

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

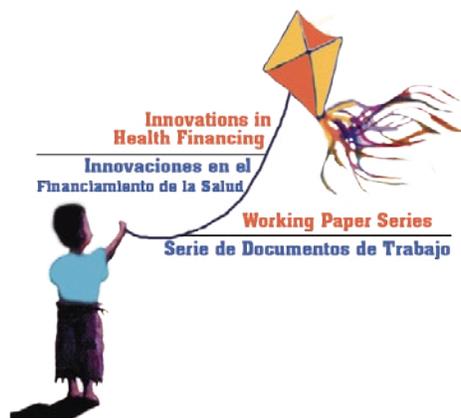


Serie de Documentos de Trabajo

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),¹ y en la firma de los Objetivos de Desarrollo del Milenio,² 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.^{3,4,5}

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.⁶⁻⁸ 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.⁷ 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;¹ así como la prevalencia de violencia de pareja;⁹ 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.¹⁰

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.¹¹ 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.¹²

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.⁷

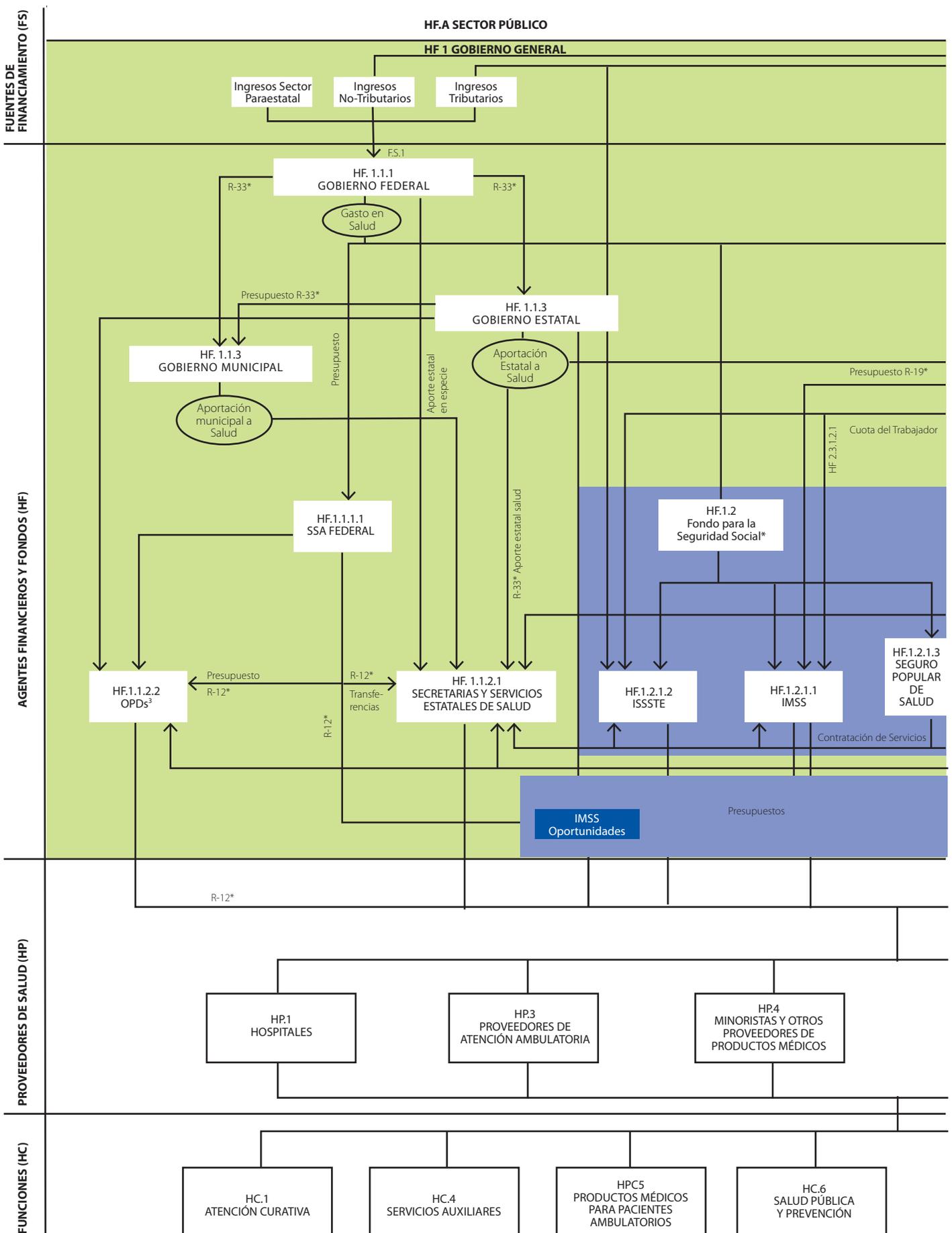
¿QUÉ ES UN SISTEMA DE CUENTAS EN SALUD?

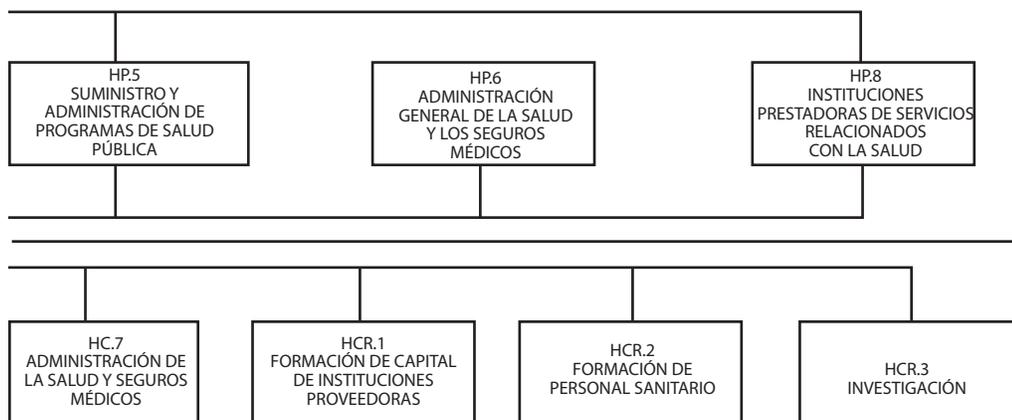
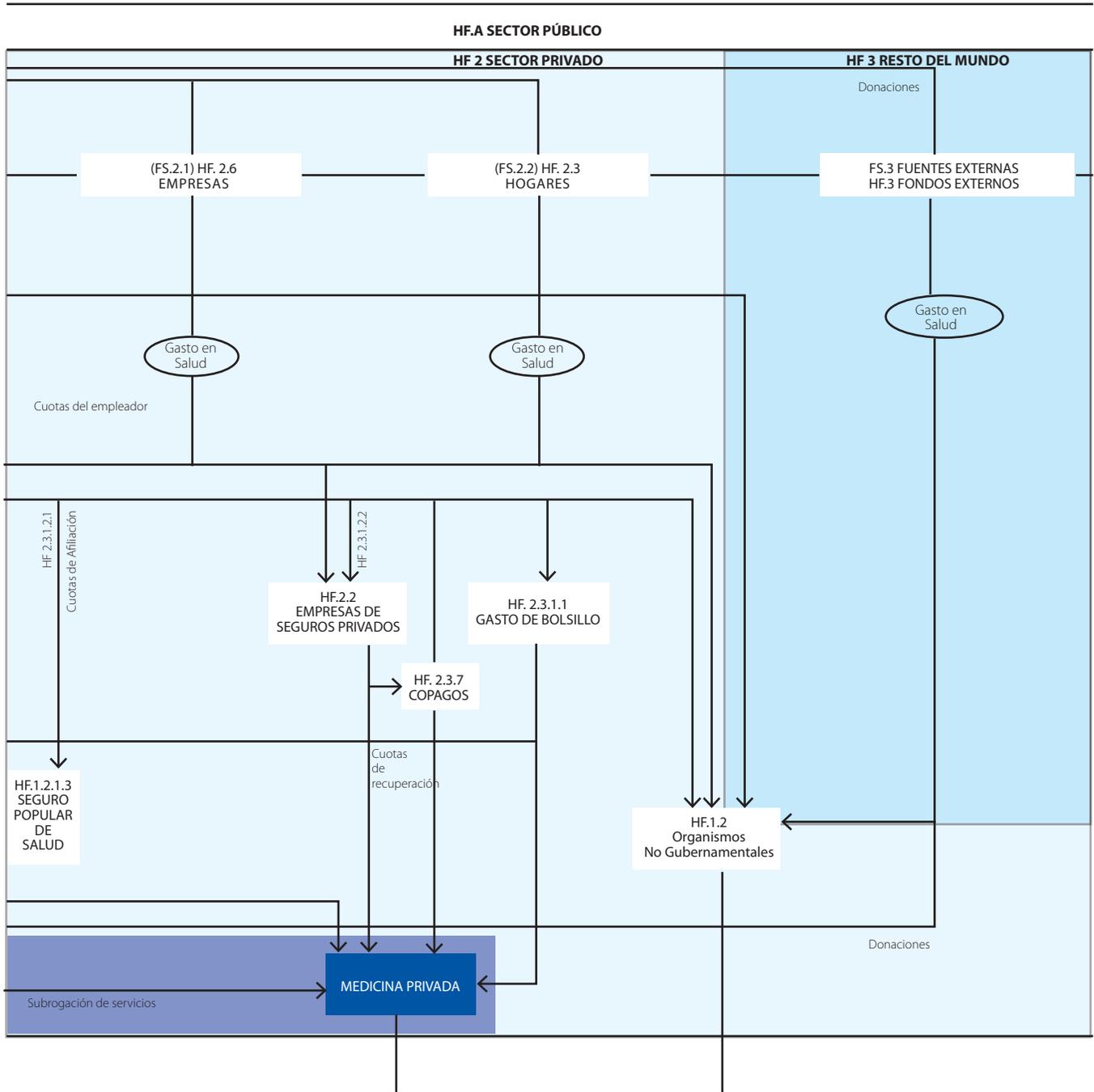
Un Sistema de Cuentas en Salud es un conjunto de información financiera que da seguimiento a los recursos, tanto públicos como privados, que se invierten y consumen en la producción de salud.⁶ Contabiliza los gastos realizados para financiar actividades cuyo propósito primario es restaurar, mejorar y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

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

^a 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.

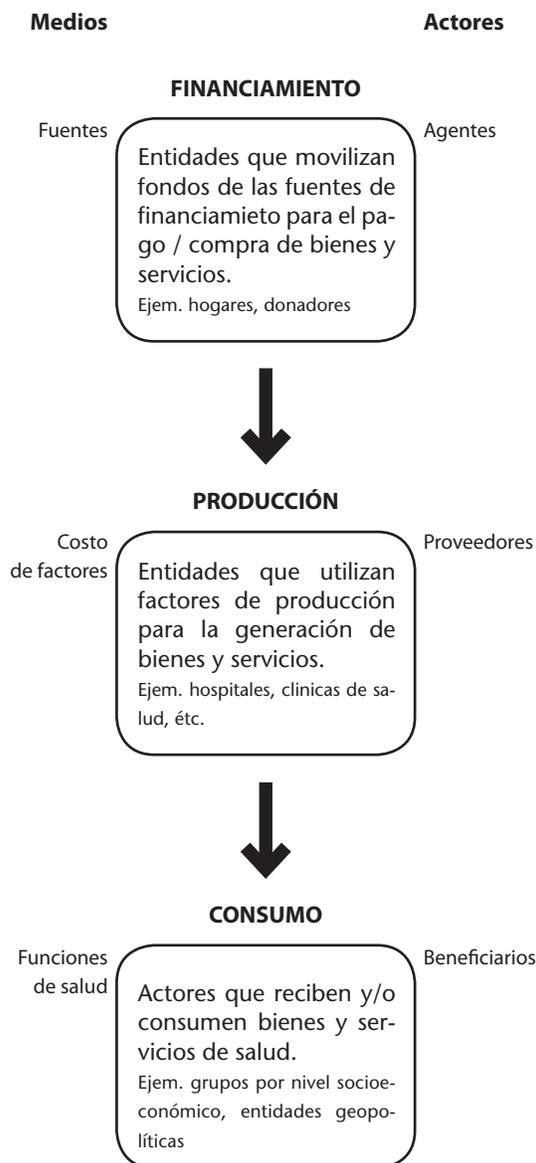
La figura 2 muestra los elementos implicados en el desarrollo de las Cuentas de Salud y la forma en que se relacionan.

De acuerdo al Reporte Mundial de Salud del 2000¹⁴ 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.¹⁵ Dentro de éstas se encuentran:

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

^b 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.¹⁶ 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 gasta⁷ 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.⁷ 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).¹⁵ 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).¹⁷ 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,² 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).¹

A nivel internacional sólo se ha documentado la realización de estudios similares en Egipto y Sri Lanka,¹⁸ Rajasthan (India)¹⁹, Filipinas,²⁰ Marruecos,²⁰ 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.

| 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”.²¹ 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),²⁰ 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

| Código | Agentes financieros |
|---------------|---|
| 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

| Código | Agentes financieros |
|---------------|---|
| 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,⁷ 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 10.²³ Es importante mencionar que la inclusión de actividades por rubros de funciones responde a la visión de riesgo reproductivo estipulado por la OCDE⁶ y OMS.⁸

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

| Código | Proveedores |
|---------------|--|
| HP 1 | Hospitales |
| HP 3 | Proveedores de atención ambulatoria |
| HP 3.1 | Consultorios médicos |
| HP 3.2 | Consultorios de otros profesionales de salud |
| HP 3.4 | Centros de atención ambulatoria |
| HP 3.4.1 | Centros de planificación familiar |
| HP 3.4.3 | Centros independientes de cirugía ambulatoria |
| HP 3.4.5 | Demás centros multidisciplinarios y en sociedad |
| HP 3.4.9 | 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.⁷

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

| Código | Tipo de función |
|---------------|--|
| 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).⁷

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 | Servicios de asistencia curativa | | | | |
| 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 | Servicios Auxiliares de atención de la salud | | | | |
| 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 | Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios | | | | |
| HC5,1 | Productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos | | | | |
| HC5,1,1 | Medicamentos de prescripción | | | | |
| HC5,1,3 | Otros productos médicos perecederos | | | | |
| HC6 | Servicios de prevención y de salud pública | | | | |
| 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 | Administración de la salud y seguros médicos | | | | |
| 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 | Formación del personal sanitario | | | | |
| HCR3 | Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud | | | | |

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 | Servicios de asistencia curativa | | | |
| 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 | Servicios Auxiliares de atención de la salud | | | |
| 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 | Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios | | | |
| HC5,1 | Productos farmacéuticos y otros productos médicos perecederos | | | |
| HC5,1,1 | Medicamentos de prescripción | | | |
| HC5,1,3 | Otros productos médicos perecederos | | | |
| HC6 | Servicios de prevención y de salud pública | | | |
| 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 | Administración de la salud y seguros médicos | | | |
| 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 | Formación del personal sanitario | | | |
| HCR3 | Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud | | | |

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

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

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.^c

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

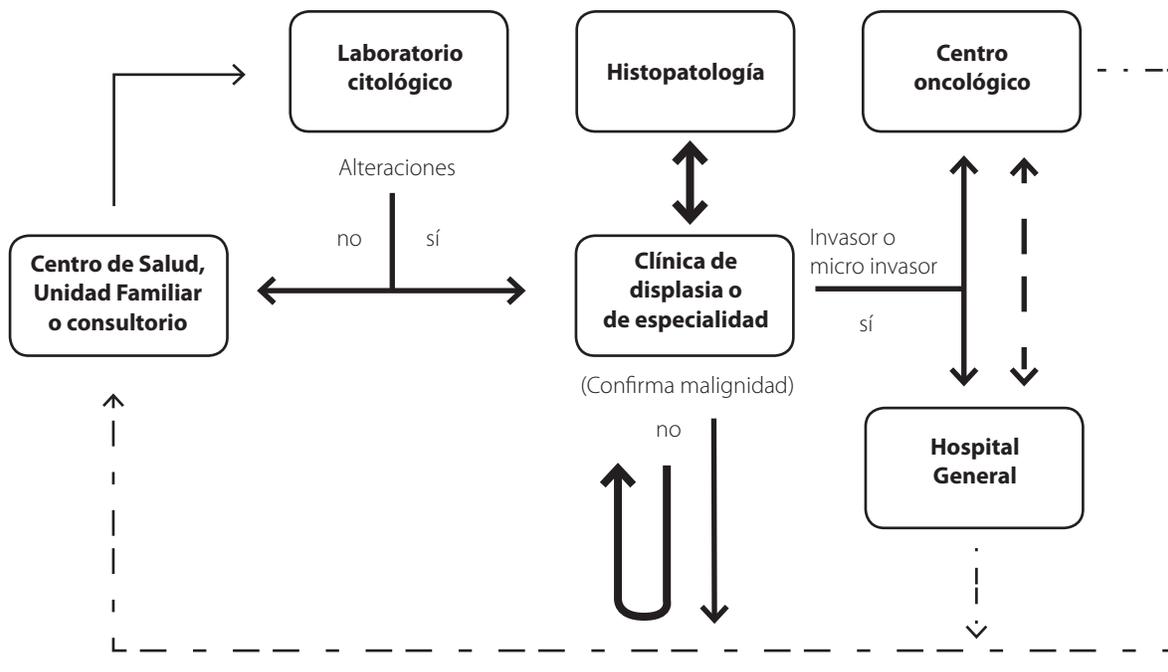
La estimación del gasto vía costos requirió el uso de datos de producción de servicios, así como de información de costos por actividad y por institución. Para determinar las actividades relevantes a costear, se procedió a especificar los flujos de atención de las usuarias que demandan atención por eventos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

^c 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

| Embarazo | Parto normal y cesárea |
|--------------------|-------------------------------|
| 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),³⁴ 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.^{35,36,37} 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 | 2000 | 2005 |
|------------------------------|--|-----------------|--------------|-------------|------|------|
| 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 | \$ 1 582 71 | \$ - | \$ - |
| HC 1.1.1.2 | Cesárea | | \$ 2 206 47 | \$ 259 60 | \$ - | \$ - |
| HC 1.1.1.3 | Intervención quirúrgica | | \$ 16 563 47 | \$ 3 736 13 | \$ - | \$ - |
| HC 1.1.1.4 | Manejo y hospitalización del hijo, cesárea | | \$ 10 276 10 | \$ 1 211 27 | \$ - | \$ - |
| HC 1.1.1.5 | Complicaciones en el embarazo, parto y puerperio | | \$ 7 111 23 | \$ 1 200 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 | Obtuso | | \$ 20 51 | \$ 25 80 | \$ - | \$ - |
| HC 1.1.5 | Aborto | | \$ 1 387 17 | \$ 27 18 | \$ - | \$ - |
| HC 1.1.5 | Procedimientos de fertilización | | \$ 30 25 | \$ 38 1 | \$ - | \$ - |
| HC 1.3 | Análisis de control de fertilización | | \$ 1 739 92 | \$ 127 75 | \$ - | \$ - |
| HC 1.3.1 | Servicios Médicos y Diagnósticos Básicos | | \$ - | \$ - | \$ - | \$ - |
| HC 1.3.1.1 | Detección Oportuna de Cáncer Cérvico Uterino | | \$ 154 01 | \$ - | \$ - | \$ - |
| HC 1.3.1.2 | Exámenes de Mastografía | | \$ 101 69 | \$ - | \$ - | \$ - |

Matriz Agente Financiero por Función

| Función (Salud Reproductiva) | Total | Sector Público | | |
|------------------------------|------------------|--------------------|------------------|------------------|
| | | Entidad Federativa | | |
| | | 1993 | 2000 | 2005 |
| HC 1 | \$ 1 459 822 020 | \$ 1 459 822 020 | \$ 1 459 822 020 | \$ 1 459 822 020 |
| HC 1.1 | \$ 1 376 824 610 | \$ 1 376 824 610 | \$ 1 376 824 610 | \$ 1 376 824 610 |
| HC 1.1.1 | \$ 1 250 507 470 | \$ 1 250 507 470 | \$ 1 250 507 470 | \$ 1 250 507 470 |
| HC 1.1.1.1 | \$ 323 215 570 | \$ 323 215 570 | \$ 323 215 570 | \$ 323 215 570 |
| HC 1.1.1.2 | \$ 38 402 450 | \$ 38 402 450 | \$ 38 402 450 | \$ 38 402 450 |
| HC 1.1.1.3 | \$ 2 423 310 | \$ 2 423 310 | \$ 2 423 310 | \$ 2 423 310 |
| HC 1.1.1.4 | \$ 353 042 310 | \$ 353 042 310 | \$ 353 042 310 | \$ 353 042 310 |
| HC 1.1.1.5 | \$ 472 182 080 | \$ 472 182 080 | \$ 472 182 080 | \$ 472 182 080 |
| HC 1.1.2 | \$ 12 056 670 | \$ 12 056 670 | \$ 12 056 670 | \$ 12 056 670 |
| HC 1.1.3 | \$ 12 780 500 | \$ 12 780 500 | \$ 12 780 500 | \$ 12 780 500 |
| HC 1.1.4 | \$ 10 285 090 | \$ 10 285 090 | \$ 10 285 090 | \$ 10 285 090 |
| HC 1.1.4.1 | \$ 8 752 020 | \$ 8 752 020 | \$ 8 752 020 | \$ 8 752 020 |
| HC 1.1.4.2 | \$ 760 270 | \$ 760 270 | \$ 760 270 | \$ 760 270 |
| HC 1.1.4.3 | \$ 532 710 | \$ 532 710 | \$ 532 710 | \$ 532 710 |
| HC 1.1.5 | \$ 18 040 210 | \$ 18 040 210 | \$ 18 040 210 | \$ 18 040 210 |
| HC 1.3 | \$ 22 525 350 | \$ 22 525 350 | \$ 22 525 350 | \$ 22 525 350 |
| HC 1.3.1 | \$ 44 074 430 | \$ 44 074 430 | \$ 44 074 430 | \$ 44 074 430 |
| HC 1.3.1.1 | \$ 17 014 520 | \$ 17 014 520 | \$ 17 014 520 | \$ 17 014 520 |



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 | 2000 |
| HC | \$ 1 376 824 660 | \$ 62 845 350 | \$ - | \$ - |
| HC 1 | \$ 1 376 824 660 | \$ - | \$ - | \$ - |
| HC 1.1 | \$ 1 250 507 460 | \$ - | \$ - | \$ - |
| HC 1.1.1 | \$ 323 215 610 | \$ - | \$ - | \$ - |
| HC 1.1.1.1 | \$ 323 215 610 | \$ - | \$ - | \$ - |
| HC 1.1.1.2 | \$ 38 402 450 | \$ - | \$ - | \$ - |
| HC 1.1.1.3 | \$ 2 423 210 | \$ - | \$ - | \$ - |
| HC 1.1.1.4 | \$ 353 042 310 | \$ - | \$ - | \$ - |
| HC 1.1.1.5 | \$ 472 182 080 | \$ - | \$ - | \$ - |
| HC 1.1.2 | \$ 12 056 670 | \$ - | \$ - | \$ - |
| HC 1.1.3 | \$ 12 780 500 | \$ - | \$ - | \$ - |
| HC 1.1.4 | \$ 10 285 090 | \$ - | \$ - | \$ - |
| HC 1.1.4.1 | \$ 8 752 020 | \$ - | \$ - | \$ - |
| HC 1.1.4.2 | \$ 760 270 | \$ - | \$ - | \$ - |
| HC 1.1.4.3 | \$ 532 710 | \$ - | \$ - | \$ - |
| HC 1.1.5 | \$ 18 040 210 | \$ - | \$ - | \$ - |
| HC 1.3 | \$ 22 525 350 | \$ - | \$ - | \$ - |
| HC 1.3.1 | \$ 44 074 430 | \$ - | \$ - | \$ - |
| HC 1.3.1.1 | \$ 17 014 520 | \$ - | \$ - | \$ - |

III. LIMITACIONES Y RETOS PARA EL DESARROLLO DE LAS CUSARE

Al 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.^d 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.

^d 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 FASSA³⁹ 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 |
| Atención de la salud, embarazo, parto y puerperio y recién nacido | |
| 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 |
| Promoción de la salud materna e neonatal | |
| Impresos (lineamientos técnicos, manuales y material de promoción) | 32.00 |
| Capacitación | 48.20 |
| Asistencia técnica | 19.80 |

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

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

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

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 |
|--|---|------------------|----------------------------|------------------------|------------------------|----------------|-----------|
| Medicamentos | Ácido fólico | | | | | | |
| | Micronutrientes | | | | | | |
| | Anticonceptivos orales | | | | | | |
| | Anticonceptivos inyectables mensuales | | | | | | |
| | Anticonceptivos inyectables bimestrales | | | | | | |
| | Para quimioterapia CaCu | | | | | | |
| | Para quimioterapia CaMa | | | | | | |
| Consumibles | Preservativos | | | | | | |
| | DIUs | | | | | | |
| | Implantes subdérmicos | | | | | | |
| | Para Tamiz metabólico | | | | | | |
| | Para citologías | | | | | | |
| | Otro (especifique) | | | | | | |
| | Otro (especifique) | | | | | | |
| Material Promocional | 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 |
| Medicamentos | Ácido fólico | | | | | | |
| | Micronutrientes | | | | | | |
| | Anticonceptivos orales | | | | | | |
| | Anticonceptivos inyectables mensuales | | | | | | |
| | Anticonceptivos inyectables bimestrales | | | | | | |
| | Para quimioterapia CaCu | | | | | | |
| | Para quimioterapia CaMa | | | | | | |
| Consumibles | Preservativos | | | | | | |
| | DIUs | | | | | | |
| | Implantes subdérmicos | | | | | | |
| | Para Tamiz metabólico | | | | | | |
| | Para citologías | | | | | | |
| | Otro (especifique) | | | | | | |
| | Otro (especifique) | | | | | | |
| Material Promocional | Carteles (número total) | | | | | | |
| | Panfletos (número total) | | | | | | |
| | Manuales (número total) | | | | | | |
| | | | | | | | |

Matriz de captura. Costos y precios

| Consultas y pláticas | | | |
|---|---------------------|-----------------------|---|
| | Número total | Costo unitario | Cuota de recuperación o precio al público (unitaria) |
| 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 | | | |
| | | | |
| | | | |

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

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

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

Matriz de captura. Producción General

| Población (nivel estatal) | | |
|----------------------------------|-------|--|
| | 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 | | |

| Días estancia (total nivel estatal) | | |
|--|-------|--|
| | Total | |
| Total | | |
| Hosp. General | | |
| Cirugía | | |
| Medicina interna | | |
| Gineco-obstetricia | | |

| Egresos hospitalarios (total nivel estatal) | | |
|--|-------|--|
| | Total | |
| Total | | |
| Hosp. General | | |
| Cirugía | | |
| Medicina interna | | |
| Gineco-obstetricia | | |

| Consulta (total nivel estatal) | | |
|---------------------------------------|-------------|--|
| | Total casos | |
| Externa | | |
| Medicina General | | |
| Urgencias | | |
| Planificación Familiar | | |
| Medicina especializada | | |
| Gineco-obstetricia | | |
| Cirugía | | |

Matriz de captura. Salud Materno Infantil

| General | | | |
|---------------------------------|-------------|---------------|---------------|
| | Total casos | Días estancia | Observaciones |
| Partos normales | | | |
| Cesáreas | | | |
| Abortos | | | |
| Partos complicados | | | |
| Cesáreas complicadas | | | |
| RN sanos | | | |
| RN complicados | | | |
| Atención a puerperio complicado | | | |

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

| Laboratorio y Gabinete | | | |
|-------------------------------|-----------------|------------------------|---------------|
| | Total (mujeres) | Total (recién nacidos) | Observaciones |
| Ultrasonidos | | | |
| RX en embarazadas | | | |
| BH | | | |
| QS | | | |
| Tipo y RH | | | |
| EGO | | | |
| otros | | | |
| | | | |

Matriz de captura. Planificación familiar

| General | | | |
|---------------------------------|--------------|---------------|---------------|
| | Número total | Días estancia | Observaciones |
| Hormonales orales | | | |
| Hormonales inyectables | | | |
| DIU | | | |
| Implantes Subdérmicos | | | |
| Condomes | | | |
| OTB | | | |
| Vasectomías | | | |
| Procedimientos de fertilización | | | |

| Consultas y pláticas | | | |
|---------------------------------|----------|--------------|---------------|
| | Promedio | Número total | Observaciones |
| Hormonales orales | | | |
| Hormonales inyectables | | | |
| DIU | | | |
| Implantes Subdérmicos | | | |
| Condomes | | | |
| OTB | | | |
| Vasectomías | | | |
| Procedimientos de fertilización | | | |
| Pláticas de promoción | | | |

| Laboratorio y gabinete | | | |
|--|----------|--------------|---------------|
| Mujeres para salpingoclasia o procedimientos de fertilización | | | |
| | Promedio | Número total | Observaciones |
| Ultrasonidos | | | |
| BH | | | |
| QS | | | |
| Tipo y RH | | | |
| EGO | | | |
| otros | | | |

Matriz de captura. Cáncer cérvico uterino

| General | | | |
|-----------------------------------|--------------|---------------|---------------|
| | Número total | Días estancia | Observaciones |
| Detecciones | | | |
| Detecciones positivas | | | |
| Displasias | | | |
| Casos en tratamiento ambulatorio | | | |
| Casos de tratamiento hospitalario | | | |
| Histerectomías | | | |
| Otras cirugías | | | |

| Consultas y pláticas | | | |
|-----------------------------|----------|--------------|---------------|
| | Promedio | Número total | Observaciones |
| Consulta general | | | |
| Consultas de especialidad | | | |
| Pláticas de promoción | | | |

| Laboratorio y Gabinete | | | |
|-------------------------------|----------|--------------|---------------|
| | 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 [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.
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/. 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 (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.

**Innovations in
Health Financing**

**Innovaciones en el
Financiamiento de la Salud**

Working Paper Series

Serie de Documentos de Trabajo



ISBN: 968-5661-44-8