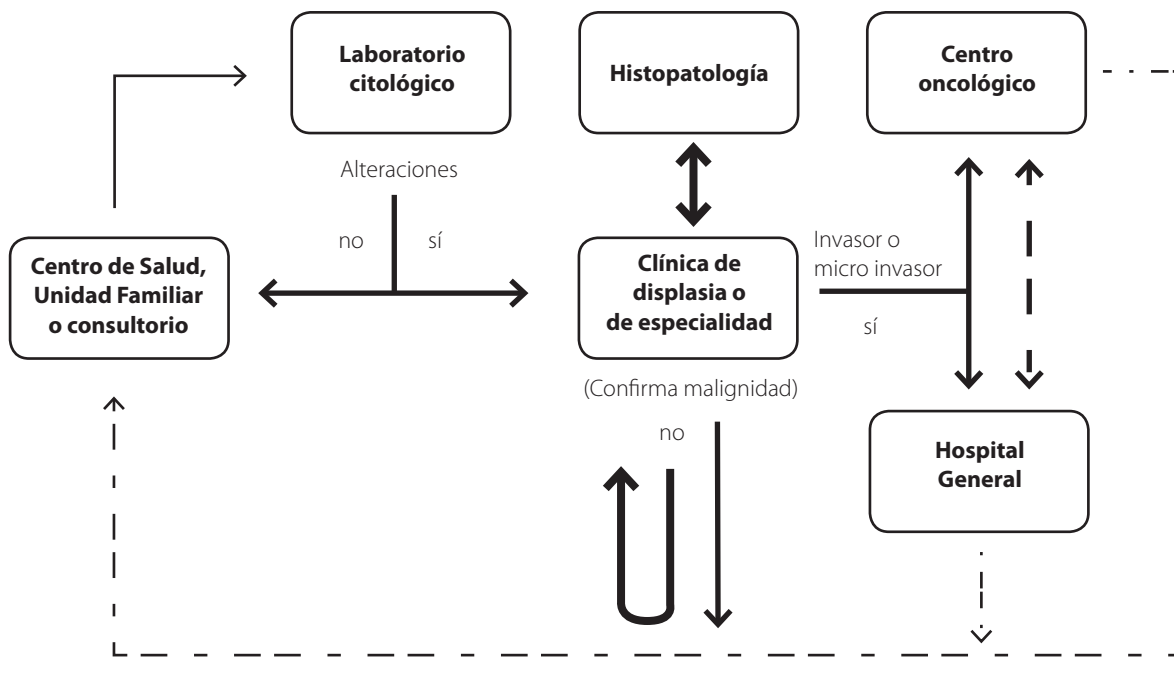
---

<sup>c</sup> Otra alternativa es solicitar el porcentaje de tiempo destinado a actividades dentro del hospital a los encargados de la construcción de centros de costos en cada institución, si existen.

Figura 3. Estimación vía ejercicio presupuestal ponderado. Estimación del gasto en atención de parto y cesárea



Figura 4. Flujoograma de una paciente con cáncer cérvico-uterino en la Secretaría de Salud





## SUPUESTOS Y DETALLE DE INFORMACIÓN UTILIZADA PARA EL CÁLCULO DEL GASTO POR AGENTE FINANCIADOR

### Supuestos

Se asumió una tasa promedio de cobertura de atención del recién nacido en el sistema de salud de 76 por ciento. Siguiendo lo observado en los centros de costos del IMSS, se asumió la siguiente distribución del tiempo del personal que trabaja en hospitales:

Hospitalización	60%
Consulta externa	30%
Urgencias	10%

Asimismo se supuso que el porcentaje del tiempo de una consulta necesaria para la toma de citología fue de 30 por ciento, y un promedio de dos consultas otorgadas para la atención de displasias.

### Información utilizada para el cálculo del gasto por agente financiador

#### a) SSA y gobierno estatal

Se trabajó con información referida al gasto por programa para la población no asegurada comprendida en el FASSA y el gasto estatal, así como con información concerniente a los servicios otorgados a la población (producción de servicios) en el año 2003 por entidad federativa. Es importante señalar que la Secretaría de Salud como agente financiador ejerce el ramo 12 y el gobierno estatal ejerce la suma del FASSA y el gasto estatal.

La información del gasto ejercido referida al ramo 12 generada por adquisición de materiales e insumos se calculó multiplicando las cantidades enviadas a los estados por parte de los programas federales de salud por su costo de adquisición. El gasto de rectoría y administración de los programas nacionales, incluidos en este rubro, fue brindado por el CNEGySR. El gasto para los programas destinados a la prevención de la violencia de pareja y para otras actividades de equidad de género fue brindado por el programa de Equidad de Género. Finalmente, el gasto ejercido en la adquisición de equipo, materiales e insumos (ramo 12) se obtuvo por parte de la Coordinación Nacional de cada programa.

La información para el FASSA del ramo 33 y el gasto estatal provino principalmente del SICUENTAS, de donde se seleccionaron las claves presupuestarias relacionadas a actividades específicas vinculadas a los programas en estudio. En estos casos, se utilizó el monto especificado tanto para el ramo 33, como para el gasto estatal. Cuando los gastos incluían más de una función, se aplicó el ponderador del FASSA (también provisto por el SICUENTAS) para cada concepto.

Cuando el gasto se refería a grandes funciones como el gasto en el segundo nivel, se utilizó la estimación vía ejercicio presupuestal. Para establecer los días estancia correspondientes a cada función se trabajó con el Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH), agrupando los diagnósticos de interés siguiendo la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10).

Es importante mencionar que debido a la ausencia de información sobre gastos para varios estados, se consideró una segunda fase de estimación del gasto en Salud Reproductiva y Equi-

dad de Género para este agente financiador. En esta etapa se seleccionaron cinco estados considerando los siguientes criterios: ausencia de información sobre gastos en salud y composición de su gasto en salud.

En cada estado se solicitó la información de los presupuestos ejercidos y los datos de servicios otorgados. Adicionalmente, se revisó una muestra de expedientes clínicos de mujeres con los diagnósticos de parto, cesárea y cáncer cérvico-uterino y mamario, lo que permitió especificar patrones de consumo de recursos para la Secretaría de Salud a nivel estatal. En promedio se revisaron 93 expedientes por estado. Los instrumentos utilizados se presentan en el anexo 2 y 3.

#### b) IMSS-Oportunidades

El gasto en esta institución se calculó con base en información de producción y costos proporcionada por la Coordinación de Salud Reproductiva y el área financiera de esta institución.

#### c) IMSS

Para el cálculo del gasto en esta institución se utilizó la estimación vía ejercicio presupuestal. Se utilizó información sobre el número de días estancia por diagnóstico siguiendo la CIE 10 y el gasto por función fue calculado ponderando el gasto en hospitalización por la proporción que los días estancia de las actividades de SR representaban del total de días estancia en cada entidad federativa.

De manera similar, el gasto en el nivel ambulatorio fue calculado ponderando el gasto de la atención ambulatoria con la información sobre producción que proporcionó la División de Desarrollo e Integración de Sistemas del IMSS, de dónde se agruparon consultas por función, siguiendo la CIE 10. Asimismo, se trabajó con

información referente a usuarias activas por métodos, consultas de control prenatal y pruebas de detección; dicha información se obtuvo de la Coordinación de Salud Reproductiva del IMSS.

El gasto correspondiente a la compra de métodos de planificación familiar para cada estado fue proporcionado por la Coordinación de Salud Reproductiva.

El gasto ejercido en recursos humanos vinculados a la coordinación y administración de los programas de Salud Reproductiva por delegación fue proporcionado por la División de Desarrollo e Integración de Sistemas.

#### d) ISSSTE

El cálculo del gasto por función para esta institución fue realizado usando información sobre procesos seleccionados del presupuesto ejercido que estuviesen relacionados a las actividades bajo estudio y de servicios médicos otorgados de procesos seleccionados del avance programático 2003 del ISSSTE, proporcionado por la Subdirección General de Finanzas.

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

### **Información utilizada para el cálculo del gasto privado**

El gasto privado se midió utilizando encuestas nacionales a hogares como la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares 2002 (ENIGH,

Cuadro 14. Rubros de gasto sobre embarazo y parto obtenibles de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto, 2002

<b>Embarazo</b>	<b>Parto normal y cesárea</b>
Consultas medicas	Honorarios médicos
Consultas dentales	Medicamentos
Medicamentos	Análisis
Vacunas	Hospitalización
Análisis	Ambulancia
Hospitalización	Partera
Otros	Otros
Partera	Anticonceptivos
Hierbas	Anticonceptivos y vitaminas

2002), la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño 2002 (ENED, 2002) y la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva (ENSAR, 2003). Asimismo, se capturó información sobre el pago que los hogares realizan como cuotas de recuperación pagadas a instituciones públicas. Adicionalmente, se tomó en cuenta el gasto que reporta la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) al SICUENTAS. Por otra parte, se recolectó información sobre el gasto de las principales ONG que trabajan en salud reproductiva.

Particularmente, el gasto privado en SMP y PF se calculó utilizando las siguientes fuentes:

- La ENIGH 2002 recopila información que permite medir el gasto trimestral (monetario y no monetario) realizado por los hogares para el embarazo, parto y adquisición de métodos anticonceptivos en forma detallada. El detalle de los rubros de gasto contenidos en esta encuesta se presenta en el Cuadro 14. Existieron ciertas limitaciones en el uso de la información de la ENIGH. En primer lugar, esta encuesta solo tiene re-

presentatividad nacional, por lo que no fue posible estimar el gasto privado en el nivel estatal. Por otra parte, el gasto se reporta trimestralmente, por lo que fue necesario utilizar una distribución trimestral del parto y de los embarazos para poder calcular el gasto anual en dichos programas.

- El gasto realizado por las ONG entrevistadas fue calculado multiplicando la cantidad de servicios utilizados por el costo de dichos servicios. Para evitar una doble contabilidad, dado que son los hogares quienes se atienden en las ONG, se descontó el gasto reportado por estas instituciones al gasto de los hogares calculado a partir de la ENIGH.
- Gasto que reporta la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) al SICUENTAS para el pago de eventos como atención prenatal y parto a nivel nacional.

Para la estimación del gasto privado en los casos específicos de los programas de CaCu y CaMa, se utilizaron cuatro fuentes:

- Cuotas de recuperación pagadas por los hogares por la atención en instituciones públicas.
- Gasto de las ONG entrevistadas, de las cuales se obtuvo información sobre gasto y servicios otorgados para estos programas.
- Gasto que reporta la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) al SICUENTAS.
- Gasto de los hogares basados en datos sobre utilización de servicios privados para detección oportuna del cáncer (DOC), histerectomías, criocirugía y radioterapia, utilizando la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 (ENSAR, 2003),<sup>34</sup> los cuales fueron multiplicados por los costos recolectados en nuestra base de costos.

## BENEFICIARIOS

El gasto público en salud reproductiva fue presentado por entidad federativa. El gasto privado no pudo ser desglosado a nivel estatal debido a que las encuestas analizadas no poseen representatividad diferenciada por estado. Para poder realizar comparaciones del gasto por programa entre estados fue necesario ajustar el gasto por beneficiaria. Para ello, se determinaron grupos de población beneficiaria por programa siguiendo la normatividad oficial existente.<sup>35,36,37</sup> Así, para SMP se consideró como población beneficiaria el número de mujeres embarazadas calculadas a partir de la tasa de natalidad para el nivel estatal y la población adscrita. Para PF, se tomó como población beneficiaria a las mujeres de 15 a 49

años (mujeres en edad fértil). Para CaCu y CaMa, la población beneficiaria comprendió a las mujeres mayores de 25 años. Cabe mencionar que la población base para estos cálculos fue la población adscrita y no la población usuaria. Asimismo, es importante señalar que el gasto por beneficiaria obtenido no incluyó el gasto de rectoría, al no poderse discriminar este gasto para cada programa de salud estudiado.

## LLENADO DE MATRICES

Uno de los retos más importante que surgió para el descenso del SICUENTAS a Salud Reproductiva y Equidad de Género fue la diferente naturaleza y nivel de agregación que presentó la información por institución, por programa, y por estado. Por ejemplo, la Secretaría de Salud, presentó amplia información de presupuesto ejercido, productividad y costos para el programa de Arranque Parejo en la Vida (Salud Materno Infantil en otras instituciones), mientras que para los programas de CaCu y CaMa los datos fueron escasos. En el caso de PF, existía amplia información de productividad, aunque la información de costos y de presupuestos ejercidos fue menos abundante.

Debido a esta gran heterogeneidad se desarrollaron diferentes estrategias para el llenado de las matrices finales. Para cada institución participante se generaron *matrices de entrada* en las que se incluyeron tanto los reportes de gasto y de costos como indicadores de productividad e incluso la estructura programática del presupuesto para cada uno de los programas incluidos en el

estudio. Posteriormente se generaron tres matrices intermedias por institución:

- Matriz A. Entidad federativa por función
- Matriz B. Agente por función
- Matriz C. Proveedor por función

En total se generaron 18 matrices intermedias. Estas matrices intermedias fueron las que se utilizaron para generar las matrices finales (Matrices 1-3), anteriormente mencionadas. La figura 5 presenta el ejemplo de la construcción de las matrices intermedias para la Secretaría de Salud.

Figura 5. Llenado de matrices intermedias. Secretaria de Salud

El gasto estimado por función, por entidad federativa, se inserta en la celda correspondiente



Matriz Agente Financiero por Función, por Entidad Federativa

Función (Salud Reproductiva)		Agencia/Entidad	Total	1993	1994	1995	1996
HC 1	Servicios de asistencia curativa		\$ 29 624 34	\$ 6 000 42	\$ -	\$ -	\$ -
HC 1.1	Asistencia curativa obstétrica		\$ 29 448 42	\$ 5 972 67	\$ -	\$ -	\$ -
HC 1.1.1	Manejo asistido madre-hijo		\$ 25 081 51	\$ 5 568 44	\$ -	\$ -	\$ -
HC 1.1.1.1	Parto normal		\$ 6 311 57	\$ 1 586 71	\$ -	\$ -	\$ -
HC 1.1.1.2	Cesárea		\$ 2 206 47	\$ 29 60	\$ -	\$ -	\$ -
HC 1.1.1.3	Intervención quirúrgica		\$ 16 563 47	\$ 5 522 33	\$ -	\$ -	\$ -
HC 1.1.1.4	Manejo y hospitalización del hijo, cesárea		\$ 10 276 10	\$ 1 010 71	\$ -	\$ -	\$ -
HC 1.1.1.5	Complicaciones en el embarazo, parto y puerperio		\$ 7 111 23	\$ 1 206 20	\$ -	\$ -	\$ -
HC 1.1.2	Atención de Cáncer Cérvico Uterino		\$ 255 73	\$ 30 29	\$ -	\$ -	\$ -
HC 1.1.3	Atención de Cáncer de Mama		\$ 251 15	\$ 23 20	\$ -	\$ -	\$ -
HC 1.1.4	Métodos quirúrgicos de planificación familiar		\$ 87 02	\$ 55 07	\$ -	\$ -	\$ -
HC 1.1.4.1	Salpingectomía		\$ 75 50	\$ 60 29	\$ -	\$ -	\$ -
HC 1.1.4.2	Vasectomía		\$ 2 01	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
HC 1.1.4.3	Other		\$ 20 51	\$ 6 80	\$ -	\$ -	\$ -
HC 1.1.5	Aborto		\$ 1 387 17	\$ 27 18	\$ -	\$ -	\$ -
HC 1.1.6	Procedimientos de fertilización		\$ 30 21	\$ 381	\$ -	\$ -	\$ -
HC 1.3	Análisis de control de natalidad		\$ 1 739 92	\$ 127 75	\$ -	\$ -	\$ -
HC 1.3.1	Servicios Médicos y Diagnósticos Básicos		\$ 345 83	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
HC 1.3.1.1	Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino		\$ 164 01	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -
HC 1.3.1.2	Exámenes de Mastografía		\$ 181 82	\$ -	\$ -	\$ -	\$ -

Matriz Agente Financiero por Función

Función (Salud Reproductiva)	Total	Entidad Federativa		
		Salud		
		1993	1994	1995
HC 1	\$ 1 456 822 02	\$ 1 456 822 02	\$ 1 456 822 02	\$ 1 456 822 02
HC 1.1	\$ 1 376 824 68	\$ 1 376 824 68	\$ 1 376 824 68	\$ 1 376 824 68
HC 1.1.1	\$ 1 250 587 43	\$ 1 250 587 43	\$ 1 250 587 43	\$ 1 250 587 43
HC 1.1.1.1	\$ 323 215 57	\$ 323 215 57	\$ 323 215 57	\$ 323 215 57
HC 1.1.1.2	\$ 38 402 45	\$ 38 402 45	\$ 38 402 45	\$ 38 402 45
HC 1.1.1.3	\$ 2 423 31	\$ 2 423 31	\$ 2 423 31	\$ 2 423 31
HC 1.1.1.4	\$ 353 542 34	\$ 353 542 34	\$ 353 542 34	\$ 353 542 34
HC 1.1.1.5	\$ 472 482 08	\$ 472 482 08	\$ 472 482 08	\$ 472 482 08
HC 1.1.2	\$ 12 015 67	\$ 12 015 67	\$ 12 015 67	\$ 12 015 67
HC 1.1.3	\$ 12 780 52	\$ 12 780 52	\$ 12 780 52	\$ 12 780 52
HC 1.1.4	\$ 18 285 07	\$ 18 285 07	\$ 18 285 07	\$ 18 285 07
HC 1.1.4.1	\$ 8 752 03	\$ 8 752 03	\$ 8 752 03	\$ 8 752 03
HC 1.1.4.2	\$ 760 22	\$ 760 22	\$ 760 22	\$ 760 22
HC 1.1.4.3	\$ 535 71	\$ 535 71	\$ 535 71	\$ 535 71
HC 1.1.5	\$ 18 880 21	\$ 18 880 21	\$ 18 880 21	\$ 18 880 21
HC 1.1.6	\$ 6 920 23	\$ 6 920 23	\$ 6 920 23	\$ 6 920 23
HC 1.3	\$ 32 525 37	\$ 32 525 37	\$ 32 525 37	\$ 32 525 37
HC 1.3.1	\$ 44 014 43	\$ 44 014 43	\$ 44 014 43	\$ 44 014 43
HC 1.3.1.1	\$ 17 014 52	\$ 17 014 52	\$ 17 014 52	\$ 17 014 52



Una vez llenadas todas las celdas, se suma el gasto en cada entidad federativa por función para obtener el gasto de cada función a nivel nacional. Posteriormente, se ubica el gasto según el agente y el proveedor al que corresponde.

Matriz Proveedor por función

Función (Salud Reproductiva)	Hospitales	Proveedores de atención ambulatoria	Entidad Federativa	
			1993	1994
HC	\$ 1 376 824 66	\$ 82 845 35	\$ -	\$ -
HC 1	\$ 1 376 824 66	\$ -	\$ -	\$ -
HC 1.1	\$ 1 250 587 40	\$ -	\$ -	\$ -
HC 1.1.1	\$ 323 215 69	\$ -	\$ -	\$ -
HC 1.1.1.1	\$ 83 422 45	\$ -	\$ -	\$ -
HC 1.1.1.2	\$ 2 423 21	\$ -	\$ -	\$ -
HC 1.1.1.3	\$ 353 542 34	\$ -	\$ -	\$ -
HC 1.1.1.4	\$ 472 482 08	\$ -	\$ -	\$ -
HC 1.1.2	\$ 12 015 67	\$ -	\$ -	\$ -
HC 1.1.3	\$ 12 780 52	\$ -	\$ -	\$ -
HC 1.1.4	\$ 18 285 07	\$ -	\$ -	\$ -
HC 1.1.4.1	\$ 8 752 03	\$ -	\$ -	\$ -
HC 1.1.4.2	\$ 760 22	\$ -	\$ -	\$ -
HC 1.1.4.3	\$ 535 71	\$ -	\$ -	\$ -
HC 1.1.5	\$ 18 880 21	\$ -	\$ -	\$ -
HC 1.1.6	\$ 6 920 23	\$ -	\$ -	\$ -
HC 1.3	\$ 32 525 37	\$ -	\$ -	\$ -
HC 1.3.1	\$ 44 014 43	\$ -	\$ -	\$ -
HC 1.3.1.1	\$ 17 014 52	\$ -	\$ -	\$ -



### III. LIMITACIONES Y RETOS PARA EL DESARROLLO DE LAS CUSARE

**A**l ser el primer intento por aplicar la metodología de Cuentas en Salud en México en programas y acciones específicas de la salud reproductiva, las CuSaRe del 2003 presentaron las siguientes limitantes. No se incluyeron, por ejemplo, programas relacionados con la salud reproductiva como son los dirigidos a problemas prostáticos, la atención del climaterio y la menopausia, así como los programas orientados a proporcionar información sexual en adolescentes.<sup>d</sup> Por otra parte, la incorporación de las actividades de equidad de género se limitan a capturar de manera restringida los recursos que se asignan a la atención de las mujeres y sus familias que acuden a los albergues, así como la investigación y coordinación de estos programas, quedando fuera el gasto hospitalario por la atención de las consecuencias físicas y emocionales atribuibles a la violencia intrafamiliar.

Por otra parte, existen grandes diferencias en la disponibilidad de información entre los diferentes programas, de los cuales los que tienen menor información son los de cáncer cérvico-uterino y mamario. Para éstos, fue difícil capturar el gasto en actividades específicas como radioterapia, quimioterapia, mastografías y ultrasonidos principalmente para el sector público. Se considera, sin embargo, que gran parte de este gasto quedó incluido en el gasto ejercido en hospitales.

Otra limitante metodológica importante para la estimación del gasto no sólo en el caso de los programas en salud reproductiva y equidad de género, sino de cualquier programa de salud, es la estimación del gasto privado. Existe una enorme fragmentación de la información debido a que este sector no está regulado y lo conforman entidades de diferentes características. La única encuesta a nivel nacional que documenta este

gasto (ENIGH) sólo permite especificar el gasto para pocos diagnósticos específicos. No obstante, existe suficiente información desagregada para el control del embarazo, gasto en medicamentos, estudios de laboratorio, servicios dentales y atención hospitalaria del parto. Para actividades de PE, la ENIGH del 2002 recaba el gasto global en métodos anticonceptivos y vitaminas, aunque no se especifica la cantidad del monto que se destina para cada una de las opciones, y mucho menos se especifica el gasto para cada método de anticoncepción. El gasto para la atención del CaCu y CaMa no puede ser estimado a partir de esta encuesta, y sólo es posible realizar algunas aproximaciones utilizando encuestas de salud, para las que es difícil asignar valores monetarios debido a que se carece de información clave como el tipo de proveedor, el lugar de la atención (consultorio, clínica, hospital), las cantidades de servicios consumidos, sólo por mencionar algunas características. Por otra parte, en muchos casos estas encuestas carecen de representatividad en el nivel estatal, lo que impide un cálculo del gasto por entidad federativa.

La información sobre el pago de las aseguradoras por diagnóstico sólo está disponible para las principales causas de siniestralidad, y se encuentra de manera agregada para el nivel nacional. Con relación a las ONG, sólo se incluyó el gasto para dos de ellas, que aunque fueron las de mayor importancia y presencia nacional, no representan el gasto de otras más pequeñas.

---

<sup>d</sup> En la estimación del 2004 la definición de la salud reproductiva se amplió a fin de incluir algunas de estas actividades

## ANEXOS

### ANEXO 1. PONDERADORES DEL FASSA<sup>39</sup> MODIFICADOS POR ACTIVIDAD INSTITUCIONAL

Los ponderadores del FASSA aplicables al gasto estatal y que fueron proporcionados por los coordinadores de los programas son los siguientes:

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

Programa. Cáncer cérvico-uterino	
Actividad Institucional	Porcentaje
<b>Prevención de cáncer cérvico uterino</b>	
Promoción comunidades saludables	3.07%
Promoción general	5.55%
Detección tamizaje	34.10%
Difusión (campañas y materiales)	11.02%
Capacitación	17.34%
Vigilancia epidemiológica	8.61%
Investigación operativa	2.82%
Rectoría (supervisiones y gastos de administración)	17.49%
<b>Control de cáncer cérvico uterino</b>	
Diagnóstico	65.52%
Tratamiento	34.48%

Programa. Cáncer mamario	
Actividad Institucional	Porcentaje
<b>Prevención de cáncer de mama</b>	
Promoción comunidades saludables	3.21%
Promoción general	1.95%
Detección tamizaje	32.10%
Difusión (campañas y materiales)	23.25%
Capacitación	11.48%
Vigilancia epidemiológica	7.88%
Investigación operativa	058%
Rectoría (supervisiones y gastos de administración)	19.55%
<b>Control de cáncer de mama</b>	
Diagnóstico	51.32%
Tratamiento	48.68%



Programa. Planificación familiar	
Actividad Institucional	Porcentaje
<b>Planificación familiar (métodos anticonceptivos y consejería)</b>	
Garantizar insumos de planificación familiar	97.44%
Atención médica	2.56%
<b>Promoción de la salud reproductiva para grupos en riesgo</b>	
Garantizar el acceso a la información, educación y comunicación	18.18%
Fortalecer la competencia técnica del personal	27.27%
Supervisión operativa y seguimiento	31.82%
Investigación	4.55%
Sistema informático	9.09%
Coordinación	9.09%

**ANEXO 2. FORMATOS DE CAPTURA PARA EL GASTO A NIVEL ESTATAL**

Matriz de captura. Presupuesto ejercido								
	Por fuente				Por objeto de gasto			
	Fassa 33	Gasto estatal	Ramo 12	Otro	Recursos humanos	Gasto de operación	Gasto de inversión	Demás
Gasto total estatal ejercido en salud								
Gasto total estatal ejercido en salud reproductiva								
Gastos administrativos								
Gastos administrativos en salud reproductiva								
Atención médica de primer nivel (total)								
Atención médica de segundo nivel (total)								
Arranque parejo en la vida								
HC1 Servicios de asistencia curativa								
HC4 Servicios auxiliares de atención de la salud								
HC5 Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios								
HC6 Servicios de prevención y de salud pública								
HC7 Administración de la salud y los seguros médicos								
HCR Formación de capital, personal sanitario, investigación y desarrollo								
Planificación Familiar								
HC1 Servicios de asistencia curativa								
HC4 Servicios auxiliares de atención de la salud								
HC5 Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios								
HC6 Servicios de prevención y de salud pública								
HC7 Administración de la salud y los seguros médicos								
HCR Formación de capital, personal sanitario, investigación y desarrollo								
Cáncer cérvico uterino								
HC1 Servicios de asistencia curativa								
HC4 Servicios auxiliares de atención de la salud								

Continúa en la sig. página

HC5 Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios								
HC6 Servicios de prevención y de salud pública								
HC7 Administración de la salud y los seguros médicos								
HCR Formación de capital, personal sanitario, investigación y desarrollo								
Cáncer de Mama								
HC1 Servicios de asistencia curativa								
HC2 Servicios de rehabilitación								
HC4 Servicios auxiliares de atención de la salud								
HC5 Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios								
HC6 Servicios de prevención y de salud pública								
HC7 Administración de la salud y los seguros médicos								
HCR Formación de capital, personal sanitario, investigación y desarrollo								
Violencia								

Matriz de captura. Material recibido (ramo 12)		Unidad de medida	Arranque parejo en la vida	Planificación Familiar	Cáncer cérvico úterino	Cáncer de mama	Violencia
<b>Medicamentos</b>	Ácido fólico						
	Micronutrientes						
	Anticonceptivos orales						
	Anticonceptivos inyectables mensuales						
	Anticonceptivos inyectables bimestrales						
	Para quimioterapia CaCu						
	Para quimioterapia CaMa						
<b>Consumibles</b>	Preservativos						
	DIUs						
	Implantes subdérmicos						
	Para Tamiz metabólico						
	Para citologías						
	Otro (especifique)						
	Otro (especifique)						
<b>Material Promocional</b>	Carteles (número total)						
	Panfletos (número total)						
	Manuales (número total)						

Matriz de captura. Material adquirido							
		Unidad de medida	Arranque parejo en la vida	Planificación Familiar	Cáncer cérvico úterino	Cáncer de mama	Violencia
<b>Medicamentos</b>	Ácido fólico						
	Micronutrientes						
	Anticonceptivos orales						
	Anticonceptivos inyectables mensuales						
	Anticonceptivos inyectables bimestrales						
	Para quimioterapia CaCu						
	Para quimioterapia CaMa						
<b>Consumibles</b>	Preservativos						
	DIUs						
	Implantes subdérmicos						
	Para Tamiz metabólico						
	Para citologías						
	Otro (especifique)						
	Otro (especifique)						
<b>Material Promocional</b>	Carteles (número total)						
	Panfletos (número total)						
	Manuales (número total)						

## Matriz de captura. Costos y precios

<b>Consultas y pláticas</b>			
	<b>Número total</b>	<b>Costo unitario</b>	<b>Cuota de recuperación o precio al público (unitaria)</b>
Consulta general			
Consulta ginecológica			
Consulta de atención prenatal			
Consulta de recién nacido			
Consulta de puerperio			
Consulta de orientación de planificación familiar			
Plática de salud reproductiva			

<b>Laboratorio y gabinete</b>			
	<b>Número total</b>	<b>Costo unitario</b>	<b>Cuota de recuperación o precio al público (unitaria)</b>
Ultrasonido obstétrico			
Ultrasonido de mama			
Mastografía			
BH			
QS			
Tipo y RH			
EGO			
Rayos X			
Papanicolau			

<b>Procedimientos hospitalarios / quirúrgicos</b>			
	<b>Número total</b>	<b>Costo unitario</b>	<b>Cuota de recuperación o precio al público (unitaria)</b>
Atención de parto			
Cesárea			
Atención post-aborto			
Cirugía de OTB			
Cirugía de vasectomía			
Histerectomía			
Mastectomía			

<b>Otros</b>			
	<b>Número total</b>	<b>Costo unitario</b>	<b>Cuota de recuperación o precio al público (unitaria)</b>
Inserción DIU			
Dotación anual de anticonceptivos orales			
Implante subdérmico			
Dotación anual de condón			
Día estancia			

## Matriz de captura. Producción General

<b>Población (nivel estatal)</b>		
	Total	
Potencial		
Usuaría		
Mujeres en edad fértil		
Tasa de fecundidad		
Tasa de mortalidad materna		
Tasa de moratalidad infantil		
Tasa de mortalidad por Ca Cu		
Tasa de mortalidad por Ca Ma		

<b>Días estancia (total nivel estatal)</b>		
	Total	
Total		
Hosp. General		
Cirugía		
Medicina interna		
Gineco-obstetricia		

<b>Egresos hospitalarios (total nivel estatal)</b>		
	Total	
Total		
Hosp. General		
Cirugía		
Medicina interna		
Gineco-obstetricia		

<b>Consulta (total nivel estatal)</b>		
	Total casos	
Externa		
Medicina General		
Urgencias		
Planificación Familiar		
Medicina especializada		
Gineco-obstetricia		
Cirugía		



## Matriz de captura. Salud Materno Infantil

<b>General</b>			
	Total casos	Días estancia	Observaciones
Partos normales			
Cesáreas			
Abortos			
Partos complicados			
Cesáreas complicadas			
RN sanos			
RN complicados			
Atención a puerperio complicado			

<b>Consultas y pláticas</b>			
	Promedio por embarazada	Número Total	Observaciones
Consulta de atención prenatal			
Consulta de recién nacido			
Consulta de puerperio			
Pláticas de salud materno-infantil			

<b>Laboratorio y Gabinete</b>			
	Total (mujeres)	Total (recién nacidos)	Observaciones
Ultrasonidos			
RX en embarazadas			
BH			
QS			
Tipo y RH			
EGO			
otros			

**Matriz de captura. Planificación familiar**

<b>General</b>			
	Número total	Días estancia	Observaciones
Hormonales orales			
Hormonales inyectables			
DIU			
Implantes Subdérmicos			
Condomes			
OTB			
Vasectomías			
Procedimientos de fertilización			

<b>Consultas y pláticas</b>			
	Promedio	Número total	Observaciones
Hormonales orales			
Hormonales inyectables			
DIU			
Implantes Subdérmicos			
Condomes			
OTB			
Vasectomías			
Procedimientos de fertilización			
Pláticas de promoción			

<b>Laboratorio y gabinete</b>			
<b>Mujeres para salpingoclasia o procedimientos de fertilización</b>			
	Promedio	Número total	Observaciones
Ultrasonidos			
BH			
QS			
Tipo y RH			
EGO			
otros			

## Matriz de captura. Cáncer cérvico uterino

<b>General</b>			
	Número total	Días estancia	Observaciones
Detecciones			
Detecciones positivas			
Displasias			
Casos en tratamiento ambulatorio			
Casos de tratamiento hospitalario			
Histerectomías			
Otras cirugías			

<b>Consultas y pláticas</b>			
	Promedio	Número total	Observaciones
Consulta general			
Consultas de especialidad			
Pláticas de promoción			

<b>Laboratorio y Gabinete</b>			
	Promedio	Número total	Observaciones
Ultrasonidos			
RX			
BH			
QS			
Tipo y RH			
EGO			
Biopsias			

---

**Matriz de captura. Cáncer mamario**


---



---

**General**


---

	Número total	Días estancia	Observaciones
Detecciones			
Detecciones positivas			
Displasias			
Casos en tratamiento ambulatorio			
Casos de tratamiento hospitalario			
Mastectomías			
Otras cirugías			

---



---

**Consultas y pláticas**


---

	Promedio	Número total	Observaciones
Consulta general para Ca Ma			
Consultas de especialidad			
Pláticas de promoción			

---



---

**Laboratorio y gabinete**


---

	Promedio por mujer	Número total	Observaciones
Ultrasonidos de mama			
RX en embarazadas			
BH			
QS			
Tipo y RH			
EGO			

---

### ANEXO 3. FORMATOS PARA CAPTURA DE INFORMACIÓN DE EXPEDIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER DE MAMA EN EL NIVEL ESTATAL

General			
Fecha de ingreso	Fecha de egreso	Número días estancia	
Atención hospitalaria			
Diagnóstico de ingreso			
Diagnóstico de complicaciones			
Procedimientos realizados	tipo	número de veces	
Cirugías practicadas	tipo	número de veces	
Estudios de laboratorio	tipo	cantidad	
Estudios de gabinete	tipo	cantidad	
Medicamentos	tipo	dosis	duración

Consulta externa (consulta ambulatoria relacionada con el padecimiento)			
Consultas generales en el año	total		
Consulta de especialidad en el año	tipo	cantidad	
Procedimientos realizados	tipo	número de veces	
Estudios de laboratorio	tipo	cantidad	
Estudios de gabinete	tipo	cantidad	
Otros procedimientos (quimioterapia o radioterapia)	tipo	cantidad	
Medicamentos	tipo	dosis	duración

## BIBLIOGRAFÍA

1. SECRETARÍA de Salud. México salud 2003: *Información para la rendición de cuentas*. Segunda edición, México DF, 2004; p: 12-101. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/ unidades/evaluacion/saludmex2003/sm2003.pdf> (Último acceso: Abril 08, 2005)
2. SECRETARÍA de Desarrollo Social. *Los objetivos de desarrollo del milenio en México: Informe de avance 2005*. México D.F.: Gabinete de Desarrollo Humano y Social, 2005. Disponible en: [http://www.salud.gob.mx/pagina\\_principal/archivos/avance05\\_inf\\_comp.pdf](http://www.salud.gob.mx/pagina_principal/archivos/avance05_inf_comp.pdf) [Último acceso: Septiembre 26, 2005].
3. ZURITA B, Hernández P, Ramírez T de J, Méndez O, Gamble A, Cruz M. *Cuentas de Salud*. México DF: FUNSALUD, 1998. 57 p.
4. HERNÁNDEZ P, Zurita B, Ramírez R, Álvarez F, Cruz C. *Las cuentas de salud*. En: *FUNSALUD. Observatorio de la salud: necesidades, servicios, políticas*. México DF: Julio Frenk Editor; 1997. 119-142.
5. BLOCK MA, Gutiérrez E, Gutierrez L. *Las cuentas estatales de salud: el gasto de las entidades federativas*. En: *FUNSALUD. Observatorio de la salud: necesidades, servicios, políticas*. México DF: Julio Frenk Editor; 1997. 143-170.
6. ORGANIZATION for Economic Cooperation and Development. *A system of health accounts*. Disponible en: <http://www.oecd.org/dataoecd/49/51/21160591.pdf> Último acceso: Julio 13, 2004
7. MERINO-Juárez MF, Alarcón-Gómez M, Lozano-Ascencio R. *Manual del Sistema de Cuentas y Estatales de Salud*. México, DF: Dirección General de Información en Salud, SSA; 2004. 134 p.
8. WORLD Bank; WHO, USAID. *Guide to producing national health accounts with special applications for low-income and middle-income countries*. 2003. Ed. WHO. Canada
9. INSTITUTO Nacional de Salud Pública. *Encuesta Nacional sobre violencia contra las mujeres* 2003. Cuernavaca, Morelos: INSP, 2003.
10. TORRES AC, Knaul F. *Determinantes del gasto de bolsillo en salud e implicaciones para el aseguramiento universal en México: 1992-2000*. En: Knaul F, Nigenda G, ed. *Caleidoscopio de la salud: de la investigación a las políticas y de las políticas a la acción*. México DF: FUNSALUD; 2003: 209-25.
11. SECRETARÍA de Salud. *Boletín de Información Estadística* No. 23, Vol. III, 2003. México, D.F: Dirección General de Información en Salud, 2004
12. BAUTISTA S-A, Dmytraczenko T, Kombe G, Bertozzi S. Versión revisada Octubre de 2003. *Análisis de los costos de atención del VIH/SIDA en México*. Reporte técnico N° 020. Bethesda, MD: Socios para la reforma del sector salud, Abt Associates Inc.
13. POUILLIER JP, Hernández P, Kawabata K. *National Health Accounts: concepts, data sources and methodology*. World Health Organization 2002. Disponible en: [http://www.who.int/nha/docs/en/NHA\\_concepts\\_datasources\\_methodology.pdf](http://www.who.int/nha/docs/en/NHA_concepts_datasources_methodology.pdf).
14. ORGANIZACIÓN Mundial de la Salud. *Informe sobre la salud en el mundo en el 2000, Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: OMS, 2000.
15. FUNDACIÓN Mexicana para la Salud. *Las cuentas nacionales de salud y el financiamiento de los servicios*. México DF: Fundación Mexicana para la Salud, primera edición, 1994.

16. SECRETARÍA de Hacienda y Crédito Público. *Contabilidad Gubernamental*. Marzo de 1998 Año II No. 5. México DF: Unidad de Contabilidad Gubernamental e Informes sobre la Gestión Pública, 1998 Disponible en: <http://www.shcp.gob.mx/docs/bcg/bcg05.html>
17. FUNDACIÓN Mexicana para la Salud. *Cuentas nacionales en VIH/SIDA. Estimación de flujos de financiamiento y gasto en VIH/SIDA*. México 1997/1998. México DF: Funsalud, 2000
18. RANNAN-Eliya R, Berman P, Eltigani E., De Silva W, Somanathan A, Sumathiratne V. *Expenditures for reproductive health services in Egypt and Sri Lanka*. Institute of Policy Studies. Occasional Paper 13. July 2000.
19. SHARMA S, McGreevey W, Kanjilal B, Hotchkiss DR. *Reproductive and child health accounts: an application to Rajasthan*. Health Pol Plann 2002; 17: 314-321.
20. DE S et al. *Measurement of population expenditures at the subnational level using the NHA framework*, Bethesda 2004. 41 p.
21. WORLD Health Organization. *Reproductive Health*. Disponible en: [http://www.who.int/health\\_topics/reproductive\\_health/en/](http://www.who.int/health_topics/reproductive_health/en/). Última vista: 7 de febrero 2004
22. AVILA L, Cahuana L, Perez R. *Cuentas nacionales en salud reproductiva y equidad de género*. México D.F., Cuernavaca: Secretaría de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.
23. ORGANIZACIÓN Panamericana de la Salud. *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*. 10ª. Revisión, Washington, D.C. : OPS 1995.
24. BERMAN P, Dmytraczaenko T, Gonzales F, Graff J, Hernández P y cols. *Using National Health Accounts to make health sector policy: findings of a Latin America/Caribbean regional Workshop* [Notes]. San Salvador, El Salvador: PHR/USAID, 1999. 24 p.
25. MERINO-Juárez MF, Sesma-Vasquez, S. *Gasto Público en Salud 1999-2000. Síntesis Ejecutiva*. México DF: Secretaría de Salud, s/f. Disponible en: [http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/sicuentas/publicaciones/gasto\\_p.pdf](http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/sicuentas/publicaciones/gasto_p.pdf) (Último acceso: Abril 10, 2005)
26. FUNDACIÓN Mexicana para la Salud. *El gasto de la SSA asignado a Salud Reproductiva*. México DF: Fundación Mexicana para la Salud, s/f (documento interno)
27. WORLD Health Organization. *Mother-Baby Package Costing Spreadsheet*. Version 1.01. Geneva: WHO, 1999
28. SECRETARÍA de Salud. *México salud 2003: Información para la rendición de cuentas*. Segunda edición, México DF, 2004; p: 12-101. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/saludmex2003/sm2003.pdf>
29. CONAPO. *Indicadores demográficos básicos*. Disponible en <http://www.conapo.gob.mx/00cifras/00indicadores.htm> (Último acceso: Enero 12, 2005)
30. PHRplus. *Understanding National Health Accounts: The methodology and implementation process*. May. 2003. Disponible en: <http://www.phrplus.org/Pubs/prim1.pdf>. Último acceso: Julio 14, 2004.
31. BERMAN P. *National Health Accounts in Developing Countries: Appropriate Methods and Recent Applications*. Octubre 26, 1996. Dis-



- ponible en: <http://www.hsph.harvard.edu/ihs/publications/pdf/No-36.PDF> Último acceso: Julio 7, 2004.
32. INEGI. *Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares*. 2002.
33. SECRETARÍA de Salud. *Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño*. 2002
34. SECRETARÍA de Salud. *Encuesta Nacional de Salud Reproductiva*. 2003
35. SECRETARÍA de Salud. *RESOLUCION por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993, De los servicios de planificación familiar*. Fecha de publicación: 21 de enero de 2004.
36. SECRETARÍA de Salud. NOM-014-SSA2-1994, *Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cérvico uterino*. Fecha de publicación: 2 de marzo de 1998.
37. SECRETARÍA de Salud. NORMA Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002, *Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama*. Fecha de publicación: 28 de febrero de 2003
38. SECRETARÍA de Salud. *Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida. Información Sectorial Enero-Diciembre 2003*. México DF: Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida, 2004
39. SECRETARÍA de Salud. *Boletín de Información Estadística No. 23, Vol. IV, 2003*. México DF: SICUENTAS, 2004

## Editores

Felicia Marie Knaul

Stefano M. Bertozzi

Héctor Arreola-Ornelas

En 2004, como contribución a las reformas en salud que se llevan a cabo actualmente en México, América Latina y en todo el mundo, la Secretaría de Salud, el Ministerio de Protección Social de Colombia y la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) organizaron la conferencia internacional Innovaciones en el Financiamiento de la Salud con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud, el Banco Mundial, el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP) y la fundación México en Harvard, con el fin de ofrecer un foro para el intercambio de experiencias entre diferentes países en la implementación de estrategias alternativas para conseguir un financiamiento justo, equitativo y sustentable de la salud. La conferencia se dedicó a la memoria del Doctor Juan Luis Londoño de la Cuesta, figura central a nivel mundial en el debate sobre la reforma de los sistemas de salud, quien tuviera a su cargo el Ministerio de Protección Social de Colombia hasta su prematura muerte en febrero de 2003.

En seguimiento al seminario y con el apoyo financiero de la Organización Mundial de la Salud nace esta serie de divulgación académica por parte de FUNSALUD y el INSP, con el afán de difundir los resultados de la conferencia y contribuir a estimular el debate sobre el tema del financiamiento de la salud. Se espera que la serie sirva para dar a conocer nuevas propuestas de investigación encaminadas a la reforma del sistema de salud.



ISBN: 968-5661-44-8