

SECRETARÍA
DE SALUD

SALUD



Cuentas en salud reproductiva y equidad de género

Estimación 2005
y evolución del gasto 2003-2005



Cuentas en salud reproductiva
y equidad de género

Estimación 2005 y evolución del gasto
2003-2005

Cuentas en salud reproductiva y equidad de género

Estimación 2005 y evolución del gasto 2003-2005

Secretaría de Salud

Dr. José Ángel Córdova Villalobos
Secretario de Salud

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

Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez
Subsecretaria de Innovación y Calidad

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

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

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

Lic. Guillermo Rivera Juárez
Director General de Comunicación Social

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

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

Dra. Alba Moguel Ancheita
Directora General Adjunta de Salud Reproductiva

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

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

Instituto Nacional de Salud Pública

Dr. Mario Henry Rodríguez
Director General

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

Lic. Carlos Oropeza Abúndez
Subdirector de Comunicación Científica y Publicaciones



Cuentas en salud reproductiva y equidad de género

Estimación 2005
y evolución del gasto 2003-2005

Preparado por:

Leticia Ávila Burgos
Lucero Cahuana Hurtado
Belkis Aracena Genao

Cuentas en salud reproductiva y equidad de género. Estimación 2005 y evolución del gasto 2003-2005

D. R. © Primera edición, 2007

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

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

ISBN 978-970-721-407-1 Secretaría de Salud
ISBN 978-970-9874-28-0 Instituto Nacional de Salud Pública

Impreso y hecho en México
Printed in México

Citación sugerida:

Ávila-Burgos L, Cahuana-Hurtado L, Aracena-Genao B. Cuentas en salud reproductiva y equidad de género. Estimación 2005 y evolución del gasto 2003-2005. Ciudad de México/Cuernavaca, México: Secretaría de Salud/Instituto Nacional de Salud Pública, 2007.

Agradecimientos

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

Secretaría de Salud

Mtra. María Vanessa Vázquez Meseguer
Mtro. Alejandro Suárez Valdés Ayala
Lic. Daniel Castro Carrillo
Dr. Gustavo Von Schmeling Gan
Lic. Homero León Pineda
Dra. Mirella Loustalot Laclette
Dr. Arturo Vega Saldaña
Dra. Raquel Espinosa Romero
C.P. Mauricio Zarazúa Fuentes

Comisión de Protección en Salud

Lic. Juan Antonio Fernández Ortiz
Dr. Emilio Herrera Basto

ISSSTE

Lic. Enrique Moreno Cueto
Lic. Pedro Vázquez Colmenares Guzmán
Dr. Manuel Urbina Fuentes
Lic. Antonio Guzmán Nacoud
Lic. Carlos Espinosa Sánchez
Dra. Alba Moguel Ancheita
Lic. Alberto Asai Camacho
Lic. Hilda Morales Molina
Lic. María Dolores Martínez Zárate

IMSS

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

IMSS-Oportunidades

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

Mexfam

Dr. Vicente Díaz Sánchez
C.P. Alicia Victoria Angeles González

FEMAP

Dr. Enrique Suárez Toriello

INSP

Érika Gutiérrez Escobedo

Índice

Presentación	11
Síntesis ejecutiva	13
Antecedentes	13
Material y métodos	13
Resultados	13
Conclusiones	14
1. Introducción	15
2. Salud reproductiva: contexto mundial y nacional	17
Mortalidad infantil	17
Mortalidad neonatal	17
Mortalidad materna	18
Mortalidad por cáncer cervicouterino	18
Mortalidad por cáncer de mama	19
Cáncer de próstata	19
Equidad de género y violencia intrafamiliar	19
3. Metodología	21
Marco teórico y conceptual	21
Métodos de estimación del gasto	22
Información utilizada	23
Análisis de datos	25
Generación de la serie de tiempo del gasto	26
4. Gasto en salud reproductiva y equidad de género en México, 2005	27
Gasto de los proveedores	27
Gasto por programa	28
Gasto de los agentes de financiamiento	33
5. Evolución del gasto en salud reproductiva y equidad de género, 2003-2005	45
6. Conclusiones	53
Anexos	57
Glosario	79
Referencias	80

Presentación

La generación de indicadores que permitan conocer el panorama financiero de la salud reproductiva, tanto en el ámbito federal como en el nivel estatal, constituye sin duda un insumo clave para la toma de decisiones y la rendición de cuentas. Por ello, desde 2004, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, de la Secretaría de Salud, y el Centro de Investigación en Sistemas de Salud, del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), han realizado año con año el cálculo de las Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género. Gracias a ello, se cuenta con información financiera sistemática, oportuna y comparable para el periodo 2003-2005 que facilita el análisis del efecto de las políticas de salud sobre el gasto en salud reproductiva, los cambios en la distribución y composición del gasto y el avance en la evaluación del desempeño de los programas.

En este libro se reporta la estimación del gasto para el año 2005 y, además, se incluye un análisis comparativo de los resultados de los tres ejercicios realizados. Se ofrecen cifras del gasto a nivel federal en programas prioritarios que, comparadas con los principales

indicadores de salud y de producción de servicios, en un futuro cercano permitirán avanzar en la evaluación del desempeño de dichos programas. Asimismo, esta información permite conocer el grado de cumplimiento de acuerdos internacionales, de gran interés para las organizaciones de la sociedad civil, los políticos y las agencias. Por su parte, los datos sobre distribución del gasto público por entidad federativa y por beneficiario ofrecen a los gobiernos estatales herramientas para una mejor asignación de los recursos. Puesto que las estimaciones incluyen el gasto ejercido por el nuevo agente financiador, el Seguro Popular de Salud, el cálculo de los montos totales y de las variaciones experimentadas en sus primeros años de operación permitirá a los tomadores de decisiones observar los efectos de su implementación y operación, principalmente sobre la demanda por servicios de salud.

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y el Centro de Investigación en Sistemas de Salud del INSP se sienten complacidos al poner a su disposición las Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género 2005 y el análisis del gasto 2003-2005. Este documento es el tercer volumen de una colección que esperamos contribuya a la difusión de información sobre el gasto en un marco de transparencia y rendición de cuentas. No obstante, si bien se ha avanzado en la construcción de una serie del gasto, elemento imprescindible en el seguimiento de sus tendencias y sus efectos, el reto más importante es conseguir la institucionalización de las cuentas en salud reproductiva y, más aún, lograr que la información financiera generada se convierta en un insumo básico para la toma de decisiones, así como para el diseño y la evaluación de políticas.

Síntesis Ejecutiva

ANTECEDENTES

Con el objetivo de alcanzar una asignación eficiente de recursos, la toma de decisiones en el sistema de salud debe basarse tanto en datos sobre la producción de servicios para la población, como en información de gasto y su distribución entre los diferentes actores del sistema que realizan actividades de salud, en el nivel nacional como estatal. En tal sentido, dado que la generación y formulación de políticas en materia de salud reproductiva requiere que los tomadores de decisiones cuenten con información sistemática, organizada y comparable de un año a otro, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) y el Centro de Investigación en Sistemas del Salud (CISS-INSP) se abocaron a realizar nuevamente el ejercicio de estimar el gasto en salud reproductiva y equidad de género (SR y EG), esta vez para el periodo enero a diciembre de 2005, y con ello avanzar hacia la conformación de la serie del gasto en SR y EG. Así, ahora se cuenta ya con estimaciones de este gasto para el periodo 2003-2005.

MATERIAL Y MÉTODOS

Como en los ejercicios previos, para estimar el gasto en SR y EG se utilizó el marco de las Cuentas en Salud. Se incluyeron las principales instituciones de salud y seguridad social, el sector privado y las instituciones públicas destinadas a la población no asegurada. Se continuó utilizando la definición de salud reproductiva y equidad de género de 2004.

Para estimar el gasto público se utilizó información sobre presupuestos ejercidos en los ámbitos nacional y estatal, ponderándola mediante indicadores de producción. Para realizar comparaciones interestatales, el gasto fue ajustado por beneficiario. En la estimación

del gasto privado se utilizó información sobre el gasto monetario y no monetario proveniente de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares 2005 (ENIGH 2005), así como de la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 (ENSAR 2003). Adicionalmente se contó con información de las más importantes ONG, datos de gasto de aseguradoras y cuotas de recuperación. El gasto para este sector sólo se pudo estimar a nivel nacional.

RESULTADOS

El gasto en SR y EG en 2005 fue de 38 110.80 millones de pesos, cantidad que representó 8.5% del gasto en salud y aproximadamente 0.5% del Producto Interno Bruto (PIB). De este gasto, 64.5% fue financiado por el sector público, principalmente por la seguridad social, y 35.5% fue ejercido por el sector privado (con 86.2% de participación de los hogares). Esto difiere del comportamiento del gasto total en salud, en el cual el componente privado supera al público en 13 puntos porcentuales (56.5% vs 43.5%).

Gasto por funciones

- Servicios de asistencia curativa: 73%
- Servicios de prevención y salud pública (control prenatal, puerperio y planificación familiar): 18.3%
- Otras funciones: 8.7%

Gasto por proveedores

- Hospitales: 70.7%
- Servicios ambulatorios: 19.1%
- Farmacias y administración de los programas: resto

Gasto por programas

- Salud materno-perinatal: 76.6%
- Atención a la endometriosis y tumoraciones benignas: 7.4%
- Planificación familiar: 6.0%
- Cáncer cervicouterino: 4.5%
- Cáncer de mama: 2.4%
- Cáncer de próstata: 0.9%
- Equidad de género: 0.4%
- Rectoría y administración: 1.8%

Comparación del gasto 2003-2005

El gasto en SR y EG experimentó un incremento promedio de 2.4% en términos reales entre los años 2003 y 2005. Dicho incremento es atribuible al aumento del gasto sanitario en el sector público. El gasto en todos los programas registró aumentos, a excepción del gasto en cáncer cervicouterino. Se pudo observar una mayor participación del Seguro Popular en el financiamiento de programas de salud reproductiva, debido a las aportaciones del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos (FPGC) para el cáncer cervicouterino y las complicaciones neonatales. En general, el gasto público en salud reproductiva aumentó, y disminuyó la participación de los hogares a través de su gasto de bolsillo.

CONCLUSIONES

Los resultados de este estudio revelan la importancia de contar con información sistemática y comparable a través del tiempo como una herramienta que permita monitorear las tendencias del gasto en general y por institución, así como analizar el efecto de las políticas en salud en la cantidad y distribución de los recursos financieros. Esta herramienta será sin duda de suma utilidad en el contexto de los cambios que durante el presente sexenio se plantea introducir. Un reto importante será no sólo la continuidad de la serie del gasto en salud reproductiva, sino la institucionalización de esta información y más aún, que sea considerada como un insumo para la toma de decisiones en estos programas.

1.

Introducción

Con el objetivo de alcanzar una asignación eficiente de recursos, la toma de decisiones en el sistema de salud debe basarse tanto en datos sobre la producción de servicios para la población como en información de gasto y su distribución entre los diferentes actores del sistema que realizan actividades de salud, ya sea en el nivel nacional o en el estatal. Por otro lado, en el marco de la búsqueda de transparencia de la gestión pública, las instituciones públicas se encuentran en la actualidad ante la necesidad de reportar el uso de sus recursos financieros a organismos internacionales, agencias financiadoras y sociedad civil en general. Esto último ha conducido a la generación de una contabilidad enfocada a mostrar el modo en que los recursos son consumidos por los usuarios, así como la forma en que son utilizados por los proveedores para la producción de servicios.

Bajo estas premisas en México se han realizado importantes esfuerzos para generar información financiera que cuantifique el gasto en salud. Para dar cumplimiento a los objetivos del Plan Nacional de Salud 2001-2006¹ se creó el Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (Sicuentas), que año tras año calcula cifras sobre el perfil financiero de la salud en México. Sin embargo, la estructura del Sicuentas no permite identificar de manera detallada el monto de recursos que se asignan a actividades y/o programas específicos. Esto constituye, evidentemente, una limitante para los tomadores de decisiones, que requieren de información precisa y detallada sobre el gasto en sus programas. Por ello, en 2004, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) signó un convenio con el Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública (CISS-INSP) para desarrollar las Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género (CSR) en el nivel nacional y estatal. A partir de ahí y a la fecha se han realizado tres ejercicios que permiten conocer el gasto en programas de

salud reproductiva y en actividades relacionadas con la equidad de género, así como la distribución del mismo en México. El presente documento reporta los resultados del tercero y los compara analíticamente con los ejercicios previos.

El primer ejercicio de CSR permitió estimar el gasto en programas de salud materna y perinatal, planificación familiar, cáncer cervicouterino y mamario y la atención de la violencia intrafamiliar durante 2003. Con él se estableció que el monto desembolsado por la sociedad para estos programas fue de 35 141 millones de pesos de 2004 (33 407 millones de pesos de 2003), cantidad cercana a 6% del gasto total en salud para México en dicho año. De este gasto, 59% fue público, y dentro de este porcentaje, el principal agente de financiamiento fue la seguridad social. El gasto privado representó 41% del gasto total, y 91% del mismo provino del bolsillo de los hogares. Asimismo, se pudo identificar que 67% del gasto en salud reproductiva estuvo destinado a los programas de salud materno-perinatal y que este gasto se orientaba, principalmente, a las actividades curativas hospitalarias, como la atención del parto, cesáreas y la atención de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio.²

En el segundo ejercicio, que compiló información para el año 2004, se observó que el gasto en salud reproductiva y equidad de género en 2004 fue de 35 970 millones de pesos, cantidad que representó 7.2% del gasto en salud y aproximadamente 0.5% del producto interno bruto (PIB). De manera similar al año anterior, cerca de 60% fue financiado por el sector público, y 40.3% fue ejercido por el sector privado (con participación de los hogares cercana a 90%). La mayor parte del gasto se derivó a las actividades de salud materno-infantil. A nivel global, el gasto en SR y EG en 2004 experimentó un aumento de 2.4% en términos reales con respecto al año anterior. Dicho incremento fue atribuible al aumento del gasto en el sector público

(IMSS, Secretaría de Salud y servicios estatales de salud). En cuanto al gasto por agente de financiamiento, la Secretaría de Salud, IMSS-Oportunidades y el IMSS registraron aumentos; mientras que el ISSSTE y el sector privado mostraron descensos.³

2005 fue un año caracterizado por grandes compromisos en términos de búsqueda de soluciones a problemas que reflejan importantes rezagos en salud, y que a su vez se traducen en una fuerte deuda social acumulada. Este panorama es similar en otros países, pues en este año la comunidad internacional revisó detenidamente los compromisos contraídos en los objetivos de desarrollo del milenio (ODM).⁴ En el ámbito nacional destacan los acuerdos de gestión entre los niveles federal y estatal y las unidades médicas, dirigidos a la negociación de metas de desempeño en la *Cruzada por la calidad*. Se estableció además en todas las instituciones de salud, con carácter obligatorio, la aplicación de los componentes sustantivos y estratégicos del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida (APV) y de la vigilancia epidemiológica activa de las defunciones maternas.⁵ En lo que respecta al contexto internacional, en la Cumbre Mundial de las Naciones Unidas 2005⁴ se enfatizó el compromiso de todas las naciones, tanto las donantes como los países en desarrollo, de dar cumplimiento a los ODM en el plazo establecido, para lo cual estos últimos debían elaborar planes nacionales durante 2006 que garantizaran el logro de dichos objetivos. Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) dedicó el *Informe Mundial de Salud 2005* al componente materno-infantil.⁶ En el apartado: “Cada madre y cada niño contarán” se reportó que cada año fallecen casi 11 millones de niños menores de cinco años por causas prevenibles y se estimó que más de 35% de estas muertes ocurrían durante el primer mes de nacidos. Con respecto a las madres la OMS calcula que anualmente más de medio millón

de ellas mueren durante el embarazo, el parto o el puerperio. En concordancia con lo manifestado en la Cumbre de la ONU,⁴ el informe advierte la necesidad de garantizar a la madre el acceso a la atención de servicios de salud con calidad y oportunidad durante el embarazo, parto y puerperio, y al niño desde el periodo neonatal hasta la niñez.

Dado que la generación y formulación de políticas en materia de salud reproductiva requiere que los tomadores de decisiones cuenten con información sistemática, organizada y comparable de un año a otro, el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR) y el Centro de Investigación en Sistemas del Salud (CISS-INSP) se abocaron a realizar nuevamente el ejercicio de estimar el gasto de salud reproductiva y equidad de género, esta vez para el periodo enero a diciembre del 2005, utilizando, como en los ejercicios previos, el marco de las Cuentas en Salud. Esto permitirá disponer de información actualizada del comportamiento del gasto en salud para un año específico y, además, dada la continuidad de estos ejercicios, constituye un paso primordial en el proceso de institucionalización de las CSR. Consecuentemente, representa un punto adicional en la construcción de una serie histórica que contribuirá a conocer la tendencia del gasto en programas y actividades de salud reproductiva, y su relación con los correspondientes indicadores de salud.

En este informe se presentan los resultados de la estimación de las cuentas en salud reproductiva y equidad de género para el año 2005. Su estructura incluye una primera sección dedicada a comentar brevemente la situación de salud en México en el 2005. A continuación se describe el procedimiento seguido para la generación de la serie de tiempo del gasto. Enseguida se describen las estimaciones del gasto para 2004 y se comenta la comparación de las variaciones en términos reales del gasto para el periodo 2003-2005.

2. Salud reproductiva: contexto mundial y nacional

El propósito de esta sección es describir de manera general la situación de los componentes más importantes que integran el paquete de atención de salud reproductiva y equidad de género en México durante el año 2005.

MORTALIDAD INFANTIL

La salud de los infantes es uno de los componentes prioritarios de la salud reproductiva. Según la OMS,⁶ aunque el concepto de salud se asocia a algo más que la supervivencia, la tasa de mortalidad infantil es un indicador útil para mostrar la situación de salud de este grupo poblacional y para medir el logro de las acciones que en términos de mejora de la salud llevan a cabo los organismos, tanto en el nivel internacional como en el nivel local. La revisión mundial de la mortalidad infantil muestra importantes progresos, principalmente durante la segunda mitad del siglo pasado. Sin embargo, como se puede notar en la Figura 1, construida por la Organización Mundial de la Salud, estos progresos se han materializado de manera muy desigual en las regiones del mundo.

De acuerdo al informe *Salud: México 2001-2005*, la mortalidad infantil en la nación se redujo en 16% en este periodo y reflejó una disminución acumulada desde 1990 de casi 50%.⁷ Según dicho informe, estas cifras permiten ser optimistas con respecto al compromiso de reducir en dos terceras partes la mortalidad en menores de cinco años entre 1990 y 2015, meta que es parte de los planteamientos de los ODM. Dentro de los factores que explican el comportamiento experimentado por la mortalidad en menores de cinco años en los últimos años, se encuentra el control de las infecciones comunes. En el año 2005 la letalidad asociada a diarrea, desnutrición y enfermedades respiratorias fue de sólo 15%, siendo que en el año 90 constituía 40% del total de muertes en este grupo de edad. Sin embargo, las afecciones congénitas y perinatales constituyen un reto importante para alcanzar

las metas planeadas, ya que actualmente constituyen las principales causas de mortalidad.

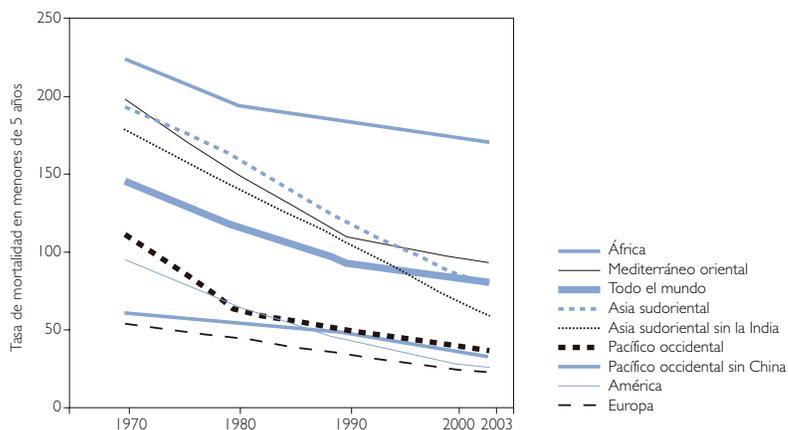
Es importante resaltar que estos logros no son similares entre estados. La probabilidad de que un niño chiapaneco, oaxaqueño o guerrerense muera antes de cumplir un año de vida es 80% más alta que la de uno que nace en el Distrito Federal o en el estado de Nuevo León.⁷

MORTALIDAD NEONATAL

Las cifras reportadas por la OMS para el 2005 dan cuenta de que en el mundo casi 3.3 millones de niños nacen muertos anualmente, y más de 4 millones fallecen dentro de los primeros 28 días de vida. De igual manera, se reporta que los decesos de recién nacidos representan aproximadamente 35% de todas las defunciones de menores de cinco años a nivel mundial.⁶

Al igual que los indicadores previamente estudiados, el riesgo de muerte en este grupo tiene un comportamiento diferencial por región. Así, una mujer africana tiene 25 veces más riesgo

Figura 1. Tasa de mortalidad en menores de 5 años, por 1 000 nacidos vivos



Fuente: referencia 6

de perder a un bebé recién nacido a lo largo de su vida que una habitante de un país rico. El África subsahariana es la región que aporta las mayores tasas tanto de mortalidad neonatal como de mortinatalidad a nivel mundial.⁶

Del total de muertes acaecidas en el periodo neonatal en México, se estima que 75% se presenta en la primera semana de vida.⁷ Estas defunciones son generalmente asociadas con prematuridad, infecciones severas y con problemas respiratorios al nacer, causas que, en su mayoría, se consideran prevenibles. Su ocurrencia se relaciona con una inadecuada atención tanto prenatal, como del parto y del recién nacido, así como con condiciones socioeconómicas deficientes.⁷

A nivel mundial la mortalidad neonatal representa 38% del total de muertes en menores de cinco años.⁶ En México, empero, este porcentaje supera 50%, por lo que es pertinente dirigir esfuerzos hacia esta problemática, ya que además constituye un importante indicador de la desigualdad entre estados, pues el riesgo de muerte neonatal es 2.3 veces más alto en el sur que en el norte del país.⁷

A principios de la década de los ochenta, en nuestro país 25% de las muertes neonatales se asociaba a diarrea o a infección respiratoria. En 2005, menos de 1% se relacionan con esas causas.⁷ En la actualidad, como ya se ha señalado, son las afecciones propias del periodo perinatal y las anomalías congénitas las que determinan el patrón de mortalidad en este periodo de la vida. Así, los problemas respiratorios del recién nacido (síndrome de dificultad respiratoria, hipoxia intrauterina, aspiración neonatal) concentran más de 40% de las defunciones neonatales. Las infecciones propias del periodo perinatal, como son la sepsis bacteriana del recién nacido, las anencefalías y las anomalías congénitas del corazón y de las grandes arterias, constituyen el segundo grupo, en términos de frecuencia, causante de muertes en recién nacidos.⁷

MORTALIDAD MATERNA

Según el informe de la OMS,⁶ a pesar de los esfuerzos que a lo largo de las últimas décadas se han venido desplegando, la muerte de mujeres relacionadas con la gestación continúa siendo un importante problema de salud pública. Cada año, más de medio millón de mujeres mueren por eventos asociados a la maternidad. Diversas

son las causas que influyen en que el evento natural de traer al mundo una nueva vida termine en un acto funesto para la responsable del mismo. Destacan entre ellas la pobreza, las desigualdades sociales, las guerras, los disturbios civiles y el VIH/sida. Adicionalmente, la OMS señala que el hecho de que los conocimientos capaces de salvar vidas no se plasmen en intervenciones efectivas y el que no se invierta suficiente dinero en salud pública y en protección del medio ambiente, son elementos que también influyen de manera importante en estos eventos.

El fenómeno de la mortalidad materna refleja un problema de desigualdad social, pues son las mujeres que habitan en áreas marginadas las que tienen mayor probabilidad de morir por problemas relacionados con la maternidad. México es un claro ejemplo de esta situación. En 2005 la razón de mortalidad materna en Guerrero duplicó a la del promedio nacional y fue casi cinco veces más alta que la de Nuevo León. Son los estados de Guerrero, Oaxaca y Chiapas, los más pobres de la república, los que hacen los mayores aportes a la tasa de mortalidad materna.

Debido a esta problemática, en noviembre de 2004 se publicó en el Diario Oficial de la Federación el acuerdo por el que se establece la aplicación obligatoria, en las instituciones públicas y privadas del sistema nacional de salud, de los componentes sustantivos y estratégicos del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida (programa de salud público orientado a la salud materna e infantil en México) y de la vigilancia epidemiológica activa de las defunciones maternas, con lo que se establece la notificación inmediata de la mortalidad materna. Para su apoyo, se conformó el Grupo para la Atención Inmediata de las Defunciones Maternas (Grupo AI-DeM), que realiza visitas para brindar asesoría técnica y estudiar toda defunción materna, de forma que el personal de salud reflexione sobre los signos y síntomas y los pueda reconocer ante un nuevo evento. De esta manera, se pretende reducir el riesgo de muerte materna.⁵

MORTALIDAD POR CÁNCER CERVICOUTERINO

De acuerdo con la Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer (Globocan), en el mundo se producen cada año aproximada-

mente 6.7 millones de muertes atribuibles a algún tipo de cáncer. De éstas, 80% ocurren en países de bajo y mediano ingreso, donde según Globocan existen dificultades para detección y tratamiento oportunos.⁸ Por su parte, la OMS señala que, de un total de 58 millones de muertes registradas en el mundo en 2005, 13% se debieron a esta causa.⁹

Del total de personas fallecidas por cáncer en el mundo, 43% son mujeres, siendo el cervical el segundo causante de dichos fallecimientos, y 80% de las muertes ocurren en países en desarrollo. Su incidencia en América Latina y el Caribe duplica la de los países industrializados y la mortalidad por esta causa triplica la de los países desarrollados.⁸ A pesar de ser uno de los cánceres más fácilmente prevenibles, constituye la segunda causa de muerte entre mujeres en edad reproductiva, sólo superado por la diabetes mellitus.⁷

El programa para la prevención y control de este cáncer en México exhibe como uno de sus logros para el periodo 2001-2005 una importante reducción de la mortalidad por esta causa en mujeres de 25 años y más, pasando de 25 a 15.7 defunciones por cada 100 000 mujeres entre 1990 y 2005, lo que equivale a un descenso de 37.1 por ciento. Por otro lado, también se muestra como un importante logro el incremento en la cobertura del tamizaje, que ha llegado a cubrir a más de 70% de las mujeres en edad reproductiva. Sin embargo, sigue siendo un elemento de preocupación el que existan estados con importantes rezagos, como Quintana Roo, que supera 2.7 veces al estado de Nuevo León, entidad federativa que registra la menor mortalidad por esta causa.

MORTALIDAD POR CÁNCER DE MAMA

El objetivo de los programas de control de cáncer en el mundo es la reducción de su incidencia, de la mortalidad asociada y el mejoramiento de la calidad de vida de los afectados.¹⁰ Sin embargo, los resultados obtenidos en el control del cáncer de mama a nivel mundial distan mucho de las aspiraciones de los programas respectivos, pues éste ha desplazado al cáncer cervicouterino para ocupar, desde hace varios años, el primer lugar dentro de las principales causas de muerte por cáncer en mujeres en el mundo. A diferencia del cáncer cervicouterino,

el de mama afecta en proporciones similares a países desarrollados y en vías de desarrollo. Para el caso mexicano, se observa que el número de muertes por cáncer de mama ha crecido 27% entre 1998 y 2005. Esta patología es la segunda causa de muerte en mujeres entre 40 y 49 años de edad.⁷

CÁNCER DE PRÓSTATA

El cáncer de próstata es el segundo cáncer más común y la segunda causa principal de muerte por cáncer en los hombres. Su frecuencia se incrementa con la edad, pues la próstata sigue creciendo durante la mayor parte de la vida de un hombre, por lo que es muy frecuente presentar, a partir de los 60 años, una condición inocua llamada próstata «agrandada» o hipertrofia prostática benigna (HPB), la cual es mucho más común que el cáncer de próstata. Los signos y síntomas de ambos padecimientos son bastante parecidos.

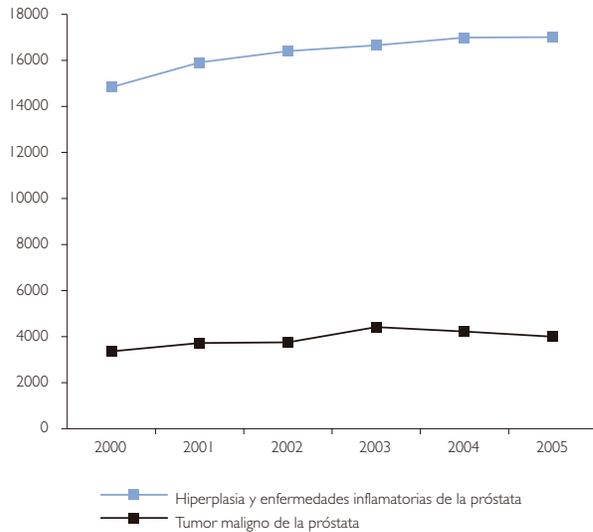
En México, las afecciones de la próstata han ido incrementándose, lo que puede ser explicado por la ampliación de la expectativa de vida, que da oportunidad a que los hombres lleguen a edades en las que pueden desarrollar este tipo de patologías. Las figuras 2 y 3 muestran la tendencia de los tumores malignos de próstata y de las hiperplasias y enfermedades inflamatorias de la próstata. Tal como sugiere la literatura, las hiperplasias son mucho más frecuentes que los cánceres y éstas han mantenido un crecimiento que, aunque lento, es sostenido. En tanto que los egresos por tumores malignos muestran una ligera declinación en los últimos dos años. La mortalidad hospitalaria también se observa estable año con año.

EQUIDAD DE GÉNERO Y VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

En párrafos anteriores se destacaron las diversas acciones que en términos de salud reproductiva se ejecutaron durante el año 2005. El rubro de equidad de género no estuvo exento de las acciones de fortalecimiento ejecutadas por las autoridades de salud. En su 46° Consejo Directivo/57ª Sesión del Comité Regional, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) presentó la “Política de la OPS en materia de igualdad de género”, mediante la cual se compromete a integrar consideracio-

Figura 2.

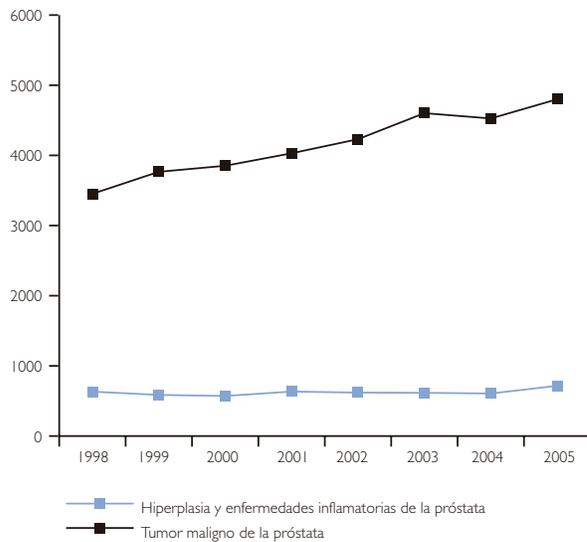
Egresos hospitalarios por afecciones de la próstata (IMSS y SSA)



Fuente: Cubos de información, SSA

Figura 3.

Mortalidad hospitalaria por afecciones de la próstata (IMSS y SSA)



Fuente: Cubos de información, SSA

nes de género en todos los ámbitos de su trabajo. En este tenor se contempla trabajar con los principales actores de los países miembros para eliminar las desigualdades en materia de salud entre las mujeres y los hombres, y avanzar hacia el logro de la igualdad de género y el empoderamiento de las mujeres.¹¹

En síntesis, esta política tiene como meta “contribuir al logro de la igualdad de género en el estado de la salud y el desarrollo sanitario, mediante investigación, políticas y programas que presten la atención debida a las diferencias de género en la salud y a sus factores determinantes, y promuevan activamente la igualdad entre mujeres y hombres”. Dicha meta está enfocada a eliminar las disparidades sistemáticas que no están relacionadas con la condición biológica de ser hombre o mujer, sino que más bien están cimentadas en diferencias de género.

En este documento, la OPS hace importantes señalamientos acerca de la igualdad y la equidad de género, así como acerca del concepto de empoderamiento. Señala que en el ámbito de la salud, la *igualdad de género* significa que las mujeres y los hombres se encuentran en igualdad de condiciones para ejercer plenamente sus derechos y su potencial para estar sanos, contribuir al desarrollo sanitario y beneficiarse de los resultados. En tanto que la *equidad de género* significa una distribución justa de los beneficios, el poder, los recursos y las responsabilidades entre las mujeres y los hombres; el *empoderamiento* se refiere a la toma de control por parte de las mujeres y los hombres sobre sus vidas, es decir, a la capacidad de distinguir opciones, tomar decisiones y ponerlas en práctica.

Como miembro de esta organización, México ha adquirido dichos compromisos. Se espera contar para el próximo año con información que permita visualizar los logros de estas medidas, pues recientemente se acaba de levantar la segunda encuesta sobre violencia contra mujeres usuarias de servicios públicos de salud. Adicionalmente, se han redoblado los esfuerzos hacia la integración de un modelo integral de atención a víctimas de la violencia, que incluye la capacitación de personal de salud para el manejo de casos de violencia, así como asegurar la presencia de albergues para víctimas de violencia extrema en todas las entidades federativas de la república.

3. Metodología

La estimación del gasto en salud reproductiva de 2005 siguió la metodología utilizada en los ejercicios previos.^{2,3} Ello permitió la generación de datos comparables año con año. No obstante, los cambios observados en el sistema de salud, producto de las políticas de protección financiera implementadas en el país, así como las modificaciones en las estructuras programáticas de las diferentes instituciones públicas, consecuencia de los procesos internos de reforma, requirieron una readaptación de las categorías utilizadas para reflejar estos cambios, misma que será explicada en párrafos posteriores. Por otra parte, a mediados de 2006, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) realizó un ejercicio de conciliación demográfica, publicando la serie 2000-2005 actualizada, lo que implicó realizar nuevas estimaciones y ajustes en la serie del gasto de bolsillo en salud.¹²

Para los lectores no familiarizados con los ejercicios anteriores, en las siguientes líneas se presenta una breve descripción de la metodología de cuentas en salud reproductiva. Asimismo, se describen los cambios observados por institución para 2005 y el modo en el que se introdujeron modificaciones para que reflejaran los ajustes experimentados. Por último, se muestran las técnicas utilizadas para comparar las cifras de gasto de 2003 a 2005.

MARCO TEÓRICO Y CONCEPTUAL

De manera similar a los ejercicios 2003 y 2004, el marco teórico del ejercicio de estimación 2005 fue la metodología de Cuentas en Salud propuesta por el Banco Mundial (BM), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)¹³ ajustada para el caso mexicano.¹⁴ Esta metodología permite documentar el flujo de fondos en la producción y consumo para actividades a través del sistema de salud utilizando tablas de doble entrada (matrices).

Si bien la definición de la OMS utilizada por el Centro Nacional de Equidad de Género y

Salud Reproductiva (CNEGySR) considera que la salud sexual y reproductiva comprende las estrategias dirigidas a contribuir a que las personas tengan una vida sexual, reproductiva y posreproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con respeto a sus derechos y a su libre decisión,¹⁵ para fines de este trabajo se restringió la definición de “salud reproductiva” al conjunto de actividades relacionadas con programas y actividades como:

- a) **salud materno-perinatal:** atención del embarazo, parto y puerperio, aborto, atención del recién nacido, y sus complicaciones;
- b) **planificación familiar:** provisión y seguimiento de métodos anticonceptivos definitivos y temporales, fertilización asistida;
- c) **cáncer cervicouterino:** detección oportuna del cáncer, campañas de tamizaje, atención de las displasias y del cáncer;
- d) **cáncer mamario:** exploración mamaria, campañas de tamizaje, atención del cáncer y displasias;
- e) **violencia y equidad de género:** acciones de prevención de riesgos en salud por violencia de pareja brindadas por el sector público, y de atención hospitalaria de las lesiones ocasionadas;
- f) **cáncer de próstata:** acciones de prevención, atención de las tumoraciones benignas y del cáncer;
- g) **acciones relacionadas a la salud reproductiva:** que incluyen la endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata.

Se incluyeron además las actividades de promoción de la salud, capacitación de personal, rectoría y administración, y formación de capital, así como la investigación relacionada con la salud reproductiva. No se incluyeron las acciones dirigidas a adolescentes ni la atención de la menopausia y climaterio. Nuestras estimaciones también excluyen las actividades dirigidas a la prevención y atención de las infecciones de transmisión sexual, pues éstas son contenidas en los ejercicios de cuentas de VIH/sida. Para

mayor homogeneidad, en el caso de la atención hospitalaria se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades versión 10 (CIE-10).¹⁶ (Anexo III.)

Otra definición importante dentro del contexto del presente trabajo es la referente al gasto en salud reproductiva, concebido como el monto de recursos ejercido en las actividades comprendidas bajo la definición de salud reproductiva señalada anteriormente. Su estimación se hizo descender al nivel estatal y se incluyeron sólo las transacciones realizadas dentro del país en el periodo comprendido de enero a diciembre de 2005.

Se calculó el gasto tomando en consideración las siguientes categorías de análisis:^{13,14}

- a) **Agentes de financiamiento:** antes que acumulan fondos y los asignan, para la adquisición de bienes y servicios, entre los proveedores del sector salud. Se consideraron seis tipos de agentes: gobierno general (Secretaría de Salud, Servicios Estatales de Salud e IMSS-Oportunidades); seguridad social (IMSS e ISSSTE); pagos directos de los hogares; empresas de seguros privados; ONG, y resto del mundo. Estas categorías se agrupan por sector público (gobierno general y seguridad social); sector privado (pagos directos de los hogares, empresas de seguros privados y ONG) y resto del mundo.
- b) **Proveedores:** instituciones que reciben dinero para producir bienes y servicios dentro del sector salud, agrupados en hospitales; proveedores de atención ambulatoria (consultorios médicos y no médicos, laboratorios, proveedores no tradicionales y alternativos); farmacias; programas de salud pública (suministro, rectoría y administración), y administración general de la salud.
- c) **Funciones de salud:** actividades desempeñadas por instituciones o individuos que persiguen la salud. Acorde con el esquema manejado por el Sistema de Cuentas en Salud en México,¹⁴ se agrupó el gasto ejercido según:
 1. servicios de atención curativa, ambulatoria y hospitalaria;
 2. bienes médicos proporcionados a pacientes ambulatorios, como los métodos anticonceptivos y suplementos vitamínicos durante el embarazo;

3. servicios de prevención y de salud pública, en los que se incluyen las consultas prenatales, de puerperio, de recién nacido y de planificación familiar, así como las campañas de promoción para salud reproductiva;
4. rectoría y administración de la salud y los seguros médicos, y
5. formación de capital, formación del personal sanitario e investigación y desarrollo

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

MÉTODOS DE ESTIMACIÓN DEL GASTO

Se siguieron dos estrategias de estimación:

- a) **Vía ejercicio presupuestal**, la cual consistió en la ponderación del gasto ejercido utilizando indicadores sobre servicios otorgados.

Fórmula 1

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

Donde:

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

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

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

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

- b) **Vía costos**, estimación que consistió en el producto de los servicios otorgados y los costos promedio, precio de adquisición o, en su defecto, precio al público de cada actividad por institución.

Fórmula 2

$$G = \sum Ssr * C$$

Donde:

- G: Gasto en salud reproductiva.
- Ssr: Servicios de salud reproductiva otorgados.
- C: Costo de los servicios de salud reproductiva.

INFORMACIÓN UTILIZADA

Secretaría de Salud (SSA)

Para el cálculo del gasto de la SSA se utilizó información del Boletín de información estadística 2005.¹⁷ Los montos de presupuesto ejercido por entidad federativa, calculados a través del Sistema de Cuentas en Salud a nivel Federal y Estatal (Sicuentas) y publicados en el volumen IV,¹⁸ fueron revisados para seleccionar aquellos referentes a las funciones del sistema relacionadas con la salud reproductiva (anexo I). De este modo, y haciendo uso de ponderadores específicos por programa (anexo II), se obtuvieron cifras del gasto estatal provenientes del Fondo de Aportaciones de la Secretaría de Salud, del Ramo 33 (FASSA) y las aportaciones estatales. En el caso particular del gasto reportado en atención médica en el primer, segundo y tercer nivel (no específico a programa alguno), se generaron ponderadores basados en información de producción –como consultas, usuarios y nuevos aceptantes de métodos de planificación familiar, días estancia por diagnóstico y pláticas de promoción de la salud–, proveniente de reportes del Sistema de Información en Servicios de Salud 2005¹⁹ y del Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) 2005, mecanismo que ya fue explicado en la fórmula 1.¹⁹

Para el cálculo del gasto proveniente del Ramo 12 se solicitó a las autoridades responsables de su distribución y control la información sobre la cantidad de material, insumos y equipo adquirido y enviado a los estados, así como el precio de adquisición. Además se recabó información sobre el gasto en rectoría de programas de salud, tanto en el nivel central como en el estatal.

Seguro Popular

Como parte de la implantación a mayor escala de este seguro, en marzo de 2005 el Catálogo

de Servicios Esenciales de Salud (Cases) del Seguro Popular (SP) aumentó el número de intervenciones cubiertas de 90 a 154. Asimismo, en dicho año se inició el pago de actividades de alto costo, entre ellas la atención del recién nacido complicado y el cáncer cervicouterino, incluidas en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC). Esto implicó un importante aumento del monto destinado a estas actividades y apoyo a las unidades de salud.

Para este estudio se seleccionaron aquellos servicios relacionados con las actividades comprendidas en nuestra definición de salud reproductiva del Cases,²⁰ misma que se encuentra en el anexo IV. La estimación del gasto por concepto de actividades ambulatorias se realizó usando datos sobre consulta externa y urgencias brindadas por unidades de primer y segundo nivel,²¹ así como los costos actualizados de producción de servicios del Cases manejados por la Comisión de Protección Financiera en Salud (CPFS)³ y datos sobre utilización de servicios en la población de la SSA (anexo V). De acuerdo con lo recomendado por autoridades de la CPFS, para la estimación del gasto se utilizó sólo 30% del costo anual reportado por padecimiento, lo que se calcula como el monto pagado por el SP para medicamentos e insumos. El gasto en atención hospitalaria se estimó multiplicando el costo de cada padecimiento por el número de egresos hospitalarios generados entre los afiliados al SP en los hospitales de la Secretaría de Salud y por cada uno de los diagnósticos en estudio (anexo VI). En cuanto al gasto ejercido bajo el FPGC, se solicitó información sobre costos y casos cubiertos por este fondo, misma que fue brindada por personal de la CPFS.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

El monto ejercido por esta institución se estimó con base en información del presupuesto ejecutado por nivel de atención a nivel estatal, e información sobre la producción de servicios ambulatorios y hospitalarios proveniente de la Memoria Estadística 2005²² y las bases de mor-

³ Entrevista al Dr. Emilio Herrera Basto, Director de Administración de Planes del Seguro Popular (Noviembre 18, 2005)

bilidad²³ y de egresos hospitalarios de esta institución.²⁴ En ellas se identificaron los diagnósticos relacionados con la salud reproductiva usando la Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10 (CIE-10) y se obtuvo el número de consultas y días estancia para cada uno de estos diagnósticos.

No fue posible identificar el gasto ejercido en campañas de promoción de salud materno-perinatal, planificación familiar, ni para los cánceres cervicouterino, de mama ni de próstata. El gasto en la administración de los programas de salud reproductiva a nivel estatal fue proporcionado por la Dirección de Planeación y Finanzas del IMSS.

Programa IMSS-Oportunidades

Debido a la ausencia de detalle del gasto por funciones en la información de presupuesto ejercido, la estimación del monto gastado por este agente se realizó vía costos (fórmula 2). Se contó con información de la producción de servicios, de los costos para cada una de las actividades, como consultas o días estancia, así como la distribución de métodos de planificación familiar y el precio de adquisición de los mismos. Estos datos, proporcionados por el Departamento de Salud Reproductiva y Capacitación del programa IMSS-Oportunidades, permitieron estimar los montos gastados en la atención de partos, cesáreas, abortos, detección oportuna del cáncer, consultas por cáncer cervicouterino y mamario, control prenatal, y consultas y métodos de planificación familiar. A diferencia de 2004, no se contó con información sobre el gasto en tratamiento hospitalario por cáncer cervicouterino, mamario y prostático.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

Para el cálculo del gasto en esta institución se utilizaron datos provenientes de la Cuenta de la Hacienda Pública Federal de 2004, así como información del Anuario Estadístico 2004²⁵ y la base de egresos hospitalarios.²⁶ En esta institución la estructura programática está estrechamente ligada a indicadores de producción, por lo que cada rubro de gasto fue ponderado según el indicador correspondiente. Por ejem-

plo, para obtener el gasto en la detección oportuna del cáncer cervicouterino se ponderó el gasto en el rubro “Detección oportuna de enfermedades” por la proporción que las detecciones de cáncer cervicouterino representan del total de detecciones en la institución.

Al igual que en años anteriores, no se contó con información sobre la adquisición de métodos anticonceptivos, las campañas de promoción de salud materno-perinatal, planificación familiar, ni sobre el tamizaje de cáncer de la mujer y cáncer prostático.

Gasto privado

En México, la principal fuente de información sobre el gasto ejercido por los hogares la constituye la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH) que realiza el INEGI. Con una frecuencia bianual, esta encuesta presenta información sobre el pago de bolsillo para diferentes rubros usando una muestra representativa a nivel nacional. Sus resultados se expanden al nivel nacional usando parámetros calculados a partir de los censos nacionales de población.

Debido a que en el levantamiento del censo nacional de 2005 se observó que la población de México era 2 millones menor que aquella calculada a través de proyecciones a partir del censo de 2000, el INEGI, junto con otras instituciones, procedió a revisar la información publicada sobre el gasto de los hogares en los años 2000, 2002, 2004 y 2005. Esto tuvo como consecuencia la publicación de nuevas bases de datos para dichos años en septiembre de 2006, que consideraron una conciliación demográfica. La publicación de los datos de la encuesta de 2005 ha sido muy reciente y aún está sujeta a revisiones. Tras revisar los cuestionarios aplicados, se seleccionaron aquellos rubros de gasto que estuvieran relacionados con la salud reproductiva (cuadro I).

Se incorporó tanto el gasto monetario como el no monetario, es decir, el gasto en especie que realizan los hogares por recibir atención. Se agrega esta dimensión en virtud de que este tipo de transacciones económicas representa una proporción importante del gasto de los hogares.

Para el cálculo del gasto ejercido por los hogares para la atención del cáncer cervicouterino se usaron datos de utilización de servicios de

la Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003 (ENSAR 2003)²⁷ y costos de atención del sector privado a precios de 2005. Asimismo, se calculó el gasto en cuotas de recuperación destinado al pago de la atención de cáncer cervicouterino y mamario en hospitales a través de la ponderación de las cuotas totales de recuperación por el número de días estancia destinados a dicha atención.¹⁸

Además del gasto de los hogares mediante la ENIGH, se incorporó el gasto reportado por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros.²⁸ Así, se incluyó el gasto incurrido para la atención de los embarazos, partos, cáncer cervicouterino, mamario, de próstata, endometriosis y tumores benignos de mama, útero y próstata (anexo VIII). Se obtuvo, además, información de producción de servicios, costos y precio al público de las dos organizaciones no gubernamentales más grandes que brindan servicios de salud reproductiva (Mexfam y Femap). El gasto calculado para ambas instituciones fue restado del monto de gasto de los hogares calculado a partir de la ENIGH 2005, para evitar duplicaciones en la estimación.

ANÁLISIS DE DATOS

La información recolectada para el nivel nacional fue ordenada en dos matrices de gasto. En la matriz de *gasto en salud reproductiva por agentes de financiamiento y por función de salud* se presenta información sobre quién financia los servicios por tipo de servicio. La matriz *gasto estimado en salud reproductiva de los proveedores por función de salud reproductiva* muestra la forma en la que el gasto en los diferentes programas se canaliza a través de los proveedores, brindando información sobre quién ejecuta cada función y dando evidencia sobre la eficiencia en la provisión de los servicios de salud.¹³

La información del gasto público se hizo descender al nivel estatal. Con el fin de hacer comparaciones válidas entre estados, se dividió el gasto estatal de cada programa entre su respectiva población beneficiaria. La sumatoria de estas razones conformó el gasto público en salud reproductiva por beneficiario en el ámbito estatal. Los grupos beneficiarios fueron definidos a partir de normas oficiales y programas de acción. El gasto público en salud reproductiva por beneficiario en el nivel estatal se calculó usando la siguiente fórmula:

Cuadro 1.

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

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

* Otros incluye: ambulancias e inyecciones durante el embarazo

** Otros incluye: ambulancias, inyecciones y vacunas para el parto

Fórmula 3

$$G_b = \left(\frac{G_{SMPj}}{B_{SMPj}} \right) + \left(\frac{G_{PFj}}{B_{PFj}} \right) + \left(\frac{G_{CACUj}}{B_{CACUj}} \right) + \left(\frac{G_{CAMAj}}{B_{CAMAj}} \right) + \left(\frac{G_{CAPROj}}{B_{CAPROj}} \right) + \left(\frac{G_{PBMj}}{B_{PBMj}} \right) + \left(\frac{G_{PBHj}}{B_{PBHj}} \right) + \left(\frac{G_{EGENj}}{B_{EGENj}} \right)$$

Donde:

G_b : Gasto público en salud reproductiva por beneficiario para el estado j.

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

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

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

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

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

G_{PBMj} : Gasto público en endometriosis y patologías benignas de útero y mama para el estado j.

G_{PBHj} : Gasto público en patologías benignas de próstata para el estado j.

G_{EGENj} : Gasto público en equidad de género y violencia para el estado j.

B_{SMPj} : Población beneficiaria del gasto en salud materno-perinatal: mujeres potencialmente embarazadas en el estado j.^{29,b}

^b Mujeres potencialmente embarazadas = (Población total * tasa cruda de natalidad)/1000

B_{PFJ} y B_{EGENj} : Población beneficiaria del gasto en planificación familiar y en equidad de género y violencia: mujeres entre 15 y 49 años en el estado j.³⁰

B_{CACUj} , B_{CAMA} y B_{PBMj} : Población beneficiaria del gasto en cáncer cervicouterino, cáncer mamario, endometriosis y patologías benignas de útero y mama: mujeres de 25 años y más en el estado j.^{31,32}

B_{CAPROj} y B_{PBHj} : Población beneficiaria del gasto en cáncer y patologías benignas de próstata: hombres de 45 años y más en el estado j.

GENERACIÓN DE LA SERIE DE TIEMPO DEL GASTO

Tomando 2004 como año base, se transformó el gasto de 2003 y 2005 a pesos de 2004, usando la tasa de inflación del periodo diciembre 2003 a diciembre 2004, calculada como 5.19%, y de diciembre 2004 a diciembre 2005, estimada como 3.33 por ciento.³³ De este modo, eliminado el efecto de la inflación, se pudieron comparar valores reales del gasto en la producción de servicios de salud reproductiva y equidad de género en estos años.

4.

Gasto en salud reproductiva y equidad de género en México, 2005

Se estima que en 2005 el sistema de salud mexicano gastó en actividades relacionadas con la SR y EG 38 110.8 millones de pesos, monto equivalente a 0.5% del PIB y a 8.5% del gasto en salud de ese año. El 64.5% de este gasto fue desembolsado por el sector público, con el IMSS como el principal agente de financiamiento (41.6%). En segundo lugar de importancia se encuentran los hogares, con 30.6% del gasto (figura 4 y anexo VIII).

Como se observa en la figura 5, 73% del gasto en SR y EG estuvo destinado a la asistencia curativa (hospitalaria y ambulatoria), en tanto que los servicios de prevención y de salud pública representaron 18.3% del gasto. Los productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios

representaron 3.4% del gasto, mientras que los servicios auxiliares de atención a la salud reunieron 3.0% del total gastado. La rectoría y administración de la salud representó 2.0% del gasto total, y las funciones relacionadas con la salud, como la formación de capital, del personal sanitario y las actividades de investigación y desarrollo, representaron 0.3% del total del gasto en SR y EG.

GASTO DE LOS PROVEEDORES

Como en años anteriores, los hospitales, como proveedores de atención, concentraron casi tres cuartas partes (70.7%) del gasto total en SR y EG ejercido en 2005. Los consultorios médicos

Figura 4.

Gasto en salud reproductiva y equidad de género por agente financiador. 2005, millones de pesos



Figura 5. **Distribución del gasto entre funciones de salud reproductiva. 2005, millones de pesos**

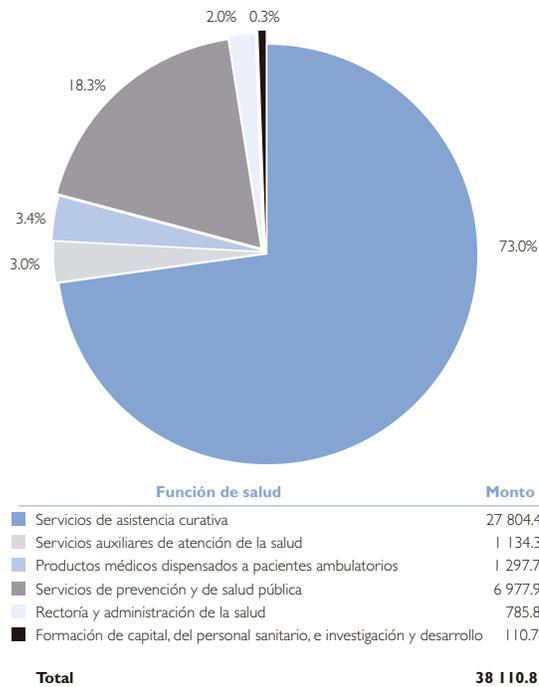
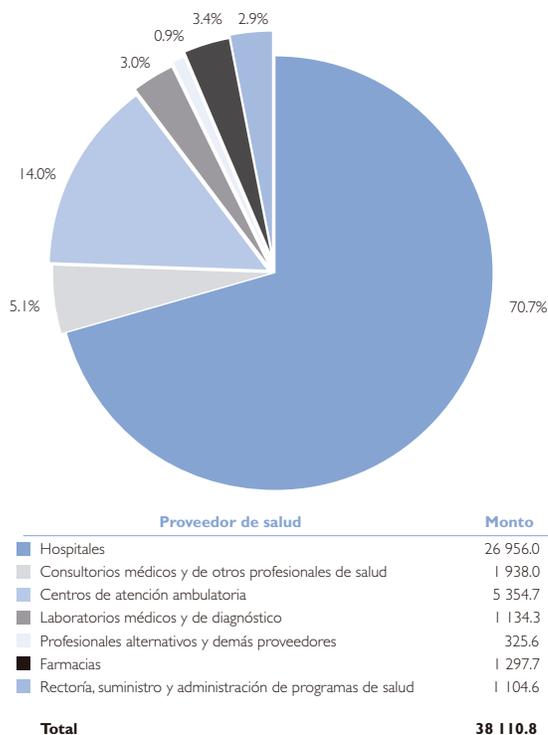


Figura 6. **Participación de los proveedores en el gasto en SR y EG. 2005, millones de pesos**



y de otros profesionales (dentistas) fueron responsables de 5.1% del gasto, mientras que el monto dirigido a centros de atención ambulatoria^c fue de 14.0% del total. Los laboratorios médicos y centros de diagnóstico ejecutaron 3.0% del gasto, monto ligeramente inferior al desembolsado en farmacias (3.4%). La rectoría, suministro y administración de programas de salud representó 2.9% del total erogado (figura 6 y anexo X).

GASTO POR PROGRAMA

La mayor proporción del gasto en salud reproductiva se concentró en las actividades relacionadas con la salud materno-perinatal (76.6%). Los desembolsos destinados a la realización de actividades relacionadas con la endometriosis y las patologías benignas de mama, útero y próstata ocuparon el segundo lugar de importancia (7.4% del gasto), en tanto que el gasto en acciones relacionadas con el cáncer cervicouterino representó 4.5% del gasto total en salud reproductiva. El monto ejercido para el programa de planificación familiar significó 6.0%, mientras que aquel relacionado con el cáncer de mama representó 2.4% del gasto total en salud reproductiva. El gasto en equidad de género y violencia representó 0.4% del total, mientras que el gasto en cáncer de próstata representó 0.9 por ciento. Las actividades de rectoría y administración de la salud de las instituciones de seguridad social representaron 1.8% del gasto total en SR y EG (figura 7).

Salud materno-perinatal

Se estima que el gasto total en salud materno-perinatal en 2005 ascendió a 29 189.2 millones de pesos. Las instituciones del sec-

^c Establecimientos que brindan una amplia gama de servicios ambulatorios a cargo de un equipo médico, paramédico y muchas veces personal de apoyo, que por lo general integran varias especialidades o cumplen funciones específicas de atención primaria. Estos establecimientos suelen atender a pacientes que no requieren hospitalización. Ej. Centros de planificación familiar, centros independientes de cirugía ambulatoria, centros y clínicas colectivas ambulatorias, policlínicas multidisciplinarias, entre otros. Dentro de este rubro se encuentran ubicadas las ONG.

tor público cubrieron 59.1% (17 261 millones de pesos) y el sector privado 40.9 por ciento. El IMSS concentró 39.0% del gasto, constituyéndose en el principal agente de financiamiento. El pago de bolsillo reunió 36.9%, en tanto que la SSA y los gobiernos estatales aportaron 11.1% del gasto en salud materno-perinatal (cuadro II).

La atención curativa hospitalaria fue la función con mayor gasto (69.8% del total en salud materno-perinatal). Bajo este rubro, las actividades con mayor participación fueron la atención de partos normales y cesáreas (10 762 millones de pesos), las complicaciones en el embarazo, parto y puerperio (5 208 millones de pesos) y el manejo del recién nacido complicado (3 642 millones de pesos). En general el gasto público fue mayor (52.4%) que el privado (47.6%). Sin embargo, el desembolso realizado por los hogares mediante el pago de bolsillo fue sólo un poco menor al monto desembolsado por el IMSS, el principal agente financiador en esta área (36.1% y 41.3% del gasto en atención curativa hospitalaria, respectivamente). (Anexo X y cuadro II.)

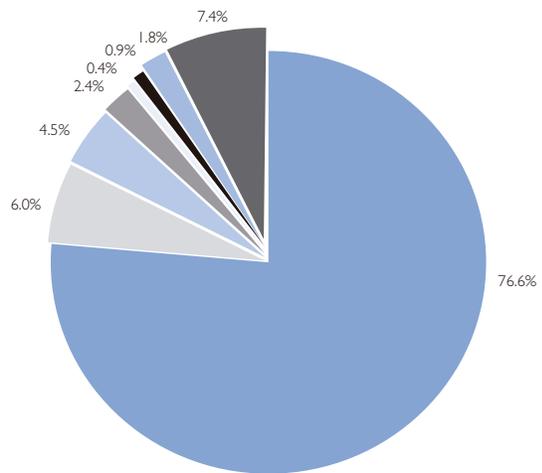
Los servicios de prevención y salud pública representaron un gasto de 5 363.6 millones de pesos, esto es, 18.4% del gasto en salud materno-perinatal. Este rubro engloba el gasto de las consultas de control prenatal (4 968 millones de pesos), las consultas de puerperio y control del recién nacido, y la promoción de la salud. El IMSS fue el principal agente financiador al cubrir 30.9% del gasto, compitiendo con el gasto de bolsillo, que desembolsó 27.2% del gasto en estas acciones (anexo X y cuadro II).

El gasto en consultas de especialidad relacionadas con la salud materno-perinatal, agrupadas bajo el rubro “asistencia curativa ambulatoria”, fue de 1 597.2 millones de pesos, y representó 5.5% del gasto total para este programa de salud.

El cuadro III presenta el gasto ejercido por los diferentes proveedores de salud dirigido a la salud materno-perinatal. Los hospitales, como grupo, fueron el proveedor con mayor gasto (74.8%), concentrando sus actividades en la atención del parto y la cesárea, así como en complicaciones del embarazo, parto, puerperio y del recién nacido. Los proveedores dedicados a la provisión de consultas prenatales, de puerperio y recién nacido (consultorios

Figura 7.

Gasto en salud reproductiva y equidad de género por programa y administración. 2005, millones de pesos



Programa	Monto
Salud materno-perinatal	29 189.2
Planificación familiar	2 269.4
Cáncer cervicouterino	1 727.3
Cáncer de mama	920.0
Equidad de género y violencia	172.2
Cáncer de próstata	330.5
Otros*	2 817.3
Rectoría y administración	684.9

Total **38 110.8**

* Endometriosis y patologías benignas de mama, útero y próstata

médicos, de otros profesionales de la salud y centros de atención ambulatoria) ejercieron 17.9% del gasto (cuadro III).

Planificación familiar

El gasto en planificación familiar en 2005 fue de 2 269.4 millones de pesos. Los agentes del sector público cubrieron 90.6% del mismo, destacando la SSA y los Servicios estatales de salud, con 837.6 millones de pesos (36.9%); el IMSS, con 675.2 millones de pesos (29.8%), y el IMSS-Oportunidades, con 462.4 millones de pesos (20.4%), en tanto que los hogares desembolsaron 7.9% del gasto (cuadro IV).

Dentro de este componente, los servicios de prevención y salud pública (que comprenden las consultas de planificación familiar) fueron la función de salud con mayor gasto (1 286.7 millones de pesos). Poco más de la quinta parte del gasto en planificación familiar (21.4%)

Cuadro II

Gasto en salud materno-perinatal de los agentes de financiamiento por función de salud. México, 2005, millones de pesos

	Sector público					Sector privado			Total	%
	Secretaría de Salud y Servicios estatales de salud	IMSS-Oportunidades	Seguro Popular	IMSS	ISSSTE	Empresas de seguros privados	Pago de bolsillo	ONG		
Asistencia curativa hospitalaria										
Salud materna	1 657.1	665.1	211.5	5 736.0	510.4	567.6	7 356.8	36.3	16 740.8	57.3
Salud perinatal	710.7	-	35.2	2 694.6	201.4	-	-	-	3 641.9	12.5
Asistencia curativa ambulatoria	-									
Salud materna	47.1	-	21.5	1 222.0	6.6	-	300.0	-	1 597.2	5.5
Salud perinatal	-	-	-	80.0	-	-	-	-	80.0	0.2
Servicios auxiliares de atención de la salud	-	-	-	-	-	-	879.4	4.9	884.3	3.0
Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	21.0	-	-	-	-	-	790.5	-	811.5	2.8
Servicios de prevención y de salud pública	747.5	281.1	595.1	1 659.1	88.2	530.6	1 456.9	5.1	5 363.6	18.4
Rectoría de la salud	21.9	-	-	-	-	-	-	-	21.9	0.1
Formación de capital, formación de personal sanitario e investigación y desarrollo	47.9	-	-	-	-	-	-	-	47.9	0.2
TOTAL	3 253.2	946.2	863.3	11 391.7	806.6	1 098.2	10 783.6	46.3	29 189.1	100
%	11.1	3.2	3.0	39.0	2.8	3.8	36.9	0.2	100	

Cuadro III

Gasto en salud materno-perinatal de los proveedores por función de salud. México, 2005, millones de pesos

	Sector público						Sector privado		Total	%
	Hospitales	Consultorios médicos y de otros profesionales de la salud	Centros de atención ambulatoria	Laboratorios médicos y de diagnóstico	Profesionales alternativos o tradicionales	Farmacias	Suministro y administración de programas de salud pública			
Asistencia curativa hospitalaria	20 327.3	-	55.4	-	-	-	-	20 382.7	69.8	
Asistencia curativa ambulatoria	1 320.9	-	56.3	-	300.0	-	-	1 677.2	5.7	
Servicios auxiliares de atención de la salud	-	-	-	884.3	-	-	-	884.3	3.0	
Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	-	-	-	-	-	811.5	-	811.5	2.8	
Servicios de prevención y de salud pública	190.3	1 382.9	3 747.1	-	16.1	-	27.2	5 363.6	18.4	
Administración de la salud	-	-	-	-	-	-	21.9	21.9	0.1	
Formación de capital, formación de personal sanitario, e investigación y desarrollo	-	-	-	-	-	-	47.9	47.9	0.2	
Total	21 838.5	1 382.9	3 858.8	884.3	316.1	811.5	97.0	29 189.1	100	
%	74.8	4.7	13.2	3.0	1.1	2.8	0.3	100		

se derivó a la adquisición de métodos anticonceptivos (486.1 millones de pesos). Por otra parte, la asistencia curativa hospitalaria, que reúne los métodos quirúrgicos de anticoncepción y los procedimientos de fertilización, presentó un gasto de 289.5 millones de pesos, es decir, 12.8% del gasto en planificación familiar.

Los centros de atención ambulatoria fueron los principales proveedores de consultas de planificación familiar, y su gasto representó 53.4% del total ejercido, seguidos por los hospitales, con 22.2%, y las farmacias, con 21.4% del gasto (cuadro V).

Cáncer cervicouterino

El gasto en cáncer cervicouterino en 2005 fue de 1 727.3 millones de pesos. El sector público financió 61.5% de dicho desembolso. Los hogares erogaron 645.0 millones de pesos, lo que representa 38% del gasto en cáncer cervicouterino (cuadro VI).

La asistencia curativa ambulatoria fue la función con mayor gasto, al concentrar 804.3 millones de pesos. Este rubro agrupó el gasto en la detección oportuna del cáncer, la consulta por cáncer cervicouterino y la consulta por displasias.

Cuadro IV

Gasto en planificación familiar de los agentes de financiamiento por función de salud. México, 2005, millones de pesos

	Sector público					Sector privado			Total	%
	Secretaría de Salud y Servicios estatales de salud	IMSS- oportunidades	Seguro Popular	de bolsillo		ONG				
				IMSS	ISSSTE					
Asistencia curativa hospitalaria	16.7	193.8	2.1	65.3	10.5	-	1.1	289.5	12.8	
Asistencia curativa ambulatoria	-	-	-	147.1	-	-	-	147.1	6.5	
Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	111.5	8.7	-	155.4	-	179.3	31.2	486.1	21.4	
Servicios de prevención y de salud pública	649.4	259.9	-	307.4	66.1	-	3.9	1 286.7	56.7	
Rectoría de la salud	20.0	-	-	-	-	-	-	20.0	0.9	
Formación de capital, formación de personal sanitario, e investigación y desarrollo	40.0	-	-	-	-	-	-	40.0	1.8	
Total	837.6	462.4	2.1	675.2	76.6	179.3	36.2	2 269.4	100	
%	36.9	20.4	0.1	29.8	3.4	7.9	1.6	100		

Cuadro V

Gasto en planificación familiar de los proveedores por función de salud. México, 2005, millones de pesos

	Suministro y administración					Total	%
	Centros de atención			de programas			
	Hospitales	ambulatoria	Farmacias	de salud pública	Administración de salud		
Asistencia curativa hospitalaria	288.1	1.4	-	-	-	289.5	12.8
Asistencia curativa ambulatoria	147.1	-	-	-	-	147.1	6.5
Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	-	-	486.1	-	-	486.1	21.4
Servicios de prevención y de salud pública	67.6	1 209.7	-	9.4	-	1 286.7	56.7
Administración de la salud	-	-	-	-	20.0	20.0	0.9
Formación de capital, formación del personal sanitario, e investigación y desarrollo	-	-	-	-	40.0	40.0	1.8
Total	502.8	1 211.1	486.1	9.4	60.0	2 269.4	100
%	22.2	53.4	21.4	0.4	2.6	100	

Cuadro VI

Gasto en cáncer cervicouterino de los agentes de financiamiento por función de salud. México, 2005, millones de pesos

	Secretaría de Salud	IMSS-	Seguro	Pago				Total	%
	y Servicios estatales de salud	Oportunidades	Popular	IMSS	ISSSTE	de bolsillo	ONG		
Asistencia curativa hospitalaria	31.4	-	94.6	309.9	18.3	139.4	-	593.6	34.4
Asistencia curativa en hospitalización de día	-	-	-	-	-	16.6	-	16.6	1.0
Asistencia curativa ambulatoria	87.0	-	-	199.3	19.2	489.0	9.8	804.3	46.6
Servicios auxiliares de atención de la salud	-	222.1	-	-	-	-	11.1	233.2	13.5
Servicios de prevención y de salud pública	42.6	-	-	2.8	-	-	-	45.4	2.6
Rectoría de la salud	19.9	-	-	-	-	-	-	19.9	1.1
Formación de capital, formación del personal sanitario e investigación y desarrollo	14.3	-	-	-	-	-	-	14.3	0.8
Total	195.2	222.1	94.6	512.0	37.5	645.0	20.9	1 727.3	100
%	11.3	12.9	5.5	29.6	2.2	37.3	1.2	100	

El principal proveedor para el programa de cáncer cervicouterino en 2005 fueron los hospitales, con 43.8% del gasto, seguidos en orden de importancia por los consultorios médicos, con 32.1%, y los laboratorios médicos (donde se procesan las citologías), con 13.5% del gasto en el programa (cuadro VII).

Cáncer de mama

El monto del gasto ejercido en 2005 para las acciones dirigidas a la prevención, detección y atención del cáncer de mama fue de 920.0 millones de pesos. El principal agente de financiamiento fue el IMSS, con 42.7% del gasto, en tanto que las empresas de seguros privados desembolsaron 27.0% (cuadro VIII).

La atención hospitalaria del cáncer fue la función con mayor gasto asociado, con un desembolso de 552.9 millones de pesos (60.1%). Las consultas de especialidad (asistencia curativa ambulatoria) representaron 30.3% del gasto, mientras que las acciones de prevención y salud pública generaron 5.6% del total. Los hospitales fueron los proveedores que concentraron la mayor proporción del gasto en este programa, con un monto que ascendió a los 798.0 millones de pesos, 86.7% del desembolso para cáncer de mama (cuadro IX).

Cáncer de próstata, equidad de género, endometriosis y patologías benignas

Se estimó que el gasto ejercido para la detección y atención de cáncer de próstata en 2005

fue de 330.6 millones de pesos. Casi la totalidad de dicho gasto fue público (85.1%) y la mayor aportación correspondió al IMSS (49.7%, cuadro X). Si bien 45.2% fue dirigido a la atención hospitalaria (149.3 millones de pesos), una importante proporción se destinó a la consulta de especialidad (25.9%), lo que significó que 71% del gasto se ejerció en hospitales. Poco más de un cuarto del gasto se destinó a las acciones de prevención y salud pública realizadas por la administración de programas de salud pública (cuadro XI).

El gasto en acciones encaminadas a la equidad de género y la atención de víctimas de violencia intrafamiliar por el sector público se calculó en 172.3 millones de pesos. El gasto privado en estas acciones no pudo ser contabilizado, ya que no se contó con información para ello (cuadros X y XI). El 84.8% de este gasto proviene de servicios de prevención y de salud pública, como los gastos relacionados con el fortalecimiento de la atención a víctimas de la violencia, así como el gasto en apoyo a refugios. El gasto restante proviene de la atención de las consecuencias físicas de la violencia intrafamiliar, generadoras de una erogación de 4.8 millones de pesos en atención hospitalaria (2.8% del total) y 4.4 millones en atención ambulatoria (2.5%). Es importante mencionar que el gasto en atención hospitalaria y ambulatoria de las lesiones consecuencia de la violencia intrafamiliar se encuentra subestimado de manera importante, pues generalmente se registra la lesión y no la causa externa que la produce. Así por ejemplo, se registra traumatismo craneoencefálico, pero se

desconoce si la lesión fue causada por accidente de tránsito o producida por la violencia ejercida por parte de la pareja.

En conjunto, la atención de endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata generó un gasto de 2 817.3 millones de pesos. De este monto, 53.0% se dirigió a la atención hospitalaria y el restante a la atención ambulatoria. El IMSS erogó 77.4% del gasto, con lo que fue el principal agente de financiamiento (cuadro X). Debido a que sólo se contó con información sobre días estancia y consultas de especialidad, el gasto sólo se contabilizó en los hospitales (cuadro XI).

GASTO DE LOS AGENTES DE FINANCIAMIENTO

Secretaría de Salud y Servicios estatales de salud

Durante el año 2005, se calcula que la Secretaría de Salud y los Servicios estatales de salud (Sesa) gastaron en los programas de salud reproductiva 4 835.4 millones de pesos, equivalente a 5.5% de su gasto en salud. Un monto aproximado a 56% correspondió a las asignaciones directas de recursos federales a las entidades federativas.

El gasto correspondiente al componente de salud materno-perinatal fue de 3 253.2 millones de pesos, lo que representó aproximadamente 67.3% del gasto en SR y EG. Las actividades de planificación familiar requirieron un gasto de 837.6 millones de pesos. Para la atención de los cánceres cervicouterino y de mama, la SSA y los Sesa invirtieron 195.0 y 166.1 millones de pesos, respectivamente, lo que representó 4.0% y 3.4% del gasto total en salud reproductiva. Para el diagnóstico y manejo de las afecciones prostáticas, el gasto fue de 101.0 millones, lo que representó 2.1% el gasto en SR y EG. En relación con la equidad de género y violencia, el monto del gasto para el periodo fue de 172.3 millones, 3.6% del gasto en SR y EG. El monto destinado para la atención de la endometriosis y las patologías benignas de útero, mama y próstata fue de 105.0 millones, 2.2% del gasto total en salud reproductiva.

En cuanto al gasto generado por función de salud, se observó que más de la mitad de éste se dirigió a la asistencia curativa hospitalaria (53.1%), complementado por 3.8% de la ambulatoria. El gasto en servicios de prevención y salud pública, en los que se incluye la consulta de control prenatal y por planificación familiar, representó aproximadamente 35.5%, mientras que el gasto en servicios

Cuadro VII

Gasto en cáncer cervicouterino de los proveedores por función de salud. México. 2005, millones de pesos

	Hospitales	Consultorios médicos y de otros profesionales de la salud		Laboratorios médicos y de diagnóstico	Los demás proveedores de servicios de atención	Programas de salud ambulatoria y de salud pública	Administración de salud	Total	%
		Centros de atención ambulatoria	Centros de atención	Centros de atención	Centros de atención	Centros de atención			
Asistencia curativa hospitalaria	522.2	70.5	0.9	-	-	-	-	593.6	34.4
Asistencia curativa en hospitalización de día	-	16.6	-	-	-	-	-	16.6	1.0
Asistencia curativa ambulatoria	234.6	468.0	92.3	-	9.4	-	-	804.3	46.6
Servicios auxiliares de atención de la salud	-	-	-	233.2	-	-	-	233.2	13.5
Servicios de prevención y de salud pública	-	-	25.4	-	-	20.0	-	45.4	2.6
Administración de la salud	-	-	-	-	-	-	19.9	19.9	1.1
Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud	-	-	-	-	-	-	14.3	14.3	0.8
Total	756.8	555.1	118.6	233.2	9.4	20.0	34.2	1 727.3	100
%	43.8	32.1	6.9	13.5	0.5	1.2	2.0	100	

Cuadro VIII

Gasto en cáncer de mama de los agentes de financiamiento por función de salud. México, 2005, millones de pesos

	Secretaría de Salud y Servicios estatales			Seguros privados	Pago de bolsillo	ONG	Total	%
	de salud	IMSS	ISSSTE					
Asistencia curativa hospitalaria	38.1	164.8	35.0	248.7	66.2	0.1	552.9	60.1
Asistencia curativa ambulatoria	46.9	223.7	7.5	-	-	1.1	279.2	30.3
Servicios auxiliares de atención de la salud	2.9	-	-	-	-	2.9	5.8	0.6
Servicios de prevención y de salud pública	47.4	4.0	-	-	-	-	51.4	5.6
Rectoría de la salud	22.2	-	-	-	-	-	22.2	2.4
Formación de capital, formación del personal sanitario e investigación y desarrollo	8.5	-	-	-	-	-	8.5	0.9
Total	166.0	392.5	42.5	248.7	66.2	4.1	920.0	100
%	18.0	42.7	4.6	27.0	7.2	0.4	100	

Cuadro IX

Gasto en cáncer de mama de los proveedores por función de salud. México, 2005, millones de pesos

	Centros de atención		Laboratorios médicos y de diagnóstico	Programas de salud pública	Administración de salud	Total	%
	Hospitales	ambulatoria					
Asistencia curativa hospitalaria	552.7	0.2	-	-	-	552.9	60.1
Asistencia curativa ambulatoria	245.3	33.9	-	-	-	279.2	30.3
Servicios auxiliares de atención de la salud	-	-	5.8	-	-	5.8	0.6
Servicios de prevención y de salud pública	-	25.3	-	26.1	-	51.4	5.6
Administración de la salud	-	-	-	-	22.2	22.2	2.4
Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud	-	-	-	-	8.5	8.5	0.9
Total	798.0	59.4	5.8	26.1	30.7	920.0	100
%	86.7	6.5	0.6	2.8	3.3	100	

auxiliares de atención y productos médicos fue 2.8% del gasto total en SR y EG. El desembolso para la administración de programas, rectoría, formación bruta de capital, de personal y actividades de investigación y desarrollo representa 4.5% del gasto en SR y EG de esta institución. La distribución del gasto por funciones se presenta en la figura 8 y el cuadro XII muestra la distribución por funciones y por programas.

En lo que respecta al gasto por beneficiario, en la figura 9 se puede observar que el promedio erogado fue de 3 320 pesos. La variación de este renglón entre los estados con mayor/menor gasto fue de cerca de 39 veces. El estado

con mayor gasto fue Campeche, y el estado con menor gasto fue Tamaulipas. Al igual que en los anteriores ejercicios, no se contó con información suficientemente detallada para estimar el gasto en salud reproductiva y equidad de género de los estados de Querétaro y Colima.

Seguro Popular

A tres años de su creación, el SPS contó en 2005 con 3 millones 555 mil 977 familias en todo el país. En dicho año, el número de intervenciones establecidas en el Catálogo de Servicios Esenciales de Salud (Cases) se incrementó de 91 a 154. En el caso del listado

Cuadro X

Gasto de los proveedores en cáncer de próstata, equidad de género y violencia; y en endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata, por función de salud. México, 2005, millones de pesos

	Secretaría de Salud					Total	%
	y Servicios estatales de salud	Seguro Popular	IMSS	ISSSTE	Seguros privados		
Cáncer de próstata							
Asistencia curativa hospitalaria	5.6	0.3	78.5	15.6	49.3	149.3	45.2
Asistencia curativa ambulatoria	-	-	85.6	-	-	85.6	25.9
Servicios auxiliares de atención de la salud	11	-	-	-	-	11.0	3.3
Servicios de prevención y de salud pública	84.4	-	0.3	-	-	84.7	25.6
Total	101	0.3	164.4	15.6	49.3	330.6	100
%	30.6	0.1	49.7	4.7	14.9	100	
Equidad de género y violencia							
Asistencia curativa hospitalaria	4.8	0.01	-	-	-	4.8	2.8
Asistencia curativa ambulatoria	4.4	-	-	-	-	4.4	2.5
Servicios de prevención y de salud pública	146.1	-	-	-	-	146.1	84.8
Rectoría de la salud	17	-	-	-	-	17.0	9.9
Total	172.3	-	-	-	-	172.3	100
%	100					100	
Endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata							
Asistencia curativa hospitalaria	105	12.4	856.2	168.8	350.5	1 492.9	53.0
Asistencia curativa ambulatoria	-	-	1 324.4	-	-	1 324.4	47.0
Total	105.0	12.4	2 180.6	168.8	350.5	2 817.3	100
%	3.7	0.4	77.4	6.0	12.4	100	

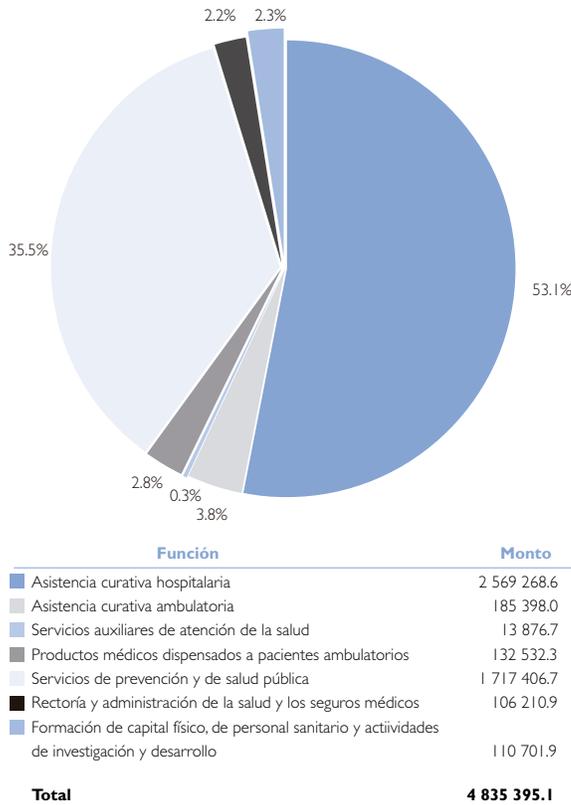
Cuadro XI

Gasto de los proveedores en cáncer de próstata, en equidad de género y violencia, y en endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata, por función de salud. México, 2005, millones de pesos

	Los demás proveedores						Total	%
	Centros de atención		Laboratorios médicos y de diagnóstico	de servicios de atención ambulatoria	Programas de salud pública	Administración de salud		
	Hospitales	ambulatoria						
Cáncer de próstata								
Asistencia curativa hospitalaria	149.2	0.1	-	-	-	-	149.3	45.2
Asistencia curativa ambulatoria	85.6	-	-	-	-	-	85.6	25.9
Servicios auxiliares de atención de la salud	-	-	11.0	-	-	-	11.0	3.3
Servicios de prevención y de salud pública	-	0.3	-	-	-	84.4	84.7	25.6
Total	234.8	0.4	11.0	-	-	84.4	330.6	100
%	71.0	0.1	3.3	-	-	25.5	100	
Equidad de género y violencia								
Asistencia curativa hospitalaria	4.8	-	-	-	-	-	4.8	1.5
Asistencia curativa ambulatoria	3.4	1.0	-	-	-	-	4.4	1.3
Servicios de prevención y de salud pública	-	105.2	-	-	40.9	-	146.1	44.2
Rectoría de la salud	-	-	-	-	-	17.0	17.0	5.1
Total	8.2	106.2	-	-	40.9	17.0	172.3	
%	4.8	61.6	-	-	23.7	9.9		
Endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata								
Asistencia curativa hospitalaria	1 492.6	0.3	-	-	-	-	1 492.9	52.9
Asistencia curativa ambulatoria	1 324.4	-	-	-	-	-	1 324.4	47.0
Total	2 817.0	0.3	-	-	-	-	2 817.3	100
%	100.0	0.0	-	-	-	-	100	

Figura 8.

**Distribución del gasto en SR y EG por funciones.
Secretaría de Salud, 2005, pesos**



de claves de medicamentos asociadas a estas intervenciones, su número pasó de 168 a 172.

En 2005 el gasto en salud reproductiva fue de 972.7 millones de pesos, lo que representó 14.4% del monto transferido a las entidades federativas al 31 de diciembre de dicho año.³⁷ Una proporción mayor a 14% provino del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), que cubre la atención de pacientes de cáncer cervicouterino y la de complicaciones neonatales, como prematuridad, dificultad respiratoria y sepsis bacteriana. Cerca de 89% del gasto en salud reproductiva fue destinado a la salud materno-perinatal. En este último programa, 68.9% del gasto se dirigió a la consulta prenatal, que forma parte de los servicios de prevención y de salud pública; 16.5% a la atención de partos y cesáreas; 3.8% a las complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, y 4.1% al tratamiento de complicaciones neonatales; éstas últimas cubiertas por el FPGC. Poco más de 9.6% del gasto en salud reproductiva se destinó al tratamiento del cáncer cervicouterino, mismo que fue cubierto por el mismo fondo (cuadro XIII).

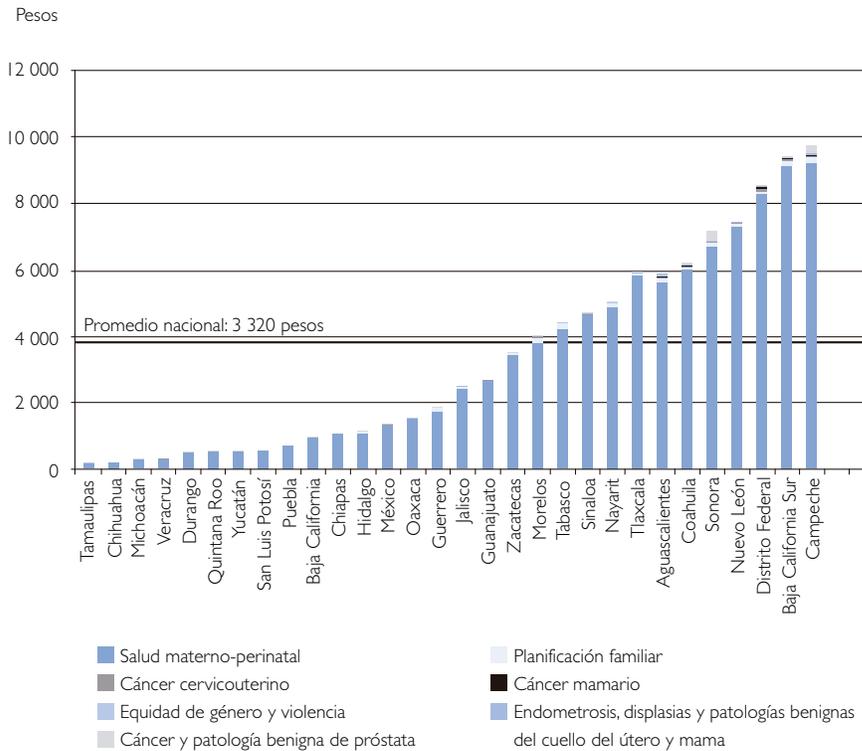
Cuadro XII

**Distribución del gasto en salud reproductiva por función y programa.
Secretaría de Salud, miles de pesos de 2005**

Programa	Asistencia curativa		Servicios auxiliares de atención de la salud y productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	Servicios de prevención y salud pública	Administración, rectoría, formación de capital y personal e investigación y desarrollo	Total
	hospitalaria	ambulatoria	ambulatorios	y salud pública	y desarrollo	
Salud materno-perinatal	2 367.8	47.1	21.0	747.5	69.8	3 253.2
Partos y cesáreas	33.4%					
Manejo y terapéutica del RN complicado	30.0%					
Complicaciones en el embarazo, parto y puerperio	28.9%					
Abortos, embarazos ectópicos y molares	6.9%					
Planificación familiar	16.7		111.5	649.5	60.0	837.7
Métodos quirúrgicos	89.0%					
Procedimientos de fertilización	11.0%					
Cáncer cervicouterino	31.3	87.0		42.6	34.1	195.0
Cáncer de mama	38.1	46.9	2.9	47.4	30.7	166.0
Cáncer de próstata	5.5		11.0	84.4		100.9
Violencia intrafamiliar y equidad de género	4.8	4.4		146.1	17.0	172.3
Otros	105.0					
Rectoría (no distribuible)	5.3					
Total	2 569.2	185.4	146.4	1 717.5	216.9	4 835.4

Figura 9.

Distribución del gasto en SR y EG entre estados. Secretaría de Salud, 2005, pesos



Cuadro XIII

Gasto por funciones y programas de SR y EG. Seguro Popular, millones de pesos del 2005

Funciones	Asistencia curativa hospitalaria	Asistencia curativa ambulatoria	Servicios de prevención y de salud pública	Total
Salud materno-perinatal	246.7	21.5	595.1	863.3
Parto normal y cesáreas	57.8%			16.5%
Complicaciones neonatales	14.3%			4.1%
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	13.1%	100.0%		3.8%
Resto de actividades hospitalarias	14.8%			4.2%
Control prenatal			100.0%	68.9%
Planificación familiar	2.1			2.1
Cáncer cervicouterino	94.6			94.6
Cáncer de próstata	0.3			0.3
Otros*	12.4			12.4
Total **	356.1	21.5	595.1	972.7

* Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata

** Incluye el gasto en la atención por lesiones causadas por violencia intrafamiliar; cuyo monto fue inferior a los 0.02 millones de pesos

IMSS-Oportunidades

El gasto en salud reproductiva en el IMSS-Oportunidades fue de 1 630.8 millones de pesos, cantidad que representó 33% del gasto de operación

de esta institución. El 58% del gasto en SR y EG se destinó a actividades de salud materno-perinatal, 28.4% para planificación familiar y 13.6% se consumió en la atención y detección de cáncer cervicouterino (cuadro XIV).

Cuadro XIV

**Distribución del gasto en salud reproductiva por programa.
IMSS-Oportunidades, millones de pesos de 2005**

	Asistencia curativa hospitalaria	Servicios auxiliares y productos médicos dispensados	Servicios de prevención y de salud pública	Total
Salud materno-perinatal	665.2		281.1	946.2
Partos y cesáreas	93.4%			65.7%
Abortos, embarazos ectópicos y molares	6.6%			4.6%
Control prenatal			91.0%	27.0%
Planificación familiar	193.8	8.7	259.9	462.4
Cáncer cervicouterino		222.1		222.1
Total	859.0	230.8	541.0	1 630.8

El cuadro XIV también muestra que 65.7% del gasto en salud materno-perinatal se destinó a la atención de partos y cesáreas, mientras que 4.6% se destinó a la atención de abortos. El gasto en los servicios de prevención y salud pública fue de 541.0 millones de pesos. El control prenatal fue el servicio con mayor gasto en este rubro, englobando 27% del gasto total en salud materno-perinatal. El gasto en planificación familiar fue de 462.4 millones de pesos. Cerca de 42% de dicho gasto se concentró en la realización de métodos quirúrgicos como la OTB y la vasectomía (servicios de asistencia curativa hospitalaria), 56.2% se dirigió a las consultas y asesorías de planificación familiar (servicios de prevención y salud pública), mientras que poco menos de 1.9% se destinó a la adquisición de métodos anticonceptivos (servicios auxiliares y productos médicos dispensados).

La totalidad del gasto para el programa de cáncer cervicouterino se dirigió a las citologías y estudios de laboratorio y gabinete.

En la figura 10 se presenta el gasto en salud reproductiva por beneficiario correspondiente a cada entidad federativa. El promedio del gasto nacional por beneficiario fue de 5 507 pesos. Como se puede observar, el Distrito Federal y los estados de Campeche y Tamaulipas presentaron el menor gasto por beneficiario y, en el otro extremo, Baja California, Chihuahua y

Coahuila reportaron el mayor gasto. Las diferencias fueron del orden de 9.4 veces más gasto por beneficiario en Baja California que en el Distrito Federal. En todos los estados el gasto se dirigió principalmente hacia la atención de la salud materno-perinatal.

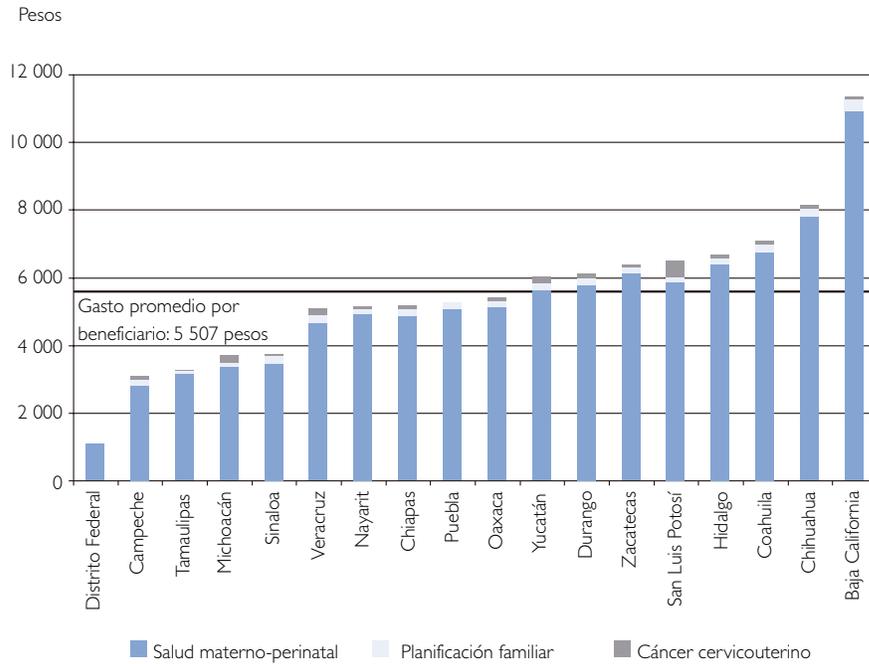
IMSS

En el año 2005, el IMSS, la principal institución de seguridad social del país, destinó 15 838.4 millones de pesos a las actividades de salud reproductiva en estudio, monto que representa poco menos de 11% de su gasto en salud ejercido en dicho año. El gasto en acciones de salud materno-perinatal representó 71.9% del gasto total en salud reproductiva, mientras que 13.8% del gasto total se destinó a la atención de endometriosis y tumoraciones benignas de mama, útero y próstata, incluidas en el rubro de otros, en el cuadro XV. El programa de planificación familiar concentró 4.3% del gasto en salud reproductiva, mientras que los programas de cáncer cervicouterino y de mama representaron 3.2% y 2.5% del gasto, respectivamente. La atención del cáncer de próstata concentró 1.0% del desembolso para salud reproductiva, y las actividades de administración de los programas de salud reproductiva, 3.3 por ciento.

Se estimó que la atención hospitalaria en salud materno-perinatal generó un gasto de 8

Figura 10.

Gasto en salud reproductiva por beneficiario por programa y entidad federativa. IMSS-Oportunidades, 2005



Cuadro XV

Distribución del gasto en salud reproductiva por función, programas y actividades. IMSS, millones de pesos de 2005

Programa	Asistencia curativa hospitalaria	Asistencia curativa ambulatoria	Productos farmacéuticos	Servicios de prevención y salud pública	Administración de los programas de salud	Total
Salud materno-perinatal	8 430.6	1 302.0	-	1 659.1		11 391.7
Partos y cesáreas	15.9%					
Recién nacido normal	1.2%					
Manejo y terapéutica del RN complicado	32.0%					
Complicaciones en el embarazo, parto y puerperio	46.8%					
Abortos, embarazos ectópicos y molares	4.1%					
Planificación familiar	65.3	147.1	155.5	307.4		675.3
Métodos quirúrgicos	70.2%					
Procedimientos de fertilización	29.8%					
Cáncer cervicouterino	309.9	199.3		2.8		512.0
Cáncer de mama	164.8	223.6	-	4.1		392.5
Cáncer de próstata	78.5	85.6		0.3		164.4
Otros*	856.2	1 324.4	-			2 180.6
Administración de los programas de salud					521.9	521.9
Total	9 905.3	3 282.0	155.5	1 973.7	521.9	15 838.4

*Otros: incluye los casos de endometriosis, patología benigna de útero, mama y próstata.

430.6 millones de pesos, es decir, 53.2% del total gastado en SR y EG. De dicho monto, 46.8% fue debido al manejo de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, mientras que 32.0% se desembolsó para atender las complicaciones del recién nacido. Con relación al gasto en actividades de planificación familiar, 45.5% se destinó a consultas y consejería y 23% se gastó en métodos de planificación familiar. Respecto al programa de cáncer cervicouterino, 60.5% se desembolsó en la atención hospitalaria de este padecimiento, y casi 39% en la atención curativa ambulatoria. En cuanto a las actividades relacionadas con el cáncer de mama, 57% se gastó en la atención curativa ambulatoria y 42% en la atención curativa hospitalaria. El porcentaje restante se dirigió a servicios de prevención y salud pública. En relación con las actividades relativas al cáncer de próstata, 52.1% del gasto se asignó a la atención curativa ambulatoria, y 47.7% a la atención hospitalaria. Por último, la atención de endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata fue principalmente (más de 60%) atención ambulatoria (cuadro XV).

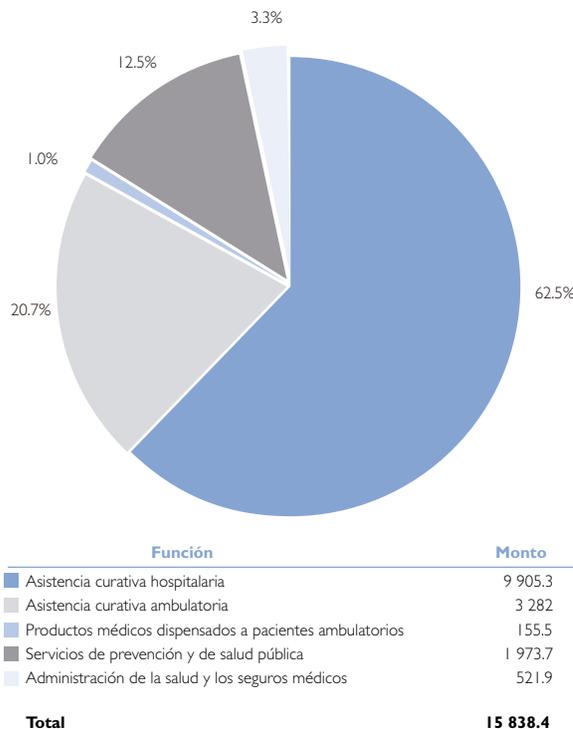
El análisis de la distribución del gasto por funciones arroja que 62.5% del gasto en SR y

EG se concentró en actividades hospitalarias. De éste, 85.1% se destinó a los servicios de salud materno-perinatal. El gasto en atención ambulatoria, por otra parte, representó 20.7% del total consumido. Los servicios de prevención y salud pública, que incluyen los recursos destinados a la provisión de consulta de control prenatal y de planificación familiar, representaron 12.5% del gasto en SR y EG. El gasto en productos médicos (métodos de anticoncepción) representó 1.0%, mientras que el restante 3.3% del gasto en SR y EG se utilizó para cubrir las actividades de administración de la salud. La distribución del gasto por funciones se presenta en la figura 11.

La figura 12 representa el gasto en salud reproductiva por beneficiario realizado por el IMSS y su distribución por estado. El promedio del gasto por beneficiario fue de 14 281 pesos. Como se puede observar, los estados de Puebla, Aguascalientes y Zacatecas fueron los que registraron menor gasto, en tanto que, como en 2004, Baja California Sur, Tlaxcala y Baja California reportaron el mayor gasto por beneficiario. Los recursos se dirigieron principalmente a la provisión de servicios de salud materno-perinatal en todos los estados. Nuevamente destaca Baja California Sur, al casi duplicar el gasto promedio nacional, y al haber erogado 2.5 veces más que el estado con menor gasto (Puebla).

Figura 11.

Distribución del gasto en SR y EG por funciones. IMSS, 2005

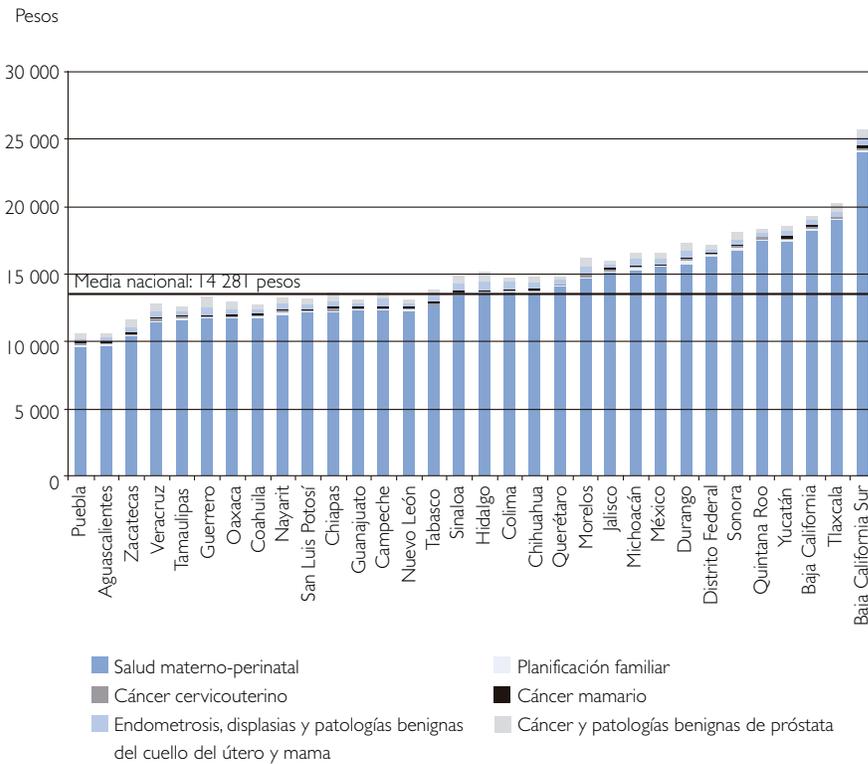


ISSSTE

El gasto del ISSSTE en salud reproductiva fue de 1 305.2 millones de pesos, cantidad que representó 6.1% del gasto en salud de esta institución. El 61.8% de su gasto en SR y EG (806.6 millones de pesos) fue destinado a la atención materno-perinatal. Respecto a la composición del gasto por programas, se observa que 35.3% del gasto hospitalario en salud materno-perinatal se destinó a la atención de partos y cesáreas, 28.3% a la atención de complicaciones del embarazo, parto y puerperio, 29.2% al manejo y terapéutica del recién nacido complicado y 7.2% a la atención de abortos, embarazos ectópicos y molares. El gasto dirigido a la consulta prenatal (servicios de prevención y salud pública) fue de 63.23 millones de pesos, 71.7% del cual correspondió a servicios de prevención y de salud pública en salud materno-perinatal, lo que equivale a cerca de 9.5% del gasto total en dicho programa.

Figura 12.

Gasto en salud reproductiva por beneficiario, por programa y entidad federativa. IMSS, 2005 pesos



Las acciones de planificación familiar absorbieron 5.9% (76.6 millones de pesos) del gasto en salud reproductiva. Dentro de éste, 66.1 se destinó a servicios de prevención y de salud pública, mientras que 10.5 fue ejercido para la atención curativa hospitalaria.

Por otra parte, 12.9% (168.8 millones de pesos) se dirigió a la atención de endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata. El monto ejercido para el programa de cáncer de mama significó 3.3% del monto total de gasto en SR y EG; el programa de cáncer cervicouterino, 2.9%, y el de cáncer de próstata representó 1.2% del gasto total en salud reproductiva. Se estima que el gasto en administración de los programas de salud reproductiva fue de 157.7 millones de pesos, es decir, 12.1% del gasto en salud reproductiva del ISSSTE (cuadro XVI).

En la figura 13 se observa que los estados de México, Chihuahua y Aguascalientes fueron los que reportaron el menor gasto por beneficiario, mientras que Guanajuato, Colima y Morelos reportaron el gasto más alto. En todos los estados, dicha erogación se dirigió principalmente hacia la atención de la salud

materno-perinatal. En tanto que el promedio del gasto nacional por beneficiaria(o), que alcanzó 3 204 pesos, superó 2.6 veces a lo gastado por el estado de México, que sólo alcanzó 886 pesos por beneficiaria(o). La comparación por estado permite observar una diferencia de 4.7 veces más gasto por beneficiaria(o) entre el estado con mayor gasto y el de menor gasto (Morelos vs. Estado de México).

Gasto privado

El gasto privado está conformado por el pago de bolsillo de los hogares, las erogaciones de las organizaciones no gubernamentales sin fines de lucro (ONG), y el pago por concepto de siniestralidad que realizan las aseguradoras.

Se estima que el sector privado gastó 13 528.4 millones de pesos en salud reproductiva. De este monto, 86.3% provino de gasto de bolsillo, 12.9% de las aseguradoras y 0.8% de las ONG. En relación con el gasto por programas, 88.2% se dedicó a actividades relacionadas con la salud materna y perinatal; 4.9% a la atención del cáncer cervicouterino; 2.6% a endometriosis y patologías benignas de útero, mama

Cuadro XVI

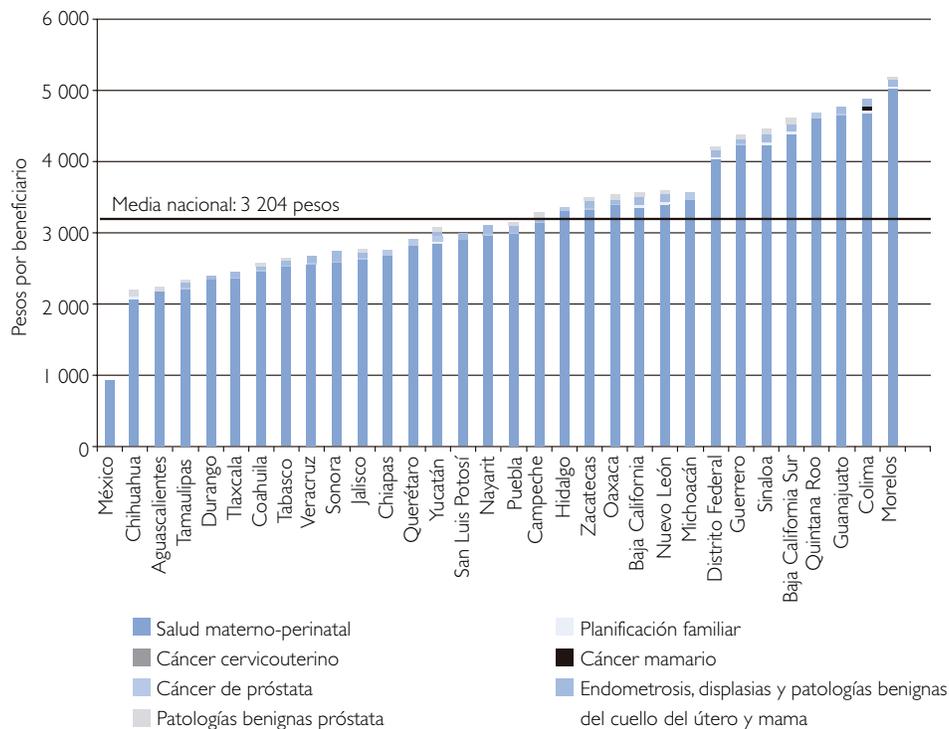
Distribución del gasto en salud reproductiva por programa. ISSSTE, miles de pesos de 2005

	Asistencia curativa hospitalaria	Asistencia curativa ambulatoria	Servicios de prevención y de salud pública	Administración de los programas de salud	Total
Salud materno-perinatal	711.8	6.6	88.2		806.6
Partos y cesáreas	35.3%				
Manejo y terapéutica del RN complicado	28.3%				
Complicaciones en el embarazo, parto y puerperio	29.2%				
Abortos, embarazos ectópicos y molares	7.2%				
Consulta prenatal			71.7%		
Planificación familiar	10.5		66.1		76.6
Métodos quirúrgicos	57.2%				
Procedimientos de fertilización	42.8%				
Cáncer cervicouterino	18.3	19.2			37.5
Cáncer de mama	35.0	7.5			42.5
Cáncer de próstata	15.5				15.5
Otros*	168.8				168.8
Administración de programas				157.7	157.7
Total	959.9	33.3	154.3	157.7	1 305.2

* Otros: incluye los casos de endometriosis, patología benigna de útero, mama y próstata.

Figura 13.

Gasto en salud reproductiva por beneficiario, por programa y entidad federativa. ISSSTE, 2005

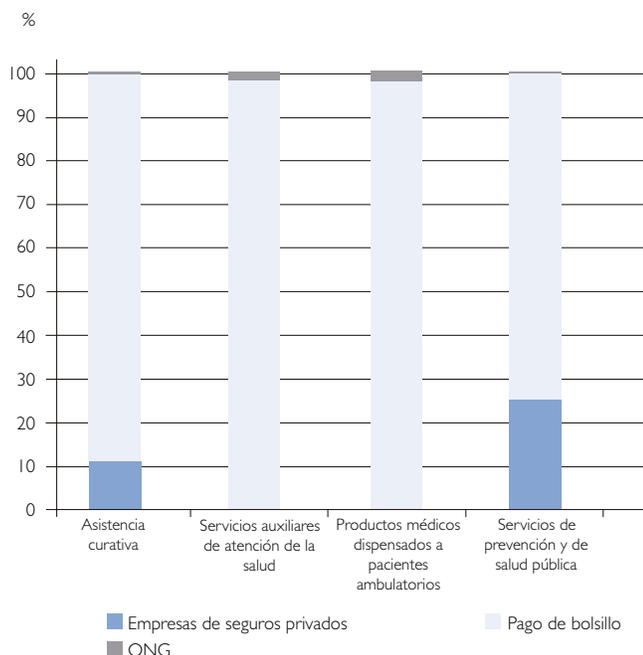


y próstata; 2.4% a las acciones concernientes al cáncer de mama; 1.6% a la planificación familiar, y 0.4% al cáncer de próstata. En cuanto a este último, es importante señalar que si bien se pudo identificar el gasto en las aseguradoras, no se contó con información desagregada de los hogares que permitiera estimar el gasto en la atención del cáncer de próstata (cuadro XVII).

El 72.3% del gasto privado está relacionado con la asistencia curativa, y 14.2% con los servicios de prevención y salud pública, los cuales incluyen la consulta por embarazo, así como las consultas y consejerías en métodos de planificación familiar. Adicionalmente, 7.1% se relaciona con productos médicos dispensados, 79% del cual se destinó a la adquisición de vitaminas y medicamentos utilizados durante el embarazo, parto y puerperio, y el porcentaje restante se relaciona con la compra de métodos de planificación familiar (figura 14).

Figura 14.

Gasto privado por funciones y agentes de financiamiento. 2005



Cuadro XVII

Gasto privado en salud reproductiva por funciones. Millones de pesos de 2005

	Empresas de seguros privados	Pago de bolsillo	ONG	Total
Salud materno-perinatal	1 098.2	10 783.7	46.3	11 928.2
Planificación familiar	-	179.3	36.1	215.4
Cáncer cervicouterino	-	645.1	20.9	666.0
Cáncer de mama	248.7	66.2	4.1	319.0
Cáncer de próstata	49.3	-	-	49.3
Otros	350.5	-	-	350.5
Total	1 746.7	11 674.3	107.4	13 528.4

5. Evolución del gasto en salud reproductiva y equidad de género, 2003-2005

Ajustando los montos estimados para 2003 y 2005 a precios de 2004, se observó un aumento promedio del gasto en salud reproductiva y equidad de género en términos reales.^c de 2.4% anual. Las funciones con mayor crecimiento promedio anual fueron los gastos en rectoría y administración de la salud (59.9%, debido en parte a un mayor y mejor reporte de dicho gasto), los servicios auxiliares de atención de la salud (26.2%), los servicios de prevención y de salud pública (15.9%) y la asistencia curativa ambulatoria (15.2%), datos que se observan en el cuadro XVIII.

Se estimó que el monto destinado a las acciones de salud materno-perinatal anualmente presentó un crecimiento promedio de 0.2 por ciento. Como cualquier promedio, esta cantidad oculta el comportamiento real del gasto, pues mientras que en 2004 el mismo descendió con respecto al año anterior, en 2005 experimentó un crecimiento de 1.2%, con lo que se revirtió la disminución sufrida entre 2003 y 2004. A excepción del parto normal y las cesáreas, el monto de gasto ejercido en las actividades relacionadas con este programa aumentó entre 2004 y 2005. Sin embargo, la

Cuadro XVIII

Gasto en salud reproductiva y equidad de género por función de salud, 2003-2005, millones de pesos de 2004

	Gasto en salud reproductiva			Variación porcentual anual		
	2003*	2004	2005*	2003-2004	2004-2005	Promedio
Servicios de asistencia curativa	27 476.6	27 125.6	26 908.4	-1.3%	-0.8%	1.0%
Asistencia curativa hospitalaria	24 309.5	23 437.8	22 709.4	-3.6%	-3.1%	-3.3%
Asistencia curativa en hospitalización de día	16.1	16.1	16.1	0.0%	0.0%	0.0%
Asistencia curativa ambulatoria	3 151.0	3 671.8	4 182.9	16.5%	13.9%	15.2%
Servicios auxiliares de atención de la salud	754.3	1 231.0	1 097.8	63.2%	-10.8%	26.2%
Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	1 434.0	1 442.2	1 255.8	0.6%	-12.9%	-6.2%
Servicios de prevención y de salud pública	5 052.8	5 442.9	6 753.1	7.7%	24.1%	15.9%
Rectoría y administración de la salud	305.8	569.1	760.5	86.1%	33.6%	59.9%
Formación de capital, formación del personal sanitario, e investigación y desarrollo	117.2	159.5	107.1	36.1%	-32.9%	1.6%
Total	35 140.7	35 970.4	36 882.6	2.4%	2.5%	2.4%

* Pesos de 2003 a precios de 2004. Se consideró la inflación estimada por el Banco de México, 5.19%, para el periodo dic 2003-dic 2004. <http://www.banxico.gob.mx>. Última visita 16 diciembre 2005

^c La comparación de gastos en "términos reales" hace referencia a la comparación de dos cifras usando el mismo nivel de precios. En el caso de este estudio se transformaron los pesos de 2003 a precios de 2004 usando la tasa de inflación de diciembre de 2003 a diciembre de 2004 publicada por el Banco de México.

variación promedio anual no fue positiva para todas ellas. El gasto en consultas de control prenatal experimentó un incremento anual de 16.3% en promedio, atribuible en su mayoría a las instituciones públicas, como reflejo de los esfuerzos que los programas públicos realizan al respecto. En particular, entre los años 2004 y 2005 el gasto en este rubro preventivo aumentó en 21.6 por ciento. Por otra parte, el gasto en complicaciones del embarazo, parto y puerperio tuvo un crecimiento de 18.9% entre 2004 y 2005, muy por encima de la variación promedio anual, que se situó en 6.7 por ciento. Cabe mencionar que en 2005, por primera vez, el monto ejercido en consultas de control prenatal fue superior al realizado en complicaciones del recién nacido, y muy cercano al ejercido en complicaciones del embarazo, parto y puerperio (cuadro XIX).

El gasto total para las actividades relacionadas a la planificación familiar se incrementó en 6.4% entre 2004 y 2005. Como consecuen-

cia, la variación promedio anual entre 2003 y 2005 fue de 5.3 por ciento. Se observó una disminución del 16% en el gasto en productos médicos dispensados para el periodo 2003 y 2005. El monto destinado a las consultas de planificación familiar presentó un incremento de 37.5% entre el 2004 y 2005 (cuadro XIX).

En cuanto al gasto en otros programas, se observó que el monto desembolsado en pro de la equidad de género y contra la violencia intrafamiliar tuvo un importante crecimiento (57.1% entre 2004 y 2005), principalmente por una mayor inversión en albergues y apoyo a ONG. El gasto en endometriosis y las patologías benignas de útero, mama y próstata también se mantuvo creciendo entre 2004 y 2005, aunque a una menor magnitud que entre 2003 y 2004. Si bien el gasto en cáncer de mama también aumentó, este fue bajo (2.6% entre 2004 y 2005). El crecimiento en el gasto en la atención y prevención del cáncer de próstata es continuo. Entre 2004 y 2005 el

Cuadro XIX

**Gasto en salud reproductiva y equidad de género por programa.
2003 -2005, millones de pesos de 2004**

	Gasto en salud reproductiva			Variación porcentual anual		
	2003*	2004	2005*	2003-2004	2004-2005	Promedio anual
Salud materno-perinatal	28 158.1	27,902.6	28 248.5	-0.9%	1.2%	0.2%
Parto normal y cesáreas (atención hospitalaria)	13 402.4	11,988.4	10 415.0	-10.6%	-13.1%	-11.8%
Complicaciones en el embarazo, parto y puerperio (atención hospitalaria)	4 483.7	4,239.5	5 040.0	-5.4%	18.9%	6.7%
Manejo y terapéutica del recién nacido complicado (atención hospitalaria)	3 563.7	3,543.2	3 524.5	-0.6%	0.5%	0.6%
Consultas de Control Prenatal	3 561.3	3,954.4	4 807.5	11.0%	21.6%	16.3%
Otras actividades de salud materno-perinatal	3 147.0	4,177.1	4 461.5	32.7%	6.8%	19.8%
Planificación familiar	1 982.4	2,063.8	2 196.3	4.1%	6.4%	5.3%
Productos médicos dispensados	674.1	521.4	470.5	-22.7%	-9.8%	-16.2%
Consultas de Planificación Familiar	877.7	896.6	1 232.7	2.2%	37.5%	19.8%
Otras actividades de salud materno-perinatal	430.6	645.8	493.1	50.0%	-23.6%	13.2%
Cáncer cervicouterino	1 906.7	1,781.9	1 671.7	-6.5%	-6.2%	-6.4%
Cáncer de mama	754.8	868.1	890.3	15.0%	2.6%	8.8%
Equidad de género y violencia	111.8	106.1	166.7	-5.1%	57.1%	26.0%
Cáncer de próstata	271.2	301.3	319.8	11.1%	6.1%	8.6%
Endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	1 727.0	2,483.8	2 726.5	43.8%	9.8%	26.8%
Rectoría y administración de los programas de salud (no distribuible)	228.7	462.8	662.8	102.4%	43.2%	72.8%
Total**	35 140.7	35 970.4	36 882.6	2.4%	2.5%	2.4%

* Pesos de 2003 a precios de 2004. Se consideró la inflación estimada por el Banco de México, 5.19%, para el periodo dic 2003-dic 2004. <http://www.banxico.gob.mx>. Última visita 16 diciembre 2005

** La suma de los parciales no coincide con el total debido a que no se presenta el gasto en rectoría

incremento observado fue de 6.1%, siendo la variación anual promedio entre 2003 y 2005 de 8.6 por ciento. El gasto en rectoría presentó incrementos en todos los años. Estas variaciones podrían deberse, como se señaló antes, más que a un crecimiento real del gasto en este rubro, a mejoras en el registro. Finalmente, el monto desembolsado para el combate del cáncer cervicouterino decreció 6.2% entre el 2004 y el 2005, a pesar de la aparición del Seguro Popular. Por ello, en promedio se registró una disminución anual de 6.4% entre los años 2003 y 2005 (cuadro XIX).

Secretaría de Salud

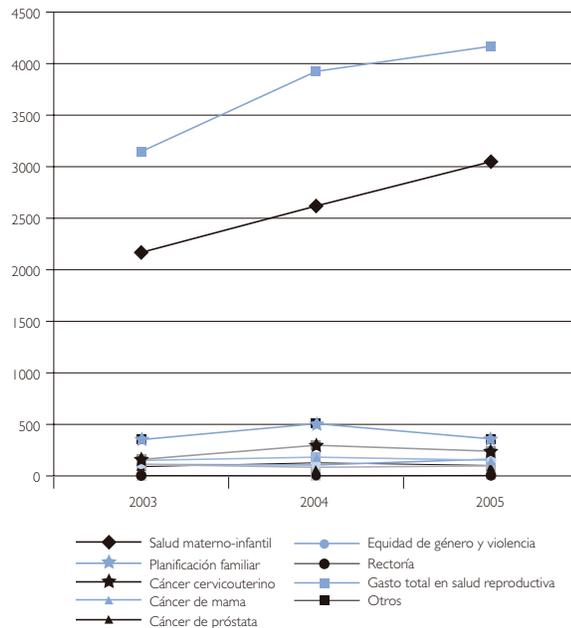
Como se puede observar en la figura 15 y en el cuadro XX, el gasto en salud reproductiva en la Secretaría de Salud en el periodo 2003-2005 presentó una tendencia ascendente. En el periodo 2004-2005 el gasto total en salud reproductiva creció 6.2% y en el periodo previo (2003-2004), el crecimiento fue de 24.7%, lo que significó un incremento anual promedio real de 15.5 por ciento. Las acciones de salud materno-perinatal experimentaron un crecimiento en 2004-2005 de 19.8%, lo que promediado con el incremento sufrido en el periodo anterior alcanzó 20.3% de crecimiento promedio anual. El gasto en planificación familiar experimentó una importante reducción durante 2004-2005, al decaer 29.1%; sin embargo, el promedio para el periodo, afectado por el incremento de 2003 a 2004, muestra un saldo positivo de 7.4 por ciento. Por otra parte, si bien el gasto ejercido hacia el combate del cáncer cervicouterino y de mama presentó una expansión entre 2003 y 2004, luego disminuyó en 19.4% durante 2004 y 16.2% durante 2005. El gasto ejercido en el programa de equidad de género en el periodo 2003-2004 decreció en promedio en 5.1%, en tanto que para 2004-2005 el incremento fue de 54.2 por ciento. A diferencia del periodo 2003-2004, el gasto en cáncer de próstata de 2005 aumentó en relación con el año anterior (16.8%).

Seguro Popular

En su tercer año de operación, el Seguro Popular de Salud aumentó su cobertura de 5.3 millones de personas en 2004 a 11.4 millones

Figura 15.

Comparación del gasto en salud reproductiva y equidad de género. Secretaría de Salud, 2003*-2005, millones de pesos de 2004



* Pesos de 2003 y 2005 a precios de 2004. Se consideró la inflación estimada por el Banco de México, 5.19%, para el periodo dic 2003-dic 2004 y de 3.33% para el periodo dic 2004-dic 2005. Información disponible en la Calculadora de Inflación del Banco de México (<http://www.banxico.gob.mx>)

Otros: Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata

Cuadro XX

Variación porcentual del gasto en salud reproductiva en la Secretaría de Salud. 2003-2005

	Variación porcentual		
	2003-2004	2004-2005	Promedio
Salud materno-perinatal	20.8	19.8	20.3
Planificación familiar	44.0	-29.1	7.4
Cáncer cervicouterino	86.0	-19.4	33.3
Cáncer de mama	21.1	-16.2	2.5
Equidad de género	-5.1	54.2	24.5
Cáncer de próstata	-24.8	16.8	-4.0
Otros*	42.1	-20.3	10.9
Total	24.7	6.2	15.5

*Otros: Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata

en 2005. Asimismo, se incorporó un programa destinado a cubrir a las familias en cuanto a aquellos padecimientos que generan gastos

considerados catastróficos, lo que implicó un importante desembolso de dinero federal hacia los derechohabientes de este seguro. El reflejo de ambos hechos en el gasto en salud reproductiva se muestra en el cuadro XXI. Para una mejor comparación, se distingue el monto manejado en el nivel estatal y federal (en específico, el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos). Como es posible apreciar, el gasto en SR y EG manejado a nivel estatal aumentó más de dos veces.

IMSS-Oportunidades

A pesar de que su presupuesto aumentó 9% en términos reales entre 2004 y 2005, y de que el número de consultas otorgadas se incrementó, debido al mayor énfasis en acciones preventivas del PrevenIMSS y del programa Oportunidades, la disminución de horas laborales para el personal de esta institución generó el decre-

mento de 5.9% del gasto ejercido para la salud reproductiva por parte del IMSS-Oportunidades, como lo muestra la figura 16.

La disminución del gasto afectó de forma distinta a los diferentes componentes del programa de salud reproductiva. El gasto en salud materno-perinatal decreció 7.9% entre 2004 y 2005. Sin embargo, el incremento registrado durante el periodo 2003-2004 revirtió este decremento. Por ello, el gasto en el componente materno-perinatal tuvo en promedio un incremento anual de 9.4% para el periodo 2003-2005.

En el lapso 2003-2004 el gasto en planificación familiar disminuyó drásticamente, en 26.6%, a pesar de que entre 2004 y 2005 vuelve a registrar saldos negativos. En este intervalo la reducción fue solamente de 1.1%, y el promedio de disminución anual en el periodo 2003-2005 fue de 13.8 por ciento. En cuanto al monto ejercido para el programa de cáncer cervicouterino se observa que éste disminuyó 5.6% de 2004 a 2005.

Cuadro XXI

Comparación del gasto en salud reproductiva del Seguro Popular. 2004 y 2005, millones de pesos de 2004

	2004	2005	
	Estatad	Estatad	Federal
Salud materno-perinatal	274.0	801.4	46.7
Planificación familiar	0.9	2.1	
Cáncer cervicouterino	0.2	-	91.3
Cáncer de próstata	0.1	0.3	
Violencia intrafamiliar	0.01		
Otros*	0.1	12.3	
Gasto total en salud reproductiva	275.4	816.0	137.4

*Otros: Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata

Cuadro XXII

Variación porcentual del gasto en salud reproductiva en el IMSS-Oportunidades. 2003-2005

	Variación porcentual		
	2003-2004	2004-2005	Promedio anual
Salud materno-perinatal	26.7	- 7.9	9.4
Planificación familiar	- 26.6	- 1.1	-13.8
Cáncer cervicouterino	34.8	- 5.6	14.6
Cáncer de mama	- 8.9	n.d.	- 8.9
Cáncer de próstata	- 18.3	n.d.	- 18.3
Gasto total en salud reproductiva	6.6	- 5.9	0.4

IMSS

En el periodo 2003-2005, la tendencia del gasto ha sido ascendente, pero no uniforme. El gasto en salud reproductiva en esta institución aumentó 2.6% en términos reales entre 2004 y 2005, mientras que el crecimiento observado entre los años 2003 y 2004 fue de 8.6%, para un crecimiento promedio del periodo estudiado de 5.6 por ciento.

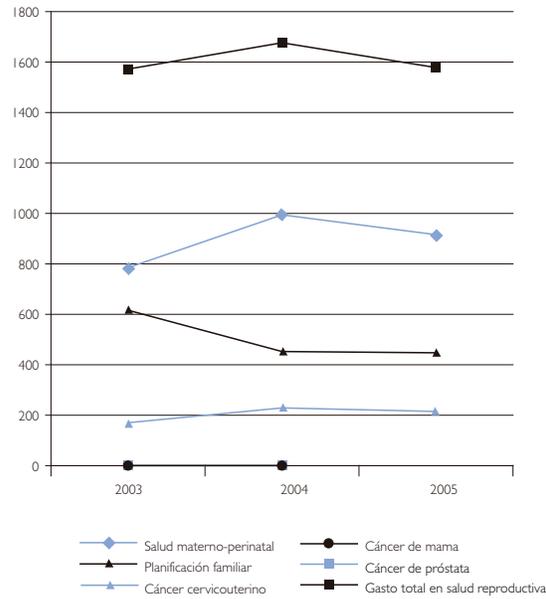
El incremento del gasto entre 2004 y 2005 fue diferencial por programa de salud. Mientras que el gasto en salud materno-perinatal creció 3.4% y el destinado a endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata aumentó 4.8 por ciento, el monto ejercido para planificación familiar, cáncer cervicouterino, de mama y de próstata disminuyó 15.1%, 8.9%, 7.7% y 10.9%, respectivamente (figura 17 y cuadro XXIII).

ISSSTE

El inicio de la implementación del Sistema de Información Médico Financiero (Simef) en hospitales regionales, la firma de acuerdos de gestión con las unidades médicas, el aumento del gasto en la rama médica y el impulso a actividades preventivas pudieran ser las explicaciones para que en 2005 el comporta-

Figura 16.

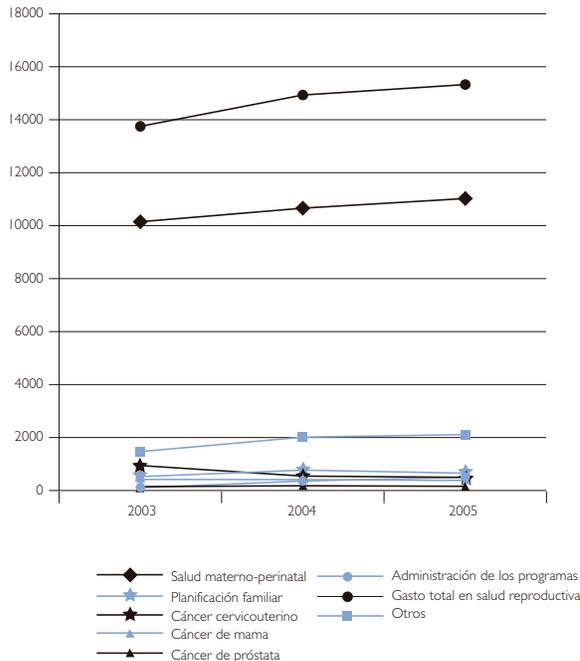
Gasto en salud reproductiva en el IMSS-Oportunidades. 2003* y 2005, millones de pesos de 2004



* Pesos de 2003 y 2005 a precios de 2004. Se consideró la inflación estimada por el Banco de México, 5.19%, para el periodo dic 2003-dic 2004 y de 3.33% para el periodo dic 2004-dic 2005. Información disponible en la Calculadora de Inflación del Banco de México (<http://www.banxico.gob.mx>)

Figura 17.

Gasto en salud reproductiva en el IMSS. 2003-2005, millones de pesos de 2004



* Pesos de 2003 y 2005 a precios de 2004. Se consideró la inflación estimada por el Banco de México, 5.19%, para el periodo dic 2003-dic 2004 y de 3.33% para el periodo dic 2004-dic 2005. Información disponible en la Calculadora de Inflación del Banco de México (<http://www.banxico.gob.mx>)

Otros: Endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata

Cuadro XXIII

Variación porcentual del gasto en salud reproductiva en el IMSS. 2003-2005

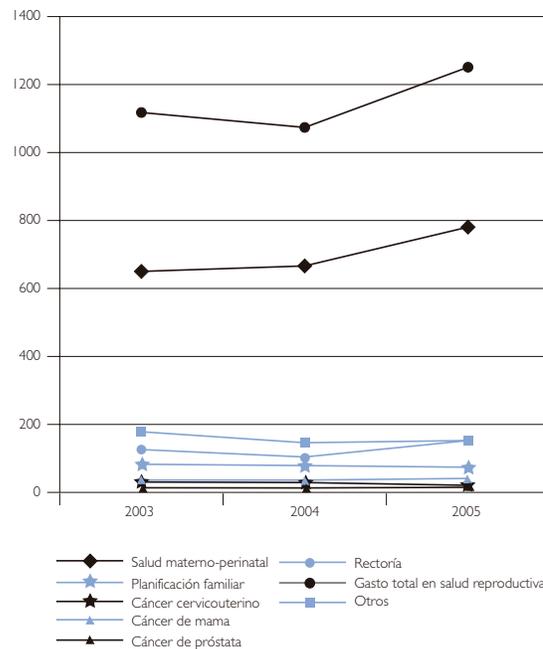
	Variación porcentual		
	2003-2004	2004-2005	Promedio anual
Salud materno-perinatal	5.05	3.42	4.23
Planificación familiar	46.78	- 15.05	15.86
Cáncer cervicouterino	- 42.28	- 8.93	- 25.61
Cáncer de mama	- 1.58	- 7.68	- 4.63
Cáncer de próstata	21.93	- 10.90	5.52
Otros*	37.17	4.80	20.99
Administración de los programas	246.72	41.81	144.26
Gasto total en salud reproductiva	8.61	2.64	5.63

Otros: Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata

miento descendente del gasto en SR del ISSSTE experimentado entre 2003 y 2004 se revirtiera, observándose un incremento de 16.51% entre 2004 y 2005. Por ello, en promedio el gasto en SR de esta institución aumentó 6.29% anual entre 2003 y 2005. Las actividades para las cuales el gasto aumentó en mayor magnitud entre 2004 y 2005 fueron rectoría (46.48%), salud materno-perinatal (17.15%) y cáncer de próstata (14.84%). Por el contrario, la acción con más disminución del gasto fue el cáncer cervicouterino, con 28.25% (figura 18 y cuadro XXIV).

Figura 18.

Gasto en salud reproductiva en el ISSSTE. 2003-2005*, millones de pesos de 2004



* Pesos de 2003 y 2005 a precios de 2004. Se consideró la inflación estimada por el Banco de México, 5.19%, para el periodo dic 2003-dic 2004 y de 3.33% para el periodo dic 2004-dic 2005. Información disponible en la Calculadora de Inflación del Banco de México (<http://www.banxico.gob.mx>)

Otros: Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata

Gasto privado

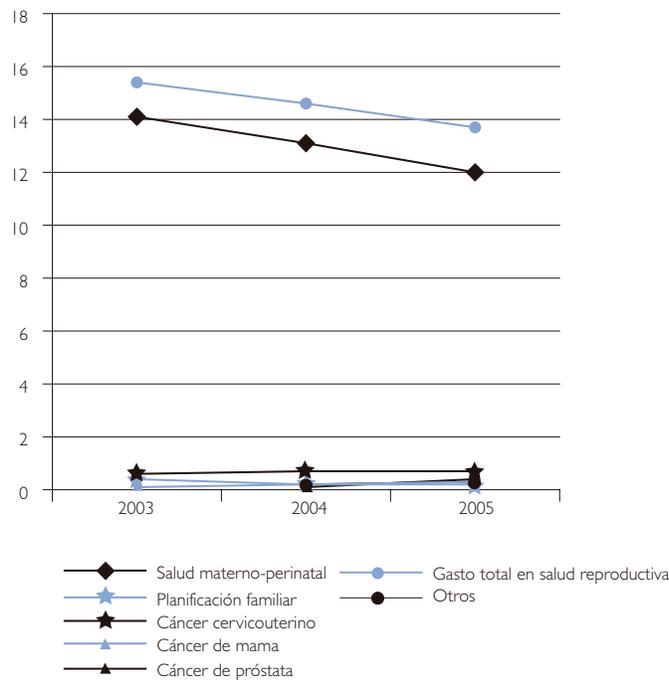
El gasto privado ha venido experimentando descensos a lo largo del periodo estudiado. La variación anual promedio entre los años 2003 y 2005 fue de -5.6 por ciento. En la figura 19 y el cuadro XXV se puede observar una caída importante del gasto en salud materno-perinatal y en planificación familiar entre 2004 y 2005. El resto de rubros aumentaron en el periodo 2004-2005; entre ellos destaca el incremento en el gasto para abatir el cáncer de mama. Los aumentos observados

Cuadro XXIV
Variaciones en el gasto en salud reproductiva por programa en el ISSSTE, 2003-2005

	Variación porcentual		
	2003-2004	2004-2005	Promedio anual
Salud materno-perinatal	2.48	17.15	9.82
Planificación familiar	-4.75	-6.00	-5.38
Cáncer cervicouterino	-4.79	-28.25	-16.52
Cáncer de mama	0.02	13.59	6.81
Cáncer de próstata	-3.73	14.84	5.56
Endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	-18.12	14.13	-2.00
Rectoría	-17.30	46.48	14.59
Gasto total en salud reproductiva	-3.93	16.51	6.29

Figura 19.

Gasto en salud reproductiva en el sector privado. 2003-2005*, millones de pesos de 2004



* Pesos de 2003 y 2005 a precios de 2004. Se consideró la inflación estimada por el Banco de México, 5.19%, para el periodo dic 2003-dic 2004 y de 3.33% para el periodo dic 2004-dic 2005. Información disponible en la Calculadora de Inflación del Banco de México (<http://www.banxico.gob.mx>)

Otros: Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata

en acciones relacionadas con cáncer de próstata, endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata podrían deberse a la mejora en el acceso a información más detallada de aseguradoras para 2005 (cuadro XXV). Los hogares redujeron su participación en el gasto privado en el periodo 2003-2005, y el gasto de las aseguradoras privadas incrementó (figura 20).

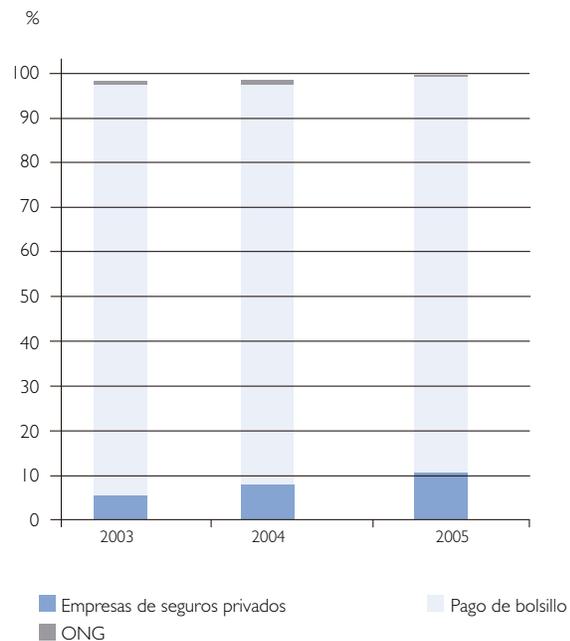
Cuadro XXV

Variaciones en el gasto en salud reproductiva por programa en el sector privado. 2003-2005

	Variación porcentual		
	2003-2004	2004-2005	Promedio anual
Salud materno-perinatal	-7.5	-8.1	-7.8
Planificación familiar	-37.3	-18.3	-27.8
Cáncer cervicouterino	12.7	2.0	7.3
Cáncer de mama	58.8	29.7	44.2
Cáncer de próstata	n.a	148.5	148.5
Endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	n.a	46.3	46.3
Gasto total en salud reproductiva	-5.1	-6.0	-5.6

Figura 20.

Gasto en salud reproductiva en el sector privado, por agente de financiamiento, 2003-2005*



6. Conclusiones

El gasto en SR y EG en 2005 fue de 38 110.8 millones de pesos, cantidad que representó 8.5% del gasto en salud y equivale a 0.5% del producto interno bruto de dicho año. El gasto fue mayoritariamente público y la seguridad social fue el principal agente de financiamiento. Este comportamiento difiere del observado para el gasto total en salud, donde la aportación privada superó a la pública en 13 puntos porcentuales (56.5% vs 43.5%). El gasto en actividades de SR y EG realizado por el sector privado representó 35.5% del total gastado en estos programas, y de éste aproximadamente 87.0% fue gasto de bolsillo.

El cuadro XXVI compara la distribución del gasto en salud reproductiva y equidad de género con la distribución del gasto total en salud. En el mismo, se puede observar la importante participación del sector público financiando la salud reproductiva, la cual es mayor que la participación privada, lo que remarca la importancia que tradicionalmente han tenido los programas relacionados con la maternidad y la infancia.

Comparativamente, el gasto en SR y EG en 2005 experimentó un aumento de 2.5% en términos reales con respecto al año anterior, siendo el crecimiento promedio anual entre 2003 y 2005 de 2.4%. Al igual que en los años anteriores, en 2005 se halló que las actividades curativas concentraron la mayor parte del gasto (73.0% del gasto total). Las más importantes, en términos de gasto, fueron aquellas relacionadas con la atención hospitalaria de partos y cesáreas, así como de complicaciones en el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido. En consecuencia, los hospitales constituyeron el proveedor con mayor gasto en salud reproductiva (70.7%). El agente con mayor gasto hospitalario en este rubro fue el IMSS, con 9 905.3 millones de pesos (46.3% del gasto hospitalario), seguido por el pago de bolsillo (32.2% del gasto hospitalario). El 18.3% del gasto en SR y EG estuvo relacionado con los servicios de prevención y salud pública

(que incluyeron las consultas de control prenatal, puerperio y planificación familiar). Los proveedores de salud ambulatorios (centros de atención ambulatoria y consultorios médicos y de otros profesionales de la salud) concentraron 19.1% del gasto calculado. Para el mismo año se estimó que 76.6% del monto desembolsado en salud reproductiva se concentró en actividades de salud materno-perinatal, 7.4% en actividades relacionadas con la salud reproductiva como la endometriosis, las tumoraciones benignas de útero, mama y próstata, 6.0% para actividades de planificación familiar y 4.5% en acciones dirigidas al cáncer cervicouterino. Por su parte, el gasto calculado para el cáncer de mama representó 2.4% del total, mientras que el gasto en cáncer de próstata se calculó en 0.9% del monto gastado en salud reproductiva y equidad de género.

La persistencia en el tiempo de una mayor concentración de gasto en servicios curativos hospitalarios debería ser un elemento de reflexión en la agenda política actual. El énfasis debería situarse en la búsqueda de una pro-

Cuadro XXVI
Niveles de gasto en salud y salud reproductiva. 2005

	Gasto total en salud %	Gasto en salud reproductiva %
Gasto total como % del PIB	6.2	0.5
Gasto público	43.5	64.5
Gasto privado	56.5	35.5
Gasto de la seguridad social como % del gasto público	62.0	69.6
Gasto de bolsillo como % del gasto privado	n.i.	86.2
Planes de aseguramiento privado como % del gasto privado	n.i.	13.0

Fuente: Vázquez VM, Merino MF, Lozano R. Las cuentas en Salud en México, 2001-2005. México DF, Dirección General de Información de Salud, Secretaría de Salud. 2006.
PIB: Producto Interno Bruto
n.i. No identificado.

porción de equilibrio que garantice los recursos necesarios tanto para prevención como para curación. Como es sabido, las acciones de salud curativa, en especial las que se llevan a cabo en el nivel hospitalario, son mucho más costosas que intervenciones preventivas, por lo que políticas dirigidas a mejorar la eficiencia y el desempeño constituyen una alternativa para contener su gasto. Otro elemento que requiere ser considerado es el número de casos, ya que un alto número de casos complicados podría mostrar la existencia de fallas en los sistemas de referencia y contrarreferencia, reflejar preferencias de la población hacia la atención hospitalaria respecto a la atención ambulatoria o bien, poca calidad en la atención manifestada en la poca oportunidad en la identificación de síntomas relacionados con padecimientos que posteriormente desencadenan en complicaciones. Este último elemento afecta tanto a la población usuaria como a los proveedores de salud, lo que sugiere la necesidad de un mayor enfoque a acciones de la promoción de la salud.

Sin embargo es pertinente reflexionar en la racionalidad detrás de la composición del gasto, la que debe ser reflejo de la proporción del total gastado en SR y EG que se considera conveniente asignar a intervenciones preventivas y a intervenciones curativas. En esta reflexión, en la que debe participar no sólo el sector salud sino también las organizaciones de la sociedad civil, se debe tener en cuenta el llamado que hace la OMS y diversos autores³⁵ para aumentar los esfuerzos dirigidos a prevenir embarazos no deseados, proveer atención a complicaciones debidas a abortos inseguros, apoyar a las mujeres a tener un embarazo y parto saludables, y tratar infecciones de transmisión sexual. Considerando la evidencia que señala que el sexo inseguro es el segundo factor de riesgo más importante para discapacidad y muerte en las comunidades más pobres del planeta, y el noveno más importante en países desarrollado, es necesario asignar mayores recursos a los programas de planificación familiar, los que son clave para la reducción de la mortalidad materna, no sólo en términos de la prevención del embarazo no deseado y el aborto inseguro, sino también por su efecto en la edad y la paridad de la mujer embarazada y el espaciamiento intergenésico.³⁵ Asimismo, no se deben descuidar aspectos sobre la violencia intrafa-

miliar y sexual, dado que quienes viven en violencia a menudo tienen pocas posibilidades de tomar decisiones reproductivas y sexuales, lo que las pone en gran riesgo de embarazos no deseados y de adquirir infecciones de transmisión sexual.³⁵

La estimación sistemática del gasto para el periodo 2003-2005 permitió identificar cambios en el monto y composición del gasto en salud reproductiva. En general, se observa una disminución del gasto privado, principalmente del gasto de bolsillo de los hogares, lo que es consistente con los resultados obtenidos por Knaul y colaboradores.³⁶ Esta disminución podría ser el resultado, entre otros factores, de las reformas financieras introducidas en el sistema de salud, como la puesta en marcha del Sistema de Protección Social en Salud. En las estimaciones del gasto en SR de 2004 se comenzó a observar la participación de un Seguro Popular incipiente, mismo que con la operación del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos en 2005 incrementó su gasto. Se espera que con el transcurrir del tiempo la universalización de este seguro, la ampliación de su catálogo de servicios y la introducción de mayores actividades dentro del grupo cubierto por el fondo generen aumentos en el gasto de este agente, por lo que la continuidad de la serie permitirá dimensionar económicamente los cambios que se introduzcan, así como los retos a su sustentabilidad dado el patrón de demanda de servicios existente.

Adicionalmente, mediante la comparación del gasto ejercido entre 2003 y 2005 se ha podido identificar que el gasto para la población sin acceso a la seguridad social tradicional se ha incrementado en promedio en términos reales en 10.7%, gracias al aumento del gasto público por parte de la Secretaría de Salud y los Servicios estatales de salud. En el periodo estudiado (2003-2005), el gasto total en SR de las instituciones de seguridad social ha pasado de ser 2.15 a 2.05 veces mayor al gasto del resto de instituciones públicas entre 2003 y 2005. Es posible afirmar que en este periodo comienzan a disminuir, aunque ligeramente, las brechas en las desigualdades en el gasto en salud reproductiva entre población asegurada y no asegurada. Sin embargo, como los análisis del gasto por beneficiario presentados en este trabajo arrojan, las desigualdades estatales del gasto, reflejo de tendencias históricas de distribución del mismo, se man-

tienen en el tiempo, siendo este punto importante para análisis posteriores.

Los resultados de este estudio revelan la importancia de contar con información sistemática y comparable a través del tiempo como una herramienta que permita monitorear las tendencias del gasto en general y por institución, así como analizar el efecto de las políticas en salud en la cantidad y distribución de los recursos financieros. Esta herramienta será sin duda de suma utilidad en el contexto de los cambios que durante el nuevo gobierno se plantea introducir, como el Seguro Médico para la Nueva Generación y la introducción de un mayor número de

intervenciones en el catálogo de servicios del Seguro Popular, entre otros. Asimismo, la disponibilidad de esta información financiera y su contrastación con indicadores de salud permitirá avanzar hacia el análisis del desempeño de los programas de salud reproductiva y de equidad de género. Un reto importante será no sólo la continuidad de la serie del gasto en salud reproductiva, sino su institucionalización; más aún, que los productos generados sean considerados como insumos en el diseño de políticas y de forma general en todos los procesos de toma de decisiones en estos programas.

Anexos

Anexo I.

Funciones del sistema consideradas a partir del presupuesto ejercido de la Secretaría de Salud

Clave presup.	Funciones del sistema
	Salud materno-perinatal
H27	Promoción de la salud materna e infantil con atención al embarazo, parto y puerperio (arranque parejo)
H79	Atención de la salud, embarazo, parto y puerperio y recién nacido
	Planificación familiar
H18	Promoción de la salud reproductiva para grupos en riesgo
H19	Planificación familiar (Métodos anticonceptivos y consejería)
	Cáncer cervicouterino y mamario
H20	Prevención de cáncer cervicouterino y mamario
H73	Control de cáncer cervicouterino y mamario
	Cáncer de próstata
H21	Prevención de cáncer de próstata
H74	Control de cáncer de próstata
	Atención médica general
H61	Atención médica del primer nivel
H62	Atención médica del segundo nivel
H63	Atención médica del tercer nivel

Anexo II.

Ponderadores del gasto por programa

Clave	Programa / acciones	Clave	Programa / acciones
Presup		Presup	
H79	Arranque parejo en la vida	H19	Planificación familiar
	Atención de la salud, embarazo, parto y puerperio y recién nacido		Planificación familiar (métodos anticonceptivos y consejería)
	Atención con enfoque de riesgo		Garantizar insumos de planificación familiar
	Ministración de micronutrientos		Atención médica
	Vacuna sarampión	H18	Promoción de la salud reproductiva para grupos en riesgo
	Ácido fólico, apoyo a Semanas Nacionales de Salud		Garantizar el acceso a la información, educación y comunicación
	Ácido fólico, programa regular		Fortalecer la competencia técnica del personal
	Atención de parto		Supervisión de materiales y seguimiento
	Equipo para atención de parto		Investigación
	Atención de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio		Sistema informático
	Atención integral al recién nacido		Coordinación
	Equipo para capacitación en reanimación neonatal	H20	Cáncer cervicouterino
	Tamiz neonatal, insumos para la toma		Prevención de cáncer cervicouterino
	Tamiz neonatal, papel y reactivos		Promoción de comunidades saludables
	Tamiz neonatal, tiras rápidas		Promoción General
	Tratamiento de casos positivos de hipotiroidismo congénito		Detección (tamizaje)
	Tratamiento a los principales defectos al nacimiento		Difusión (campañas y materiales)
	Tratamiento recién nacido complicado		Capacitación
H27	Promoción de la salud materna e infantil		Vigilancia epidemiológica
	Impresos (lineamientos técnicos, manuales y material de promoción)		Investigación operativa
	Capacitación	H73	Control de cáncer cervicouterino
	Asistencia técnica		Diagnóstico
			Tratamiento
H20	Cáncer mamario		
	Prevención de cáncer de mama		
	Promoción de comunidades saludables		
	Promoción general		
	Detección (tamizaje)		
	Difusión (campañas y materiales)		
	Capacitación		
	Vigilancia epidemiológica		
	Investigación operativa		
	Rectoría (supervisiones y gastos de administración)		
H73	Control de cáncer de mama		
	Diagnóstico		
	Tratamiento		

Anexo III.

Diagnósticos relacionados con salud reproductiva. Clasificación Internacional de Enfermedades Versión 10 (CIE-10)

Diagnóstico	Código CIE-10
Cáncer de mama y carcinoma in situ de mama	C50, D05
Cáncer cervicouterino y carcinoma in situ de cuello de útero	C53, D06
Cáncer de próstata	C61
Patología benigna de mama	D24, N60-64
Patología benigna de próstata	D29, N40-42
Problemas de esterilidad	N46.X, N97Y, N98
Endometriosis	N80
Patología benigna de útero	N84-86, N88
Displasia en el cuello del útero	N87
Aborto, embarazo ectópico y embarazo molar	O00-O08
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	O10-O75, O81, O83-O92
Parto normal	O80
Cesáreas	O82
Complicaciones en el neonato	P00-P96
Anticoncepción	Z30
Atención para la procreación	Z31
Supervisión del embarazo de alto riesgo	Z35

Anexo IV.

Servicios esenciales seleccionados provistos por el Seguro Popular

No. Servicio	Servicios esenciales
20	Atención médico-psicológica de la violencia familiar y sexual
95	Diagnóstico y tratamiento de mastopatía fibroquística
112	Métodos temporales de planificación familiar: anticonceptivos
113	Métodos temporales de planificación familiar: preservativos
114	Métodos temporales de planificación familiar: dispositivo intrauterino
115	Métodos definitivos de planificación familiar: vasectomía
116	Métodos definitivos de planificación familiar: salpingoclasia
119	Diagnóstico y tratamiento de displasia cervical leve (NIC-I)
120	Diagnóstico y tratamiento de displasia cervical moderada (NIC-II)
121	Examen y prueba del embarazo
122	Atención del embarazo normal (atención prenatal)
123	Atención del parto normal
124	Atención del puerperio normal
125	Atención del recién nacido normal
126	Atención del parto por cesárea y del puerperio quirúrgico
128	Diagnóstico y tratamiento de eclampsia
129	Diagnóstico y tratamiento de pre-eclampsia
130	Diagnóstico y tratamiento de pre-eclampsia severa
131	Hemorragia obstétrica puerperal
132	Hemorragia por placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
133	Ruptura uterina
134	Enfermedad trofoblástica
135	Embarazo ectópico
136	Endometritis puerperal
137	Infección superficial de episiorrafia o herida quirúrgica obstétrica
139	Choque séptico puerperal
140	Ictericia neonatal
170	Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria
171	Diagnóstico y tratamiento del aborto incompleto y sus complicaciones (hemorragia e infección)
203	Diagnóstico y tratamiento de fibroadenoma mamario
204	Diagnóstico y tratamiento de hiperplasia endometrial
205	Diagnóstico y tratamiento de quistes de ovario
206	Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de mioma uterino
207	Histerectomía total abdominal
208	Histerectomía vaginal
209	Plastía vaginal anterior y posterior
230	Prostatectomía abierta
231	Resección transuretral de próstata

Anexo V.

Gasto en atención ambulatoria en el Seguro Popular

	Consultas de atención prenatal				Consultas de puerperio		Consultas de planificación familiar		
	1er nivel		2do nivel		1er nivel	2do nivel	Consulta por mujer		
	No alto riesgo	Alto riesgo	No alto riesgo	Alto riesgo			de 15 a 49 años	1er nivel	2do nivel
Aguascalientes	74.6%	2.4%	16.8%	6.2%	65%	35%	0.44	93%	7%
Baja California	76.1%	4.8%	12.4%	6.8%	32%	68%	0.35	93%	7%
Baja California Sur	59.8%	1.6%	30.1%	8.5%	32%	68%	0.62	92%	8%
Campeche	64.6%	2.8%	23.3%	9.3%	71%	29%	0.5	97%	3%
Coahuila	36.0%	1.5%	56.7%	5.8%	50%	50%	0.72	77%	23%
Colima	82.9%	0.9%	12.5%	3.8%	25%	75%	0.62	84%	16%
Chiapas	87.8%	5.0%	5.5%	1.6%	82%	18%	0.33	94%	6%
Chihuahua	51.4%	2.7%	34.8%	11.0%	33%	67%	0.52	99%	1%
Distrito Federal	57.1%	1.5%	36.6%	4.8%	50%	50%	0.15	78%	22%
Durango	70.3%	3.6%	22.1%	4.0%	46%	54%	0.56	94%	6%
Guanajuato	88.6%	1.9%	7.0%	2.5%	95%	5%	0.35	98%	2%
Guerrero	75.1%	5.3%	12.8%	6.7%	81%	19%	0.84	96%	4%
Hidalgo	74.6%	2.1%	21.6%	1.7%	76%	24%	0.41	93%	7%
Jalisco	77.7%	1.6%	17.1%	3.5%	87%	13%	0.4	96%	4%
México	81.7%	1.1%	15.4%	1.9%	89%	11%	0.7	99%	1%
Michoacán	64.7%	3.8%	23.9%	7.6%	75%	25%	0.31	89%	11%
Morelos	90.3%	1.5%	7.4%	0.8%	87%	13%	0.46	97%	3%
Nayarit	66.2%	1.8%	26.7%	5.3%	55%	45%	0.74	90%	10%
Nuevo León	62.7%	3.0%	28.0%	6.3%	72%	28%	0.57	94%	6%
Oaxaca	85.5%	1.8%	11.8%	1.0%	85%	15%	0.26	98%	2%
Puebla	67.1%	2.3%	26.3%	4.3%	55%	45%	0.23	89%	11%
Querétaro	81.8%	2.8%	11.9%	3.5%	91%	9%	0.36	96%	4%
Quintana Roo	51.5%	1.6%	44.3%	2.7%	40%	60%	0.66	82%	18%
San Luis Potosí	75.0%	2.9%	18.9%	3.1%	69%	31%	0.33	87%	13%
Sinaloa	53.8%	3.0%	38.3%	4.9%	25%	75%	0.37	87%	13%
Sonora	56.9%	1.8%	38.2%	3.1%	26%	74%	0.43	81%	19%
Tabasco	88.8%	1.1%	7.3%	2.9%	78%	22%	0.65	99%	1%
Tamaulipas	54.7%	1.3%	36.5%	7.6%	17%	83%	0.28	88%	12%
Tlaxcala	77.3%	1.4%	18.8%	2.5%	61%	39%	0.53	91%	9%
Veracruz	80.5%	2.7%	13.1%	3.6%	83%	17%	0.29	95%	5%
Yucatán	57.5%	2.2%	37.7%	2.6%	62%	38%	0.5	91%	9%
Zacatecas	64.7%	3.1%	23.1%	9.2%	49%	51%	0.5	77%	23%

Supuestos utilizados para el cálculo:

- * Mujeres embarazadas: Población * Tasa de natalidad/1000
- * Todas las mujeres embarazadas reciben consultas de atención prenatal
- * Número promedio de consultas prenatales por mujer embarazada: 5
- * Todas las mujeres con recién nacidos reciben consultas de puerperio
- * Número promedio de consultas de puerperio: 1

Anexo VI.

Costos de servicios esenciales del Seguro Popular

Intervenciones	Costos	
	Anual por caso 2005	Variables (30%)
20 Atención médico-psicológica de la violencia familiar y sexual	2 991.8	897.5
95 Diagnóstico y tratamiento de mastopatía fibroquistica	1 083.3	325
112 Métodos temporales de planificación familiar: anticonceptivos	251.1	75.3
113 Métodos temporales de planificación familiar: preservativos	160.7	48.2
114 Métodos temporales de planificación familiar: dispositivo intrauterino	139.9	42
115 Métodos definitivos de planificación familiar: vasectomía	687.9	206.4
116 Métodos definitivos de planificación familiar: salpingoclasia	4 116.2	1 234.9
119 Diagnóstico y tratamiento de displasia cervical leve (NIC-I)	5 589.7	1 676.9
120 Diagnóstico y tratamiento de displasia cervical moderada (NIC-II)	5 589.7	1 676.9
121 Examen y prueba del embarazo	292.8	87.8
122 Atención del embarazo normal (atención prenatal)	2 188.9	656.7
123 Atención del parto normal	5 417.3	1 625.2
124 Atención del puerperio normal	223.1	66.9
125 Atención del recién nacido normal	880.2	264.1
126 Atención del parto por cesárea y del puerperio quirúrgico	9 122.9	2 736.9
128 Diagnóstico y tratamiento de eclampsia	48 466.0	14 539.8
129 Diagnóstico y tratamiento de pre-eclampsia	3 925.0	1 177.5
130 Diagnóstico y tratamiento de pre-eclampsia severa	45 837.0	13 751.1
131 Hemorragia obstétrica puerperal	25 347.9	7 604.4
132 Hemorragia por placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normoinserta	73 365.9	22 009.8
133 Ruptura uterina	33 742.6	10 122.8
134 Enfermedad trofoblástica	27 024.5	8 107.3
135 Embarazo ectópico	25 724.3	7 717.3
136 Endometritis puerperal	14 933.9	4 480.2
137 Infección superficial de episiorrafia o herida quirúrgica obstétrica	9 776.7	2 933
139 Choque séptico puerperal	86 930.3	26 079.1
140 Ictericia neonatal	3 278.7	983.6
170 Diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pélvica inflamatoria	11 873.5	3 562.1
171 Diagnóstico y tratamiento del aborto incompleto y sus complicaciones (hemorragia e infección)	7 027.9	2 108.4
203 Diagnóstico y tratamiento de fibroadenoma mamario	4 489.4	1 346.8
204 Diagnóstico y tratamiento de hiperplasia endometrial	10 596.8	3 179.1
205 Diagnóstico y tratamiento de quistes de ovario	8 230.9	2 469.3
206 Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de mioma uterino	11 753.3	3 526
207 Histerectomía total abdominal	12 944.5	3 883.4
208 Histerectomía vaginal	12 944.5	3 883.4
209 Plastia vaginal anterior y posterior	12 000.0	3 600
230 Prostatectomía abierta	12 745.4	3 823.6
231 Resección transuretral de próstata	12 745.4	3 823.6

Fuente: Comisión Nacional de Protección Social en Salud

Anexo VII.

Causas de siniestralidad relacionadas con salud reproductiva

- | | |
|--|---------------------|
| • Hipertrofia prostática | • Embarazo |
| • Miomatosis uterina | • Cesárea |
| • Quistes de ovario | • Cáncer mamario |
| • Mastopatía, fibroquistía y tumoraciones benignas | • Cáncer prostático |

Anexo VIII.

Gasto de los agentes de financiamiento por función de salud reproductiva y equidad de género

Función de salud reproductiva	Sector público										Sector privado		
	HF 1					HF 2					HF 2		
	HF 1.1.1.1 y HF 1.1.2	HF 1.1.1.3	HF 1.1.4a	HF 1.1.4b	HF 1.2.1.1	Seguridad social HF 1.2.1.2	Seguro Popular Estatal	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (SSSTE)	Total sector público	Empresas de seguros privadas	Pagos directos de los hogares	Sector privado HF 2.3
Gasto en salud reproductiva y equidad de género	24 582 433.4	4 835 395.1	1 630 766.1	129 543.1	843 210.3	15 838 279.0	1 305 239.8	13 528 367.4	1 746 811.7	11 674 146.5	107 409.3		
HC 1 Servicios de asistencia curativa	18 171 793.7	2 754 666.6	858 976.0	129 543.1	248 135.8	13 187 225.9	993 246.3	9 632 570.2	1 216 199.2	8 368 070.6	48 300.4		
HC 1.1 Asistencia curativa hospitalaria	14 649 653.0	2 569 168.5	858 976.0	129 543.1	226 678.3	9 905 263.8	959 923.1	8 815 949.3	1 216 199.2	7 562 345.2	37 405.0		
HC 1.1.1 Manejo binomio madre-hijo	11 782 859.6	2 199 943.3	621 288.8	35 208.8	193 371.8	8 072 877.2	660 169.7	7 960 134.2	567 616.5	7 356 792.3	35 725.4		
HC 1.1.1.1 HC 1.1.1.2 Parto normal y cesáreas	3 142 127.0	790 153.0	621 288.8		142 572.2	1 336 655.4	251 457.5	7 619 661.1	567 616.5	7 016 319.2	35 725.4		
HC 1.1.1.1.3 Recién nacido normal	131 364.2	14 298.4			18 408.4	98 657.4							
HC 1.1.1.1.4 Manejo y terapéutica del RN complicado	3 641 874.9	710 686.2		35 208.8		2 694 603.9	201 380.0						
HC 1.1.1.1.5 Complicaciones en el embarazo, parto y puerperio	4 867 489.5	684 805.6			32 391.2	3 942 960.4	207 332.3	340 473.1		340 473.1			
HC 1.1.2 Atención de cáncer cervicouterino	280 900.9	26 519.5		94 334.3		145 239.1	14 807.9	139 390.3		139 390.3			
HC 1.1.3 Atención de cáncer de mama	237 900.5	38 130.0				164 793.5	34 977.1	314 979.0		66 162.5	68.2		
HC 1.1.4 Métodos quirúrgicos de planificación familiar	632 795.7	162 657.4	43 880.4		18 125.6	347 971.6	51 210.7	525.2	248 748.4		1 086.2		
HC 1.1.5 Aborto	25 756.6	1 827.7			0.0	19 446.0	4 483.0				525.2		
HC 1.1.6 Procedimientos de fertilización	99 940.0	5 545.0			325.0	78 522.1	15 547.9	49 321.8					
HC 1.1.7 Atención de cáncer de próstata	4 819.2	4 819.2											
HC 1.1.8 Atención de cáncer de próstata intrafamiliar	4 819.2	4 819.2											
HC 1.1.9 Endometriosis	22 238.3	1 509.2			0.0	17 013.6	3 715.6						
HC 1.1.10 Displasia en el cuello del útero	173 301.1	4 823.4			280.0	164 698.7	3 498.8						
HC 1.1.11 Patología benigna de útero	759 331.1	69 440.6			10 253.6	573 228.6	106 408.3	218 302.4		218 302.4			
HC 1.1.12 Patología benigna de mama	65 078.3	10 739.5			81	41 265.6	13 045.1	49 974.5		49 974.5			
HC 1.1.13 Patología benigna de próstata	295 727.4	23 280.2			2 137.4	224 676.6	45 633.2	82 235.6		82 235.6			
HC 1.1.14 Atención del postparto	15 396.6	5 185.5			12.7	9 769.8	428.6						
HC 1.2 Asistencia curativa en hospitalización de día								16 613.4		16 613.4			
HC 1.2.1 Radioterapia para CaCu								16 613.4		16 613.4			
HC 1.3 Asistencia curativa ambulatoria	3 522 140.8	185 398.0			21 457.4	3 281 962.1	33 323.2	800 007.5		789 112.1	10 895.4		
HC 1.3.1 Servicios Médicos y diagnósticos básicos	44 194.2	30 011.4					14 182.8	496 786.2		489 064.9	7 721.3		
HC 1.3.1.1 Detección oportuna de cáncer cervicouterino	36 713.1	30 011.4						670.7		489 064.9	7 721.3		
HC 1.3.1.2 Exploración mamaria	7 481.0							7 481.0					
HC 1.3.3 Los demás servicios de asistencia especializada	3 477 946.6	155 386.6			21 457.4	3 281 962.1	19 140.4	303 221.3		300 047.2	3 174.1		
HC 1.3.3.1 Manejo y control del embarazo complicado o de alto riesgo	1 233 390.3	47 108.2			21 457.4	1 158 719.9	6 604.8						
HC 1.3.3.2 Atención de cáncer cervicouterino	143 184.4	56 974.2				86 210.3	2 083.2				2 083.2		
HC 1.3.3.3 Atención de cáncer de mama	270 574.1	46 930.9				223 643.2	1 090.9				1 090.9		
HC 1.3.3.4 Procedimientos de fertilización asistida	147 063.2					147 063.2							
HC 1.3.3.5 Atención de cáncer de próstata	85 581.5					85 581.5							
HC 1.3.3.6 Atención de lesiones por violencia intrafamiliar	4 373.4												
HC 1.3.3.7 Endometriosis	18 287.0					18 287.0							
HC 1.3.3.8 Displasia en el cuello del útero	125 615.9					113 080.3	12 535.6						
HC 1.3.3.9 Patología benigna de útero	287 531.2					287 531.2							
HC 1.3.3.10 Patología benigna de mama	650 382.4					650 382.4							
HC 1.3.3.11 Patología benigna de próstata	368 208.6					368 208.6							
HC 1.3.3.12 Aborto, embarazo ectópico y embarazo molar	21 568.4					21 568.4							

HC 13.31.3	Parto normal	18 827.2		18 827.2	300 047.2	300 047.2
HC 13.31.4	Cesáreas	23 371.7		23 371.7		
HC 13.31.5	Complicaciones en el neonato	79 987.2		79 987.2		
HC 4	Servicios auxiliares de atención de la salud	235 981.6	13 876.7	222 104.9	888 318.4	879 401.4
HC 4.1	Laboratorio clínico	235 981.6	13 876.7	222 104.9	895 855.9	879 401.4
HC 4.1.1	Laboratorio clínico para embarazo y parto				888 337.1	4 935.7
HC 4.1.2	Citologías y biopsias de CaCu	222 104.9	222 104.9		11 083.5	11 083.5
HC 4.1.3	Estudios de laboratorio, biopsias para CaMa	2 880.3	2 880.3		435.3	435.3
HC 4.1.4	Citologías hiperplasia de próstata	10 996.4	10 996.4			
HC 4.2	Imagenología				2 462.4	2 462.4
HC 4.2.1	Ultrasonido obstétrico				1 159.9	1 159.9
HC 4.2.2	Mastografía				1 302.6	1 302.6
HC 4.2.3	Ultrasonido mamario					
HC 5	Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	296 731.7	8 706.4	155 493.1	1 000 932.2	969 759.7
HC 5.1.1	Medicamentos de prescripción	143 330.3	77 935.8	3 632.3	991 988.4	969 759.7
HC 5.1.1.1	Anticonceptivos hormonales (Orales e inyectables)	122 290.4	56 895.9	3 632.3	201 480.4	179 250.7
HC 5.1.1.2	Sulfato ferroso, ácido fólico, micronutrientes	21 039.9	21 039.9		790 509.0	790 509.0
HC 5.1.3	Otros productos médicos pericederos	153 401.5	54 596.5	5 074.1	8 942.8	8 942.8
HC 5.1.3.1	Preservativos	69 322.1	29 090.7	40 231.4	8 055.5	8 055.5
HC 5.1.3.2	Dispositivos intrauterinos	24 090.2	11 505.8	5 074.1	485.0	485.0
HC 5.1.3.3	Implantes subdérmicos	48 517.2	14 000.1		402.3	402.3
HC 5.1.3.4	Levonorgestrel, dispositivo con polvo	11 471.9		11 471.9		
HC 6	Servicios de prevención y de salud pública	4 981 399.4	1 717 406.7	540 978.9	1 996 546.7	1 456 914.8
HC 6.1.1	Salud materno-perinatal	3 270 941.0	747 489.0	281 063.5	88 184.3	1 456 914.8
HC 6.1.1.1	Consultas de control prenatal	2 975 832.6	510 142.7	255 791.0	1 569 586.9	1 456 914.8
HC 6.1.1.2	Consultas de puerperio fisiológico	253 445.3	126 888.1		89 542.7	552.9
HC 6.1.1.3	Consultas de control del recién nacido	114 518.3	83 317.3	25 272.5	37 018.4	315.2
HC 6.1.1.4	Promoción de la salud materno-perinatal	27 144.9				
HC 6.1.2	Servicios de planificación familiar	1 282 885.3	649 485.4	259 915.4	307 353.7	3 889.4
HC 6.1.2.1	Consultas de planificación familiar	1 273 403.9	640 004.1	259 915.4	307 353.7	3 889.4
HC 6.1.2.2	Promoción de la planificación familiar	9 481.4			33.2	33.2
HC 6.4.1	Cáncer cervicouterino	45 418.8	42 570.3	2 848.5	3 586.3	3 586.3
HC 6.4.1.1	Lanzaje	25 456.7	22 608.2	2 848.5		
HC 6.4.1.2	Promoción de la salud (CaCu)	19 962.1	19 962.1			
HC 6.4.2	Cáncer de mama	51 429.8	47 412.0	4 017.8		
HC 6.4.2.1	Lanzaje	25 297.6	21 279.8	4 017.8		
HC 6.4.2.2	Promoción de la salud (CaMa)	26 132.2	26 132.2			
HC 6.4.3	Cáncer de próstata	84 642.3	84 367.7	2 741.6		
HC 6.9.1	Prevención de la violencia	27 157.7	27 157.7			
HC 6.9.2	Centros de atención a violencia	76 286.7	76 286.7			
HC 6.9.3	Programa mujer y salud y atención a la salud de las mujeres (equidad de género)	42 637.9	42 637.9			
HC 7	Rectoría y administración de la salud y los seguros médicos	785 825.1	106 210.9	521 935.8	157 678.4	157 678.4
HC 7.1.1	Rectoría y administración de la salud por administraciones públicas (excepto seguridad social)	106 210.9	106 210.9			
HC 7.1.2	Actividades de administración, funcionamiento y apoyo de las administraciones de seguridad social	679 614.2	4 740.7	521 935.8	157 678.4	157 678.4
HCR 1	Formación de capital	82 500.9	82 500.9			
HCR 2	Formación del personal sanitario	23 460.3	23 460.3			
HCR 3	Investigación y desarrollo					

Gasto de los proveedores por función de salud reproductiva y equidad de género, 2005

Función de salud reproductiva	Sector público						HP 4.1 Farmacias	HP 5 administración de programas de salud pública	HP 6 Administración general de la salud y los seguros médicos- Total
	HP 1 Hospitales	HP 3.1 Consultorios médicos	HP 3.2 Consultorios de otros profesionales de salud	HP 3.4 Centros de atención ambulatoria	HP 3.5 Laboratorios médicos y de diagnóstico	HP 3.9.3 y HP 3.9.9 Profesionales alternativos o tradicionales y demás proveedores de servicios de atención ambulatoria			
Gasto en salud reproductiva y equidad de género	26 955 957.3	1 897 756.2	40 291.2	5 354 688.3	1 134 299.9	325 612.5	1 297 664.0	208 024.4	896 527.0
HC 1 Servicios de asistencia curativa	26 698 042.6	555 137.6		241 693.4		309 490.3			
HC 1.1 Asistencia curativa hospitalaria	23 336 806.2	70 549.5		58 246.6					
HC 1.1.1 Manejo del binomio madre-hijo	19 699 059.4			43 934.4					
HC 1.1.1.1 y HC 1.1.1.2 Parto normal y cesáreas	10 723 216.8			38 571.3					
HC 1.1.1.3 Recién nacido normal	131 364.2								
HC 1.1.1.4 Manejo y terapéutica del RN complicado	3 641 863.9			15.0					
HC 1.1.1.5 Complicaciones en el embarazo, parto y puerperio	5 202 614.4			5 348.1					
HC 1.1.2 Atención de cáncer cervicouterino	348 873.1	70 549.5		868.7					
HC 1.1.3 Atención de cáncer de mama	552 716.7			162.9					
HC 1.1.4 Métodos quirúrgicos de planificación familiar	262 312.4			1 381.3					
HC 1.1.5 Aborto	613 385.6			10 935.4					
HC 1.1.6 Procedimientos de fertilización	25 746.2			10.4					
HC 1.1.7 Atención de cáncer de próstata	149 166.2			95.6					
HC 1.1.8 Atención de traumatismos por violencia intrafamiliar	4 819.2								
HC 1.1.9 Endometriosis	22 231.7			6.6					
HC 1.1.10 Displasia en el cuello del útero	173 301.1								
HC 1.1.1.1 Patología benigna de útero	977 420.8			212.7					
HC 1.1.1.2 Patología benigna de mama	115 031.1			21.6					
HC 1.1.1.3 Patología benigna de próstata	377 883.4			79.7					
HC 1.1.1.4 Atención del posparto	14 859.3			537.3					
HC 1.2 Asistencia curativa en hospitalización de día	16 613.4								
HC 1.2.1 Radioterapia para CaCu	16 613.4								
HC 1.3 Asistencia curativa ambulatoria	3 361 236.4	467 974.7		183 446.8		309 490.3			
HC 1.3.1 Servicios médicos y diagnósticos básicos	467 974.7	467 974.7		63 562.5		9 443.2			
HC 1.3.1.1 Detección oportuna de cáncer cervicouterino	467 974.7	467 974.7		56 081.4		9 443.2			
HC 1.3.1.2 Exploración mamaria				7 481.0					
HC 1.3.3 Los demás servicios de asistencia especializada	3 361 236.4			119 884.3		300 047.2			
HC 1.3.3.1 Manejo y control del embarazo complicado o de alto riesgo	1 177 092.3			56 298.0					
HC 1.3.3.2 Atención de cáncer cervicouterino	121 553.1			23 714.6					
HC 1.3.3.3 Atención de cáncer de mama	245 274.6			26 390.4					
HC 1.3.3.4 Procedimientos de fertilización asistida	147 063.2								
HC 1.3.3.5 Atención de cáncer de próstata	85 581.5								
HC 1.3.3.6 Atención de lesiones por violencia intrafamiliar	3 427.7			945.7					
HC 1.3.3.7 Endometriosis	18 287.0								
HC 1.3.3.8 Displasia en el cuello de útero	113 080.3			12 535.6					
HC 1.3.3.9 Patología benigna del útero	287 531.2								

Anexo X.

Gasto de los agentes de financiamiento en salud materno-perinatal por función de SR y EG, 2005

Función de salud reproductiva	HF 1		Sector público				HF 2		Sector privado	
	HF 1.1.1 y HF 1.1.2	HF 1.1.3	HF 1.1.4a	HF 1.1.4b	Seguridad social	HF 2.2	HF 2.3	HF 2.4		
	Secretaría de Salud y Gobierno Estatal	IMSS-Oportunidades	Seguro Popular Federal	Seguro Popular Estatal	HF 1.2.1.1 Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	Total sector privado	Empresas de seguros privadas	los hogares los hogares (ONG)		
Gasto en salud materno perinatal	17 260 980.8	946 232.7	35 208.8	828 042.0	11 391 672.6	11 928 209.9	1 098 229.0	10 783 664.7	46 316.3	
HC 1a Servicios de asistencia curativa-salud materna	10 077 330.6	665 169.2	232 967.5	232 967.5	517 033.9	8 260 706.6	567 616.5	7 686 839.5	36 250.6	
HC 1a1 Servicios de asistencia curativa-salud perinatal	3 721 866.1	710 686.2	35 208.8	35 208.8	2 774 591.1	201 380.0				
HC 1a1a Asistencia curativa hospitalaria-salud materna	8 780 173.0	665 169.2		2 111 510.0	5 735 964.6	7 960 659.4	567 616.5	7 356 792.3	36 250.6	
HC 1a1a1 Asistencia curativa hospitalaria-salud perinatal	3 641 878.9	710 686.2	35 208.8	35 208.8	2 694 603.9	201 380.0				
HC 1a1a11 Mamejo binomio madre-hijo	11 182 853.6	621 288.8	35 208.8	193 371.8	8 072 877.2	7 960 134.2	567 616.5	7 356 792.3	35 725.4	
HC 1a1a112 Parto normal y cesáreas	3 142 127.0	790 153.0	621 288.8	142 572.2	1 336 655.4	7 619 661.1	567 616.5	7 016 319.2	35 725.4	
HC 1a1a113 Recién nacido normal	131 364.2	14 298.4		18 408.4	98 657.4					
HC 1a1a114 Mamejo y terapéutica del RN complicado	3 641 878.9	710 686.2	35 208.8		2 694 603.9	201 380.0				
HC 1a1a115 Complicaciones en el embarazo, parto y puerperio	4 867 489.5	684 805.6		32 391.2	3 942 960.4	207 322.3	340 473.1	340 473.1	525.2	
HC 1a1a15 Aborto	623 795.7	162 657.4	43 880.4	18 125.6	347 921.6	51 210.7	525.2			
HC 1a1a14 Atención del postparto	15 396.6	5 185.5		12.7	9 769.8	428.6				
HC 1a3a Asistencia curativa ambulatoria-salud materna	1 297 157.6	47 108.2		21 457.4	1 221 987.2	6 604.8	300 047.2	300 047.2		
HC 1a3a Asistencia curativa ambulatoria-salud perinatal	79 987.2				79 987.2					
HC 1a3a1 Mamejo y control del embarazo complicado o de alto riesgo	1 233 390.3	47 108.2		21 457.4	1 158 219.9	6 604.8				
HC 1a3a1a Aborto, embarazo ectópico y embarazo molar	21 568.4				21 568.4					
HC 1a3a1a1 Parto normal	18 827.2				18 827.2					
HC 1a3a1a2 Cesáreas	23 371.7				23 371.7			300 047.2		
HC 1a3a1a3 Complicaciones en el neonato	79 987.2				79 987.2					
HC 4a Servicios auxiliares de atención de la salud-salud materno perinatal										
HC 4a1 Laboratorio clínico para embarazo y parto						884 337.1		879 401.4	4 935.7	
HC 4a2 Ultrasonido obstétrico						884 337.1		879 401.4	4 935.7	
HC 5a Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios-salud materno perinatal	21 039.9	21 039.9				790 509.0		790 509.0		
HC 5a1a1 Sulfato ferroso, ácido fólico, micronutrientes	21 039.9	21 039.9				790 509.0		790 509.0		
HC 6a Servicios de prevención y de salud pública-salud materno perinatal	3 370 941.0	747 489.0		595 074.6	1 659 129.6	88 184.3	530 612.5	1 456 914.8	5 130.0	
HC 6a1.1 Consultas de control prenatal	2 975 832.6	510 142.7		595 074.6	1 569 386.9	45 237.4	530 612.5	1 456 914.8	4 261.9	
HC 6a1.1.2 Consultas de puerperio fisiológico	253 445.3	126 884.1			89 542.7	37 018.4	552.9	552.9	552.9	
HC 6a1.1.3 Consultas de control del recién nacido	114 518.3	83 317.3		25 272.5	5 928.5	315.2			315.2	
HC 6a1.1.4 Promoción de la salud materno-perinatal	27 144.9	27 144.9								
HC 7a1.1a Rectoría y administración de la salud por administraciones públicas (excepto seguridad social)-salud materno perinatal	21 893.7	21 893.7								
HCR 1a Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud-salud materno perinatal	47 909.5	47 909.5								
HCR 2a Formación del personal sanitario-salud materno perinatal	47 909.5	47 909.5								

Gasto de los proveedores por función de salud reproductiva y equidad de género, 2005

Función de salud reproductiva	Sector público						HP 6 Administración general de la salud y los seguros médicos- Total	
	HP 1 Hospitales	HP 3.1 Consultorios médicos	HP 3.2 Consultorios de otros profesionales de salud	HP 3.4 Centros de atención ambulatoria	HP 3.5 Laboratorios médicos y de diagnóstico	HP 4.1 Farmacias		
Gasto en salud materno perinatal	21 838 456.2	1 342 618.7	40 291.2	3 858 821.3	884 337.1	811 549.0	27 144.9	69 803.1
HC 1a Servicios de asistencia curativa-salud materna	17 926 300.0			111 690.1		300 047.2		
HC 1a1 Servicios de asistencia curativa-salud perinatal	3 721 851.1			150				
HC 1.1a Asistencia curativa hospitalaria-salud materna	16 685 440.4			55 392.1				
HC 1.1a1 Asistencia curativa hospitalaria-salud perinatal	3 641 863.9			150				
HC 1.1.1 Manejo binomio madre-hijo	19 699 039.4			43 934.4				
HC 1.1.1.1 y HC 1.1.1.2 Parto normal y cesáreas	10 723 216.8			38 571.3				
HC 1.1.1.3 Recién nacido normal	131 364.2							
HC 1.1.1.4 Manejo y terapéutica del RN complicado	3 641 863.9			150				
HC 1.1.1.5 Complicaciones en el embarazo parto y puerperio	5 202 614.4			5 348.1				
HC 1.1.5 Aborto	613 385.6			10 935.4				
HC 1.1.4 Atención del posparto	14 859.3			537.3				
HC 1.3a Asistencia curativa ambulatoria-salud materna	1 240 859.6			56 298.0		300 047.2		
HC 1.3a1 Asistencia curativa ambulatoria-salud perinatal	79 987.2							
HC 1.3.1 Manejo y control del embarazo complicado o de alto riesgo	1 177 092.3			56 298.0				
HC 1.3.3.12 Aborto, embarazo ectópico y embarazo molar	21 568.4							
HC 1.3.3.13 Parto normal	18 827.2					300 047.2		
HC 1.3.3.14 Cesáreas	23 371.7							
HC 1.3.3.15 Complicaciones en el neonato (recién nacido complicado)	79 987.2							
HC 4a Servicios auxiliares de atención de la salud salud materno perinatal					884 337.1			
HC 4.1 Laboratorio clínico para embarazo y parto					884 337.1			
HC 4.2 Ultrasonido obstétrico								
HC 5a Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios-salud materno perinatal						811 549.0		
HC 5.1.1.2 Para CPN (sulfato ferroso, ácido fólico, micronutrientes)						811 549.0		
HC 6a Servicios de prevención y de salud pública-salud materno perinatal	190 305.2	1 342 618.7	40 291.2	3 747 116.1		16 122.1	27 144.9	
HC 6.1.1 Consultas de control prenatal	115 922.0	1 342 618.7	40 291.2	3 452 667.7		16 122.1		
HC 6.1.1.2 Consultas de puerperio fisiológico	74 383.2			179 615.0				
HC 6.1.1.3 Consultas de control del recién nacido				114 833.4				
HC 6.1.1.4 Promoción de la salud materno-perinatal							27 144.9	
HC 7.1a Administración de la salud por administraciones públicas (excepto seguridad social)-salud materno perinatal								21 893.7
HCR 1a Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud-salud materno perinatal								
HCR 2a Formación del personal sanitario-salud materno perinatal								47 909.5

Gasto de los agentes de financiamiento en planificación familiar por función de salud reproductiva y equidad de género, 2005

	HF 1		Sector público				HF 2			Sector privado		
	Función de salud reproductiva	Total sector público	HF 1.1.1.1 y	HF 1.1.3	HF 1.1.4b	HF 1.1.4b	Seguridad social		Total sector privado	Empresas de seguros privadas	Pagos directos de los hogares	Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (ONG)
			HF 1.1.2	IMSS-Oportunidades estatal	Seguro Popular federal	Seguro Popular estatal	HF 1.2.1.1	HF 1.2.1.2				
			Secretaría de Salud y Gobierno estatal	Secretaría de Salud y Gobierno estatal	Seguro Popular federal	Seguro Popular estatal	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)				
Gasto en planificación familiar	2 053 998.8	837 643.1	462 428.6	2 148.9	675 167.5	76 610.8	215 398.8	179 250.7	36 148.2			
HC 1b Servicios de asistencia curativa-Planificación familiar	435 427.4	16 670.9	193 806.8	2 148.9	212 320.7	10 480.1	1 086.2			1 086.2		
HC 1.1b Asistencia curativa hospitalaria-Planificación familiar	288 364.1	16 670.9	193 806.8	2 148.9	65 257.5	10 480.1	1 086.2			1 086.2		
HC 1.1.4 Métodos quirúrgicos de planificación familiar	262 607.5	14 843.2	193 806.8	2 148.9	45 811.5	5 997.1	1 086.2			1 086.2		
HC 1.1.6 Procedimientos de fertilización	25 756.6	1 827.7		0.0	19 446.0	4 483.0						
HC 1.3b Asistencia curativa ambulatoria-Planificación familiar	147 063.2				147 063.2							
HC 1.3.3.4 Procedimientos de fertilización asistida	147 063.2				147 063.2							
HC 5b Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios-planificación familiar	275 691.8	111 492.4	8 706.4		155 493.1		210 423.2	179 250.7		31 172.5		
HC 5.1.1.1 Anticonceptivos hormonales (orales e inyectables)	122 290.4	56 895.9	3 622.3		61 762.2		201 480.4	179 250.7		22 229.7		
HC 5.1.3.1 Preservativos	69 322.1	29 090.7			40 231.4		8 055.5			8 055.5		
HC 5.1.3.2 Dispositivos intrauterinos	24 090.2	11 505.8	5 074.1		7 510.3		485.0			485.0		
HC 5.1.3.3 Implantes subdérmicos	48 517.2	14 000.1			34 517.2		402.3			402.3		
HC 5.1.3.4 Levonogestrel dispositivo con polvo	11 471.9				11 471.9							
HC 6b Servicios de prevención y de salud pública-planificación familiar	1 282 885.3	649 485.4	259 915.4		307 353.7	66 130.7	3 889.4			3 889.4		
HC 6.1.2.1 Consultas de planificación familiar	1 273 403.9	640 004.1	259 915.4		307 353.7	66 130.7	323.2			323.2		
HC 6.1.2.2 Promoción de la planificación familiar	9 481.4	9 481.4					3 566.3			3 566.3		
HC 7.1.1b Rectoría y administración de la salud por administraciones públicas (excepto seguridad social)-planificación familiar	19 978.3	19 978.3										
HCR 1b Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud-planificación familiar	4 740.7	4 740.7										
HCR 2b Formación del personal sanitario-planificación familiar	14 222.0	14 222.0										
HCR 3.4 Investigación y desarrollo-planificación familiar	21 053.3	21 053.3										

Anexo XIII.

Gasto de los proveedores en planificación familiar por función de salud reproductiva y equidad de género, 2005

Función de salud reproductiva	Sector público					HP 6 Administración general de la salud y los seguros médicos- Total		
	HP 1 Hospitales	HP 3.1 Consultorios médicos	HP 3.2 Consultorios de otros profesionales de salud	HP 3.4 Centros de atención ambulatoria	HP 3.5 Laboratorios médicos y de diagnóstico		HP 4.1 Farmacias	HP 5 Suministro y administración de programas de salud pública
Gasto en planificación familiar	502 731.4			1 211 075.5		486 115.0	9 481.4	59 994.4
HC 1b Servicios de asistencia curativa-planificación familiar	435 121.9			1 391.7				
HC 1.1b Asistencia curativa hospitalaria-planificación familiar	288 058.7			1 391.7				
HC 1.1.4 Métodos quirúrgicos de planificación familiar	262 312.4			1 381.3				
HC 1.1.6 Procedimientos de fertilización	25 746.2			10.4				
HC 1.3b Asistencia curativa ambulatoria-planificación familiar	147 063.2							
HC 1.3.3.4 Procedimientos de fertilización asistida	147 063.2							
HC 5b Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios planificación familiar						486 115.0		
HC 5.1.1.1 Anticonceptivos hormonales (orales e inyectables)						323 770.8		
HC 5.1.3.1 Preservativos						77 377.6		
HC 5.1.3.2 Dispositivos intrauterinos						24 575.2		
HC 5.1.3.3 Implantes subdérmicos						48 919.5		
HC 5.1.3.4 Levonorgestrel, dispositivo con polio						11 471.9		
HC 6b Servicios de prevención y de salud pública planificación familiar	67 609.5			1 209 683.8				9 481.4
HC 6.1.2.1 Consultas de planificación familiar	67 609.5			1 206 117.5				9 481.4
HC 6.1.2.2 Promoción de la planificación familiar				3 566.3				
HC 7.1b Administración de la salud por administraciones públicas (excepto seguridad social)-planificación familiar								19 978.3
HCR 1b Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud-planificación familiar								4 740.7
HCR 2b Formación del personal sanitario-planificación familiar								14 222.0
HCR 3.4 Investigación y desarrollo-planificación familiar								21 053.3

* Este monto incluye el gasto ejercido por las familias, los que no pudieron ser desglosados por método anticonceptivo

Gasto de los agentes de financiamiento en cáncer cervicouterino por función de salud reproductiva y equidad de género, 2005

	HF 1		Sector público				HF 2		Sector privado			
	Función de salud reproductiva	Total sector público	HF 1.1.1 y HF 1.1.2	HF 1.1.3	HF 1.1.4a	HF 1.1.4b	Seguridad social		HF 2.2	HF 2.3	HF 2.4	
			Secretaría de Salud y Gobierno estatal	IMSS-Oportunidades estatal	Seguro Popular federal	Seguro Popular estatal	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)	Trabajadores del Estado (ISSSTE)				
								Instituto de Seguros Sociales de los Trabajadores del Estado				Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
estatal	estatal	estatal	estatal	(IMSS)	Estado (ISSSTE)	privado	Empresas de seguros privadas	los hogares	los hogares (ONG)			
Gasto en cáncer cérvico uterino	1 061 368.0	195 027.9	222 104.9	94 334.3	280.0	512 076.8	37 544.1	665 956.6	645 068.6	20 888.0		
HC 1c Servicios de asistencia curativa-cáncer cervicouterino	759 715.4	118 328.6		94 334.3	280.0	509 228.3	37 544.1	654 873.1	645 068.6	9 804.5		
HC 1.c Asistencia curativa hospitalaria-cáncer cervicouterino	454 201.9	31 343.0		94 334.3	280.0	309 937.8	18 306.8	139 390.3	139 390.3			
HC 1.1.2 Atención de cáncer cervicouterino	280 900.8	26 519.5		94 334.3	280.0	145 239.1	14 807.9	139 390.3	139 390.3			
HC 1.1.10 Displasia en el cuello del útero	173 301.1	4 823.4				164 698.7	3 498.8					
HC 1.2 Asistencia curativa en hospitalización de día								16 613.4	16 613.4			
HC 1.2.1 Radioterapia para CaCu								16 613.4	16 613.4			
HC 1.3c Asistencia curativa ambulatoria-cáncer cervicouterino	305 513.5	86 985.6				199 290.5	19 237.4	498 869.4	489 064.9	9 804.5		
HC 1.3.1.1 Detección Oportuna de Cáncer cervicouterino	36 713.1	30 011.4					6 701.7	496 786.2	489 064.9	7 721.3		
HC 1.3.3.2 Atención de cáncer cervicouterino	143 184.4	56 974.2				86 210.3		2 083.2		2 083.2		
HC 1.3.3.8 Displasia en el cuello del útero	125 615.9					113 080.3						
HC 4c Servicios auxiliares de atención de la salud-cáncer cervicouterino	222 104.9		222 104.9					11 083.5		11 083.5		
HC 4.1.2 Citologías y biopsias de CaCu	222 104.9		222 104.9					11 083.5		11 083.5		
HC 6c Servicios de prevención y de salud pública-cáncer cervicouterino	45 418.8	42 570.3				2 848.5						
HC 6.4.1.1 Tamizaje	25 456.7	22 608.2				2 848.5						
HC 6.4.1.2 Promoción de la salud (CaCu)	19 962.1	19 962.1										
HC 7.1.1 c Rectoría y administración de la salud por administraciones públicas (excepto seguridad social)-cáncer cervicouterino	19 878.1	19 878.1										
HCR 1 c Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud-cáncer cervicouterino												
HCR 2c Formación del personal sanitario-Cáncer cervicouterino	12 256.5	12 256.5										
HCR 3.2 Investigación y desarrollo-cáncer cervicouterino	1 994.4	1 994.4										

Gasto de los agentes de financiamiento en cáncer de mama por función de salud reproductiva y equidad de género, 2005

Función de salud reproductiva	HF 1		Sector público			HF 2		Sector privado	
	Total sector público	Secretaría de Salud y Gobierno estatal	Seguro Popular estatal	Seguro Social (IMSS)		Empresas de seguros privadas	Pagos directos de los hogares	Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (ONG)	
				HF 1.1.1.1 y HF 1.1.2	HF 1.1.1.4b				Seguridad social HF 1.2.1.1
Gasto en cáncer de mama	600 933.6	166 080.9		392 454.5	42 458.1	248 748.4	66 162.5	4 056.9	
HC 1.d Servicios de asistencia curativa-cáncer de mama	515 955.7	85 060.9		388 436.7	42 458.1	248 748.4	66 162.5	1 159.1	
HC 1.1.d Asistencia curativa hospitalaria-cáncer de mama	237 900.5	38 130.0		164 793.5	34 977.1	248 748.4	66 162.5	68.2	
HC 1.1.3 Atención de cáncer de mama	237 900.5	38 130.0		164 793.5	34 977.1	248 748.4	66 162.5	68.2	
HC 1.3d Asistencia curativa ambulatoria-cáncer de mama	278 055.1	46 930.9		223 643.2	7 481.0			1 090.9	
HC 1.3.1.2 Exploración mamaria	7 481.0				7 481.0				
HC 1.3.3.3 Atención de cáncer de mama	270 574.1	46 930.9		223 643.2				1 090.9	
HC 4d Servicios auxiliares de atención de la salud-cáncer de mama	2 880.3	2 880.3						2 897.8	
HC 4.1.3 Estudios de laboratorio, biopsias para CaMa	2 880.3	2 880.3						435.3	
HC 4.2.2 Mastografía								1 159.9	
HC 4.2.3 Ultrasonido mamario								1 302.6	
HC 6d Servicios de prevención y de salud pública-cáncer de mama	51 429.8	47 412.0		4 017.8					
HC 6.4.2.1 Tamizaje	25 297.6	21 279.8		4 017.8					
HC 6.4.2.2 Promoción de la salud (CaMa)	26 132.2	26 132.2							
HC 7.1.d Rectoría y administración de la salud por administraciones públicas (excepto seguridad social)	22 202.3	22 202.3							
HCR 1.d Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud-cáncer de mama									
HCR 2d Formación del personal sanitario-cáncer de mama	8 112.9	8 112.9							
HCR 3.3 Investigación y desarrollo-cáncer de mama	412.5	412.5							

Anexo XVII.

Gasto de los proveedores en cáncer de mama por función de salud reproductiva y equidad de género, 2005

Función de salud reproductiva	Sector público						HP 6 Administración general de la salud y los seguros médicos- Total
	HP 1 Hospitales	HP 3.1 Consultorios médicos	HP 3.2 Consultorios de otros profesionales de salud	HP 3.4 Centros de atención ambulatoria	HP 3.5 Laboratorios médicos y de diagnóstico	HP 4.1 Farmacias	
Gasto en cáncer de mama	797 991.2			59 332.0	5 778.1	26 132.2	30 727.8
HC 1d Servicios de asistencia curativa-cáncer de mama	797 991.2			34 034.4			
HC 1.1d Asistencia curativa hospitalaria-cáncer de mama	552 716.7			1 62.9			
HC 1.1.3 Atención de cáncer de mama	552 716.7			1 62.9			
HC 1.3d Asistencia curativa ambulatoria-cáncer de mama	245 274.6			33 871.5			
HC 1.3.1.2 Exploración mamaria				7 481.0			
HC 1.3.3.3 Atención de cáncer de mama	245 274.6			26 390.4			
HC 4d Servicios auxiliares de atención de la salud-cáncer de mama					5 778.1		
HC 4.1.3 Estudios de laboratorio, biopsias para CaMa					3 315.6		
HC 4.2.2 Mastografía					1 159.9		
HC 4.2.3 Ultrasonido mamario					1 302.6		
HC 6d Servicios de prevención y de salud pública-cáncer de mama				25 297.6		26 132.2	
HC 6.4.2.1 Tamizaje				25 297.6			
HC 6.4.2.2 Promoción de la salud (CaMa)						26 132.2	
HC 7.1.1d Administración de la salud por administraciones públicas (excepto seguridad social)-cáncer de mama							22 202.3
HCR 1d Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud-cáncer de mama							8 112.9
HCR 2d Formación del personal sanitario-cáncer de mama							412.5
HCR 3.3 Investigación y Desarrollo-cáncer de mama							

Gasto de los agentes de financiamiento en cáncer de próstata, en equidad de género y violencia, en endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata, y en rectoría, por función de salud reproductiva y equidad de género, 2005

Función de salud reproductiva	HF I		Sector público				HF 2			Sector privado	
	Total	Secretaría de Salud y Gobierno	estatal	Seguro Popular estatal	Seguro Social (IMSS)	Instituto Mexicano del Seguro Social	Seguridad social		Empresas de seguros privadas	Pagos directos de los hogares	Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (ONG)
							HF 1.1.1 y HF 1.1.2	HF 1.1.4b			
Gasto en cáncer de próstata	281 160.2	100 909.1	325.0	164 378.2	15 547.9	49 321.8	49 321.8	49 321.8	49 321.8	49 321.8	
Gasto en violencia intrafamiliar y equidad de género	172 250.6	172 235.3	15.3								
Gasto en endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	2 466 784.5	104 989.5	12 399.1	2 180 593.6	168 800.2	350 512.5	350 512.5	350 512.5	350 512.5	350 512.5	
Rectoría	684 896.9	5 282.7		521 935.8	157 678.4						
HC le Servicios de asistencia curativa-cáncer de próstata	185 521.4	5 545.0	325.0	164 103.6	15 547.9	49 321.8	49 321.8	49 321.8	49 321.8	49 321.8	
HC lf Servicios de asistencia curativa-violencia intrafamiliar	9 192.6	9 177.4	15.3								
HC lg Servicios de asistencia curativa-otros	2 466 784.5	104 989.5	12 399.1	2 180 593.6	168 800.2	350 512.5	350 512.5	350 512.5	350 512.5	350 512.5	
HC li.e Asistencia curativa hospitalaria-cáncer de próstata	99 940.0	5 545.0	325.0	78 522.1	15 547.9	49 321.8	49 321.8	49 321.8	49 321.8	49 321.8	
HC li.f Asistencia curativa hospitalaria-violencia intrafamiliar	4 819.2	4 804.0	15.3								
HC li.g Asistencia curativa hospitalaria-otros	1 142 375.2	104 989.5	12 399.1	856 184.4	168 800.2	350 512.5	350 512.5	350 512.5	350 512.5	350 512.5	
HC li.7 Atención de cáncer de próstata	99 940.0	5 545.0	325.0	78 522.1	15 547.9	49 321.8	49 321.8	49 321.8	49 321.8	49 321.8	
HC li.8 Atención traumáticos por violencia intrafamiliar	4 819.2	4 804.0	15.3								
HC li.9 Endometriosis	22 238.3	1 509.2	0.0	17 013.6	3 715.6						
HC li.11 Patología benigna del útero	759 331.1	69 440.6	10 253.6	573 228.6	106 408.3	218 302.4	218 302.4	218 302.4	218 302.4	218 302.4	
HC li.1.2 Patología benigna de mama	65 078.3	10 759.5	8.1	41 265.6	13 045.1	49 974.5	49 974.5	49 974.5	49 974.5	49 974.5	
HC li.1.3 Patología benigna de próstata	295 727.4	23 280.2	2 137.4	224 676.6	45 633.2	82 235.6	82 235.6	82 235.6	82 235.6	82 235.6	
HC l.3e Asistencia curativa ambulatoria-cáncer de próstata	85 581.5	4 373.4		85 581.5							
HC l.3g Asistencia curativa ambulatoria-violencia	4 373.4	4 373.4									
HC l.3f Asistencia curativa ambulatoria-otros	1 324 409.2	1 324 409.2									
HC l.3.5 Atención de cáncer de próstata	85 581.5	85 581.5									
HC l.3.3.6 Atención de lesiones por violencia intrafamiliar	4 373.4	4 373.4									
HC l.3.3.7 Endometriosis	18 287.0			18 287.0							
HC l.3.3.9 Patología benigna del útero	287 531.2			287 531.2							
HC l.3.3.10 Patología benigna de mama	650 382.4			650 382.4							
HC l.3.3.11 Patología benigna de próstata	368 208.6			368 208.6							
HC 4e Servicios auxiliares de atención de la salud-cáncer de próstata	10 996.4	10 996.4									
HC 4.1.4 Ginecologías hiperplasia de próstata	10 996.4	10 996.4									
HC 6e Servicios de prevención y de salud pública-equidad y género	146 082.2	146 082.2									
HC 6f Servicios de prevención y de salud pública-cáncer de próstata	84 642.3	84 367.7		274.6							
HC 6.4.3 Cáncer de próstata	84 642.3	84 367.7		274.6							
HC 6.9.1 Prevención de la violencia	27 157.7	27 157.7									
HC 6.9.2 Centros de atención a violencia	76 286.7	76 286.7									
HC 6.9.3 Programa mujer y salud y atención a la salud de las mujeres (equidad de género)	42 637.9	42 637.9									
HC 7.1.1e Rectoría y administración de la salud por administraciones públicas (excepto seguridad social) equidad de género y violencia	16 975.7	16 975.7									
HC 7.1.1.f Rectoría-Centro Nacional de Equidad de Género y Violencia	5 282.7	5 282.7									

Gasto de los proveedores en cáncer de próstata, en equidad de género y violencia, y en endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata por función de salud reproductiva y equidad de género, 2005

Función de salud reproductiva	HP I		Sector público				HP 4.1	HP 5	HP 6
	HP 3.1	HP 3.2	HP 3.4	HP 3.5	HP 3.9.3 y HP 3.9.9 Profesionales alternativos o tradicionales y demás proveedores de servicios de atención ambulatoria	Farmacias	Suministro y administración de programas de salud pública	Administración general de la salud y los seguros médicos- Total	
Gasto en cáncer de próstata	234 747.7		370.2	10 996.4			84 367.7	16 975.7	
Gasto en violencia intrafamiliar y equidad de género	8 247.0		106 091.7				40 936.2		
Gasto en endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata									
Rectoría	2 816 976.3		320.6					684 896.9	
HC 1e Servicios de asistencia curativa-cáncer de próstata	234 747.7		95.6						
HC 1f Servicios de asistencia curativa-violencia intrafamiliar	8 247.0		945.7						
HC 1g Servicios de asistencia curativa-otros	2 816 976.3		320.6						
HC 1.1e Asistencia curativa hospitalaria-cáncer de próstata	149 166.2		95.6						
HC 1.1f Asistencia curativa hospitalaria-violencia intrafamiliar	4 819.2								
HC 1.1g Asistencia curativa hospitalaria-otros	1 492 567.1		320.6						
HC 1.1.7 Atención de cáncer de próstata	149 166.2		95.6						
HC 1.1.8 Atención traumatisms por violencia intrafamiliar	4 819.2								
HC 1.1.9 Endometriosis	22 231.7		66						
HC 1.1.11 Patología benigna del útero	977 420.8		212.7						
HC 1.1.1.2 Patología benigna de mama	115 031.1		21.6						
HC 1.1.1.3 Patología benigna de próstata	377 883.4		79.7						
HC 1.3e Asistencia curativa ambulatoria-cáncer de próstata	85 581.5								
HC 1.3f Asistencia curativa ambulatoria-otros	1 324 409.2								
HC 1.3g Asistencia curativa ambulatoria-violencia	3 427.7		945.7						
HC 1.3.3.5 Atención de cáncer de próstata	85 581.5								
HC 1.3.3.6 Atención de lesiones por violencia intrafamiliar	3 427.7		945.7						
HC 1.3.3.7 Endometriosis	18 287.0								
HC 1.3.3.9 Patología benigna del útero	287 531.2								
HC 1.3.3.10 Patología benigna de mama	650 382.4								
HC 1.3.3.11 Patología benigna de próstata	368 208.6								
HC 4e Servicios auxiliares de atención de la salud-cáncer de próstata									
HC 4.1.4 Citologías hiperplasia de próstata			10 996.4						
HC 6e Servicios de prevención y de salud pública-equidad y género			105 146.0				40 936.2		
HC 6f Servicios de prevención y de salud pública-cáncer de próstata			274.6				84 367.7		
HC 6.4.3 Cáncer de próstata			274.6				84 367.7		
HC 6.91 Prevención de la violencia			27 157.7						
HC 6.9.2 Centros de atención a violencia			76 286.7						
HC 6.9.3 Programa mujer y salud y atención a la salud de las mujeres (equidad de género)			1 701.7				40 936.2		
HC 7.1.e Administración de la salud por administraciones públicas (excepto seguridad social)-equidad de género y violencia								16 975.7	
HC 7.1.1f Rectoría-Centro Nacional de Equidad de Género y Violencia								5 282.7	

Glosario

SR y EG	Salud reproductiva y equidad de género
CNEGySR	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
INSP	Instituto Nacional de Salud Pública, México
CSR	Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares
ENSAR	Encuesta Nacional de Salud Reproductiva
PIB	Producto interno bruto
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicio Social de los Trabajadores del Estado
VIH/sida	Virus de inmunodeficiencia humana / síndrome de inmunodeficiencia adquirida
OPS	Organización Panamericana de la Salud
CISS	Centro de Investigación en Sistemas de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
ODM	Objetivos de desarrollo del milenio
Sicuentas	Sistemas de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal
FASSA	Fondo de Aportaciones para la Secretaría de Salud, del Ramo 33
SAEH	Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios
CIE-10	Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10
SMP	Salud materno-perinatal
PF	Planificación familiar
CaCu	Cáncer cervicouterino
CaMa	Cáncer de mama
Mexfam	Fundación Mexicana para la Planeación Familiar
Femap	Federación Mexicana de Asociaciones Privadas para el Desarrollo en Salud y Comunitario
SES	Servicios estatales de salud
ONG	Organismos no gubernamentales
APV	Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida
Grupo AI-DeM	Grupo para la Atención Inmediata de las Defunciones Maternas
Globocan	Agencia Internacional de Investigación sobre Cáncer

Referencias

1. Secretaría de Salud. Metas del Plan Nacional de Salud 2001-2006. Documento de Seguimiento. Disponible en: <http://evaluacion.salud.gob.mx/metaspns/metaspns.htm>. Último acceso: 16 de marzo 2006
2. Ávila L, Cahuana L, Pérez R. Cuentas nacionales en salud reproductiva y equidad de género. Ciudad de México/Cuernavaca, México:Secretaría de Salud/Instituto Nacional de Salud Pública, 2005
3. Ávila L, Cahuana L, Pérez R y B. Aracena. Cuentas nacionales en salud reproductiva y equidad de género, 2003- 2004. Ciudad de México/Cuernavaca, México:Secretaría de Salud/Instituto Nacional de Salud Pública, 2006
4. Organización de las Naciones Unidas. DOCUMENTO FINAL DE LA CUMBRE MUNDIAL DE 2005. http://www.un.org/spanish/summit2005/fact_sheet.html
5. Diario Oficial de la Federación. Consejo de Salubridad General. Acuerdo por el que se establece la aplicación obligatoria en las instituciones públicas y privadas del Sistema Nacional de Salud, de los componentes sustantivos y estratégicos del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida y de la vigilancia epidemiológica de las defunciones maternas. Lunes 1 de noviembre de 2004. Primera Sección. <http://www.insp.mx/transparencia/XIV/Csg01nov.pdf#search=%22acuerdo%20consejo%20nacional%20de%20salubridad%22>
6. Organización Mundial de La Salud. Informe mundial sobre la salud 2005 ¡cada madre y cada niño contarán!. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud, 2006
7. Secretaría de Salud. Salud: México 2001-2005. Información para la rendición de cuentas. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2006
8. Organización Panamericana de la Salud. Building strategic alliances and partnerships for cervical cancer prevention and control in latin america and the caribbean: a PAHO perspective UICC World cancer congress (july 8-12, 2006). En: http://www.paho.org/English/D/UICC_Briefing_Jul_11_06.pdf
9. Organización Mundial de la Salud. Cáncer. Disponible en URL: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>
10. Organización Mundial de la Salud. Programas nacionales de control del cáncer: Políticas y pautas para la gestión. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, 2004. Disponible en <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/pcc-NCCP.pdf>
11. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. 46° Consejo Directivo. 57.a sesión del comité regional. En: <http://www.paho.org/Spanish/AD/GE/PAHOGenderPolicySP05.pdf>
12. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. El INEGI da a conocer los resultados de las encuestas nacionales de ingresos y gastos de los hogares (ENIGH) levantadas en el periodo 2000-2005, acordes con la información de la conciliación demográfica. Comunicado N° 209/06. 29 de septiembre de 2006. Aguascalientes. Disponible en: <http://www.inegi.gob.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Boletines/Boletin/Comunicados/Especiales/2006/Septiembre/comunica16.pdf>. Último acceso: 24 octubre 2006
13. World Bank; World Health Organization, United States Agency for International Development. Guide to producing national health accounts with special applications for low-income and middle-income countries. Vancouver (Canada): World Health Organization; 2003
14. Merino-Juárez MF, Alarcón-Gómez M, Lozano-Ascencio R. Manual del sistema de cuentas nacionales y estatales de salud. México, D.F.: Dirección General de Información en Salud; 2004
15. World Health Organization. Reproductive health [sitio en Internet]. Geneva: WHO. Hallado en: http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/. Acceso el 20 de septiembre de 2005
16. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10ª ed. Washington, D.C.: Organización Panamericana De La Salud; 1995
17. Secretaría de Salud Sistema Nacional de Salud. Boletín de Información Estadística. Servicios Otorgados y Programas Sustantivos. No 25. Vol. III. Año 2005 México DF: Secretaría de Salud, 2006
18. Secretaría de Salud. Sistema Nacional de Salud. Boletín de Información Estadística. Recursos Financieros. No 25. Vol. IV. Año 2005 México DF: Secretaría de Salud, 2006
19. Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Información Disponible. Disponible en: <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/> (acceso restringido)
20. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Catálogo de Servicios Esenciales. México DF: Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2006

21. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Indicadores de Resultados. Resultado del Segundo Semestre. Año Fiscal 2005. México DF: Comisión Nacional de Protección Social en Salud, 2006
22. IMSS. Memoria Estadística 2005. (CD-ROM)
23. IMSS. Morbilidad 2005 (CD-ROM)
24. IMSS. Egresos Hospitalarios 2005. (CD-ROM)
25. ISSSTE. Anuario Estadístico 2005. (CD-ROM)
26. ISSSTE. Egresos 2005. (archivo en Excel)
27. Secretaría de Salud. Universidad Autónoma de México. Encuesta Nacional de Salud Reproductiva 2003. México DF: Secretaría de Salud, 2004.
28. Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros. Gastos Médicos Mayores. Por tipo de plan, rango de edad y sexo.
29. World Health Organization. Mother-baby package costing spreadsheet. Versión 1.01. [CD-ROM]. Geneva: WHO; 1999
30. Estados Unidos Mexicanos, Secretaría de Salud. Resolución por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993. De los servicios de planificación familiar. Diario Oficial de la Federación (México) 2004 21 de enero
31. Estados Unidos Mexicanos, Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino. Diario Oficial de la Federación (México) 1998 6 de marzo
32. Estados Unidos Mexicanos, Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002. Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Diario Oficial de la Federación (México) 2003 17 de septiembre
33. Banco de México. Calculadora de inflación. Disponible en: <http://www.banxico.gob.mx>. Última visita 16 diciembre 2005.
34. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Reporte No. 6. Indicadores de Resultados. Segundo semestre 2005.
35. Glasier A, Gülmezoglu AM, Schmid GP, García C y PFA Van Look. Sexual and reproductive health: a matter of life and death. Lancet 2006; 368: 1595-607
36. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Méndez-Carniado O, Bryson-Cahn Ch, Barofsky J, Maguire R, Miranda M y S Sesma. Evidence is good for your health system: policy reform to remedy catastrophic and impoverishing health spending in Mexico. Lancet 2006; 368: 1828-41

Cuentas en salud reproductiva
y equidad de género
Estimación 2005 y evolución
del gasto 2003-2005

Se terminó de imprimir en mayo de 2007.
La edición consta de 1 000 ejemplares y
estuvo al cuidado de la
Subdirección de Comunicación Científica
y Publicaciones del Instituto Nacional de Salud Pública

