



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

**Metodología de Estimación del Gasto Público en  
el Primer Nivel de Atención como porcentaje del  
Gasto Público en Salud**

**DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD**



## TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN _____	1
INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA 2018 _____	2
Tipo de unidad _____	2
ESTIMACIÓN DE GASTO PÚBLICO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN _____	4
RESULTADOS _____	8
ANEXOS _____	14
Anexo 1 Clasificador por Funciones de Atención _____	14
Anexo 2 Cuenta corriente, equivalencia entre el Clasificador por Actividad Institucional y el Clasificador por Funciones de Atención _____	16
Anexo 3 Cuenta de Capital, equivalencia entre el Clasificador por Objeto del Gasto y el Clasificador por Funciones de Atención _____	17
GLOSARIO _____	18
ACRÓNIMOS _____	24
FUENTE DE INFORMACIÓN _____	25
TABLA DE CUADROS _____	26
TABLA DE FÓRMULAS _____	26
TABLA DE GRÁFICAS _____	26





GOBIERNO DE  
**MÉXICO**

**SALUD**  
SECRETARÍA DE SALUD

DIRECCIÓN GENERAL DE INFORMACIÓN EN SALUD

DIRECCIÓN DE INFORMACIÓN EN RECURSOS PARA LA SALUD

**Mtro. Juan Carlos Gómez Martínez**

Director General de Información en Salud

**Mtro. Carlos Lino Sosa Manzano**

Director de Información en Recursos para la Salud

**Mtro. Oscar Santiago Salinas**

Subdirector de Información Financiera

**Lic. Nayeli Ortiz Juárez**

Jefa del Departamento de Coordinación Sectorial



## INTRODUCCIÓN

El Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (**SICUENTAS**), se encarga de integrar la información de los recursos financieros, públicos y privados, que se invierten y consumen en la producción de salud en México. La Dirección General de Información en Salud (**DGIS**) realiza desde el año 2001 a través del subsistema SICUENTAS el proceso de integración de la información financiera, para esto solicita a los diferentes niveles administrativos del sector público y privado los datos del gasto en salud ejercido en el año previo





## INTEGRACIÓN DE LA INFORMACIÓN FINANCIERA 2018

El SICUENTAS inicia el proceso de integración con la revisión y actualización de los clasificadores que utilizará para el registro de la información del gasto en salud, la construcción de los formatos donde se depositarán, actualización de directorio, entre otras actividades. Los proveedores por su parte validan, integran y envían la información a la DGIS, a través de los formatos establecidos, quien, a su vez, revisa, analiza, envía observaciones para su atención, y finalmente valida la información a publicar. Las fuentes oficiales que se utilizan como referencia para la revisión, análisis, y aprobación de la información son la Cuenta de la Hacienda Pública Federal y Estatal para el gasto público.

En el año estadístico 2018 se integró la información financiera de 128 proveedores de información, entre los que se encuentran 32 Servicios Estatales de Salud, 32 Regímenes Estatales de Salud (REPS), 12 Instituciones de Seguridad Social, 8 Unidades Centrales, 24 Organismos Descentralizados, 14 Órganos Desconcentrados y 3 Hospitales Federal de Referencia de la Secretaría de Salud, SEDENA, SEMAR e IMSS-Prospera<sup>1</sup>.

La información se reporta a nivel nacional, estatal, y por tipo de unidad (consulta externa, hospitalaria, unidad administrativa o establecimiento de apoyo); cabe mencionar que el 95.5% de la información se reporta por tipo de unidad (consulta externa, hospitales y unidades centrales); el 4% reporta las misma unidades con excepción de la unidades de consulta externa, donde se reporta al nivel agregado de jurisdicción, y por último el 0.6% no desagrega la información y la concentra en la unidad central.

### TIPO DE UNIDAD

**Unidad  
Hospitalaria**



**Unidad de  
Consulta Externa**



**Unidad  
Administrativa  
Central**



**Unidad de Apoyo**



<sup>1</sup> En el año 2018 el programa IMSS-Prospera se convierte en IMSS-Bienestar.



## ESTIMACIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PORCENTAJE DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD

---

Los clasificadores de gasto utilizados por el SICUENTAS para realizar el registro de la información provienen de dos fuentes: la primera, es de carácter nacional, y corresponde al Consejo Nacional de Armonización Contable<sup>2</sup> y a la Secretaría de Hacienda y Crédito Público establecer los clasificadores que registrarán la contabilidad de todo el sector público, éstos son:



1. Clasificador por Objeto del Gasto
2. Clasificador por Actividad Institucional

La segunda fuente es de origen internacional, y pertenecen a la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), organismos que construyeron el “Sistema de Cuentas de Salud (SHA 2011)”<sup>3</sup>, con el objeto de homologar el registro y la comparabilidad entre países. Los clasificadores son los siguientes:



3. Clasificador por Funciones de Atención (CFA)
4. Clasificador de los Proveedores de Atención (HP)
5. Clasificador de los Esquemas de Financiamiento (HF)
6. Clasificador de los Esquemas de Ingresos de Financiamiento (FS)
7. Clasificador de los Factores de Provisión de Salud (FP)

---

<sup>2</sup> Ley General de Contabilidad Gubernamental, DOF, Última reforma publicada 30-02-2018

<sup>3</sup> OECD, Eurostat and World Health Organization (2017), A System of Health Accounts 2011: Revised edition, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>





# ESTIMACIÓN DE GASTO PÚBLICO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Para obtener los datos del Gasto del Primer Nivel de Atención es indispensable primero integrar la información del Gasto Público en Salud. En este sentido, los proveedores reportan la información en una matriz cuadrada de 39 columnas por "n" filas, donde se desagrega el gasto en salud a nivel nacional, estatal, por tipo de unidad, fuente de financiamiento y de acuerdo a los siete clasificadores de gasto antes mencionados. Para llegar a este punto, la información recorre diferentes etapas metodológicas para cumplir con los estándares contables de los clasificadores internacionales.

## Etapa 1:

Los responsables SICUENTAS de cada entidad o institución, disponen de la información del ejercicio del gasto del año previo, y de acuerdo a los clasificadores nacionales generan la salida de información con la estructura que se muestra en el Cuadro 1; ésta nos permite identificar la CLUE de la Unidad, el programa (o actividad) de salud que les fue aprobada y las partidas de gasto donde se ejerció recurso.

Cuadro 1: Gasto por Tipo de Unidad

Tipo de Unidad		Clasificador por Actividad Institucional			Clasificador por Objeto del Gasto		
CLUES	Unidad	Sub función	Actividad Institucional	Actividad Homologada	Capitulo	Concepto	Partida
SPSSA003935	Hospital	5	18	H62	1000	1100	1130

## Etapa 2:

La información obtenida en la Etapa 1 es la base para iniciar la codificación de cada uno de los clasificadores del "Sistema de Cuentas de Salud" de la OMS. Cabe mencionar que es posible realizar la equivalencia entre el "Clasificador por Actividad Institucional" (CAI) y el "Clasificador por Funciones de Atención" (CFA), debido a que comparten ambos el mismo enfoque "funcional del gasto"<sup>4</sup>; por otra parte, es posible homologar el Clasificador por Objeto de Gasto (COG) con la cuenta

<sup>4</sup> CONAC. Clasificación Funcional del Gasto (finalidad, función y subfunción). Acuerdo por el que se emite la clasificación funcional del gasto Publicado en el diario oficial de la federación el 10 de junio de 2010. Última publicación DOF 27-12-2010.



## ESTIMACIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PORCENTAJE DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD

---

de capital (CFA), ambos son un listado ordenado, semejante y coherente de los bienes y servicios que el gobierno demanda para desarrollar sus acciones.

La OMS recomienda utilizar el CFA para el cálculo del Gasto Público en Salud en el Primer Nivel de Atención, debido a que permite identificar tanto los diferentes niveles de atención y los objetivos de la atención de la salud, como son la atención curativa, prevención de enfermedades, el tratamiento, la promoción de la salud, la rehabilitación y la atención a largo plazo, por tal motivo presentamos la metodología utilizada para su obtención.

El CFA se compone de dos cuentas (Ver Anexo 1), la Corriente (CFA\_C) y la de Capital (CFA\_K). A partir de esta premisa, se establecen dos criterios para realizar la codificación.

1. La Cuenta Corriente comprende el gasto de las actividades (o programas) del CAI (excepto las partidas del capítulo 5000, 6000 y 9000), y del CFA el gasto de las funciones de bienes de servicios de atención a la persona, comunidad, rectoría y funciones relacionadas. La equivalencia entre CAI y CFA se realiza a nivel de tipo de unidad, y/o programa (actividad) y su función de atención homologa (Anexo 2).
2. La Cuenta de Capital se integra a partir de la homologación entre las partidas de gasto (5000, 6000 y 9000) del COG y las funciones del gasto de capital de CFA,  $COG=CFA\_K$  (Anexo 3).

### **Etapa 3:**

Una vez establecidos los criterios antes descritos se inicia la codificación de CFA a partir de CAI y COG, la cual se lleva a cabo en tres momentos:

1. Identificamos la fuente de financiamiento <sup>5</sup> que se integrará; posteriormente separamos el gasto corriente (comprende del capítulo 1000 al 4000 y el 7000) y el gasto de capital (5000, 6000 y 9000), para trabajarlos de forma independiente.
2. En el Gasto Corriente identificamos el tipo de unidad, tipología, y nivel de atención (1-4). Se analiza cuáles fueron los programas presupuestarios donde ejerció gasto (5-7). Se asigna una función, subfunción, actividad o subactividad (8-10) por cada programa presupuestario ejercido en los diferentes tipos de unidades, tipologías o nivel de atención a partir de la tabla de equivalencia (Anexo 2).
3. Para el Gasto de Capital se identifican las partidas de los capítulos 5000, 6000 y 9000 y sus contrapartes del CFA, a partir de la tabla de equivalencia (Anexo 3).

En el Cuadro No 2 se presenta el ejemplo de una unidad, a partir de la CLUE se puede identificar que es una unidad hospitalaria la cual ejerció gasto en la subfunción "5 Sistema de Protección Social en Salud", actividad institucional "18 Prestación de servicios", y en la actividad homologada "H62 atención médica de segundo nivel", que equivale dentro del catálogo del clasificador por

---

<sup>5</sup> Para identificar las fuentes de financiamiento en las que se ejerce recurso véase el catalogo, el cual se encuentra en la siguiente dirección:  
[http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/e\\_rfinancieros\\_gobmx.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/e_rfinancieros_gobmx.html)







funciones de atención a la categoría de la función "HC.1 Servicios de atención curativa", subfunción "HC.1.1 Atención curativa hospitalaria" y actividad "HC.1.1.1 Atención curativa hospitalaria general".

Cabe mencionar que el nivel de desagregación es determinado por el CFA y el código puede concluir a partir de la subfunción. Una vez realizada la codificación de todas las unidades es posible obtener el Gasto Público en Salud de acuerdo al CFA a nivel nacional, estatal y por tipo de unidad.

Cuadro 2: Clasificador por Funciones de Atención, Codificación

Table with 10 columns: Tipo de Unidad (1-4), Clasificador Actividad Institucional (5-7), and Clasificador por Funciones de Atención (8-10). Row 1: CLUE, Tipo de Establecimiento, Nombre de Tipología, Nivel de Atención, SF, AI, PP, Función, Sub-función, Actividad. Row 2: ASIMS000016, Hospitalización, Hospital General, Segundo Nivel de Atención, 5, 18, H62, HC.1, HC.1.1, HC.1.1.1.

Etapa 4:

El Gasto Público en Salud es igual a la suma de las funciones de cada tipo de unidad reportada (unidades médicas, administrativas y de apoyo) (Formula 1). También se puede obtener de la suma de las funciones de atención de 1 a la n (Formula 2).

Fórmula 1: Gasto Público a partir de la suma de funciones y unidades

Gasto Público en Salud = sum\_{f=1}^n Hospital + sum\_{f=1}^n U Consulta Externa + sum\_{f=1}^n Unidad Administrativa + sum\_{f=1}^n Establecimiento de Apoyo

Fórmula 2: Gasto Público a partir de la suma de funciones

Gasto Público en Salud = sum\_{f=1}^n Función de atención



## ESTIMACIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PORCENTAJE DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD

---

### **Eta**pa 5:

De acuerdo a la OMS, el Gasto del Primer Nivel de Atención (GPNA) se encuentra dentro de la “Estrategia de Salud Universal”, que tiene por objetivo “incrementar la inversión en el primer nivel de atención, a fin de mejorar la capacidad resolutive, aumentar el acceso y ampliar progresivamente la oferta de servicios para cubrir de manera oportuna las necesidades de salud”; para realizar la medición de este nivel propone utilizar la metodología estandarizada del “System of Health Accounts 2011”, utilizando el CFA, donde el GPNA se caracteriza por ofrecer servicios de atención curativa a la persona, además de la promoción y prevención de la salud con destino a la población en general (comunidad), de tal forma que es igual a la suma de las siguientes funciones (Formula 3):

### **Gasto Público en el Primer Nivel de Atención**

1. HC.1.3.1 Servicios médicos y de diagnóstico básico
2. HC.1.3.2 Atención odontológica ambulatoria
3. HC.1.4 Servicios de atención domiciliaria
4. HC.6.1 Información, educación y programas de prevención
5. HC.6.2 Programas de vacunación
6. HC.6.3 Programas de detención temprana de enfermedades
7. HC.6.4 Programas de monitoreo de las condiciones de salud

### **Fórmula 3: Gasto Público en el Primer Nivel de Atención**

$$\text{Gasto Público en el Primer Nivel de Atención (GPNA)} = \sum_{f=1}^{f=7} \text{Función de atención}$$

---





## RESULTADOS

A partir de la Fórmula 3 y con la información disponible realizamos la medición del Gasto Público en el Primer Nivel de Atención. Por otra parte, calculamos el Gasto Público en Salud que comprende el gasto de las siguientes fuentes de financiamiento: IMSS, ISSSTE, PEMEX, ISSFAM, ISSEMYM, ISSTECH, IMIEM, ISSSTELEON, ISSSTESON, ISSSTECALI, SSMC, ISSTEY, ISSSTECAM, Secretaría de Salud (Ramo 12), IMSS-Bienestar (Ramo 19), Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (Ramo 33), Gasto Estatal, SEDENA (Ramo 7) y SEMAR (Ramo 13). A partir de los datos y de acuerdo a la fórmula 4 calculamos el indicador “Gasto Público en el Primer Nivel de Atención como Porcentaje del Gasto Público Total en Salud”, los resultados se muestran en el Cuadro No 3.

### Fórmula 4: Gasto Público en el Primer Nivel de Atención

$$\begin{array}{l}
 \text{Gasto Público en el} \\
 \text{Primer Nivel de Atención} \\
 \text{(\% del Gasto Público} \\
 \text{Total en Salud)}
 \end{array}
 =
 \frac{\text{Gasto Público en el Primer Nivel} \\
 \text{de Atención}}{\text{Gasto Público Total en Salud}}
 * 100$$

Cuadro 3: Gasto Público en el Primer Nivel de Atención como Porcentaje del Gasto Público Total en Salud

Indicador	2015	2016	2017	2018
Gasto Público en el Primer Nivel de Atención (% del Gasto Público Total en Salud)	25.0%	26.1%	24.9%	24.4%

**Fuente:** Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México, 2018.

Con respecto al gasto en el primer nivel de atención la Organización Mundial de la Salud, en su informe de la Comisión de Alto Nivel “Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata”, establece que la atención en el primer nivel de salud debe ser asumida por los gobiernos como una estrategia de transformación de los sistemas de salud a través de un modelo de atención integral de cuidados de salud, centrado en las personas y las comunidades, con enfoque de derechos, territorial, familiar, comunitario, pluriétnico e intercultural, resolutivo e intersectorial. También debe ser una estrategia para superar la fragmentación y la segmentación de los sistemas de salud, este



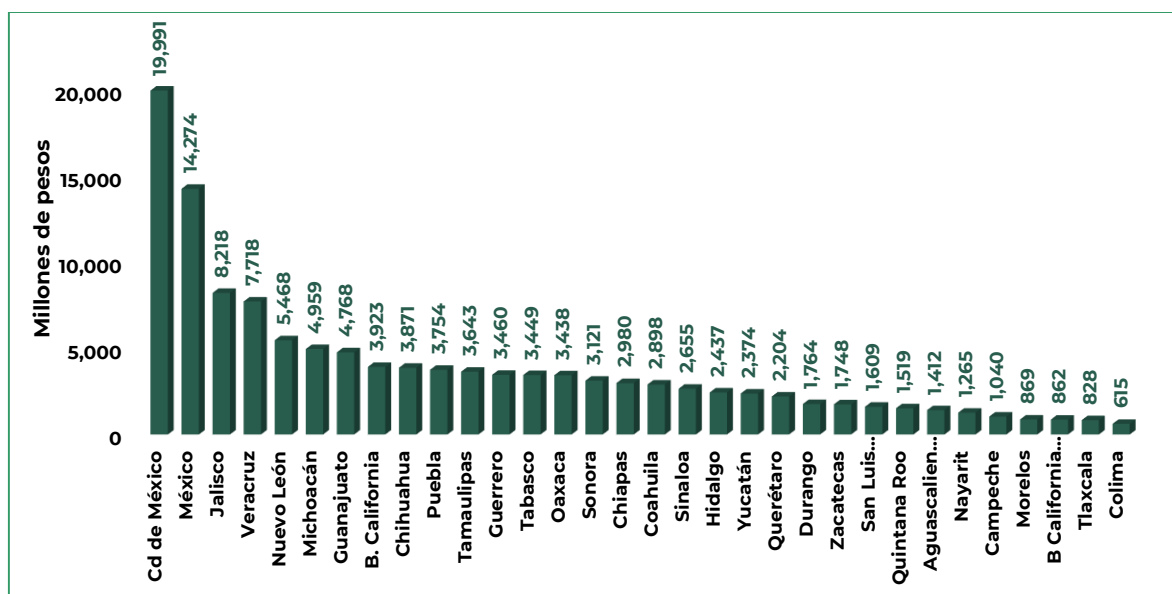
## ESTIMACIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PORCENTAJE DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD

modelo debe tener el mayor alcance posible dentro del sistema. Las dos principales acciones que se determinaron ser alcanzadas para el año 2030 son:

- Impulsar Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) con un primer nivel de atención resolutivo, y apoyadas por servicios especializados, entre ellos los hospitales, para garantizar a todas y todos, un acceso real a los servicios de salud con oportunidad, calidad y continuidad.
- Asignar los recursos financieros necesarios para asegurar el acceso real a los servicios de salud, considerando que al menos 30% se inviertan en el primer nivel de atención.

En este sentido, los resultados obtenidos para el país muestran que el gasto público en el primer nivel de atención representó el 25% del gasto público total en salud, promedio anual para el periodo 2015-2018; en el año 2018 alcanzó el 24.6% y el monto alcanzado fue de 160 mil millones de pesos, que representa el 0.7% del PIB del mencionado año. Las cinco entidades federativas que ejercen mayor gasto en el primer nivel de atención son la Ciudad de México, Estado de México, Jalisco, Veracruz y Nuevo León; y las cinco que menos ejercen son Colima, Tlaxcala, Baja California Sur, Morelos y Campeche (Gráfica No 1).

**Gráfico No. 1: Gasto Público en el Primer Nivel de Atención, por Entidad Federativa, 2018**



**Notas:** 1. Los datos por entidad federativa incluye las siguientes fuentes de financiamiento: FASSA (Ramo 33), IMSS-Prospera (Ramo 19), Gasto Estatal, IMSS, ISSSTE y PEMEX. Por otra parte, no se incluye el gasto de la Secretaría de Salud, SEDENA, SEMAR e ISSFAM, debido a que no desagregan la información a este nivel.

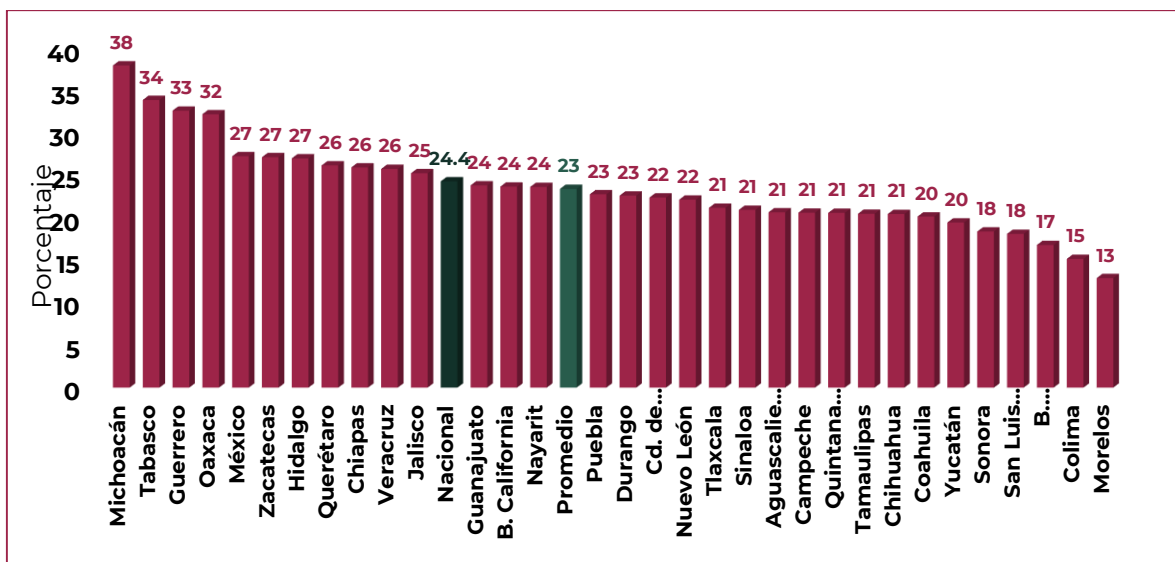
**Fuente:** Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud, Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal en Salud (SICUENTAS), México 2018.

Por otra parte, los resultados 2018 del porcentaje del gasto que se destina al primer nivel de atención (público) con respecto al gasto público total en salud de cada una de las entidades federativas del país se pueden observar en el Gráfico No 1, el promedio a partir de los datos de las



32 entidades fue del 23% y el dato nacional del 25%; cabe destacar que el estado de Michoacán ocupa el primer lugar al destinar el 38% de su gasto público en salud a la atención del primer nivel de atención, seguido por Tabasco (34%), Guerrero (33%), Oaxaca (32%) y México (27%); por el contrario, los estados de Morelos (13%), Colima (15%), Baja California Sur (17%), San Luis Potosí (18%) y Sonora (18%) son las que menos proporción de gasto destinan a este nivel de atención (Gráfica No 2).

**Gráfico No. 2: Gasto Público en el Primer Nivel de Atención como Porcentaje del Gasto Público en Salud, por Entidad Federativa, 2018.**



**Notas:** 1. El dato nacional incluye todas las fuentes de financiamiento: Secretaría de Salud (Ramo 12), FASSA (Ramo 33), IMSS-Prospera (Ramo 19), Gasto Estatal, IMSS, ISSSTE, PEMEX, ISSES, SEDENA (Ramo 7), SEMAR (Ramo 13) e ISSFAM. 2. El cálculo del gasto por entidad federativa no incluye el gasto de la Secretaría de Salud, SEDENA, SEMAR e ISSFAM, debido a que no desagregan la información a este nivel geográfico.

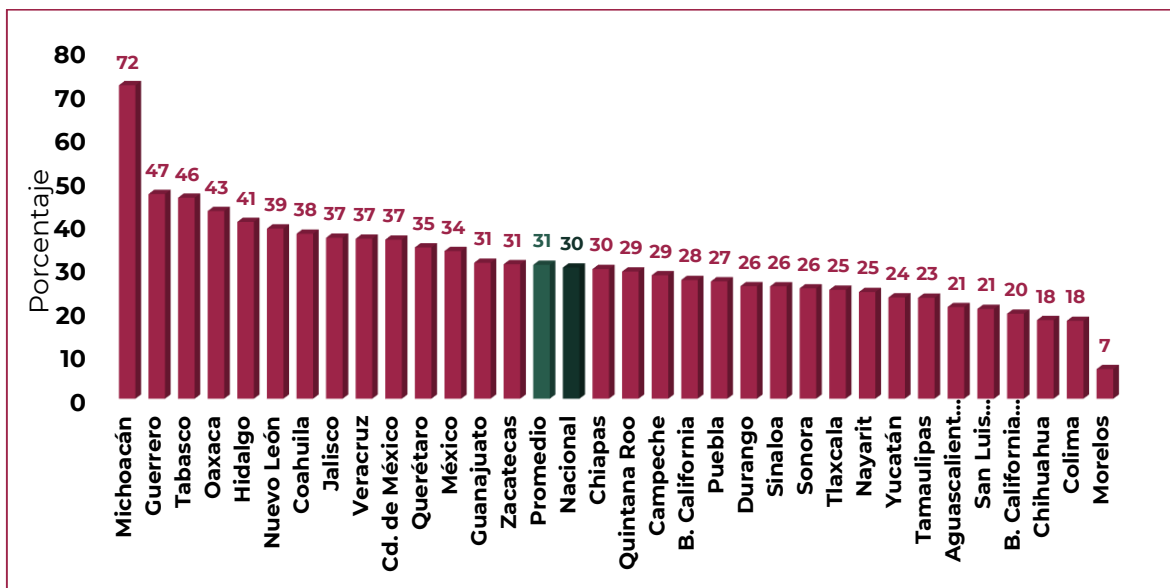
**Fuente:** Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud, Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal en Salud (SICUENTAS), México 2018.

Los datos 2018 se pueden desagregar de acuerdo al tipo de población; el porcentaje que se destina dentro del Gasto en Salud de la Población sin Seguridad Social al Primer Nivel de Atención promedio 31.1% a partir de los datos de las 32 entidades federativas y el dato nacional 30.9%; el estado de Michoacán ocupa el primer lugar al destinar el 72% del gasto a la atención del primer nivel de atención dentro de este tipo de población, seguido por Guerrero (47%), Tabasco (46%), Oaxaca (43%) e Hidalgo (41%); por el contrario, los estados de Morelos (7%), Colima (18%), Chihuahua (18%), Baja California Sur (20%) y San Luis Potosí (21%) son las que menos proporción de gasto destinan (Gráfico No 3).



## ESTIMACIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PORCENTAJE DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD

**Gráfico No. 3: Gasto Público en Salud para la Población Sin Seguridad Social, porcentaje de Gasto destinado al Primer Nivel de Atención, por Entidad Federativa, 2018.**



**Notas:** 1. El dato nacional incluye las siguientes fuentes de financiamiento: Secretaría de Salud (Ramo 12), FASSA (Ramo 33), IMSS-Prospera (Ramo 19), Gasto Estatal, SEDENA (Ramo 7) y SEMAR (Ramo 13). 2. El cálculo del gasto por entidad federativa no incluye el gasto de la Secretaría de Salud, SEDENA y SEMAR debido a que no desagregan la información a este nivel.

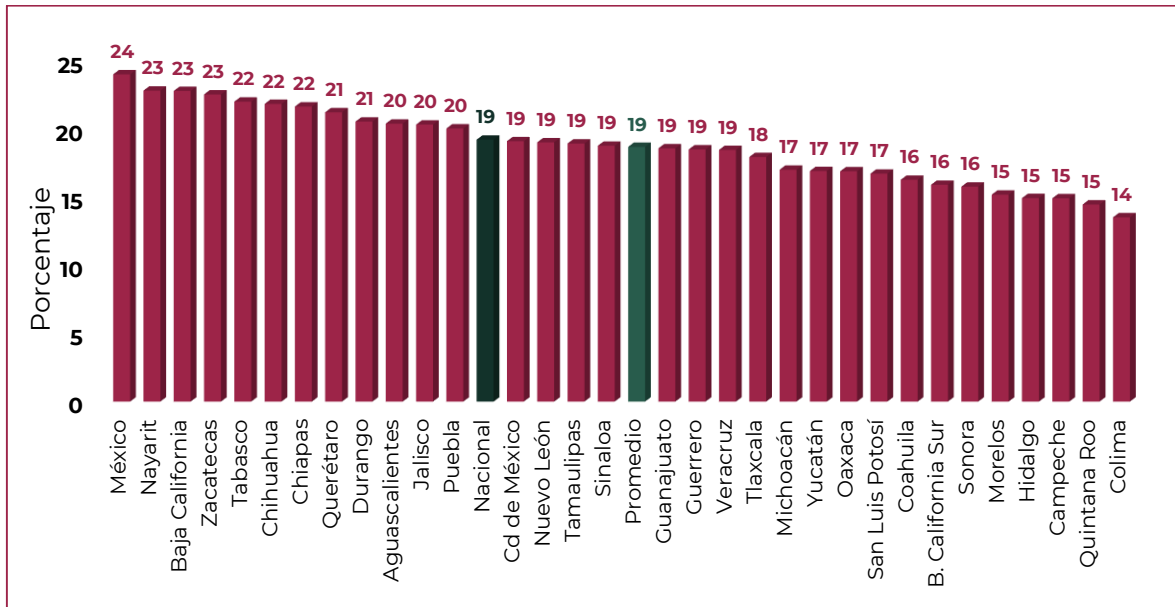
**Fuente:** Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud, Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal en Salud (SICUENTAS), México 2018.

Ahora bien, el porcentaje que se destina dentro del Gasto en Salud de la Población con Seguridad Social al Primer Nivel de Atención promedio 18.7% a partir de los datos de las 32 entidades federativas y el dato nacional 19.3%; el estado de México ocupa el primer lugar al destinar el 24% de este tipo de gasto público en salud a la atención del primer nivel de atención, le sigue Nayarit (23%), Baja California (23%), Zacatecas (23%) y Tabasco (22%); por el contrario, los estados de Colima (14%), Quintana Roo (15%), Campeche (15%), Hidalgo (15%) y Morelos (15%) son las entidades que menos proporción de gasto destinan (Gráfico No 4).





Gráfico No. 4: Gasto Público en Salud para la Población Con Seguridad Social, Porcentaje de Gasto destinado al Primer Nivel de Atención, por Entidad Federativa, 2018.



**Notas:** 1. El dato nacional incluye las siguientes fuentes de financiamiento: IMSS, ISSSTE, PEMEX, ISSES e ISSFAM. 2. El cálculo del gasto por entidad federativa no incluye el gasto del ISSFAM debido a que no desagregan la información a este nivel.

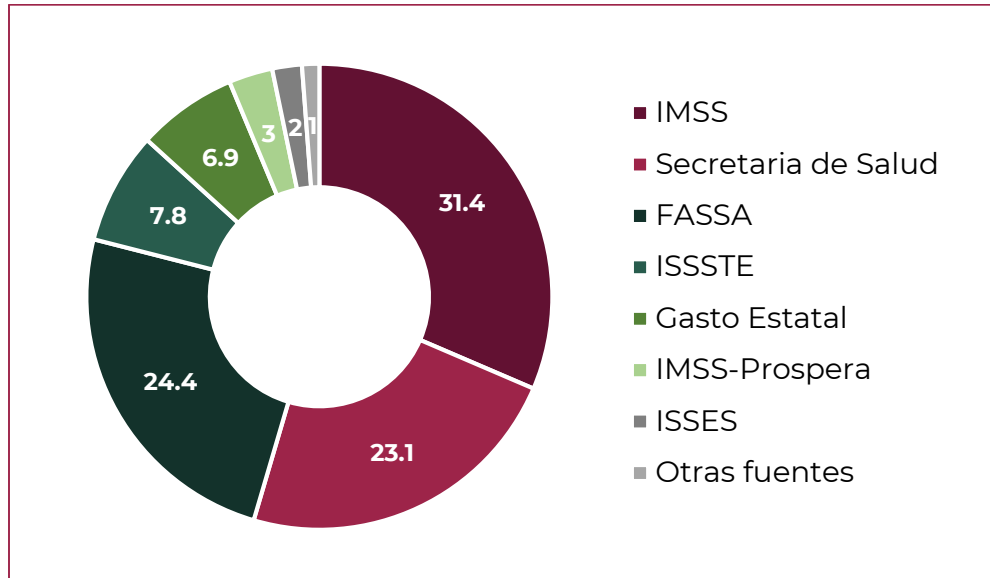
**Fuente:** Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud, Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal en Salud (SICUENTAS), México 2018.

Por último, la participación de los agentes de financiamiento en el gasto del primer nivel de atención para el año 2018 muestra que el IMSS ocupa el primer lugar con una participación del 31.4%; en segundo lugar, la Secretaría de Salud con el 23.1%; tercero, FASSA 24.4%; ISSSTE, 7.8%; Gasto Estatal, 6.9%; IMSS-Prospera, 3%; ISSES, 2% y otras fuentes 1%.



## ESTIMACIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PORCENTAJE DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD

**Gráfico No. 5: Gasto Público en Salud destinado al Primer Nivel de Atención,  
Por Fuente de Financiamiento, 2018**



**Fuente:** Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud, Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal en Salud (SICUENTAS), México 2018.







# ANEXOS

## ANEXO 1 CLASIFICADOR POR FUNCIONES DE ATENCIÓN

Código				Función
Función	Sub-función	Actividad	Sub actividad	Concepto
Gasto Corriente				HC.1 - HC.5 Gasto de atención a la persona HC.6 - HC.7 Gasto de atención a la comunidad HC.9, HCR.1, HCR.2 Funciones relacionadas
HC.1				Servicios de atención curativa
HC.1.1				Atención curativa hospitalaria
	HC.1.1.1			Atención curativa hospitalaria general
	HC.1.1.2			Atención curativa hospitalaria especializada
HC.1.2				Atención curativa en hospital de día
	HC.1.2.1			Atención curativa en hospital general de día
	HC.1.2.2			Atención curativa en hospital especializado de día
HC.1.3				Atención curativa ambulatoria
	HC.1.3.1			Servicios médicos y de diagnóstico básicos
	HC.1.3.2			Atención odontológica ambulatoria
	HC.1.3.3			Servicios médicos especializados
HC.1.4				Servicios de atención curativa domiciliaria
HC.2				Servicios de rehabilitación
	HC.2.1			Rehabilitación hospitalaria
	HC.2.2			Rehabilitación en hospital de día
	HC.2.3			Rehabilitación ambulatoria
	HC.2.4			Rehabilitación domiciliaria
HC.3				Servicios de atención de larga duración
	HC.3.1			Atención de larga duración hospitalaria
	HC.3.2			Atención de larga duración en hospitalización de día
	HC.3.3			Atención de larga duración ambulatoria
	HC.3.4			Atención de larga duración domiciliaria
HC.4				Servicios auxiliares
	HC.4.1			Laboratorio clínico
	HC.4.2			Imagenología
	HC.4.3			Transportación de pacientes
HC.5				Bienes médicos
HC.5.1				Bienes farmacéuticos y otros bienes médicos no perecederos
	HC 5.1.1			Medicamentos de prescripción
	HC 5.1.2			Medicamentos de venta libre
	HC 5.1.3			Otros bienes médicos perecederos
HC.5.2				Dispositivos terapéuticos y otros bienes médicos
	HC.5.2.1			Lentes y otros productos ópticos
	HC.5.2.2			Aparatos auditivos
	HC.5.2.3			Otros aparatos ortopédicos y prótesis
	HC.5.2.9			Los demás bienes médicos duraderos, incluyendo dispositivos técnicos
HC.6				Servicios de atención preventiva
	HC.6.1			Información, educación y programas de prevención
	HC.6.2			Programas de vacunación
	HC.6.3			Programas de detección temprana de enfermedades
	HC.6.4			Programas de monitoreo de las condiciones de salud



ESTIMACIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN  
COMO PORCENTAJE DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD

Código				Función
Función	Sub-función	Actividad	Sub actividad	Concepto
	HC.6.5			Vigilancia epidemiológica y de riesgos, y programas de control de enfermedades
	HC.6.6			Programas de respuesta a emergencias y desastres
HC.7				Gobierno, sistema de salud y administración del financiamiento
	HC.7.1			Gobierno y administración del sistema de salud
	HC.7.2			Administración del financiamiento de la sanidad
HC.9				Otros servicios de atención de la salud no clasificados en otra parte
HCR				Funciones relacionadas con la salud
HCR.1				Atención de largo plazo (servicios sociales)
HCR.1	HCR.1.1			Atención social de largo plazo en especie
HCR.1	HCR.1.2			Atención social de largo plazo en efectivo
HCR.2				Promoción de la salud con un enfoque multisectorial
Gasto de Inversión				HK1, HK2, HKR
HK				Cuenta de capital
HK.1				Formación bruta de capital
HK.1	HK.1.1			Formación bruta de capital fijo
HK.1	HK.1.1	HK.1.1.1		Infraestructura
HK.1	HK.1.1	HK.1.1.1	HK.1.1.1.1	Construcciones residenciales y no residenciales
HK.1	HK.1.1	HK.1.1.1	HK.1.1.1.2	Otras estructuras
HK.1	HK.1.1	HK.1.1.2		Maquinaria y equipo
HK.1	HK.1.1	HK.1.1.2	HK.1.1.2.1	Equipo medico
HK.1	HK.1.1	HK.1.1.2	HK.1.1.2.2	Equipo de transportación
HK.1	HK.1.1	HK.1.1.2	HK.1.1.2.3	Tecnologías de la información y la comunicación
HK.1	HK.1.1	HK.1.1.2	HK.1.1.2.4	Otro tipo de equipo
HK.1	HK.1.1	HK.1.1.3		Productos con propiedad intelectual
HK.1	HK.1.1	HK.1.1.3	HK.1.1.3.1	Software y bases de datos
HK.1	HK.1.1	HK.1.1.3	HK.1.1.3.2	Otros productos con propiedad intelectual
HK.1	HK.1.2			Cambio en inventarios
HK.1	HK.1.3			Adquisiciones menos cesiones de objetos valiosos
HK.1	HK.1.3	HK.1.1.c		Consumo de capital fijo
HK.1	HK.1.3	HK.1.1.n		Formación neta de capital
HK.2				Activos no producidos ni financieros
HK.2	HK.2.1			Tierra
HK.2	HK.2.2			Otros activos no producidos ni financieros
HKR				Funciones relacionadas con la cuenta de capital
HKR.1				Préstamos
HKR.2				Ahorros acumulados
HKR.3				Asociaciones públicas-privadas
HKR.4				Investigación y desarrollo en salud
HKR.5				Educación y capacitación del personal en salud

**Fuente:** OECD, Eurostat and World Health Organization (2017), A System of Health Accounts 2011: Revised edition, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264270985-en>





## ANEXO 2 CUENTA CORRIENTE, EQUIVALENCIA ENTRE EL CLASIFICADOR POR ACTIVIDAD INSTITUCIONAL Y EL CLASIFICADOR POR FUNCIONES DE ATENCIÓN<sup>6</sup>

Tipo de Unidad	Subfunción	Clave H	Descripción	Función	Subfunción	Actividad
Hospitales Generales	1	H10	Apoyar los servicios administrativos	HC.1	HC.1.1	HC.1.1.1
	4	H10	Apoyar los servicios administrativos	HC.1	HC.1.1	HC.1.1.1
	5	H10	Apoyar los servicios administrativos	HC.1	HC.1.1	HC.1.1.1
Hospitales Especializados	1	H10	Apoyar los servicios administrativos	HC.1	HC.1.1	HC.1.1.2
	4	H10	Apoyar los servicios administrativos	HC.1	HC.1.1	HC.1.1.2
	5	H10	Apoyar los servicios administrativos	HC.1	HC.1.1	HC.1.1.2
Jurisdicciones /Unidades de Consulta Externa	1	H10	Apoyar los servicios administrativos	HC.1	HC.1.3	HC.1.3.1
	4	H10	Apoyar los servicios administrativos	HC.1	HC.1.3	HC.1.3.1
	5	H10	Apoyar los servicios administrativos	HC.1	HC.1.3	HC.1.3.1
Unidades Centrales	1	H10	Apoyar los servicios administrativos	HC.7	HC.7.1	
	4	H10	Apoyar los servicios administrativos	HC.7	HC.7.1	
	5	H10	Apoyar los servicios administrativos	HC.7	HC.7.1	

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2020.

A partir de las definiciones de ambos clasificadores se observa en el ejemplo de homologación que un mismo programa ejercido en un diferente tipo de unidad médica, va a tener una diferente equivalencia por funciones de atención, por eso la importancia de identificar en primer lugar la información que proporcione la CLUES y posteriormente el programa donde ejerció recurso.

Para consultar la tabla completa de equivalencias CAI por tipo de unidad=CFA\_C, consultar el 4. Manual Clasificador Funciones de Atención SESAS, DGIS-SICUENTAS 2019.

<sup>6</sup> Para más detalle sobre la equivalencia COG=CFA\_C, ver el 4. Manual Clasificador Funciones de Atención SESAS, DGIS-SICUENTAS 2019, pág. 13-28 disponible en: [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/e\\_rfinancieros\\_gobmx.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/e_rfinancieros_gobmx.html)



ESTIMACIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN  
COMO PORCENTAJE DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD

**ANEXO 3**  
**CUENTA DE CAPITAL, EQUIVALENCIA ENTRE EL CLASIFICADOR POR**  
**OBJETO DEL GASTO Y EL CLASIFICADOR POR FUNCIONES DE**  
**ATENCIÓN<sup>7</sup>**

Partida genérica o específica	Descripción	Función	Subfunción	Actividad	Subactividad
<b>5830-5890</b> <b>6110-6320</b>	Construcciones residenciales y no residenciales	HK.1	HK.1.1	HK.1.1.1	HK.1.1.1.1
<b>5310-5320</b>	Equipo medico	HK.1	HK.1.1	HK.1.1.2	HK.1.1.2.1
<b>54101-5490</b>	Equipo de transportación	HK.1	HK.1.1	HK.1.1.2	HK.1.1.2.2
<b>5230 y 5650</b>	Tecnologías de la información y la comunicación	HK.1	HK.1.1	HK.1.1.2	HK.1.1.2.3
<b>5110-5140,</b> <b>5190, 5220,</b> <b>5290,55101-</b> <b>5640, 5660-</b> <b>56902</b>	Otro tipo de equipo	HK.1	HK.1.1	HK.1.1.2	HK.1.1.2.4
<b>5150,5210,5910</b> <b>y 5970</b>	Software y bases de datos	HK.1	HK.1.1	HK.1.1.3	HK.1.1.3.1
<b>5920-5960 y</b> <b>5980-5990</b>	Otros productos con propiedad intelectual	HK.1	HK.1.1	HK.1.1.3	HK.1.1.3.2
<b>5710-5790</b>	Investigación y desarrollo en salud	HKR.4			

**Fuente:** 1. Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2020.

<sup>7</sup> Para más detalle sobre la equivalencia COG=CFA\_K, ver el 4. Manual Clasificador Funciones de Atención SESAS, DGIS-SICUENTAS 2019, pág. 9-12 disponible en: [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/e\\_rfinancieros\\_gobmx.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/e_rfinancieros_gobmx.html)





## GLOSARIO

**Administración de los seguros médicos privados.** Se refiere a la administración y el funcionamiento de todos los seguros privados de enfermedades y accidentes.

**Administración del financiamiento de la sanidad.** Incluye el ejercicio presupuestario y la recaudación de los fondos para el financiamiento del gasto en salud; contiene la gestión de la recaudación de fondos, la administración, el seguimiento y la evaluación de dichos recursos.

**Aparatos auditivos.** Esta partida incluye todos los tipos de ayudas auditivas (incluyendo la limpieza, ajuste y baterías).

**Asociaciones privadas.** Instituciones de carácter privado que ofrecen atención en salud a precios no de mercado.

**Atención ambulatoria.** Los servicios de atención ambulatoria comprenden los servicios médicos y paramédicos brindados a pacientes ambulatorios durante un episodio de asistencia curativa. Los pacientes ambulatorios también pueden ser atendidos en establecimientos de la rama de actividad hospitalaria, por ejemplo, en secciones especializadas para pacientes ambulatorios o en instalaciones públicas u otras instalaciones de atención integrada.

**Atención hospitalaria.** Implica el ingreso formal a la unidad médica para el otorgamiento de atención curativa, esta puede ser atención hospitalaria general o atención hospitalaria especializada.

**Atención hospitalaria general.** Abarca cuatro tipos de servicios: cirugía general, medicina interna general, pediatría general y ginecología general y obstetricia. Las admisiones se centran en el tratamiento de rutina, como por ejemplo los casos de maternidad sin complicaciones, apendicitis, hernias, diarrea y deshidratación en los niños, la diabetes no complicada y así sucesivamente.

**Atención hospitalaria especializada.** Implica un mayor nivel de tecnología, se espera que sean consumidos por casos seleccionados de las necesidades de atención menos frecuentes y más complejas de salud. Esta atención está vinculada a un conjunto más estrecho pero profundo de las condiciones que requieren un servicio de alta tecnología, involucrando procedimientos de diagnóstico y tratamiento más complejos. Hay cuatro campos básicos: medicina interna, ginecología y obstetricia, cirugía y pediatría. Los servicios especializados a menudo incluyen un desglose de estos campos, tales como neurocirugía (cirugía), alergología (medicina interna), alergología pediátrica (pediatría) o medicina de la reproducción o la genética (ginecología y obstetricia).

**Atención odontológica ambulatoria.** Esta función se centra en la salud oral que incluye los dientes, las encías y otros trastornos relacionados. La atención se realiza de forma ambulatoria, y los servicios que se ofrecen son por ejemplo la extracción dental, la colocación de prótesis dentales y los implantes dentales y ortodoncia. La cirugía dental hospitalaria se clasifica como un servicio hospitalario especializado.

**Atención preventiva.** Se considera prevención cualquier medida cuyo objetivo sea evitar o reducir el número o gravedad de lesiones y discapacidades, sus secuelas y complicaciones. La prevención supone una estrategia de promoción de la salud mediante un proceso en el que las personas puedan mejorar su salud controlando algunos de los determinantes inmediatos de la misma.



## ESTIMACIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PORCENTAJE DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD

---

Incluye una amplia gama de resultados esperados, que se abordan mediante distintas intervenciones, organizadas en prevención primaria y secundaria.

**Bienes médicos.** Incluye los productos farmacéuticos y los bienes médicos duraderos y no duraderos, cuyo uso se dirige a diagnosticar, curar, tratar o mitigar la enfermedad, tanto prescritos como de libre venta, sin modo de provisión y función especificadas.

**Clasificador por actividad institucional.** Agrupa el gasto de acuerdo a las actividades (o programas) públicas relacionadas con la prestación de los bienes y servicios.

**Clasificador por funciones de atención de la salud.** Integra el gasto de acuerdo a los objetivos o propósitos de la atención de la salud, como son la prevención de enfermedades, atención curativa, la promoción de la salud, el tratamiento, la rehabilitación y la atención a largo plazo.

**Clasificador por objeto del gasto.** Constituyen un conjunto homogéneo, claro y ordenado de los bienes y servicios que el gobierno federal y las entidades paraestatales adquieren para la consecución de sus objetivos y metas. La unidad básica de registro que conforma un concepto presupuestario es la “partida”, y un grupo de conceptos integran un “capítulo. Los capítulos que se emplean para el sector salud son:

1000 Servicios personales

2000 Materiales y suministros

3000 Servicios generales

4000 Transferencias

5000 Bienes muebles e inmuebles

6000 Obras públicas

7000 Inversión financiera

9000 Deuda pública

**Clasificación económica del gasto.** Elemento de programación presupuestaria que permite identificar cada renglón del gasto público según su naturaleza económica, en corriente o de capital.

**Concepto de gasto.** Se constituye por subconjuntos homogéneos, ordenados en forma específica como producto de la desagregación de los bienes y servicios contemplados en cada capítulo de gasto; permite además la identificación de los recursos de todo tipo y su adecuada relación con los objetivos y metas programadas.

**Construcciones residenciales y no residenciales.** Incluye la construcción y mantenimiento de unidades médicas, como casas de salud, centros de salud rural, centro de salud urbano, centros avanzados de atención primaria a la salud (CAAPS), centros de salud de servicios ampliados, clínicas de especialidades, unidades de especialidades médicas (UNEME), centros de salud con hospitalización, hospital básico comunitario, hospital general, hospital de especialidades, etc.

**Consumo de capital fijo.** El consumo de capital fijo se define como la disminución -durante un periodo contable- del valor actual de las existencias de activos fijos de los proveedores de atención de salud. El consumo de capital fijo es el resultado del deterioro físico, de la obsolescencia normal o de daños accidentales. A veces también se denomina consumo de capital.





**Educación y capacitación del personal en salud.** Esta partida incluye el gasto derivado del suministro de educación y capacitación por parte de instituciones públicas o privadas al personal de salud.

**Equipo médico.** El equipo médico consiste de activos empleados para el diagnóstico, monitoreo o tratamiento de una determinada condición de salud; incluye equipo de diagnóstico (ultrasonido, máquinas de rayos x, escáner, tomógrafos, máquinas de resonancia magnética), equipo terapéutico (bombas de infusión, proyectores médicos de rayos láser, robots quirúrgicos y máquinas oftálmicas LASIK), equipo de soporte de vida (ventiladores médicos, bombas de corazón y máquinas para diálisis), monitores médicos (electrocardiograma, electroencefalograma y presión sanguínea), equipo de laboratorio y camas para hospital.

**Equipo de transportación.** Equipos de transporte destinados para la movilidad de los pacientes, personal médico y paramédico, y en otros casos para cuerpos y órganos. Se incluye las ambulancias, vehículos, autos de respuesta rápida, ambulancias aéreas, ambulancias acuáticas, motocicletas y las unidades móviles de salud (caravanas), también se incluyen en esta categoría.

**Formación de capital humano.** Comprende la prestación, en establecimientos públicos y privados, de servicios de educación y formación del personal sanitario.

**Formación neta de capital.** El término "bruto" indica que no se ha restado la pérdida de valor debido al uso o desuso. Una medida más refinada del capital es lo que conoce como "formación neta de capital" y se obtiene restando el valor del consumo de capital de la formación bruta de capital.

**Fuentes de financiamiento.** Entidades emisoras de los recursos destinados a promover o restablecer la salud de la población.

**Gasto corriente.** Erogación que no tiene como contrapartida la creación de un activo, sino que constituye un acto de consumo; esto es, los gastos que se destinan a la contratación de los recursos humanos y a la compra de los bienes y servicios necesarios para el desarrollo propio de las funciones administrativas.

**Gasto de capital.** Es el total de las asignaciones destinadas a la creación de bienes de capital y conservación de los ya existentes, a la adquisición de bienes inmuebles y valores por parte del gobierno o sector privado, así como los recursos transferidos a otros sectores, en este caso a salud, para los mismos fines que contribuyen a acrecentar y preservar los activos físicos patrimoniales o financieros de la nación.

**Gasto de inversión.** Es el importe de las erogaciones que realizan las dependencias y entidades de la administración pública, tendientes a adquirir, ampliar, conservar o mejorar sus bienes de capital.

**Gasto en salud.** Se define como la suma de egresos en actividades tales como: aplicación de conocimientos y tecnología médica, paramédica y de enfermería. Tiene como metas: promover la salud y prevenir las enfermedades, curar las enfermedades y reducir la mortalidad prematura, tratamiento para las personas que padecen enfermedades, tratamiento para discapacitados, promover y administrar la salud pública, promover y administrar los programas de salud.

**Gasto estatal en salud.** Recursos recabados por las haciendas locales de los gobiernos de las entidades federativas que son destinados para el financiamiento de la atención de la salud.

**Gasto federal en salud.** Recursos canalizados por el gobierno federal a través de los ramos administrativos: Secretaría de Salud (Ramo 12), FASSA (Ramo 33), IMSS-PROSPERA (Ramo 19), SEDENA (Ramo 7) y SEMAR (Ramo 13).



## ESTIMACIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PORCENTAJE DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD

---

**Gasto programable.** Es el que se destina a las instituciones del Gobierno Federal para que éstas puedan proporcionar servicios. Dicho gasto se canaliza a los Poderes e IFE, Entidades Paraestatales sujetas a control presupuestal y a las dependencias y ramos del ejecutivo federal.

**Gasto público en salud para la población con seguridad social.** Se compone de los recursos de las instituciones de seguridad social: IMSS, ISSSTE, ISSFAM, ISSES y PEMEX.

**Gasto público en salud para la población sin seguridad social.** Se compone de los recursos que destina el gobierno federal y estatal a la población sin seguridad social: Secretaria de Salud (Ramo 12), IMSS-PROSPERA (Ramo 19), SEDENA (Ramo 7), SEMAR (Ramo 13), Gasto Estatal y FASSA (Ramo 33).

**Gobierno y administración del sistema de salud.** Estos servicios se enfocan en el sistema de salud, por lo que se consideran colectivos. Son servicios que dirigen y apoyan el funcionamiento del sistema de salud, ya que mantienen y aumentan la efectividad y eficiencia de dicho sistema y pueden mejorar su equidad. Se incluye la formulación y administración de la política pública, el establecimiento de normas, reglamentos, la concesión de licencias a los proveedores de servicios, la administración, monitoreo y evaluación de dichos recursos, etc.

**Investigación y desarrollo tecnológico.** Incluye las actividades de investigación y desarrollo (I&D) en salud.

**IMSS-Prospera.** Programa que opera con fondos del Gobierno Federal, se apoya en la estructura administrativa del IMSS y funciona en forma desconcentrada. Tiene como objetivo fundamental proporcionar servicios de salud oportunos y de calidad a población campesina e indígena de su ámbito de responsabilidad, a través de su modelo de Atención Integral a la Salud, que se sustenta fundamentalmente en la participación comunitaria. Los recursos públicos se canalizan a través del Ramo 19.

**Infraestructura y equipamiento.** Incluye la formación bruta de capital de instituciones nacionales proveedores de atención a la salud., excepto minoristas y otros proveedores de productos médicos. La formación bruta de capital se refiere a la construcción y equipamiento (compra y mantenimiento) de los establecimientos.

**Información, educación y programas de prevención.** Los programas de información y prevención son generalmente parte de los programas de control, en cuyo caso se incluirá la orientación sobre la enfermedad, los problemas específicos de salud, sus condicionantes y sus riesgos particulares; pueden estar relacionadas con la disminución del riesgo, la auto-protección, la medicación, manejo de auto-guías para las enfermedades, la educación pre-operatoria, o planes de descarga. Por ejemplo, los programas de información acerca de las consecuencias para la salud del consumo de tabaco, la obesidad, la actividad física o el consumo de sal, entre otros.

**Investigación y desarrollo en salud.** La investigación y desarrollo debe estar dirigida a la protección y mejora de la salud humana. Incluye la I & D en materia de higiene alimentaria y la nutrición, la radiación que se utiliza con fines médicos, la ingeniería bioquímica, la investigación farmacológica, la epidemiología y la prevención de enfermedades profesionales y la adicción a las drogas.

**Laboratorio.** Cubre los siguientes servicios: análisis de sangre, perfiles automatizados de análisis de sangre, hematología, inmunología, heces, cultivos microbiológicos, exámenes microscópicos, citología especializada y patología de tejidos, y todas las demás pruebas de laboratorio.







**Medicamentos.** Comprende todos los productos farmacéuticos de patente y genéricos que pueden o no estar disponibles sin receta, pero que se han adquirido de forma independiente y que tienen el propósito de restablecer la salud.

**Presupuesto autorizado.** Es la aprobación que realiza la Secretaría de Hacienda y Crédito Público del monto para ser ejercido en el año fiscal.

**Presupuesto ejercido.** Importe de las erogaciones realizadas, respaldado por los documentos comprobatorios (facturas, notas, nóminas, etc.) presentados a la dependencia o entidad una vez autorizadas para su pago, con cargo al presupuesto autorizado.

**Presupuesto modificado.** Asignación original consignada en el presupuesto, más las ampliaciones líquidas, menos las reducciones líquidas a la fecha. Comprende las variaciones que afectan al presupuesto autorizado durante su ejercicio, las cuales se sustentan en un proceso de modificaciones programático-presupuestarias.

**Ramo administrativo.** Son fondos presupuestales por medio de los cuales se identifican los recursos que se les asignan a las secretarías o instituciones en el Presupuesto de Egresos de la Federación, se incluyen los Poderes Legislativo y Judicial de la Federación.

**Ramo 12.** Es el Ramo Administrativo destinado al sector Salud.

**Ramo general.** Conjunto de recursos destinados a cumplir propósitos específicos, cuya previsión y asignación se encuentra en el Presupuesto de Egresos de la Federación, aunque no corresponda al gasto directo de las dependencias. El ejercicio de estos recursos en algunos casos está a cargo de ellas y en otros a los gobiernos de los estados y municipios.

**Ramo 33.** Aportaciones Federales para entidades Federativas y Municipios. Incluye varios Fondos del cual el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), se destina al financiamiento de servicios de salud en las Entidades Federativas.

**Rehabilitación ambulatoria.** Son los servicios médicos y paramédicos prestados durante una sesión de rehabilitación a pacientes ambulatorios.

**Rehabilitación hospitalaria.** Este rubro incluye los servicios médicos y paramédicos prestados durante una sesión de rehabilitación pacientes hospitalizados. Para la descripción de los servicios véase HC.2.

**Servicios de atención curativa.** Comprende el contacto individual con el sistema y puede estar conformada por una secuencia de atención, tales como establecer el diagnóstico, formular un plan de medicamentos y terapia, vigilar y evaluar la evolución clínica, formación de imágenes, pruebas de laboratorio y funcionales para el diagnóstico y evolución del paciente. En la atención curativa deben incluirse los medios terapéuticos, tales como los medicamentos, prótesis, gafas y dientes artificiales.

**Modalidades de la atención curativa.** Comprende la atención ambulatoria, hospitalaria y rehabilitación. El propósito de la atención curativa es el mismo en todas las modalidades de atención, lo único que cambia es la tecnología y el lugar de atención.

**Servicios auxiliares.** Abarcan toda una gama de servicios que presta principalmente personal técnico médico o paramédico, bajo la supervisión directa de un médico o sin dicha supervisión; por ejemplo, análisis de laboratorio, imagenología diagnóstica y transporte de pacientes.



## ESTIMACIÓN DEL GASTO PÚBLICO EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO PORCENTAJE DEL GASTO PÚBLICO EN SALUD

---

**Servicios médicos y de diagnóstico básicos.** Se centra en cubrir los casos más frecuentes y sin complicaciones de todos los campos de la medicina, como la vigilancia y no complicados casos de enfermedades transmisibles y no transmisibles, las enfermedades comunes pediátricas y no complicadas, y el seguimiento de la salud de los adultos.

**Servicios médicos especializados.** Esta función se centra en la atención ambulatoria especializada en los siguientes campos de la medicina: medicina interna, ginecología y obstetricia, cirugía y pediatría. Los servicios especializados a menudo incluyen un desglose de estos campos, tales como neurocirugía (cirugía), alergología (medicina interna), alergología pediátrica (pediatría) o medicina de la reproducción o la genética (ginecología y obstetricia).

**Servicios de rehabilitación.** Incluye los servicios médicos y paramédicos prestados a los pacientes durante una sesión de rehabilitación. La rehabilitación comprende servicios cuya finalidad principal consiste en mejorar los niveles funcionales causados por una enfermedad o lesión reciente o de carácter recurrente (regresión o progresión). Están incluidos los servicios prestados a personas tratadas por una enfermedad o discapacidad originada en el pasado y que no han sido sometidas a rehabilitación previamente.

**Servicios de salud a la comunidad.** En términos generales, bajo la función del sistema de salud correspondiente a “servicios de salud a la comunidad” se incluyen aquellos procesos asociados a la prestación de los siguientes servicios: colectivos, ambientales, regulación, incluyendo el control sanitario de bienes y servicios, la instrumentación del marco regulatorio de la atención a la salud, vigilancia epidemiológica, atención de desastres y educación/promoción para la salud. Los servicios anteriores se caracterizan por estar dirigidos a la población en su conjunto, independientemente de su condición de afiliación, por dirigirse a grupos de población o colectivos y no a personas en lo individual y, por ser bienes públicos.

**Servicios de salud a la persona.** Bajo esta función se incluyen los procesos asociados a la prestación de servicios de salud que se origina cuando la persona se presenta en la unidad de atención y solicita espontánea o explícitamente la prestación del servicio. Se refiere a servicios otorgados fundamentalmente mediante la interacción directa del médico o personal paramédico con el paciente (en comparación con los servicios de salud a la comunidad, los cuales en muchos casos se prestan a colectividades o incluso sin que medie interacción alguna entre el personal de salud y la población beneficiaria (ejemplo: regulación sanitaria de importaciones). Básicamente, se incluyen en esta función los servicios de atención a la salud de la persona: preventivos, diagnósticos confirmatorios aplicados a la persona en las unidades de salud, curativos, paliativos, y rehabilitación y limitación del daño.

**Unidades centrales.** Forman parte de la Secretaría de Salud, tienen la función de Rectoría, es decir, que tienen la facultad y capacidad del Estado para dirigir la actividad de los agentes económicos al logro de los objetivos y metas del desarrollo.

**Vigilancia epidemiológica y de riesgos, y programas de control de enfermedades.** La vigilancia epidemiológica contempla el rastreo de los brotes y patrones de enfermedades transmisibles y no transmisibles y las lesiones y la exposición a los agentes ambientales perjudiciales para la salud, así como la investigación del caso para una apropiada respuesta.





## ACRÓNIMOS

SS	Secretaría de Salud
FASSA	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.
PEMEX	Petróleos Mexicanos
PROSPERA	Programa de Inclusión Social PROSPERA
ISSFAM	Instituto de Seguridad Social para las Fuerzas Armadas Mexicanas
SEDENA	Secretaría de la Defensa Nacional
SEMAR	Secretaría de Marina
ISSES	Instituciones de Seguridad Social de las Entidades Federativas
ISSEMYM	Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios
ISSTECH	Instituto de Seguridad Social de los Trabajadores del Estado de Chiapas
ISSSTELEON	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Nuevo León
ISSSTESON	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora
ISSSTECALI	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales del Gobierno y Municipio del Estado de Baja California
IMIEM	Instituto Materno Infantil del Estado de México
ISSTEY	Instituto de Seguridad Social para los Trabajadores del Estado de Yucatán
SSMC	Servicios de Salud del Magisterio de Coahuila



## FUENTE DE INFORMACIÓN

La información con la que se elaboró el presente informe puede consultarse en la siguiente dirección:

DGIS [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/e\\_rfinancieros\\_gobmx.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/sinais/e_rfinancieros_gobmx.html)  
Recursos  
Financieros

DGIS [http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da\\_sicuentas\\_gobmx.html](http://www.dgis.salud.gob.mx/contenidos/basesdedatos/da_sicuentas_gobmx.html)  
SICUENTAS





## TABLA DE CUADROS

Cuadro 1: Gasto por Tipo de Unidad.....	4
Cuadro 2: Clasificador por Funciones de Atención, Codificación.....	6
Cuadro 3: Gasto Público en el Primer Nivel de Atención como Porcentaje del Gasto Público Total en Salud.....	8

## TABLA DE FÓRMULAS

Fórmula 1: Gasto Público a partir de la suma de funciones y unidades.....	6
Fórmula 2: Gasto Público a partir de la suma de funciones.....	6
Fórmula 3: Gasto Público en el Primer Nivel de Atención.....	7
Fórmula 4: Gasto Público en el Primer Nivel de Atención.....	8

## TABLA DE GRÁFICAS

Gráfico No. 1: Gasto Público en el Primer Nivel de Atención, por Entidad Federativa, 2018....	9
Gráfico No. 2: Gasto Público en el Primer Nivel de Atención como Porcentaje del Gasto Público en Salud, por Entidad Federativa, 2018. ....	10
Gráfico No. 3: Gasto Público en Salud para la Población Sin Seguridad Social, porcentaje de Gasto destinado al Primer Nivel de Atención, por Entidad Federativa, 2018. ....	11
Gráfico No. 4: Gasto Público en Salud para la Población Con Seguridad Social, Porcentaje de Gasto destinado al Primer Nivel de Atención, por Entidad Federativa, 2018. ....	12
Gráfico No. 5: Gasto Público en Salud destinado al Primer Nivel de Atención, .....	13



**Gobierno de México**

**Secretaría de Salud**

**Subsecretaría de Integración y Desarrollo  
del Sector Salud (SIDSS)**

Dirección General de Información en Salud

“Estimación del Gasto Público en el Primer  
Nivel de Atención como porcentaje del Gasto  
Público en Salud”

Marina Nacional No. 60, Colonia Tacuba,

Alcaldía Miguel Hidalgo,

Ciudad de México



**GOBIERNO DE  
MÉXICO**

---

**SALUD**

SECRETARÍA DE SALUD