

CUENTAS EN SALUD REPRODUCTIVA Y EQUIDAD DE GÉNERO

ESTIMACIÓN 2011
Y COMPARATIVO 2003-2011



Cuentas en salud reproductiva
y equidad de género

Estimación 2011 y comparativo 2003-2011



Cuentas en salud reproductiva y equidad de género

Estimación 2011
y comparativo 2003-2011

Leticia Ávila Burgos
Julio César Montañez Hernández
Lucero Cahuana Hurtado
Belkis Aracena Genao



Instituto Nacional
de Salud Pública

Cuentas en salud reproductiva y equidad de género.
Estimación 2011 y comparativo 2003-2011

Primera edición, 2013

D. R. © Secretaría de Salud
Lieja 7, colonia Juárez
06696 México, DF

ISBN 978-607-460-442-9

D. R. © Instituto Nacional de Salud Pública
Av. Universidad 655, colonia Santa María Ahuacatlán
62100 Cuernavaca, Morelos, México

ISBN 978-607-511-126-1

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Citación sugerida: Ávila-Burgos L, Montañez-Hernández JC, Cahuana-Hurtado L, Aracena-Genao B. Cuentas en salud reproductiva y equidad de género. Estimación 2011 y comparativo 2003-2011. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2013. Coeditado con la Secretaría de Salud (MX).

Agradecimientos

Los autores desean agradecer la colaboración de las siguientes personas, quienes facilitaron la realización de este informe:

Secretaría de Salud

Dr. Salomón Chertorivski Woldenberg
Dr. Pablo Kuri Morales
Dra. Prudencia Susana Cerón Mireles
Dra. Aurora del Río Zolezzi
Dra. Yuriria Rodríguez Martínez
Dr. Gustavo Adolfo Von Schmeling Gan
Dra. Mirella Loustalot Laclette
Dr. Marco Antonio Olaya Vargas
Dra. Raquel Espinosa Romero
Dr. Mario Gómez Zepeda
Lic. José Antonio Pérez Durán
CP. Olivia Soto Pacheco
Mtro. Carlos Sosa Manzano
Lic. Óscar Santiago Salinas

Comisión Nacional de Protección Social en Salud

Mtro. David García Junco Machado
Dr. Gabriel R. Manuell Lee
Lic. Gerardo de la Peña Hernández
Dr. Manuel Aguilar Romo
Dr. Manuel Vázquez Valdez
Dr. Samuel Vilchis Fuerte
Lic. Adriana Martínez Enguanzo
Act. Livia N. Villa Treviño

ISSSTE

Lic. Jesús Villalobos López
Dr. Carlos Tena Mayo
Lic. Pedro Vázquez Colmenares
Lic. Antonio Guzmán Nacoud
Lic. Ulises Ricardo Martínez Gallardo
Lic. Eduardo Guerra Divanco
Lic. Gloria Soto Pérez
Lic. Hilda Morales Medina
Lic. Eusebio Cabrera Ortiz

IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh
Lic. Carlos Berges Pérez
Sr. Pedro Sánchez Sandoval
Dra. Leticia Aguilar Sánchez
Dr. Héctor Cano Montes de Oca
Dra. Irma H. Fernández Gárate
Dra. Lorena Patricia Ferrer Arreola
Dra. Rosalba Isabel Ojeda Mijares
Dr. Roberto Ruiz Rosas
Lic. Armando Rivera Téllez
Lic. Gloria Ruiz García
Lic. Ángel Pérez Ramírez
Lic. José Rojo Ortiz

IMSS Oportunidades

Lic. Israel Raymundo Gallardo Sevilla
Dr. Mario Munguía Ramírez
Dr. Juan Carlos Ledezma Vazquez
Lic. Mauro Cruz Cruz
Lic. Edgar Velázquez Villanueva

INSP

Lic. Érika Gutiérrez Escobedo
Lic. Dora Hilda Malpica

Índice

Presentación	11
Síntesis ejecutiva	13
1. Introducción	15
2. Situación de la salud sexual y reproductiva en 2011	17
Mortalidad en menores de cinco años	17
Mortalidad materna	18
Mortalidad por cáncer de mama	23
Mortalidad por cáncer cervicouterino	24
Mortalidad por cáncer de próstata	28
Violencia contra las mujeres	28
3. Metodología	31
Marco teórico y conceptual	31
Métodos de estimación del gasto	33
Fuentes de información	33
• Servicios Estatales de Salud	33
• Sistema de Protección Social en Salud	33
• IMSS Oportunidades	34
• Instituto Mexicano del Seguro Social	34
• Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	34
• Sector privado	34
Análisis de datos	35
Generación de la serie de tiempo del gasto	35
4. Gasto en salud reproductiva y equidad de género 2011	37
Gasto por funciones de salud	37
Gasto por proveedores de bienes y servicios de salud	38
Gasto por programas de salud	38
Gasto por agente financiador	39
• Servicios Estatales de Salud	39
• Sistema de Protección Social en Salud	40
• Gasto por beneficiario: Servicios Estatales de Salud/Sistema de Protección Social en Salud	42
• IMSS Oportunidades	42
• Instituto Mexicano del Seguro Social	44
• Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	46
• Sector privado	48

5. Evolución del gasto en salud reproductiva y equidad de género, 2003-2011	53
Gasto por agente financiador	58
• Servicios Estatales de Salud	58
• Sistema de Protección Social en Salud	60
• Comparación de indicadores de producción de salud materna y perinatal entre Sesa y SPSS	62
• IMSS Oportunidades	64
• Instituto Mexicano del Seguro Social	64
• Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	68
• Sector privado	69
6. Conclusiones y discusión	73
Anexos	77
Siglas y Acrónimos	102
Referencias	103

Presentación

En la última década se ha implementado en México un conjunto de políticas en salud reproductiva, dirigidas a disminuir la mortalidad materna observada en 1990 y con ello avanzar hacia la reducción en tres cuartas partes de la razón de mortalidad materna para 2015 (Objetivo del Milenio 5). Dichas políticas se enmarcan en la reforma estructural más importante del sistema de salud mexicano. El Sistema de Protección Social en Salud tiene como objetivo proteger financieramente a los hogares sin acceso a la seguridad social, procurando en esencia disminuir el gasto de bolsillo en salud. En este contexto, el comportamiento del gasto en salud reproductiva refleja la importancia nacional de las políticas antes mencionadas. De ahí la pertinencia de estimar anualmente el gasto en salud reproductiva y de analizar su evolución en el tiempo.

Con este objetivo, 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, han estado realizando la estimación de las cuentas en salud reproductiva y equidad de género. Se ha generado así una serie de publicaciones cuya información permite dar respuesta a preguntas como: ¿quién paga qué?, ¿quién produce los servicios?, ¿en qué se gasta y quién se beneficia de este gasto? Estos datos pueden ser contrastados con los indicadores de bienestar social o con indicadores que miden inequidades, permitiendo apreciar las consecuencias de los cambios introducidos en materia de políticas públicas.

Este documento presenta la estimación del gasto en salud reproductiva y equidad de género para el año 2011 y un análisis comparativo anual de dicho gasto, que abarca desde 2003, año en que coinciden el arranque del Sistema de Protección Social en Salud y la estimación por primera vez de cuentas en salud reproductiva. El propósito principal del informe es ofrecer a los tomadores de decisiones un panorama general de los principales indicadores de salud reproductiva correspondiente al periodo estudiado. Además, brindar evidencia que apoye los análisis de políticas y programas nacio-

nales en materia de salud reproductiva, a través de cifras de gasto en programas prioritarios de salud pública, como salud materna y perinatal; planificación familiar; cáncer cervicouterino y mamario, y prevención y atención de la violencia familiar, sexual y contra las mujeres.

Los datos mostrados se encuentran enmarcados en un contexto de rendición de cuentas ante los diferentes órganos de gobierno y de la sociedad y permiten dar seguimiento financiero a los cambios introducidos por el gobierno federal, como: la inclusión de la atención de los cánceres cervicouterino y mamario dentro del catálogo de servicios del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos; la implementación de la Estrategia de Embarazo Saludable; la firma del Convenio Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica, y la Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna. La ejecución de todas estas acciones ha implicado la asignación de recursos y conducido a cambios en el monto y composición entre los diversos agentes que conforman el sistema de salud mexicano.

El Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva y el Centro de Investigación en Sistemas de Salud ponen a su disposición la estimación de las Cuentas en salud reproductiva y equidad de género 2011, así como el análisis de la tendencia del gasto 2003-2011. Este libro es el noveno volumen de la colección, que esperamos contribuya a la difusión de la información en un esfuerzo por favorecer la transparencia en el uso de los recursos públicos y la rendición de cuentas.

Dra. Prudencia Susana Cerón Mireles
Directora General
Centro Nacional de Equidad
de Género y Salud Reproductiva
Secretaría de Salud

Dr. Rafael Lozano Ascencio
Director Ejecutivo
Centro de Investigación en Sistemas de Salud
Instituto Nacional de Salud Pública

Síntesis ejecutiva

Antecedentes

La información generada por las Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género constituye un insumo valioso para apoyar con evidencia científica el proceso de toma de decisiones, ya que al ser realizada de manera sistemática proporciona información oportuna y organizada que puede ser comparable a través del tiempo. Esto permite dar seguimiento y documentar las repercusiones financieras de las decisiones tomadas en materia de política pública vinculadas con la salud materna y reproductiva, a la vez que permite mejorar y avanzar en la transparencia en el uso de los recursos.

Por lo anterior, desde 2004 la Secretaría de Salud (SSa), a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR), y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), a través del Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS), han venido desarrollando las Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género (SR y EG). A partir de ese año se dispone de información sobre el monto gastado y se ha logrado generar una serie de tiempo comparable para el periodo 2003-2011. La información contiene las cifras del gasto ejercido en los principales programas de salud reproductiva, sus agentes financiadores, sus proveedores de servicios y el gasto realizado por sus respectivos beneficiarios. Lo anterior permite dar seguimiento a la evolución y explicar los cambios en la composición, distribución y comportamiento del gasto en SR y constituye una herramienta que puede ser complementaria a otros indicadores relacionados.

Material y métodos

Como se ha venido realizando desde la primera estimación para el año 2003 de las cuentas en SR y EG, se utilizó el marco de las cuentas en salud.

Se incluyeron las principales instituciones de seguridad social, el sector privado y las instituciones públicas que brindan atención a la población no asegurada.

La estimación del gasto público utilizó información de presupuestos ejercidos a nivel nacional y estatal, la cual fue ponderada con indicadores de producción. Se utilizó también, información de costos por actividad, la cual fue multiplicada por el número de actividades realizadas. El gasto público fue ajustado por beneficiario para realizar comparaciones entre las entidades federativas.

En la estimación del gasto privado se utilizó información sobre el gasto monetario y no monetario de los hogares proveniente de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH 2010), así como información del gasto de las empresas aseguradoras representadas por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), principalmente. La estimación del gasto privado sólo se presenta para el ámbito nacional.

Resultados

El gasto en SR y EG en 2011 fue de 48 025.9 millones de pesos, equivalente al 0.33% del producto interno bruto (PIB) y 5.43% del gasto total en salud. El 76.6% fue financiado por el sector público, principalmente por la seguridad social, y el 23.4% restante fue ejercido por el sector privado (la participación de los hogares representa 71.5% del gasto del sector privado).

Gasto por funciones

- Servicios de asistencia curativa: 73.9%
- Servicios de prevención y salud pública (control prenatal, puerperio y planificación familiar, tamizaje de cáncer y acciones encaminadas a disminuir la violencia intrafamiliar): 18.2%

Gasto por proveedores

- Hospitales: 72.0%
- Servicios ambulatorios: 18.8%
- Farmacias, laboratorios médicos y administración de los programas: 8.0%

Gasto por programas

- Salud materna y perinatal: 66.4%
- Atención a la endometriosis y patologías benignas: 9.3%
- Planificación familiar: 7.1%
- Cáncer cervicouterino: 6.2%
- Cáncer de mama: 7.6%
- Cáncer de próstata: 1.3%
- Equidad de género y violencia: 0.5%
- Rectoría y administración: 1.6%

Comparación del gasto 2003-2011

El análisis del gasto en salud reproductiva y equidad de género de 2003 a 2011, muestra una importante variabilidad. Durante el periodo estudiado, el gasto total en SR y EG tuvo un aumento promedio anual, en términos reales, de 0.4%. Se observa la importancia creciente del gasto público y la reducción del gasto privado. Así, en 2003, 59.2% del gasto total en SR y EG provenía del sector público y en 2011 éste representa 76.6%; mientras que el gasto privado representaba casi 40.8% en 2003, en 2011 disminuyó a 23.4%.

El análisis anual muestra que hubo decremento del gasto en salud reproductiva en tres periodos, entre 2005-2006, 2007-2008 y 2009-2010 de 1.5, 5.7 y 6.0%, respectivamente. El primer decremento estuvo explicado por reducciones en el gasto del ISSSTE y del programa IMSS Oportunidades. Los decrementos de 2007-2008 y 2009-2010 se explican por el importante descenso del gasto de los hogares en 22.9 y 28.7%. Es pertinente señalar

que la ENIGH se realiza cada dos años por lo que no es posible tener una estimación para 2011 y se estableció el supuesto de que el gasto de ese año fue el mismo que de 2010 corregido por inflación, ello explica que el gasto de los hogares haya tenido pocos cambios en ese año.

El Sesa/SPSS muestra un crecimiento expansivo del gasto en SR durante el periodo 2004 a 2007 y de manera menos pronunciada a partir de 2008, por lo que la participación de este agente es cada vez más importante en el financiamiento de las acciones de salud reproductiva; por el contrario, la participación porcentual de los agentes de la seguridad social en el gasto público en SR y EG ha disminuido discretamente, y con ello su importancia relativa dentro del gasto público en SR y EG.

Conclusiones

Al mostrar los cambios en el tiempo de los montos gastados y de la composición del gasto, el análisis del comportamiento y distribución del gasto en SR y EG muestra su utilidad para dar seguimiento a los cambios en materia de política en SR. El análisis del gasto por agente financiador según el grado de marginación de las entidades federativas exhibe las brechas que aún existen en la distribución del gasto. Por lo anterior, con el objetivo de propiciar que esta información sea utilizada en el diseño y evaluación de políticas relacionadas con la salud reproductiva, se requiere mayor difusión de los resultados que se presentan en este informe entre tomadores de decisiones y hacedores de política pública, así como otros actores vinculados con el tema. Adicionalmente, un importante reto será lograr la continuidad de la serie de gasto en SR con el fin de que constituya una pieza clave como insumo en la toma de decisiones en políticas de salud reproductiva.

1. Introducción

En el transcurso de la última década México ha vivido una serie de cambios políticos, sociales y económicos que, junto a la crisis económica y a una expansión tecnológica sin precedentes a nivel mundial, han modificado la situación en contextos tan diversos como la salud sexual y reproductiva.

Dos sucesos se constituyen como los más importantes para entender la situación actual de la salud sexual y reproductiva en México. En el año 2000, al igual que otras naciones, el gobierno mexicano se adhirió a la Declaración del Milenio cuyo objetivo es cumplir con los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Con dicho compromiso se pretende reducir indicadores relacionados con la pobreza y la desigualdad, como la mortalidad en menores de cinco años y la mortalidad materna hacia el año 2015. Para dar respuesta al desafío que representaba reducir la mortalidad materna, en México se implantó el programa Arranque Parejo en la Vida (APV) como un instrumento que combinaba acciones de salud pública para atender la salud materna y perinatal desde una perspectiva integral.¹ Asimismo, se iniciaron otras acciones orientadas a la reducción de la mortalidad materna como la Estrategia de Embarazo Saludable (2008), y se firmó el Convenio Interinstitucional para la Atención de Emergencias Obstétricas e instrumentó la Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna (2009).²

El establecimiento de estas acciones implicó una importante inversión de recursos públicos en esta área. A pesar de estos esfuerzos y del avance en términos de cobertura de servicios de salud materna, la reducción de la mortalidad materna ha sido mucho más lenta de lo esperado.³ El alcance del ODM 5 requiere una disminución promedio anual de 7.1 puntos en la razón de la mortalidad materna (RMM) en los siguientes cuatro años (2012-2015), descenso que parece difícil de lograr con la tasa de reducción de 0.8 registrada de 2010 a 2011.

El segundo acontecimiento, de repercusión en todo el sistema de salud mexicano, fue la reforma

introducida en 2003 que representó el inicio del Sistema de Protección Social en Salud. Su brazo operativo, el Seguro Popular, actualmente tiene operación en toda la república y según sus últimos reportes, tiene cobertura universal en la mayoría de las entidades federativas. Mediante este sistema se busca brindar protección financiera a la población menos favorecida que se encuentra fuera del sistema de seguridad social mediante la provisión de un paquete de servicios que incluye la atención del incidente obstétrico, del cáncer cervicouterino, cáncer de mama y complicaciones neonatales, entre otros. La puesta en marcha de este sistema ha representado, principalmente, la modificación del esquema financiero de la Secretaría de Salud (SSa), con consecuentes modificaciones en el financiamiento de la salud reproductiva en los ámbitos federal y estatal.

Por lo anterior y en un contexto de competencia por recursos financieros se requiere dar seguimiento al gasto ejercido en salud reproductiva, identificándose sus fuentes, sus ejecutores, las actividades y programas financiados y los montos erogados por beneficiario. Los ejercicios de rendición de cuentas, como el que se realiza a través de la elaboración de las cuentas en salud reproductiva, constituyen un insumo para el diseño y monitoreo de las políticas públicas al establecer una relación entre el gasto en los programas relacionados y las prioridades nacionales, permite observar la tendencia del gasto en las políticas de salud y otros eventos exógenos al sistema, como una crisis económica.

Buscando generar esta información, la Secretaría de Salud a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNE-GySR) y del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), a través del Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS), genera anualmente las Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género. La serie construida permite identificar el monto, composición y distribución del gasto en seis

programas relacionados con la salud reproductiva: salud materna y perinatal, planificación familiar, cáncer cervicouterino, cáncer de mama, cáncer de próstata y equidad de género.

Esta edición contiene las estimaciones del gasto en salud reproductiva y equidad de género 2011 y su evolución en el periodo 2003-2011. A continuación se describe la situación de la salud

reproductiva en México durante 2011, y posteriormente la metodología empleada. Enseguida, se presenta la estimación del gasto en salud reproductiva de 2011, como la comparación del gasto en el periodo 2003-2011. Finalmente, se presentan las conclusiones y discusión sobre los resultados obtenidos.

2. Situación de la salud sexual y reproductiva en 2011

El marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) considera que el estado de salud y la esperanza de vida en una sociedad son necesarios para lograr el desarrollo de un país, y por lo tanto, son indicadores que permiten conocer el funcionamiento y avance de la economía.⁴ En relación a la mortalidad en menores de cinco años, el ODM 4 establece como meta la reducción de su tasa en dos terceras partes entre 1990 y 2015. Respecto a la mortalidad materna, el ODM 5 establece mejorar la salud materna a través de dos metas. La primera consiste en la reducción entre 1990 y 2015 de la mortalidad materna en tres cuartas partes, siendo sus indicadores de seguimiento la razón de mortalidad materna (RMM) y la proporción de partos con asistencia de personal sanitario capacitado. La segunda meta consiste en lograr, para el año 2015, el acceso universal a la salud reproductiva.⁵

Con el propósito de dar un marco contextual de estos indicadores, en esta sección se describe la situación actual en el mundo y en México respecto a la mortalidad de menores de cinco años y la mortalidad materna.

Adicionalmente, ante el incremento de la prevalencia de enfermedades no transmisibles en todas las regiones del mundo como los cánceres de la mujer y el hombre, se incorporan indicadores de mortalidad para estos padecimientos: tasas mortalidad por cáncer de mama y cervicouterino y mortalidad por cáncer de próstata.

Mortalidad en menores de cinco años

Uno de los indicadores más vigilados en el ámbito mundial es la cantidad de niños que mueren antes de cumplir los cinco años. En 2011, 6.9 millones de menores de cinco años fallecieron en el mundo. Aunque esto representa una reducción de 41% respecto a los niveles observados en 1990, persisten desigualdades entre países y al interior

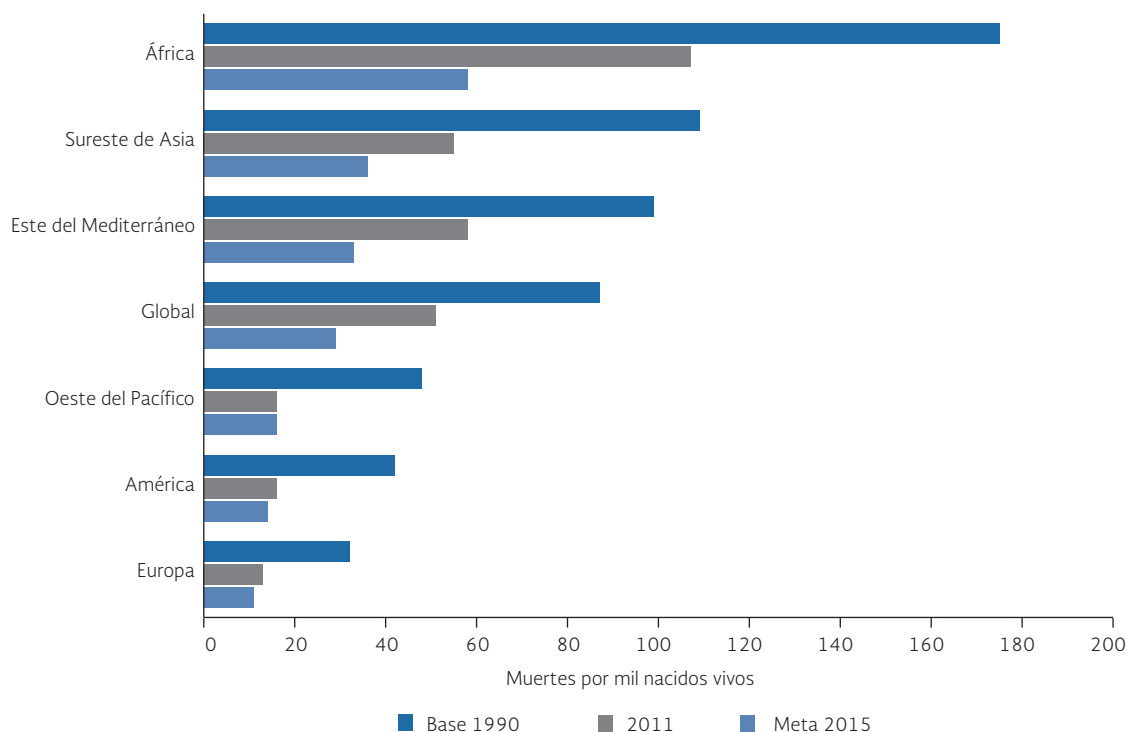
de ellos.^{6,7} La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta que casi 80 por ciento de estas muertes se concentran en sólo 25 países, y casi la mitad en países como la India, Nigeria, Congo, Paquistán y China.⁶

En el ámbito mundial, dos de cada tres de las muertes en menores de cinco años fueron debidas a enfermedades infecciosas. Las principales causas de muerte fueron neumonía, enfermedades diarreicas, asfixia al nacer y prematuridad. La mayoría de todas estas muertes son prevenibles usando intervenciones de bajo costo como la alimentación exclusiva con leche materna en los primeros seis meses de vida, la inmunización, el uso apropiado de antibióticos, la terapia de rehidratación oral, entre otras. Ante todo esto, se han impulsado la difusión y adopción de estas medidas en las diferentes regiones del mundo. Asimismo se ha realizado un importante llamado de atención para cuidar la salud de los niños en sus primeros 28 días de vida (el periodo neonatal) a través de la mejora de la calidad de la atención durante el embarazo y el parto, garantizando para éste condiciones seguras, limpias y realizado por personal calificado, y el aseguramiento de cuidados posnatales inmediatos.⁸

En la figura 1 se muestran los cambios en la tasa de mortalidad en menores de cinco años por regiones del mundo según la OMS. Las regiones de Europa, América y oeste del Pacífico están por alcanzar la reducción de su tasa en dos terceras partes de acuerdo con el ODM 4. Por el contrario, a pesar de reducir su respectiva tasa en más de la tercera parte, las regiones de África, sureste de Asia y este del Mediterráneo, aún están lejos de alcanzar el objetivo del milenio.

En México la tasa de mortalidad de menores de cinco años muestra una reducción, pasando de 16.8 defunciones por mil menores de cinco años en 2010 a 16.3 en 2011,¹⁰ cifra cercana a la meta del ODM para el año 2015 de 15.7. Además, se observan oportunidades para acelerar esta tendencia si se tomaran medidas preventivas: en

Figura 1
Tasa de mortalidad en niños menores de cinco años, 1990, 2011 y meta 2015 (tasa por cada mil nacidos vivos estimados)



Fuente: Elaboración propia con información del Banco de Datos del Observatorio de Salud Global. Organización Mundial de la Salud.⁹

2010, casi la mitad de las muertes en menores de cinco años fueron causadas por prematuridad (17%), enfermedades infecciosas (neumonía y diarrea, 4 y 12%, respectivamente), asfixia al nacer (6%) y sepsis neonatal (6%), mientras que en el resto del mundo este conjunto de causas abarca casi 60% del total de muertes (figura 2).

El análisis detallado de la mortalidad en menores de cinco años por entidad federativa revela situaciones que se pueden mejorar. Las entidades con muy alto grado de marginación presentan una situación desfavorable en comparación con los estados que tienen un grado muy bajo (figura 3). Los estados de Guerrero, Chiapas y Oaxaca reportaron tasas de mortalidad infantil de 24.4, 24.2 y 22.1, para hombres, y 19.8, 19.8 y 18.0, para mujeres, respectivamente; en tanto que Nuevo León, Distrito Federal y Coahuila presentaron tasas de 12.9, 13.7 y 14.3 para hombres y 10.5, 11.1 y 11.6 para mujeres, respectivamente.

Para abatir estas situaciones, el gobierno mexicano ha implementado algunas estrategias

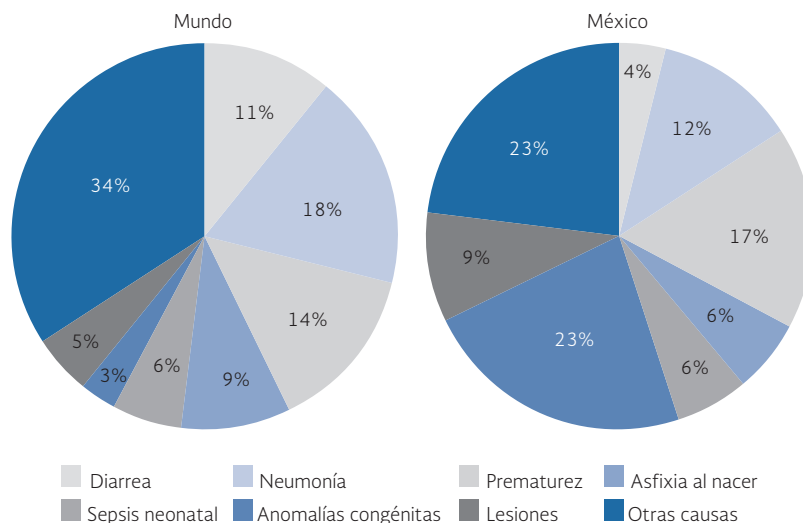
mediante el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS): la atención de complicaciones neonatales mediante el FPGC y el Seguro Médico para una Nueva Generación (SMNG)¹¹ que tiene como objetivo proteger la salud de todos los niños mexicanos nacidos a partir del 1 de diciembre de 2006, a través de la atención médica integral.

Mortalidad materna

Uno de los indicadores más importantes para evaluar las condiciones socioeconómicas de una población es la razón de mortalidad materna (RMM). Definida como la razón de muertes de mujeres por causas obstétricas por cada 100 mil nacidos vivos estimados (NVE), la RMM está relacionada con la calidad de los servicios de salud de una población y refleja las brechas económicas, geográficas y sociales para el acceso a los mismos.

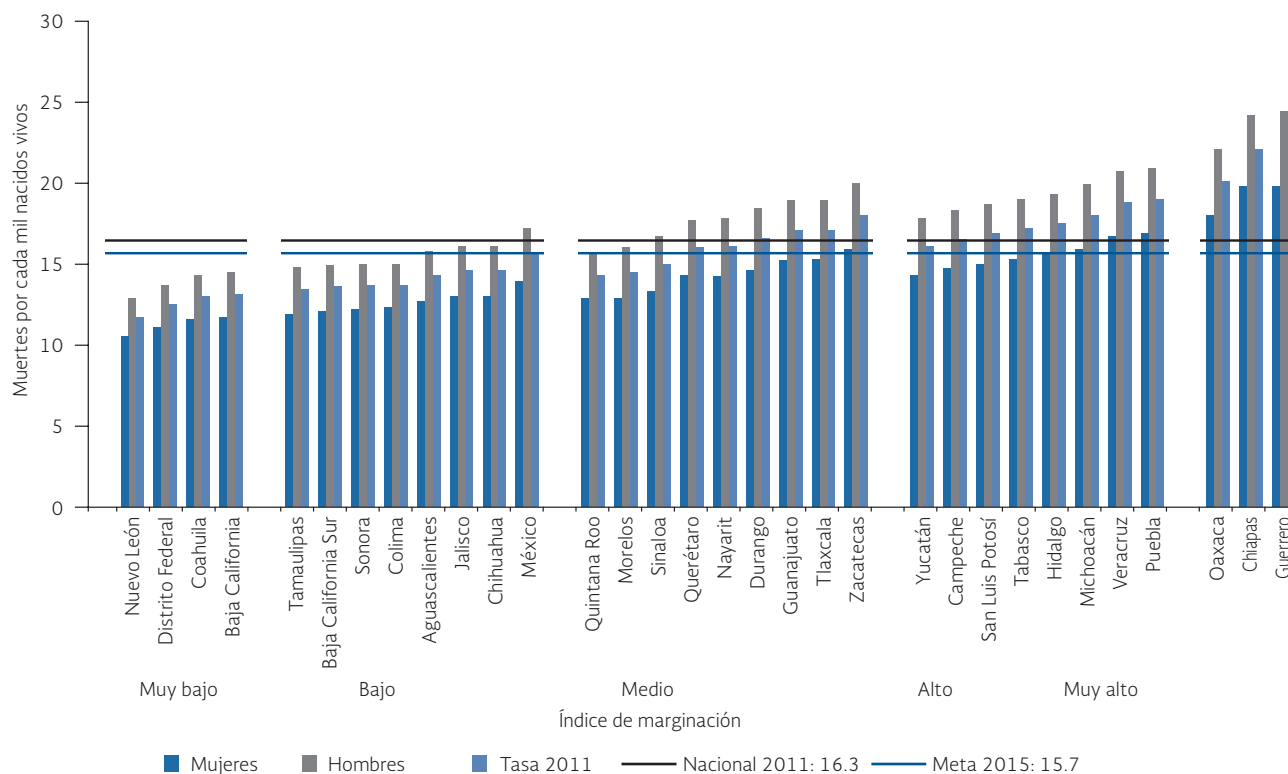
En 2010, en el mundo fallecieron 287 mil mujeres durante el embarazo, parto o puerperio. Casi la totalidad de estas muertes se produjeron en países

Figura 2
Causas de muerte de menores de cinco años en el mundo y en México, 2010



Fuente: Elaboración propia con información del Banco de Datos del Observatorio de Salud Global. Organización Mundial de la Salud,⁹ y Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud.¹⁰

Figura 3
Tasa de mortalidad en niños menores de cinco años, por sexo, entidad federativa y marginación. México, 2011



Fuente: Elaboración propia con información de la Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud.¹⁰

en desarrollo, la mayoría por causas prevenibles. El 80% se debieron a hemorragias severas e infecciones posparto, hipertensión arterial durante el embarazo (preeclampsia y eclampsia) y abortos. El impulso de intervenciones costo-efectivas como la administración de oxitocina después del parto, la higiene en el momento del parto, el uso de sulfato de magnesio y la prevención de embarazos no deseados o muy tempranos, se ha mantenido vigente a través de los años.⁵

La figura 4 muestra la reducción paulatina de la mortalidad materna en las diferentes regiones de la ONU hacia 2010. A pesar de los esfuerzos realizados, existe todavía una importante brecha entre los niveles de 2010 y los esperados para 2015. Actualmente, la reducción de la razón global no ha alcanzado la reducción de 50% respecto a la razón de 1990. Sólo las regiones del sureste de Asia y oeste del Pacífico son las que han podido reducir su mortalidad en más de la mitad.⁹

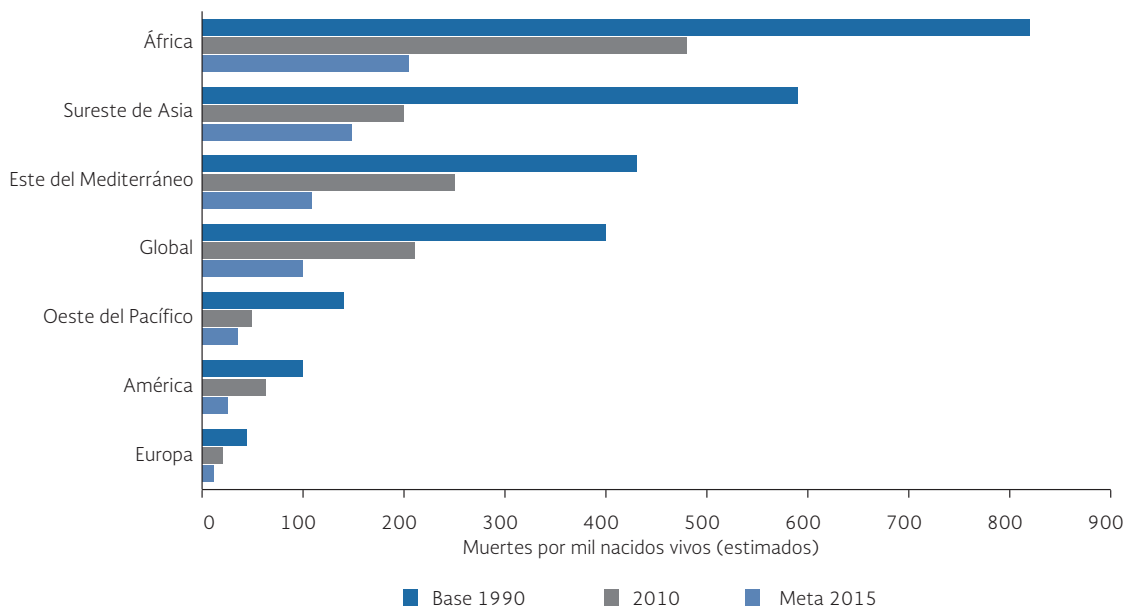
La situación de México se asemeja con la del ámbito global; la RMM en 2011 fue de 50.7 muertes por 100 mil NVE, lo que representa 0.7 puntos porcentuales menor a la reportada en 2010 (51.5). Aunque el resultado es positivo, es insuficiente para el logro de los ODM y por tanto, es necesario

acelerar la reducción de la RMM. Se requiere una disminución promedio anual de 7.1 puntos para los siguientes cuatro años (2012-2015).

La figura 5 presenta la tendencia de la RMM en México, así como las estrategias implementadas en los últimos años para enfrentarla. Entre 2003 y 2011 se reportó una disminución sostenida de muertes asociadas a causas obstétricas directas, pasando de 53.9 en 2003 a 38.5 en 2011. Aunque las principales causas de mortalidad materna en México son la hipertensión y la hemorragia, su participación porcentual en el total de muertes ha disminuido (cuadro I). Comportamiento contrario experimentaron las muertes debido a causas obstétricas indirectas que, en 2009, aumentaron. Incremento atribuible, principalmente, al brote de la epidemia AH1N1 (O995), enfermedad que hace aún más vulnerables a las mujeres embarazadas.²

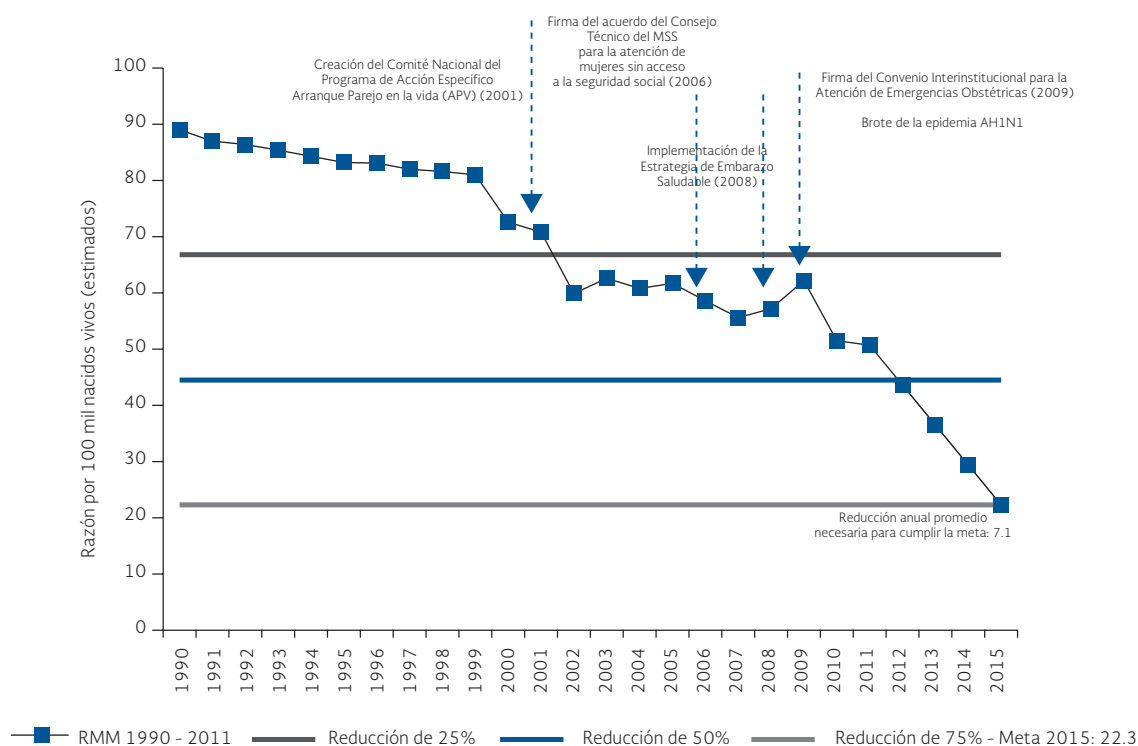
Respecto a la distribución geográfica de la mortalidad materna aún persisten importantes desigualdades entre entidades federativas. Oaxaca, Guerrero, y Chiapas, entidades de muy alta marginación, presentaron las RMM más altas (113.0, 75.8, 63.8, respectivamente). En contraste, Nuevo León, Baja California, Distrito Federal y Coahuila, entidades de muy baja marginación,

Figura 4
Razón de mortalidad materna en el mundo por regiones de la OMS: 1990, 2010 y meta 2015



Fuente: Elaboración propia con información de Banco de Datos del Observatorio de Salud Global. Organización Mundial de la Salud.⁹

Figura 5
Razón de mortalidad materna y estrategias implementadas para su reducción. México, 1990-2011
(razón por 100 mil nacidos vivos estimados)



Fuente: Elaboración propia con información de la Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud.¹⁰

Cuadro I
Causas principales de muerte materna (razón de mortalidad materna). México, 2002-2011

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Obstétricas directas	51.3	53.9	51.0	50.7	47.6	44.0	45.6	41.6	38.6	38.5
Aborto	4.4	4.1	4.3	4.6	4.7	4.1	4.0	3.8	4.8	3.9
Enfermedad hipertensiva	19.5	19.6	17.9	16.0	17.3	14.1	14.4	13.4	12.9	12.4
Hemorragia	10.9	16.4	15.5	15.1	12.9	13.5	14.5	12.3	10.1	11.7
Infección puerperal	2.4	2.1	2.1	1.5	1.4	1.4	1.2	1.4	0.9	1.6
Otras obstétricas directas	14.0	11.7	11.2	13.5	11.3	10.8	11.6	10.8	9.9	8.9
Obstétricas indirectas	8.6	8.6	9.7	11.0	10.9	11.7	11.6	20.5	12.9	12.3
O98	0.9	0.8	1.2	1.6	1.5	0.8	1.0	1.2	2.1	1.8
O99	7.6	7.9	8.5	9.4	9.4	10.9	10.6	19.3	10.8	10.5

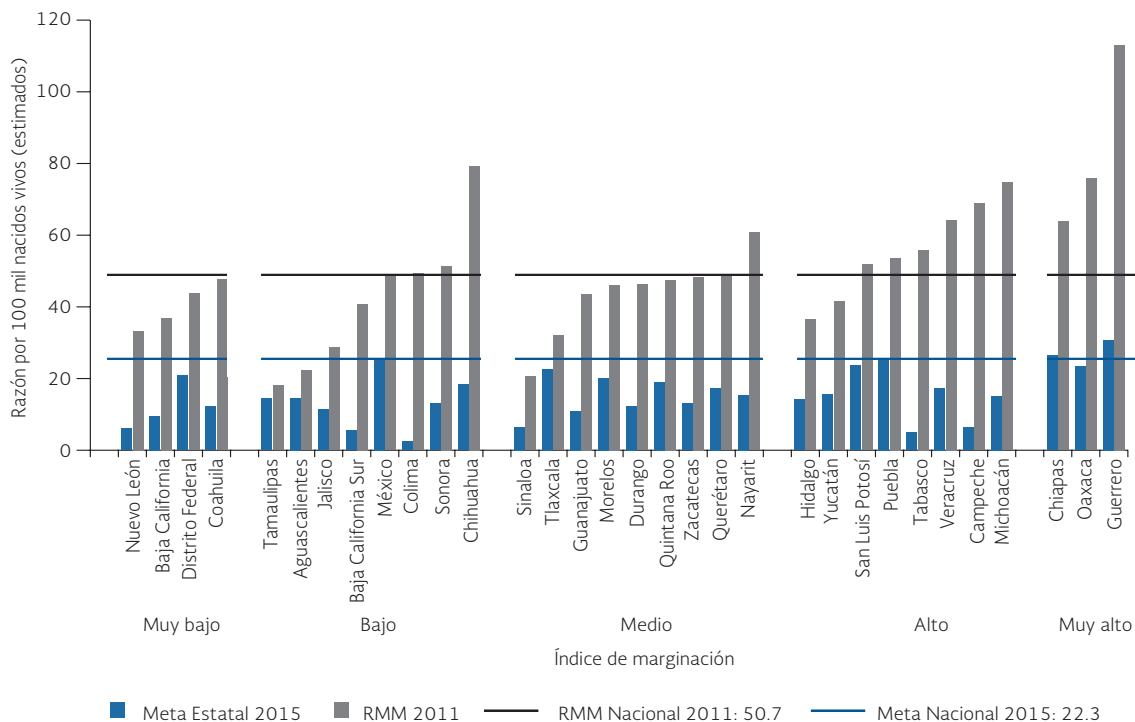
Fuente: Elaboración propia con información de la Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud.¹⁰

están por debajo de la RMM nacional (figura 6). Destacan Tamaulipas y Sinaloa, entidades que en 2011 registraron RMM menores a la meta nacional de 2015.¹⁰

La figura 7 muestra cómo se comportó la RMM en 2010 y 2011. Llama la atención el retroceso

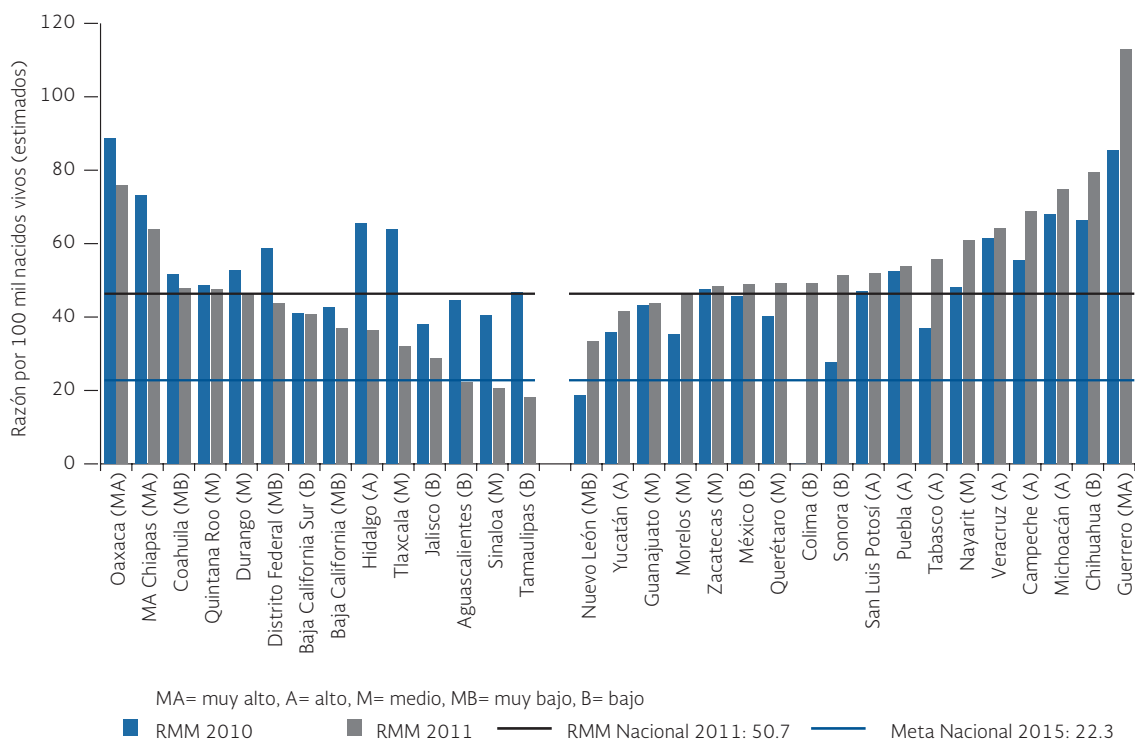
observado en 18 entidades federativas que aumentaron, en 2011, la RMM, respecto a 2010. A excepción de Hidalgo, todas las entidades de alta marginación mostraron retroceso en el logro de los ODM, lo que explica la pequeña reducción de la RMM nacional de la figura 5.¹⁰

Figura 6
Razón de mortalidad materna por entidad federativa e índice de marginación. México, 2011



Fuente: Elaboración propia con información de la Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud.¹⁰

Figura 7
Razón de mortalidad materna por entidad federativa y nivel de marginación. México, 2010 y 2011



Fuente: Elaboración propia con información de la Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud.¹⁰

Mortalidad por cáncer de mama

El cáncer de mama es el más frecuente en las mujeres, y representa un problema importante de salud pública en el mundo. En 2008, de acuerdo a la Agencia Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés),^{12,13} se diagnosticaron 1 384 millones de casos nuevos y ocurrieron 458 mil muertes por este padecimiento en el mundo. Poco más de la mitad de dichas muertes aconteció en los países en desarrollo.¹⁴ En América Latina y el Caribe se reportaron 117 939 nuevos casos en 2009, contribuyendo con 10.5% de los nuevos casos de cáncer de mama en el mundo.¹⁵

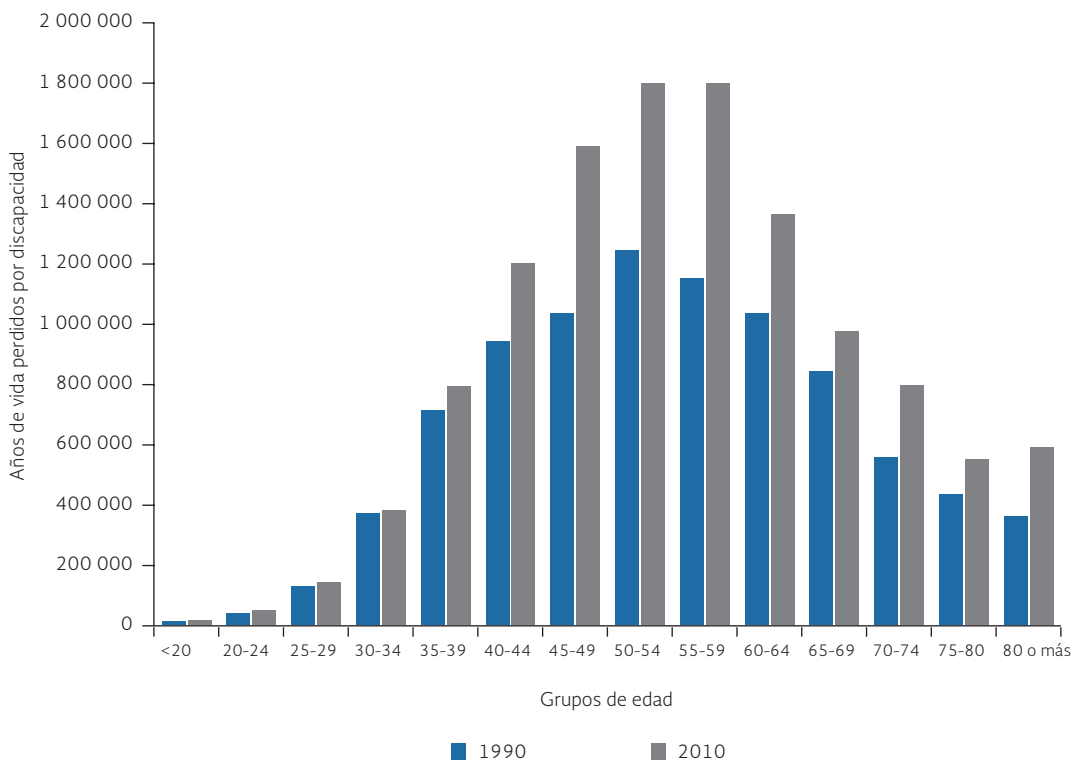
Según estudios del Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud (IMHE, por sus siglas en inglés) sobre la carga de la enfermedad, señalan que en 1990 el mundo perdía 8.8 millones de años de vida saludable ajustados por discapacidad (Avisa) debido al cáncer de mama, en mujeres de 15 o más años. El grupo de edad con mayor pérdida era el de 50 a 54 años. En 2010 la pérdida fue de 12 millones de Avisa, lo que representa que en el transcurso de 20 años el número de Avisa se incrementó en 36 por ciento (figura 8).¹⁶

Al observar la mortalidad por cáncer de mama es notable que, contrario al comportamiento de la RMM, en 2011, las entidades de muy baja y baja marginación son las que muestran las mayores tasas de mortalidad, con cifras por encima de la tasa nacional, excepto el Estado de México, siendo las tasas de Baja California Sur y Chihuahua las más altas (24.9 y 24.8, respectivamente). En contraste, las entidades de alta y muy alta marginación reportan todas, tasas por debajo de la nacional. Los niveles más bajos correspondieron a Quintana Roo y Oaxaca, 6.9 y 8.9, respectivamente (figura 9).¹⁰

En el país, el número de mujeres que fallecieron por esta causa en 2011 fue de 5 213,¹⁰ lo que

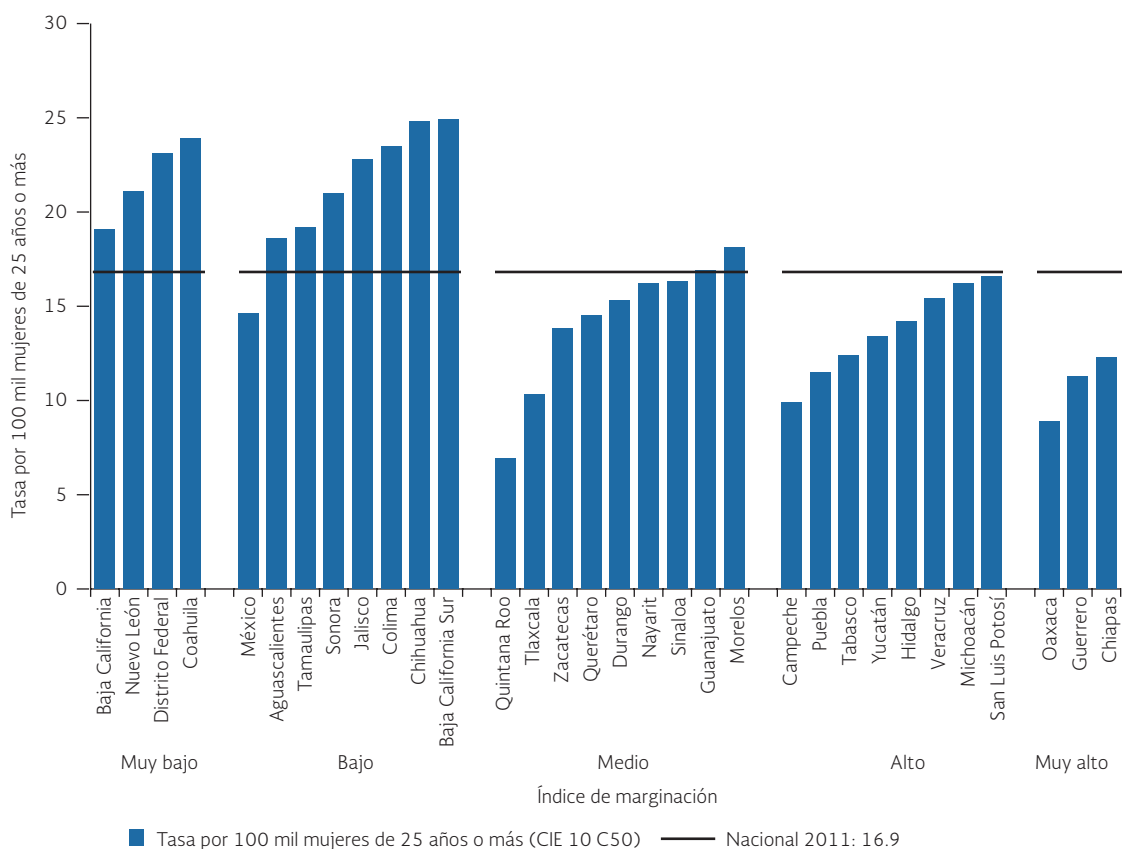
Figura 8

Años de vida saludable ajustados por discapacidad, perdidos por cáncer de mama en diferentes grupos de edad en mujeres en el mundo, 1990 y 2010



Fuente: Elaboración propia con información del Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud. Carga Global de la Enfermedad¹⁶

Figura 9
Tasa de mortalidad por cáncer de mama por entidad federativa y marginación. México, 2011



Fuente: Elaboración propia con información de la Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud.¹⁰

representó un crecimiento de 3.3% respecto a la cifra registrada en 2010. Es posible que este número más que reflejar el incremento en la letalidad, sea el resultado de un mejor registro y captación de casos ante la inclusión de este padecimiento en el catálogo de servicios del FPGC en 2007. La distribución del número de muertes por grupo de edad indica que éstas se concentran en mujeres a partir de los 45 años de edad (figura 10).

Mortalidad por cáncer cervicouterino

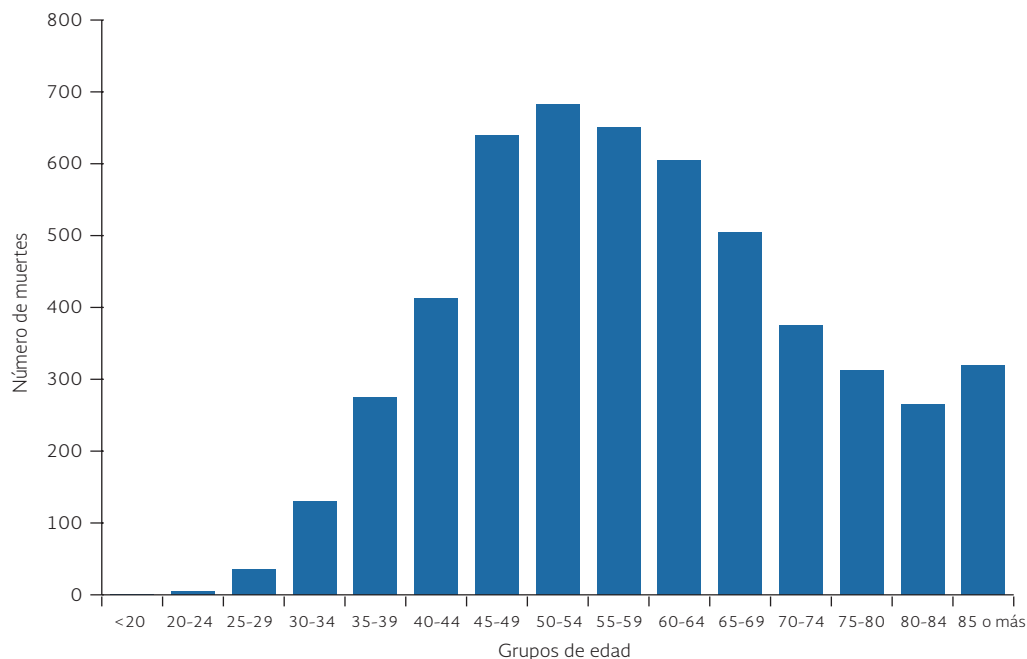
En el mundo, durante 2008 fueron registrados 530 mil casos nuevos de CaCu, lo que convirtió a este padecimiento en el tercer tumor maligno más frecuente entre las mujeres, después del cáncer de mama y de colón, respectivamente.¹² Más de 85% de estos casos se presentaron en países en desarrollo. En el ámbito global, el CaCu fue causante de

275 mil muertes que se concentran en regiones de países en desarrollo como África, América Latina y el Caribe y Asia.¹²

La carga global del CaCu es de 6.4 millones de Avisa perdidos en 2011, cifra que representa un incremento de 16% en el número de Avisa perdidos con relación a 1990. Su carga se concentra en los grupos de 50 años o más, llamando la atención el incremento en mujeres de 35 a 45 años, lo que es consistente con los hallazgos que señalan la aparición más temprana de esta enfermedad (figura 11).¹⁶

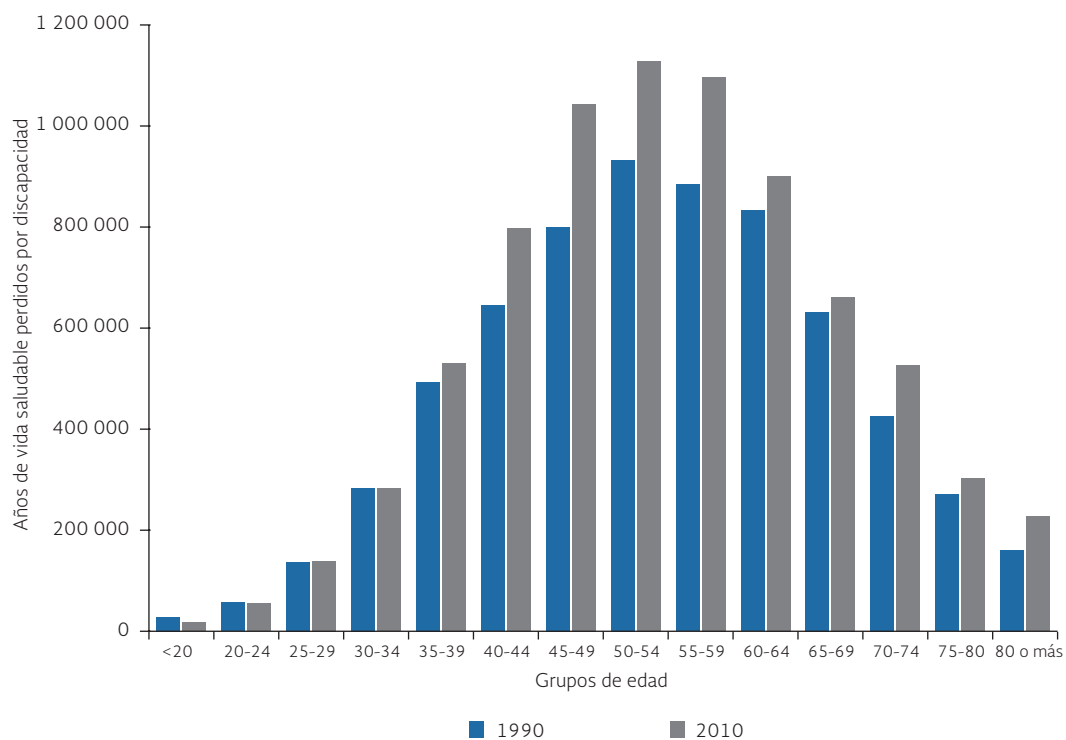
En México, la tasa de mortalidad por este tipo de cáncer fue de 12.71 en 2011.¹⁰ Chiapas, Oaxaca y Guerrero, las tres entidades de muy alta marginación, reportaron tasas de 19.0, 17.4 y 16.7, respectivamente, mientras que Nuevo León, Baja California y Distrito Federal, entidades de muy baja marginación, tuvieron tasas de 9.2, 10.5 y

Figura 10
Número de muertes por cáncer de mama por grupo de edad. México, 2011



Fuente: Elaboración propia con información de la Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud.¹⁰

Figura 11
Años de vida saludable ajustados por discapacidad, perdidos por cáncer cervicouterino en diferentes grupos de edad en mujeres en el mundo, 1990 y 2010



Fuente: Elaboración propia con información del Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud. Carga Global de la Enfermedad¹⁶

10.7, respectivamente. La tasa más alta fue la reportada por Colima de 21.2, seguido por la de Chiapas (figura 12).¹⁰

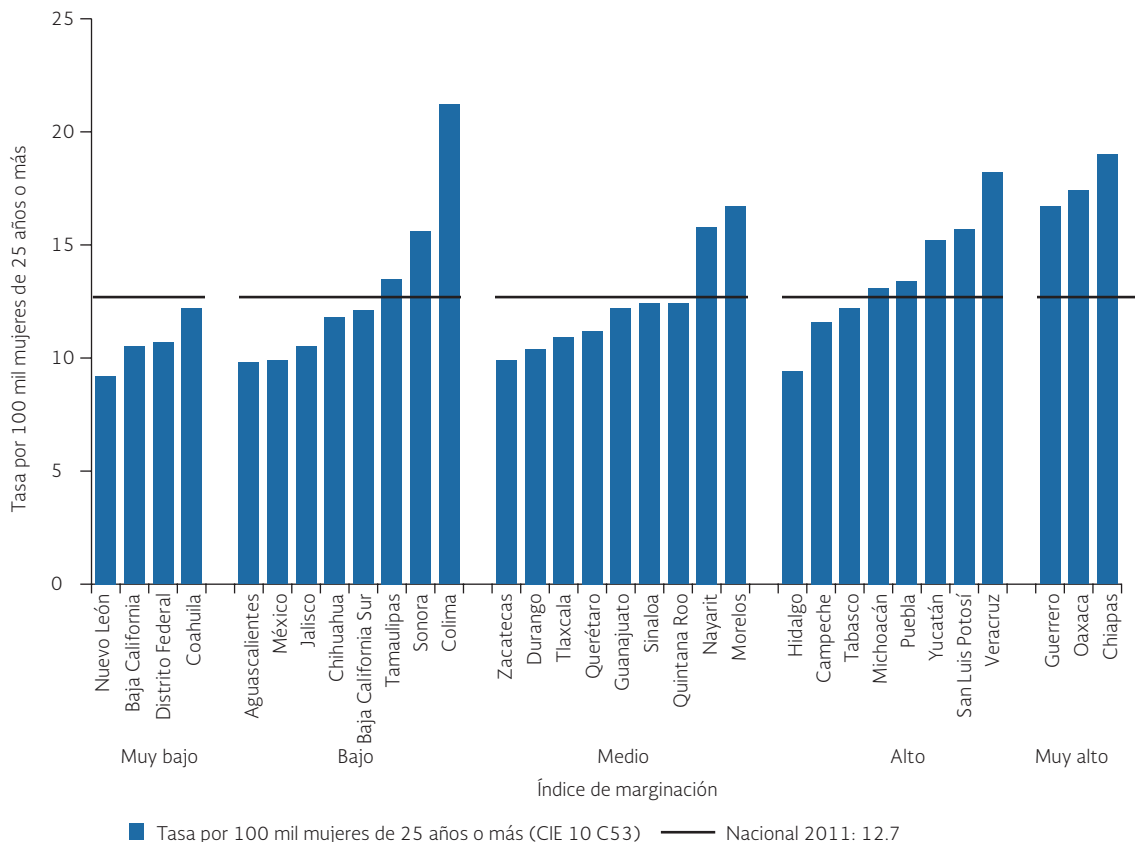
En 2011 se registraron en México un total de 3 926 muertes, 43% de éstas se concentraron en mujeres entre 40 y 64 años de edad, y 38% ocurrieron en el grupo de 65 años o más (figura 13).¹⁰

Por último, al comparar la mortalidad de CaCu y CaMa, se observa que en el tiempo, la mortalidad por cáncer de mama (CaMa) ha aumentado en México superando a partir de 2006 a la de cáncer cervicouterino. Estudios en México han señalado que a partir de 2008, el riesgo de morir por cáncer de mama entre mujeres de 30 a 65 años superó el riesgo de morir por cáncer cervicouterino (CaCu).¹⁷

La figura 14 muestra que la disminución de la tasa de mortalidad por CaCu se ha sostenido desde el año 2000 cuando fue de 19.6 mientras que la

tasa de CaMa fue de 14.6 en ese mismo año. En 2011 la tasa de mortalidad por CaMa fue de 16.9 mientras que la de CaCu fue de 12.7 muertes por cada 100 mil mujeres de 25 años o más.¹⁰ No obstante, a pesar de que la reducción de la tasa de mortalidad por CaCu se ha reducido gradualmente, el número de muertes sólo se redujo en 400 al pasar de 4 308 a 3 908 en 2000 y 2011, respectivamente, mientras que el número de muertes por CaMa fue de 3 861 y 5 206, respectivamente. Lo anterior implica que la reducción de la tasa de CaCu se debe principalmente al aumento de la población de mujeres de 25 años o más en el periodo, y es por ello que aparentemente la tasa de mortalidad por CaCu se ha reducido en 6.9 puntos mientras que la tasa de CaMa ha aumentado 2.3, es decir, las políticas implementadas para abatir estos padecimientos deben considerar que el aumento de la población objetivo es cada vez mayor.

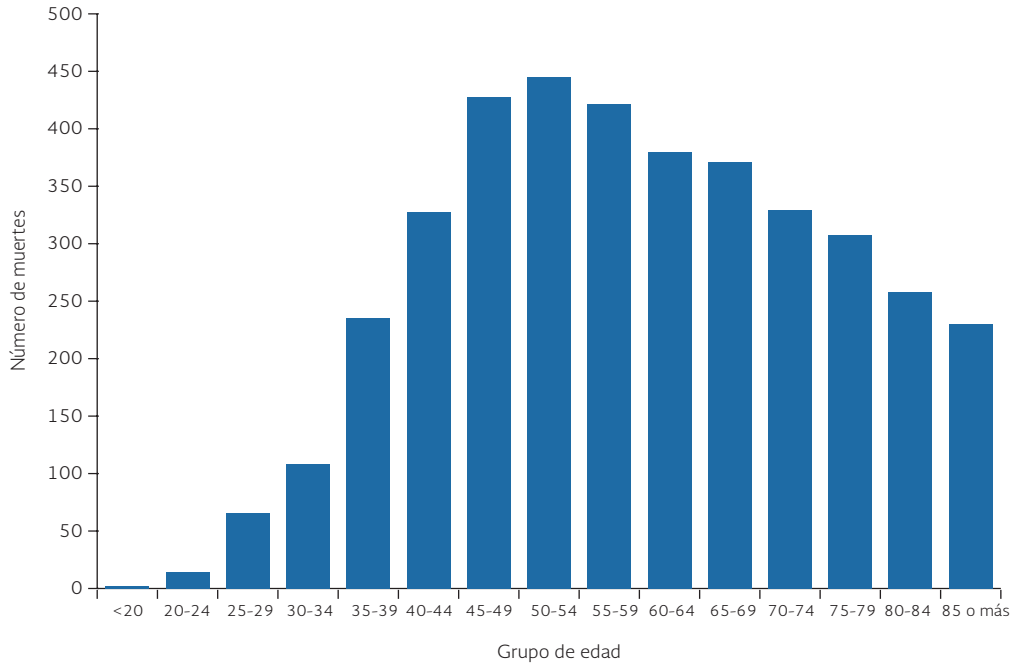
Figura 12
Tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino por entidad federativa y marginación. México, 2011



Fuente: Elaboración propia con información de la Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud.¹⁰

Figura 13

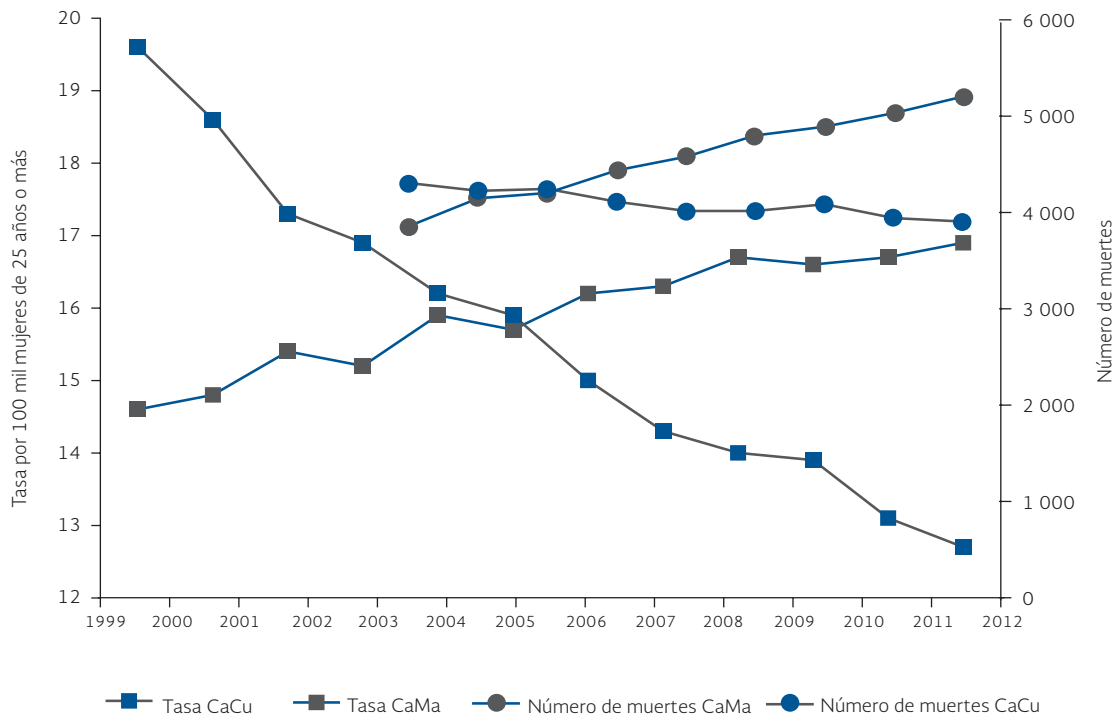
Número de muertes por cáncer cervicouterino por grupo de edad. México, 2011



Fuente: Elaboración propia con información de la Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud.¹⁰

Figura 14

Evolución de las tasas de mortalidad por cáncer de mama y cáncer cervicouterino. México, 2000-2011



Fuente: Elaboración propia con información de la Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud.¹⁰

Mortalidad por cáncer de próstata

Entre los diferentes cánceres que afectan al hombre, el cáncer de próstata (CaPro) es la segunda forma más frecuentemente diagnosticada. La IARC estima que en 2008 se presentaron 899 mil casos nuevos,¹⁶ 75% de ellos en países desarrollados.

Entre 1990 y 2010 se estima que los Avisa perdidos por el cáncer de próstata incrementaron en 60%, pasando de 2.4 millones en 1990 a 3.8 millones en 2010. La carga de la enfermedad se concentra en hombres mayores de 70 años, aunque se alerta un incremento en la población de 50 años o más (figura 15).¹⁶

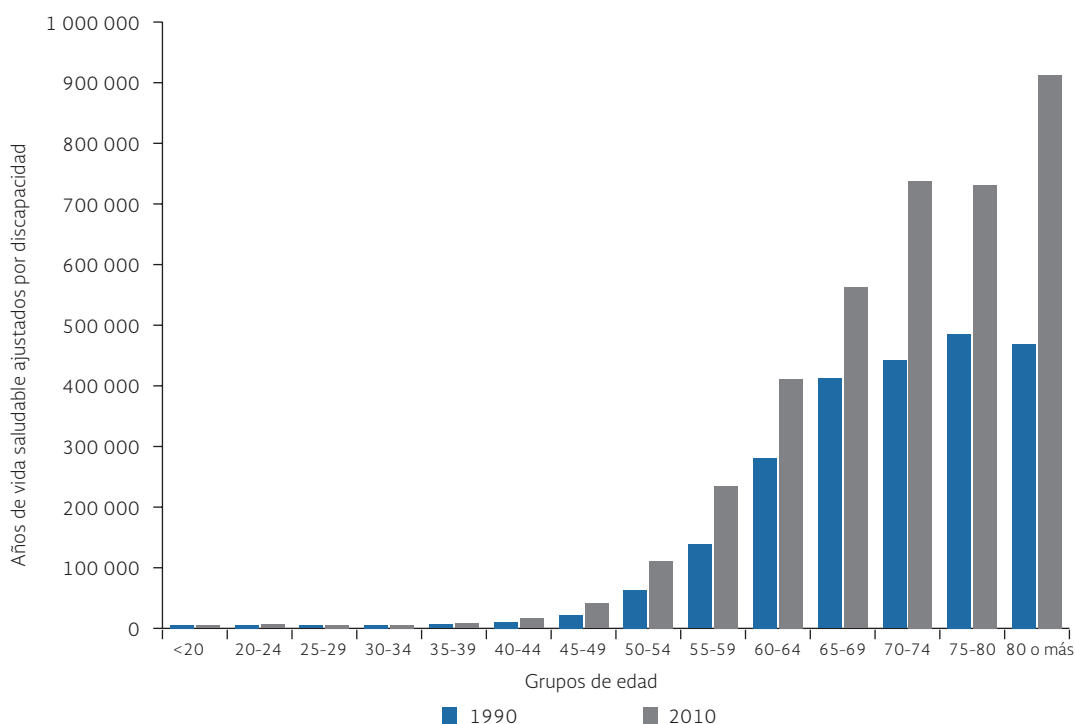
En México, la tasa de mortalidad en 2011 fue de 20.1, es decir, por cada 100 mil hombres de 25 años o más, al menos 20 hombres padecieron esta enfermedad. Contrasta que los estados de muy baja marginación y los de muy alta, excepto Guerrero, están por debajo de la tasa nacional. Las tasas de mortalidad más altas se presentaron en los estados de Nayarit, Michoacán y Zacatecas con

29.9, 28.4 y 27.3 defunciones, respectivamente. En el extremo opuesto, Quintana Roo, Coahuila y México registraron las tasas más bajas con 7.0, 12.3 y 13.3 muertes por cada 100 mil hombres de 25 años o más, respectivamente (figura 16).¹⁰ En ese año, se reportaron 5 666 muertes por este padecimiento de las cuales 88.5% (5 015) ocurrieron en hombres con 65 años o más (figura 17).¹⁰

Violencia contra las mujeres

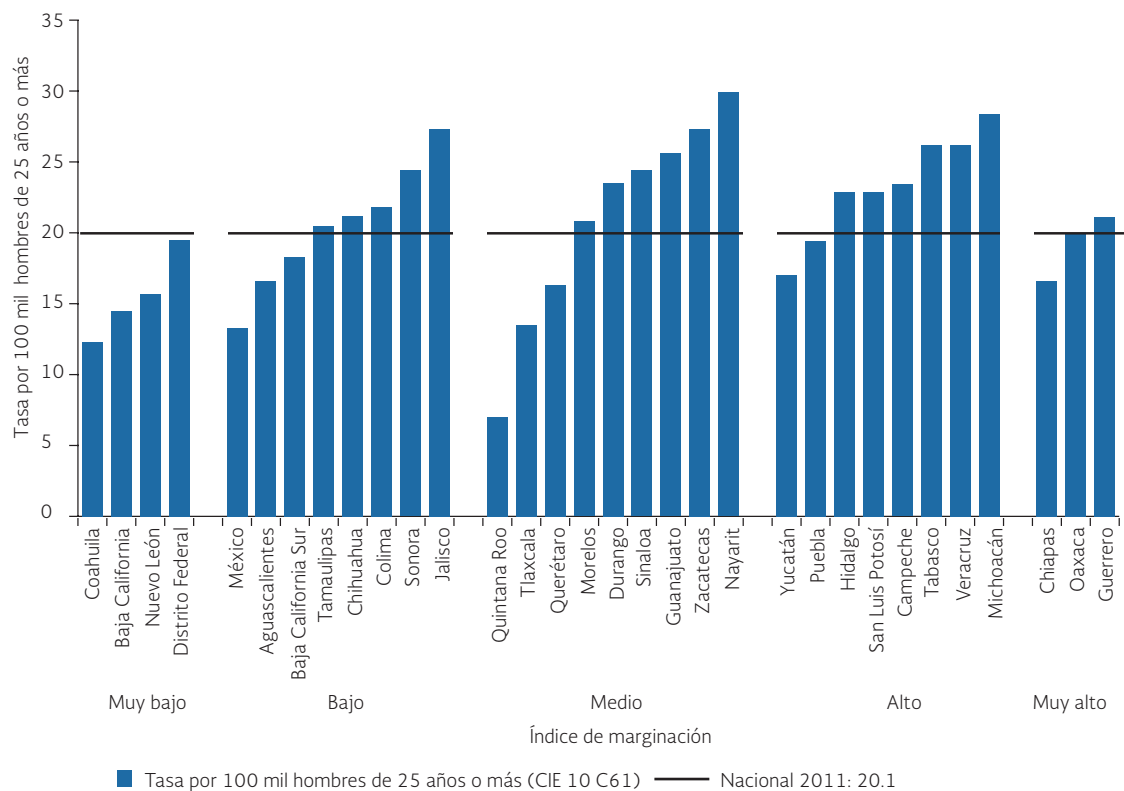
La falta de reporte hace de la violencia contra las mujeres uno de los problemas de salud pública con mayor dificultad para ser atendido. Sin embargo, sus repercusiones sobre la vida de la mujer y su salud reproductiva son amplias y limitantes. Estudios han demostrado que la violencia se asocia con el desarrollo de complicaciones en el embarazo y el parto. Si bien su prevalencia es más alta en países de Latinoamérica, el aporte de los países desarrollados a esta problemática también es notable.¹⁸⁻²⁴

Figura 15
Años de vida saludable ajustados por discapacidad, perdidos por cáncer de próstata por grupo de edad en el mundo, 1990-2010



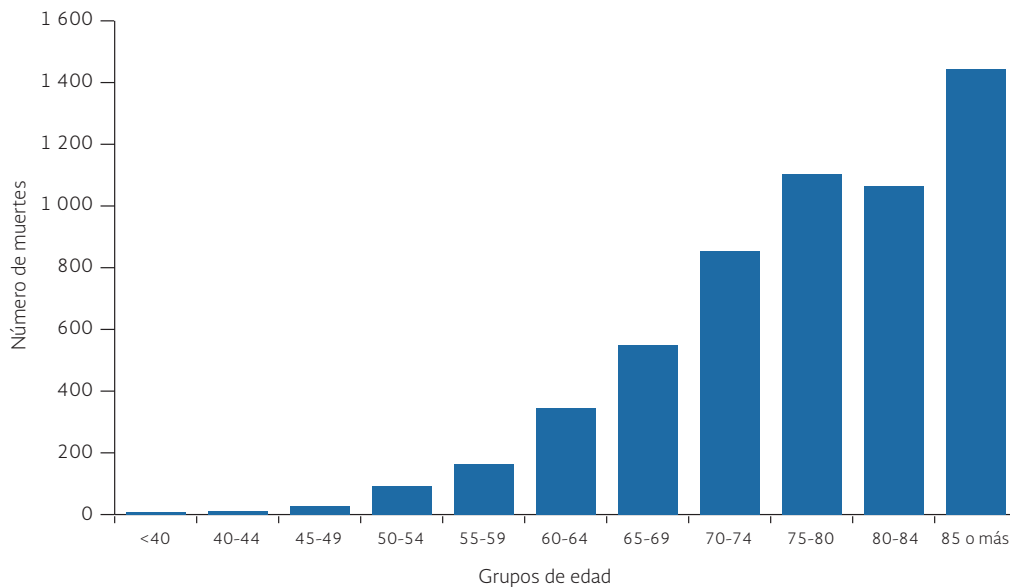
Fuente: Elaboración propia con información del Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud. Carga Global de la Enfermedad.¹⁶

Figura 16
Tasa de mortalidad por cáncer de próstata por entidad federativa. México, 2011



Fuente: Elaboración propia con información de la Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud.¹⁰

Figura 17
Número de muertes por cáncer de próstata por grupo de edad. México, 2011



Fuente: Elaboración propia con información de la Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud.¹⁰

De acuerdo a la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2006 (ENVIM), aproximadamente una de cada tres mexicanas reportó haber sufrido violencia por parte de su pareja en el último año y 29% presentó algún tipo de lesión o daño como consecuencia de esta violencia. Con relación a la utilización de servicios de salud para la atención de sus lesiones, sólo una de cada tres lesionadas buscó atención médica.²⁵

Ante este problema, las autoridades en conjunto con las organizaciones de la sociedad civil han buscado activamente la concientización sobre

la violencia y facilitar la atención de víctimas. En 2011, la Secretaría de Salud reportó que se atendieron 56 439 mujeres en situación de violencia severa, se benefició a 319 266 personas a través de campañas de promoción por una vida libre de violencia familiar y sexual, y se incluyó en la cartilla de salud de las mujeres de 20 a 59 años el concepto de detección temprana de violencia. Asimismo se firmaron convenios de concertación con organizaciones de la sociedad civil e instituciones públicas, lo que permitió aumentar el número de refugios para las víctimas de violencia.²⁶

3. Metodología

La metodología de cuentas en salud permite la descripción sistemática de los flujos financieros relacionados con el consumo de bienes y servicios de salud.²⁷ Entre las formas de contabilizar los recursos ejercidos por el sector salud se encuentran las denominadas Cuentas Satélite de Salud, que muestran información del gasto siguiendo la estructura de las cuentas nacionales del país; y parten desde la perspectiva de la producción de bienes y servicios, ello permite mantener la comparabilidad del gasto en salud con el de otros sectores de la economía.²⁸ Una segunda forma de contabilizar el gasto es a través de las llamadas cuentas en salud; estas recopilan la información de gasto desde la perspectiva del consumo de los bienes y servicios de salud por los residentes de un país en un periodo determinado.²⁷ En México, la contabilidad del gasto en salud con el enfoque de cuentas satélites es desarrollada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEGI); mientras que la Secretaría de Salud, a través de la Unidad de Cuentas en Salud (Sicuentas), realiza el ejercicio de sistematización del gasto público en salud mediante la metodología de cuentas en salud.²⁹

El presente trabajo se acoge al marco de las Cuentas en Salud. Al restringir el gasto de las grandes funciones de salud a programas y acciones específicas en salud, este ejercicio se circunscribe a las llamadas cuentas específicas en salud. Mediante esta estructura es posible conocer la distribución del gasto en acciones o programas específicos a través de la estructura financiera que va desde los agentes que financian hasta los beneficiarios de este gasto.^{30,31} La descripción detallada de la metodología de cuentas en salud puede ser consultada en la dirección electrónica de la Secretaría de Salud, así como en las publicaciones específicas para salud reproductiva.^{29,30} Para facilitar la lectura de este informe expondremos de manera breve los principales elementos metodológicos en los

que se sustenta, mismos que han sido utilizados en estimaciones previas.^{32,33}

Marco teórico y conceptual

La metodología de Cuentas en Salud, utilizada en el presente ejercicio y ajustada para el caso mexicano,^{34,31} propuesta por el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud y la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional,³⁵ compila el flujo de fondos utilizados en la producción de actividades de salud por medio de tablas de doble entrada (matrices).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, las acciones en salud reproductiva comprenden las estrategias dirigidas a contribuir con el ejercicio de una vida sexual, reproductiva y postreproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con respeto a los derechos y a la libre decisión de las personas.³⁰ Para fines de este trabajo se restringe la definición de salud reproductiva al conjunto de actividades relacionadas con los programas de:

- a) **Salud materna y perinatal:** atención del embarazo, parto y puerperio, del aborto y del recién nacido, así como sus respectivas complicaciones.
- b) **Planificación familiar:** provisión y seguimiento de métodos anticonceptivos definitivos y temporales, y fertilización asistida.
- c) **Cáncer cervicouterino:** detección oportuna del cáncer, campañas de tamizaje, atención de las displasias y del cáncer.
- d) **Cáncer mamario:** exploración mamaria, campañas de tamizaje, atención de las displasias y el cáncer.
- e) **Violencia y equidad de género:** acciones de prevención de violencia de pareja y sus riesgos a la salud, así como la atención hospita-

- laria de las lesiones ocasionadas por este tipo de violencia.
- f) **Cáncer de próstata:** acciones de prevención, atención de las tumoraciones benignas y del cáncer.
- g) **Acciones relacionadas con la salud reproductiva:** incluye la endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata.

Se incluyen además las actividades de promoción de la salud, capacitación de personal, rectoría y administración, formación de capital e investigación relacionada con la salud reproductiva. No se incluyen las actividades dirigidas a la prevención y atención de las infecciones de transmisión sexual por encontrarse dentro del ámbito de estudio de las cuentas de VIH/sida.

Adicionalmente, buscando mantener la homogeneidad entre las diversas instituciones de salud, los datos de egresos hospitalarios fueron agrupados utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) versión 10³⁶ (anexo 2).

El gasto en salud reproductiva se definió como el monto de recursos ejercido para producir las actividades comprendidas en la definición de salud reproductiva señalada anteriormente. Su estimación se llevó al ámbito estatal y se incluyeron sólo las transacciones realizadas dentro del país entre enero y diciembre de 2011.

De acuerdo a las cuentas en salud, para el cálculo del gasto se consideraron las siguientes categorías de análisis^{30, 35}

- a) **Agentes de financiamiento:** entidades que acumulan fondos para adquirir bienes y servicios de salud. Se consideraron los siguientes agentes:
- Agentes públicos
 - Gobierno general: Servicios Estatales de Salud (Sesa), Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) y el programa IMSS Oportunidades
 - Seguridad social: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)
 - Agentes privados
 - Pagos directos de los hogares; empresas de seguros privados; organizaciones no gubernamentales (ONG) y otras
- b) **Proveedores:** instituciones que reciben dinero de parte de los agentes financiadores para producir bienes y servicios de salud. Éstos se agrupan en hospitales, proveedores de atención ambulatoria (consultorios médicos y no médicos, laboratorios, proveedores no tradicionales y alternativos), farmacias, programas de salud pública, y administración general de la salud.
- c) **Funciones de salud:** actividades dirigidas a preservar, recuperar o rehabilitar la salud. Acorde con el Sistema de Cuentas en Salud en México,³⁷ se agrupó el gasto ejercido en:
- Servicios de atención curativa, ambulatoria y hospitalaria
 - Bienes médicos proporcionados a pacientes ambulatorios; se incluyen los métodos anticonceptivos y suplementos vitamínicos durante el embarazo
 - Servicios de prevención y de salud pública; se incluyen las consultas prenatales, de puerperio, de recién nacido y de planificación familiar así como las campañas de promoción de la salud reproductiva
 - Rectoría y administración de la salud y los seguros médicos
 - Formación de capital, formación de personal sanitario e investigación y desarrollo
- d) **Beneficiarios:** son los receptores o potenciales receptores de los bienes y servicios de salud. Pueden ser clasificados a partir de distintas características: socioeconómicas y demográficas (edad, sexo, etnia, lugar de residencia), aspectos clínicos (tipo de enfermedad o tipo de atención demandada), entre otros. La definición de los beneficiarios se hizo con base en la norma técnica de cada programa analizado, y el cálculo del total a cubrir se hizo a través de fórmula matemática, cuando aplicara, o bien de manera directa, cuando todo el grupo era susceptible y el o los criterios de admisión eran fácilmente identificables, de la manera siguiente:
- **Salud materna perinatal:** mujeres potencialmente embarazadas. Para calcular el número de beneficiarias, se utilizó la fórmula:^{37,38} (Población total por tasa bruta de natalidad)/1 000
 - **Planificación familiar:** mujeres entre 15 y 49 años³⁹

- **Cáncer cervicouterino y mamario:** mujeres de 25 años o más^{40,41}
- **Cáncer de próstata:** hombres de 25 años o más⁴²

De manera similar a las estimaciones anteriores, se omite en este ejercicio la categoría *Fuentes de financiamiento* por la dificultad para realizar el seguimiento de los fondos financieros hasta esa dimensión.

Métodos de estimación del gasto

Se siguieron dos estrategias de estimación:³¹

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

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

Donde:

- G_{ij} : gasto en salud reproductiva en la institución i para el estado j
 P_{ij} : presupuesto ejercido para la atención ambulatoria/hospitalaria en la institución i para el estado j
 Ssr_{ij} : indicadores de servicios de salud reproductiva otorgados (como consultas por diagnóstico o días estancia por diagnóstico) en la institución i para el estado j
 Ss_{ij} : total de servicios otorgados (por ejemplo, total de consultas, total de días estancia) en la institución i para el estado j

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

$$G = \sum Ssr * C$$

Donde:

- G: gasto en salud reproductiva
 Ssr: servicios de salud reproductiva otorgados
 C: costo de los servicios de salud reproductiva

Fuentes de información

Servicios Estatales de Salud

Como en los ejercicios anteriores, la estimación de gasto para este agente se realizó vía presupuestal. La información financiera provino del Boletín de Información Estadística de esta institución (volumen IV: Recursos financieros)⁴³. Los datos de producción de servicios como número de consultas, egresos hospitalarios y días estancia, utilizados como criterios para ponderar o distribuir el gasto, se obtuvieron del Sistema de Información en Salud de la Dirección General de Información en Salud.¹⁰ Para el agrupamiento de los datos se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10)³⁶ (anexo 2).

Sistema de Protección Social en Salud

Se seleccionó del Catálogo Universal de Servicios de Salud (Causes)⁴⁴ aquellos relacionados con las actividades comprendidas en nuestra definición de salud reproductiva (anexo 4).

El gasto para este agente se estimó, como en años previos, vía costos. Para la estimación se utilizaron los datos de consulta externa y urgencias brindadas en unidades de primer y segundo nivel de la Secretaría de Salud⁴⁵. La información de costos de producción de servicios provino del Causes y fue proporcionada por la Dirección General de Gestión de Servicios de Salud y la Dirección General de Financiamiento del Seguro Popular (anexo 5).⁴⁶ Se considera únicamente el costo variable pagado por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud por concepto de pago de medicamentos y otros insumos (anexo 4). Ello debido a que es el monto que la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS) transfiere a las entidades federativas.

El gasto por la atención de algunos padecimientos como complicaciones del recién nacido, cánceres de mama y cervicouterino, se obtuvo multiplicando el precio unitario que paga la comisión por el total de casos cubiertos. El gasto ejercido a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) fue brindada por la Comisión de Protección Social en Salud (anexo 5).

IMSS Oportunidades

El gasto para este agente se estimó vía costos. Los datos de producción de servicios y de costos para cada una de las actividades, como consultas, días estancia y planificación familiar, fueron proporcionados por el Departamento de Vigilancia Epidemiológica y Control de Enfermedades del Programa IMSS Oportunidades.^{47,48} Esto permitió estimar el gasto en atención de partos, cesáreas, abortos, detección oportuna del cáncer, consultas por cáncer cervicouterino, control prenatal, consultas de planificación familiar y adquisición de métodos anticonceptivos en cada una de las entidades donde opera el programa.

Instituto Mexicano del Seguro Social

El gasto para este agente se calculó vía ejercicio presupuestal. Para ello se utilizó el presupuesto ejercido en el ámbito estatal por nivel de atención, que fue proporcionado por la Coordinación del Presupuesto e Información Programática. En tanto que la información sobre producción de servicios ambulatorios y hospitalarios, utilizada en la ponderación del presupuesto ejercido, provino de la Memoria Estadística 2011,⁴⁹ la base de morbilidad⁵⁰ y la base de egresos hospitalarios de esta institución.⁵¹

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

El gasto de este agente se estimó vía ejercicio presupuestal. La información de producción de servi-

cios se extrajo de la base de egresos hospitalarios⁵² y el anuario estadístico⁵³ de esta institución, y la de gasto fue proporcionada por la Subdirección de Programación y Presupuesto.

Sector privado

La estimación del gasto de los hogares se basó principalmente en datos recopilados en la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares de 2010 (ENIGH 2010),⁵⁴ realizada por INEGI. Esta encuesta tiene representatividad nacional, por lo que el gasto de bolsillo de los hogares solo se pudo estimar a este nivel. Los rubros de gasto considerados para este agente se presentan en el cuadro II.

La estimación del gasto privado incluyó tanto el gasto monetario como el no monetario. El gasto no monetario se refiere al pago en especie que realizan los hogares a cambio de la atención. De manera similar a las estimaciones previas, también se incluyó, a través de las cuotas de recuperación, el gasto incurrido por los hogares para la atención de cáncer cervicouterino y mamario en hospitales públicos. El cálculo consideró la ponderación de las cuotas totales de recuperación y el número de días estancia destinado a la atención de estos padecimientos.⁴³

El gasto reportado por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS),⁵⁵ también hace parte del gasto privado estimado. Se consideró el gasto realizado por los seguros médicos prepagados por concepto de siniestralidad para la atención de los embarazos, partos, cáncer cervicouterino, mamario y de próstata, endometriosis

Cuadro II

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

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

* Incluye el gasto por concepto de ambulancias, así como la compra de inyecciones y vacunas aplicadas durante el embarazo

** Incluye el gasto por concepto de ambulancias, así como la compra de inyecciones aplicadas durante el parto

y patologías benignas de mama, útero y próstata. Asimismo, se actualizó la información proveniente de las ONG consideradas en años anteriores.

Análisis de datos

La información recolectada por cada agente financiador fue ordenada en tres matrices de gasto. La matriz *Gasto estimado en salud reproductiva y equidad de género por función de gasto*, presenta información sobre qué servicios son financiados, y responde a la pregunta ¿qué? El *Gasto estimado en salud reproductiva y equidad de género por función de gasto por entidad federativa*, desagrega el gasto en salud reproductiva y equidad de género para las 32 entidades federativas de la República mexicana, por agente financiero, y responde a la pregunta ¿dónde y con los recursos de quién? La matriz *Gasto estimado en salud reproductiva y equidad de género de los proveedores por función de gasto*, muestra las cantidades ejecutadas por cada proveedor en los diferentes programas y funciones de salud, y atiende a la pregunta ¿Quién ejerce el gasto y en qué tipo de programas y funciones? En síntesis se brinda información sobre quién hace qué y proporciona muestras de la eficiencia en la provisión de los servicios de salud.³⁸

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

$$G_{b_j} = \left(\frac{G_{SMP_j}}{B_{SMP_j}} \right) + \left(\frac{G_{PF_j}}{B_{PF_j}} \right) + \left(\frac{G_{CACU_j}}{B_{CACU_j}} \right) + \left(\frac{G_{CAMA_j}}{B_{CAMA_j}} \right) + \left(\frac{G_{CAPRO_j}}{B_{CAPRO_j}} \right) + \left(\frac{G_{OTROS_j}}{B_{OTROS_j}} \right)$$

Dónde:

- G_{b_j} : gasto público en salud reproductiva por beneficiaria(o) para el estado j
- G_{SMP_j} : gasto público en salud materna y perinatal para el estado j

- G_{PF_j} : gasto público en planificación familiar para el estado j
- G_{CACU_j} : gasto público en cáncer cervicouterino para el estado j
- G_{CAMA_j} : gasto público en cáncer mamario para el estado j
- G_{CAPRO_j} : gasto público en cáncer de próstata para el estado j
- G_{OTROS_j} : gasto público en otros padecimientos* para el estado j
- B_{SMP_j} : población beneficiaria del gasto en salud materna y perinatal en el estado j
- B_{PF_j} : población beneficiaria del gasto en planificación familiar en el estado j
- B_{CACU_j} : población beneficiaria del gasto en cáncer cervicouterino en el estado j ⁵⁶
- B_{CAMA_j} : población beneficiaria del gasto en cáncer mamario en el estado j ⁵⁷
- B_{CAPRO_j} : población beneficiaria del gasto en cáncer de próstata en el estado j ⁵⁸
- B_{OTROS_j} : población beneficiaria del gasto en otros padecimientos en el estado j .

En este año, se introduce un cambio importante en la distribución del gasto por beneficiario entre la población objetivo de la Secretaría de Salud y los afiliados al Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). El cambio consistió en que la suma del gasto estimado en SR y EG para ambos agentes, el cual se dividió entre la población sin acceso a la seguridad social una vez descontada la población adscrita al IMSS Oportunidades. Este cambio se introdujo debido a que, de acuerdo a los informes oficiales del Seguro Popular, brazo operativo del SPSS, se logró la afiliación del total de la población que no es beneficiaria de la seguridad social a este seguro público voluntario.⁴⁵ Así, desde la estructura del gasto, el Seguro Popular transfiere recursos a las entidades federativas para esta población.

Generación de la serie de tiempo del gasto

Con la finalidad de describir su evolución temporal, se creó una serie de gasto en salud reproductiva y equidad de género utilizando las mediciones reali-

* Otros padecimientos se refiere a endometriosis y patologías benignas del útero, de la mama y la próstata.

zadas desde 2003 hasta 2011. Para tener montos comparables en el tiempo, se transformaron los montos gastados en cada año a pesos de 2010 con base en las tasas de inflación reportadas por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía.⁵⁹

Periodo:	Inflación reportada
Diciembre 2003 a diciembre 2010:	35.18%
Diciembre 2004 a diciembre 2010:	28.51%
Diciembre 2005 a diciembre 2010:	24.37%
Diciembre 2006 a diciembre 2010:	19.59%
Diciembre 2007 a diciembre 2010:	15.19%
Diciembre 2008 a diciembre 2010:	8.13%
Diciembre 2009 a diciembre 2010:	4.40%
Diciembre 2010 a diciembre 2011:	3.82%

El reporte de la serie de tiempo se acompaña de una descripción de las variaciones del gasto en salud reproductiva, y del análisis de los cambios en las variables centrales que podrían explicar dichas variaciones: cambios en el volumen de servicios producidos, cambios en los presupuestos ejercidos en aquellos rubros de gasto relacionados con la salud reproductiva; este análisis se hace por agente financiador.

El análisis de producción considera las variaciones del número de días estancia, número de egresos y número de consultas generales y de especialidad.

El análisis detallado de estas variables centrales permite entender el origen de los cambios en los patrones de gasto, y con ello, explicar el comportamiento en la serie de gasto generada a través del tiempo. Además, permite generar información relevante que puede ser utilizada en la toma de decisiones, y en el análisis de las políticas de salud y su relación con el financiamiento del sistema de salud.

Adicionalmente, los datos obtenidos de la serie de gasto en SR y EG se contrastan en el tiempo con indicadores de gasto en salud a los cuales se les da seguimiento en el ámbito nacional e

internacional;⁶⁰ Lo que permite conocer, por ejemplo, la importancia que el gasto en SR y EG tiene en la economía, el porcentaje del gasto realizado por fondos prepagados, entre otros.

Para esta edición se han seleccionado cuatro indicadores clave, como son:

1. *Gasto en SR y EG como porcentaje del producto interno bruto (PIB).** El comportamiento en el tiempo de este indicador permite apreciar cómo ha variado la importancia de la SR y EG en el sistema de salud, en términos monetarios.
2. *Gasto público como porcentaje del gasto total en SR y EG,* cifra cuyos cambios permiten apreciar el modo en que el gasto público, como fuente de financiamiento, cobra importancia en la SR y EG.
3. *Gasto de la seguridad social como porcentaje del gasto público en SR y EG,* es un indicador que señala la contribución de fondos prepagados al gasto público en SR y EG, y da idea del tamaño de la seguridad social en la SR y EG.
4. *Gasto de bolsillo de los hogares como porcentaje del gasto privado en SR y EG,* es uno de los indicadores de excelencia en el análisis de las finanzas en salud, y permite analizar el peso financiero de la SR y EG en los hogares. Al ser específico al gasto privado, señala cómo ha variado este peso controlando el efecto del cambio de la participación del sector privado en el gasto total en SR y EG.

Para fines analíticos se presenta la serie en el tiempo de estos indicadores, y se les compara con los cambios acontecidos en los mismos indicadores para el gasto total en salud. Ello permite visualizar si el comportamiento del gasto en SR y EG es similar o no al comportamiento del gasto total en salud.

* El producto interno bruto es un indicador macroeconómico que permite cuantificar la producción de un país. Incluye el valor de la producción ejercido en el interior de sus límites geográficos.

4. Gasto en salud reproductiva y equidad de género 2011

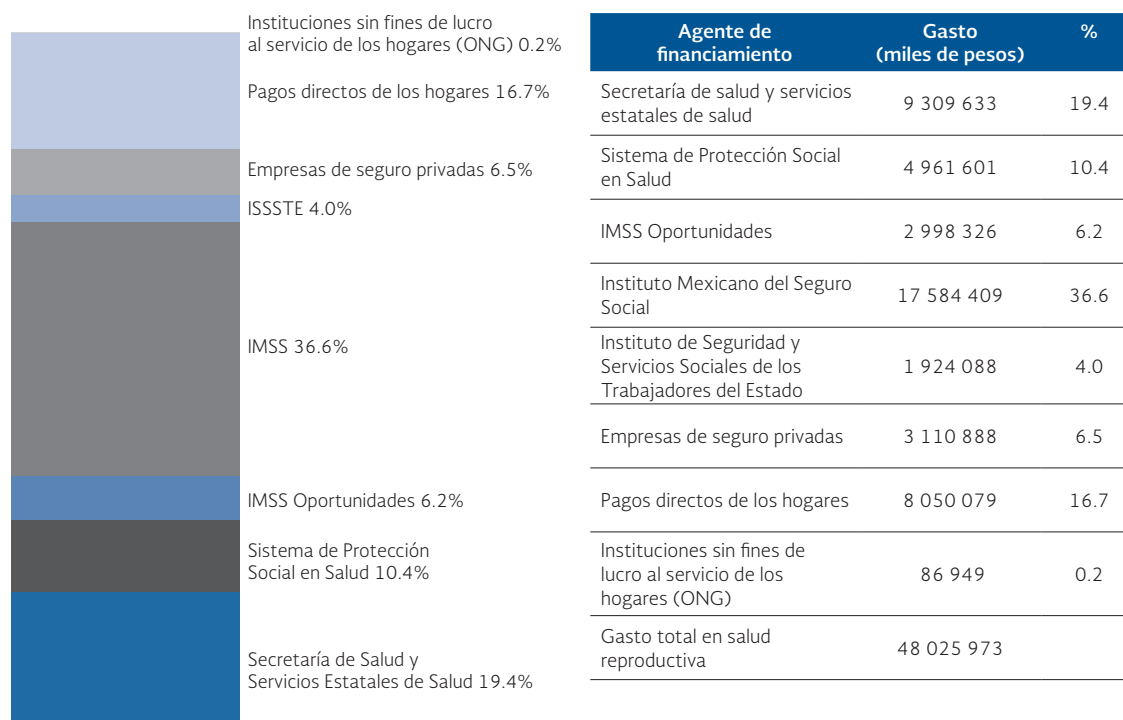
El gasto total estimado en salud reproductiva y equidad de género (SR y EG) en 2011 en México, fue de 48 025.9 millones de pesos, equivalente a 5.43% del gasto total en salud^{43,*} y 0.33% del PIB.^{43,†} El IMSS fue el agente con mayor participación en el gasto, con 36.6% del total, seguido lejanamente por los Servicios Estatales de Salud (Sesa) y el pago directo de los hogares, que participaron con 19.4% y 16.7% del total, respectivamente (figura 18).

Gasto por funciones de salud

Las acciones de asistencia curativa concentraron 73.9% del gasto en SR y EG, mientras que los servicios de prevención y de salud pública 18.2%. Los productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios y los servicios auxiliares de atención de la salud representaron 2.9% y 2.2%, respectivamente. El gasto en administración de la salud y los seguros médicos fue equivalente a 2.8% (figura 19).

Figura 18

Gasto en salud reproductiva y equidad de género por agente financiador. México, 2011



* El gasto total en salud en 2011 ascendió a 883 643.8 millones de pesos corrientes, de los cuales 436 946.9 correspondieron a gasto público.

† El PIB de 2011 ascendió a 14 342 320.8 millones de pesos a precios corrientes.

Gasto por proveedores de bienes y servicios de salud

Casi tres cuartas partes del gasto en SR y EG (72.0%) fue ejercido en hospitales. Los centros de atención ambulatoria fueron responsables del 15.4% del gasto total; en tanto que los consultorios médicos y otros profesionales de la salud ejecutaron 3.4%. Las farmacias y los laboratorios médicos y de diagnóstico abarcaron 2.9 y 2.2%, respectivamente (figura 20).

Gasto por programas de salud

La atención materna y perinatal fue el programa que consumió la mayor cantidad de recursos financieros, 31 869.0 millones de pesos, equivalente a 66.4% del gasto total en SR y EG, seguido los cuidados de endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata, que representaron un gasto de 4 480.1 millones, es decir, 9.3% del total. El programa de planificación familiar requirió para sus operaciones de 3 394.6 millones de pesos, lo

Figura 19
Distribución del gasto en salud reproductiva y equidad de género entre funciones de salud reproductiva. México, 2011

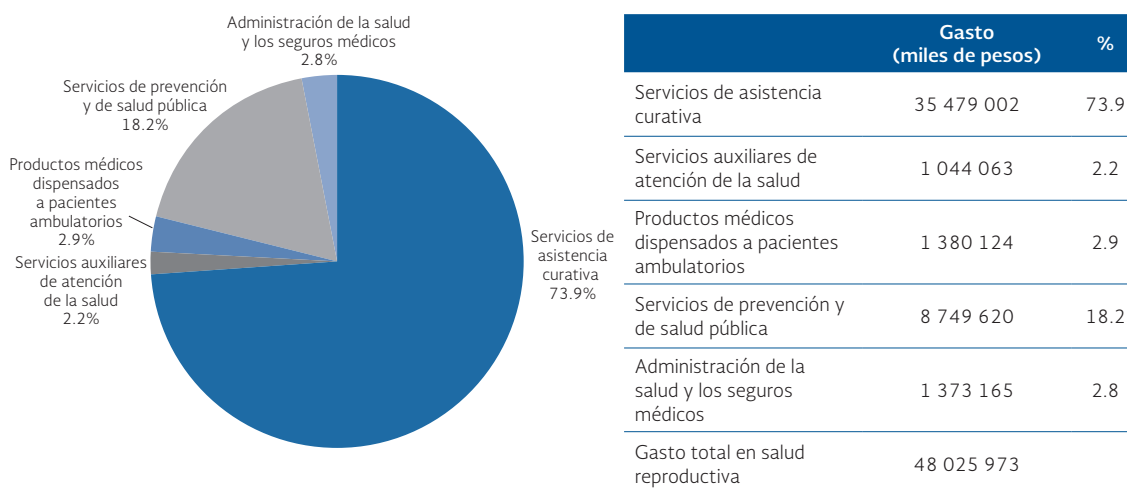
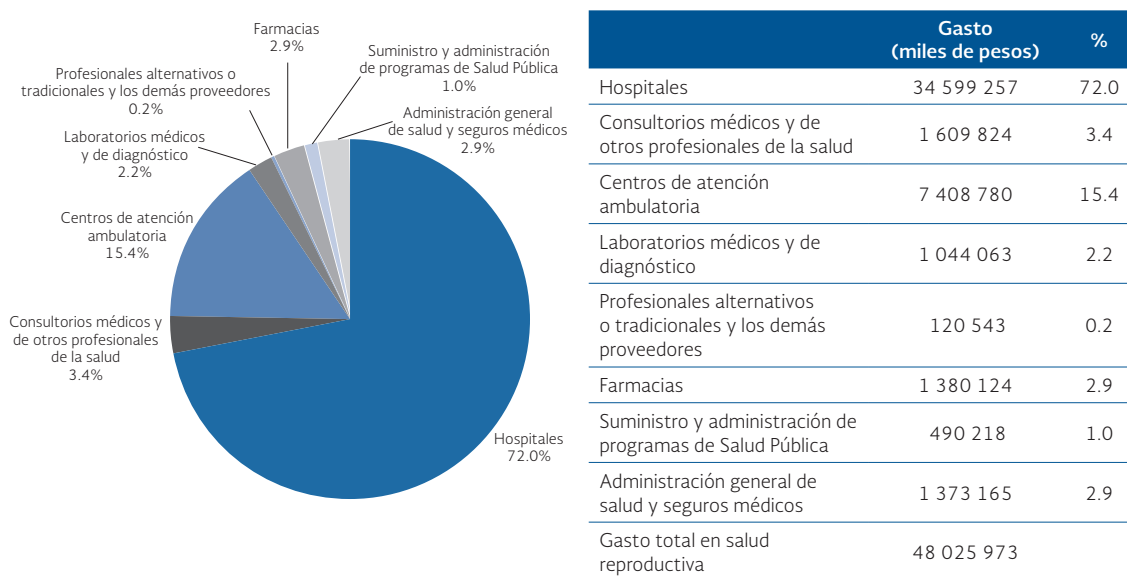


Figura 20
Participación de los proveedores en el gasto en salud reproductiva y equidad de género. México, 2011



que en términos porcentuales equivale a 7.1%. La atención de los cánceres más frecuentes de la mujer (de útero y de mama), consumieron en conjunto 6 620.3 millones de pesos, esto es 13.8% de lo gastado en salud sexual y reproductiva durante 2011. El 3.4% restante, equivalentes a 1 661.7 millones de pesos del gasto en SR y EG, se utilizó para cubrir las necesidades de atención de cáncer de próstata y violencia y equidad de género, así como las labores de rectoría y administración (figura 21).

9 309.6 millones de pesos equivalente a 8.3% de su gasto total en salud.^{43*} El desglose por programas de salud muestra que 57.7% del gasto en salud sexual y reproductiva se ejerció en acciones de salud materna y perinatal; 17.9% se utilizó en la realización de actividades de planificación familiar; 12.0% se dirigió a la atención del cáncer cervicouterino; 7.4% al cáncer de mama; 2.6% al programa de equidad de género y violencia intrafamiliar; 1.4% al cáncer de próstata; 0.9% se destinó a la atención de la endometriosis y otras

Gasto por agente financiador

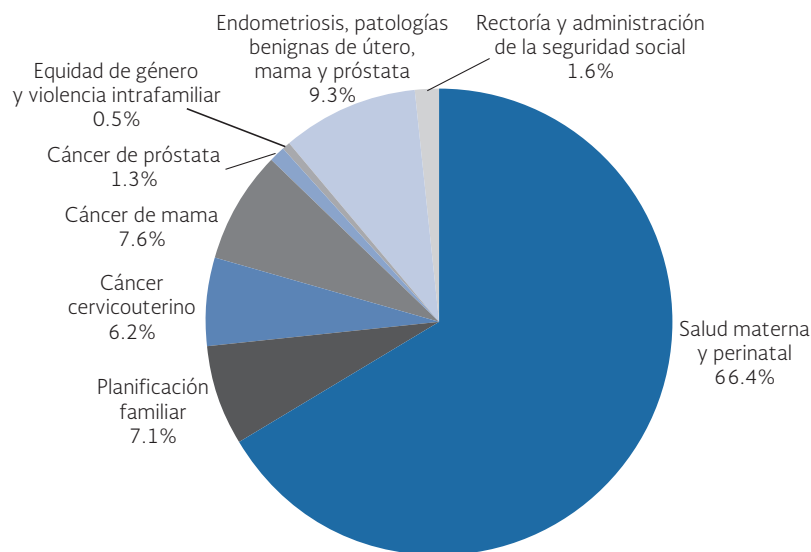
Servicios Estatales de Salud

En 2011, este agente financiador destinó a la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva

* El gasto de la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud en 2011 fue de 112 189.6 millones de pesos corrientes, equivalente a la suma del gasto ejercido en el Ramo 12, Ramo 33 (Fassa) y Gasto Estatal menos las transferencias al Seguro Popular.⁴⁴

Figura 21

Participación en los programas en el gasto en salud reproductiva y equidad de género. México, 2011



	Gasto (miles de pesos)	%
Salud materna y perinatal	31 869 019	66.4
Planificación familiar	3 394 651	7.1
Cáncer cervicouterino	2 996 234	6.2
Cáncer de mama	3 624 144	7.6
Cáncer de próstata	622 794	1.3
Equidad de género y violencia intrafamiliar	252 309	0.5
Endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	4 480 180	9.3
Rectoría y administración de la seguridad social	786 642	1.6
Gasto total en salud reproductiva	48 025 973	

patologías benignas y el restante porcentaje, 0.1%, cubrió las actividades de rectoría (cuadro III).

La distribución del gasto por funciones de este agente, también mostrada en el cuadro III, refleja la preeminencia de los servicios de prevención y de salud pública, resultado alentador, pues sugiere la priorización de acciones de prevención. No obstante, la atención curativa también participó de manera importante en el total gastado, alcanzando las denominadas asistencia curativa hospitalaria, y ambulatoria de manera conjunta 41.8%. En tanto que los productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios y actividades de rectoría de la salud representaron 4.3 y 6.4%, respectivamente (cuadro III).

La provisión de servicios por parte de este agente recayó mayoritariamente en los centros hospitalarios, a través de los cuales se ejecutó 47.3%

de su gasto. Siguieron en importancia los centros de atención ambulatoria que percibieron 36.8% del total gastado. El suministro y administración de programas de salud pública percibió 11.6%, en tanto que las farmacias consumieron el restante 4.3% (cuadro IV).

Sistema de Protección Social en Salud

En 2011, este agente financiador destinó a la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva 4 961.6 millones de pesos equivalente a 6.8% de su gasto total en salud,* la mayor proporción de

* El gasto del Sistema de Protección Social en Salud en 2011 fue de 72 792.0 millones de pesos corrientes, equivalente a la suma de la Aportación Solidaria Federal, Cuota Social, Aportación Solidaria Estatal, Cuota Familiar y el Fideicomiso del FPGC.

Cuadro III

Servicios Estatales de Salud. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por programa de salud. México, 2011 (miles de pesos)

	Asistencia curativa hospitalaria	Asistencia curativa ambulatoria	Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	Servicios de prevención y de salud pública	Rectoría de la salud	Total	%
Salud materna y perinatal	2 933 499	465 953	216 824	1 705 362	50 553	5 372 192	57.7
Planificación familiar	23 801	36	182 008	1 440 509	20 541	1 666 895	17.9
Cáncer cervicouterino	60 925	85 744		698 788	268 001	1 113 459	12.0
Cáncer de mama	62 783	137 424		397 184	89 558	686 949	7.4
Cáncer de próstata	18 880	182		114 825		133 886	1.4
Equidad de género y violencia intrafamiliar	25 039			64 088	157 869	246 996	2.6
Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata	75 810	5 329				81 139	0.9
Rectoría					8 116	8 116	0.1
Total	3 200 738	694 667	398 833	4 420 756	594 639	9 309 633	
%	34.4	7.4	4.3	47.5	6.4		

Cuadro IV

Servicios Estatales de Salud. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por proveedor de bienes y servicios y por programa de salud. México, 2011 (miles de pesos)

	Hospitales	Centros de atención ambulatoria	Farmacias	Suministro y administración de programas de Salud Pública	Total	%
Salud materna y perinatal	3 802 938	1 301 877	216 824	50 553	5 372 192	57.7
Planificación familiar	124 625	1 339 721	182 008	20 541	1 666 895	17.9
Cáncer cervicouterino	146 669	465 814		500 975	1 113 459	12.0
Cáncer de mama	200 207	254 765		231 977	686 949	7.4
Equidad de género y violencia intrafamiliar	19 061			114 825	133 886	1.4
Cáncer de próstata	25 039	64 088		157 869	246 996	2.6
Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata	81 139				81 139	0.9
Rectoría				8 116	8 116	0.1
Total	4 399 678	3 426 265	398 833	1 084 857	9 309 633	
%	47.3	36.8	4.3	11.6		

dichos recursos, 60.4%, fue administrada directamente por la Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS), responsable del manejo del Fondo de Protección contra Gasto Catastrófico (cuadro V); el porcentaje restante (39.6%) fue ejecutado por los Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) para la adquisición de servicios contenidos en el Causas.

El desglose por programas de salud muestra que 59.6% del gasto en salud sexual y reproductiva se ejerció en acciones de salud materna y perinatal; 0.2% se utilizó en la realización de actividades de planificación familiar; 4.4% se dirigió a la atención del cáncer cervicouterino; 35.3% al cáncer de mama; 0.1% al cáncer de próstata; y 0.2% del gasto se destinó a la atención de la endometriosis

Cuadro V

Sistema de Protección Social en Salud. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por programa de salud y origen de financiamiento. México, 2011 (miles de pesos)

	REPSS	CNPSS	Total	%
Salud materna y perinatal	1 913 436	1 042 990	2 956 426	59.6
Asistencia curativa hospitalaria	1 481 238	1 042 990	2 524 228	50.9
Asistencia curativa ambulatoria	109 263		109 263	2.2
Servicios de prevención y de salud pública	322 935		322 935	6.5
Planificación familiar	11 005		11 005	0.2
Cáncer cervicouterino	19 151	201 400	220 551	4.4
Cáncer de mama		1 751 810	1 751 810	35.3
Cáncer de próstata	8 531		8 531	0.1
Endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	7 965		7 965	0.2
Total	1 965 401	2 996 200	4 961 601	
%	39.6	60.4		

Cuadro VI

Sistema de Protección Social en Salud. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por programa de salud. México, 2011 (miles de pesos)

	Asistencia curativa hospitalaria	Asistencia curativa ambulatoria	Servicios de prevención y de salud pública	Total	%
Salud materna y perinatal	2 524 228	109 263	322 935	2 956 426	59.6
Planificación familiar	11 005			11 005	0.2
Cáncer cervicouterino	220 551			220 551	4.4
Cáncer de mama	1 751 810			1 751 810	35.3
Violencia intrafamiliar y equidad de género	8 531			8 531	0.2
Cáncer de próstata	5 313			5 313	0.1
Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata	7 965			7 965	0.2
Total	4 529 404	109 263	322 935	4 961 601	
%	91.3	2.2	6.5		

Cuadro VII

Sistema de Protección Social en Salud. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por proveedor de bienes y servicios, por programa de salud. México, 2011 (miles de pesos)

	Hospitales	Centros de atención ambulatoria	Total	%
Salud materna y perinatal	2 551 918	404 508	2 956 426	59.6
Planificación familiar	11 005		11 005	0.2
Cáncer cervicouterino	220 551		220 551	4.4
Cáncer de mama	1 751 810		1 751 810	35.3
Violencia intrafamiliar y equidad de género	8 531		8 531	0.2
Cáncer de próstata			5 313	0.1
Endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	7 965		7 965	0.2
Total	4 557 094	404 508	4 961 601	
%	91.8	8.2		

y otras patologías benignas (cuadro VI). En este cuadro, se visualiza además que la Asistencia curativa hospitalaria fue la función predominante, acumulando 91.3% del total.

Las características de este agente, destinado a proteger financieramente a la población, con énfasis en los de menores ingresos, podrían explicar que 91.8% del gasto en salud sexual y reproductiva de este agente financiador se ejerciera a través de hospitales (cuadro VII).

Gasto por beneficiario: Servicios Estatales de Salud/Sistema de Protección Social en Salud*

La figura 22a muestra que el gasto anual promedio por beneficiario de los programas de salud reproductiva para estos agentes fue de 10 453 pesos, consumidos mayormente en acciones de salud materna y perinatal. Su ejecución entre las entidades federativas se caracteriza por ser heterogénea, principalmente al interior de cada categoría de marginación. Campeche fue la entidad que reportó el mayor gasto por beneficiario (23 102 pesos), y el estado con menor gasto reportado por beneficiario fue Morelos con 3 097 pesos (figura 22a).⁴³ Se puede visualizar además, que el gasto por beneficiario en las tres entidades con mayor marginación está por debajo del promedio nacional, heterogeneidad que disminuye entre las entidades con baja y muy baja marginación. Puebla fue, de las entidades con alta marginación, la que registró el menor gasto por beneficiario con 3 901 pesos; mientras que en Campeche, este fue casi seis veces mayor, (23 102 pesos).

La figura 22b, que muestra el gasto por beneficiario del resto de los programas, refleja una distribución similar a la figura 22a: los estados con menor gasto en otros programas están por debajo del promedio nacional, que fue de 448 pesos. Vuelve a primar una importante heterogeneidad en la distribución por entidad federativa, misma que podría deberse a que el gasto en cáncer de mama es mayor en entidades como el Distrito

Federal, Colima y Baja California Sur, que son las que reportan las mayores tasas de mortalidad, superiores incluso a la nacional de 16.9 (figuras 10 y 22b).

IMSS Oportunidades

El IMSS Oportunidades, programa social federal que tiene como objetivo principal “otorgar servicios integrales de salud gratuitamente a personas en desventaja social y económica que habitan en comunidades apartadas”,⁴⁷ destinó a la atención de la salud reproductiva 2 998.3 millones de pesos en 2011, cifra equivalente a 34.4% de su gasto total en salud para ese año.^{43*} El programa de salud materna y perinatal concentró 66.0% de su gasto en salud reproductiva (1 979.8 millones de pesos), en tanto que, planificación familiar concentró 24.9% (745.0 millones de pesos) y cáncer cervicouterino 9.1% (272.4 millones de pesos). En los programas de cáncer de mama y de próstata se ejerció 969 mil pesos, menos de 0.03% de su gasto total en salud reproductiva.

La mayor proporción del gasto de este agente, 49.1%, se destinó a asistencia curativa hospitalaria, 39.7% se dirigió a la provisión de servicios de prevención y salud pública y 9.0% se ocupó en servicios auxiliares de atención a la salud, utilizados específicamente en la detección de cáncer cervicouterino (cuadro VIII).

Con relación a la distribución por proveedor de atención, el cuadro IX muestra que 49.1% se ejerció en unidades hospitalarias, 39.7% en centros de atención ambulatoria, 9.0% en laboratorios médicos, utilizados específicamente en citologías para detección de cáncer cervicouterino, y el restante 2.2% se ejerció en farmacias.

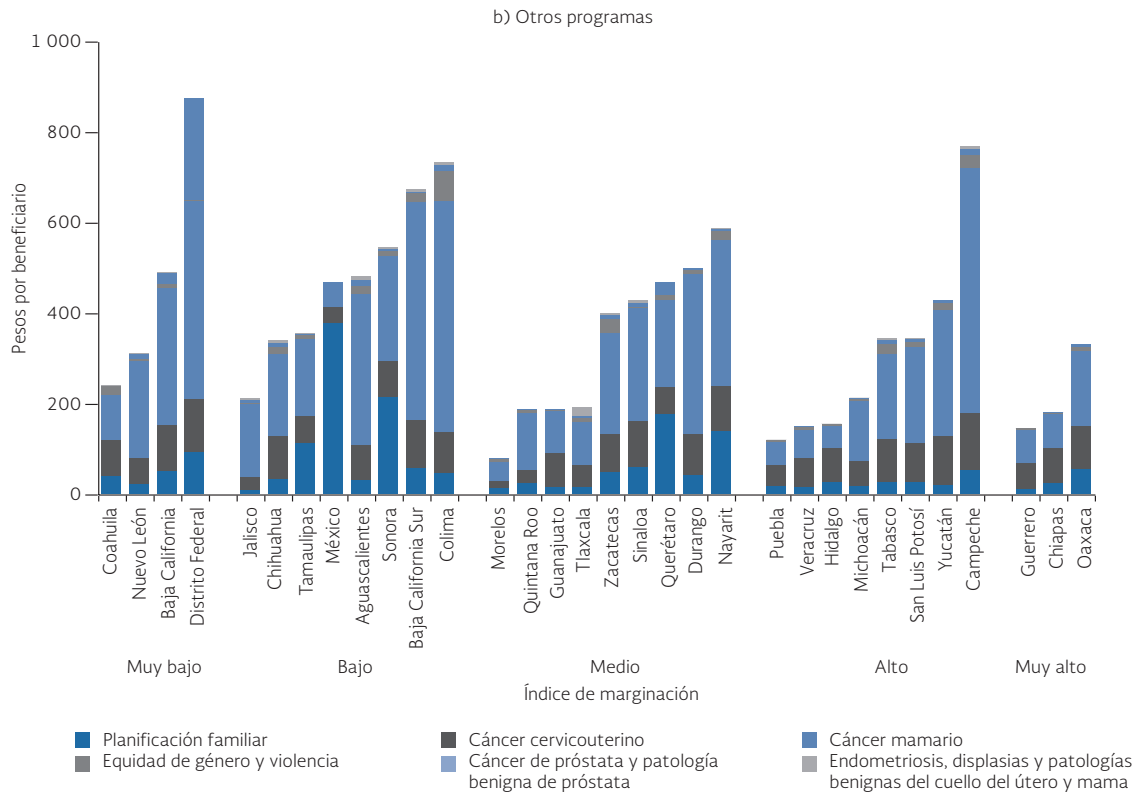
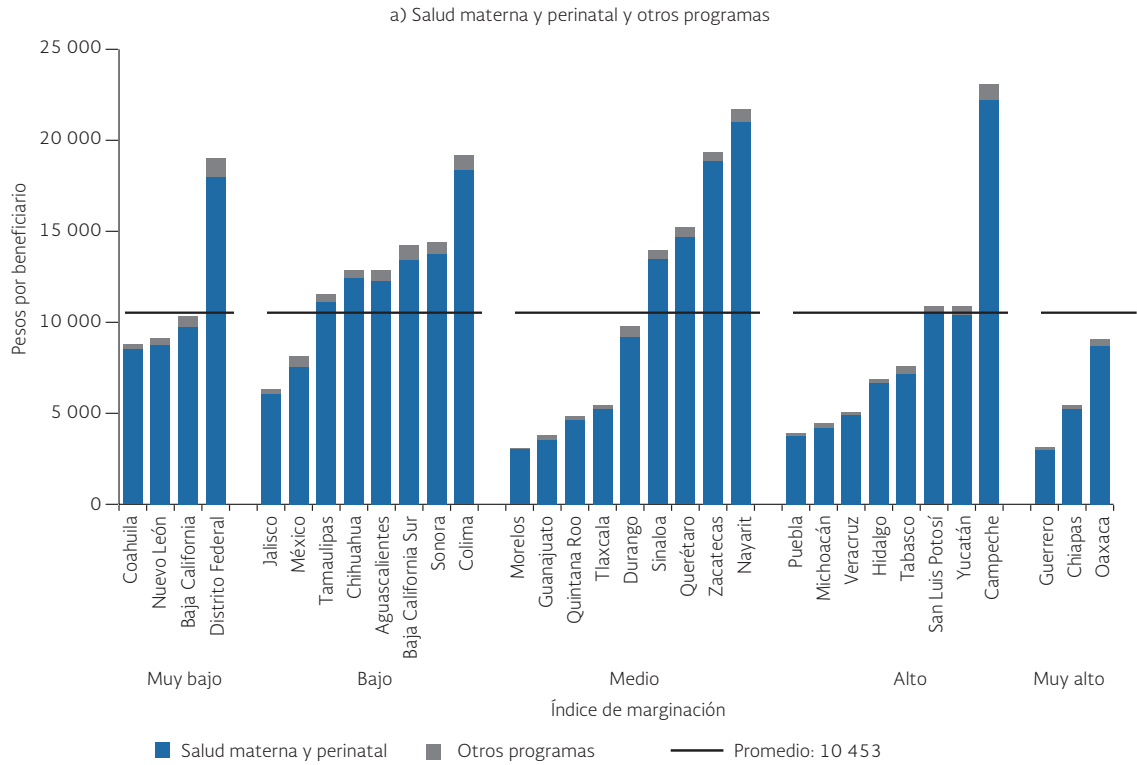
El gasto promedio anual por beneficiario fue de 9 039 (figura 23). Los estados con mayor monto ejercido fueron Baja California y Chihuahua con 17 474 y 13 162, mientras que Campeche, Sinaloa, Tamaulipas y Yucatán fueron los que ejercieron las menores cantidades (5 436, 5 601, 6 254 y 6 503, respectivamente).

* El gasto por beneficiario corresponde al cociente de la suma del gasto de Sesa y SPSS entre la población afiliada al SPSS en 2011.

* El gasto en salud del IMSS Oportunidades en 2011 fue de 8 704.0 millones de pesos corrientes.⁴³

Figura 22

Servicios Estatales de Salud/Sistema de Protección Social en Salud. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por beneficiario, por programa de salud y marginación estatal. México, 2011



Cuadro VIII

IMSS Oportunidades. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por función de salud, por programa de salud. México, 2011 (miles de pesos)

	Asistencia curativa hospitalaria	Servicios auxiliares de atención a la salud	Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	Servicios de prevención y de salud pública	Total	%
Salud materna y perinatal	1 317 486			662 363	1 979 849	66.0
Planificación familiar	151 224		66 448	527 413	745 086	24.9
Cáncer cervicouterino	1 759	270 662			272 421	9.1
Cáncer de mama	601				601	<0.02
Cáncer de próstata	368				368	<0.01
Total	1 471 439	270 662	66 448	1 189 777	2 998 326	
%	49.1	9.0	2.2	39.7		

Cuadro IX

IMSS Oportunidades. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por proveedor de bienes y servicios, por programa de salud. México, 2011 (miles de pesos)

	Hospitales	Centros de atención ambulatoria	Laboratorios médicos y de diagnóstico	Farmacias	Total	%
Salud materna y perinatal	1 317 486	662 363			1 979 849	66.0
Planificación familiar	151 224	527 413		66 448	745 086	24.9
Cáncer cervicouterino	1 759		270 662		272 421	9.1
Cáncer de mama	601				601	<0.02
Cáncer de próstata	368				368	<0.01
Total	1 471 439	1 189 777	270 662	66 448	2 998 326	
%	49.1	39.7	9.0	2.2		

Instituto Mexicano del Seguro Social

Debido a su función, de proveer atención a trabajadores del sector formal de la economía y sus familias, el IMSS ha sido históricamente el agente con mayor número de afiliados en México. En 2011 tenía 54 906 396 derechohabientes.^{49,*} Este agente público reportó el mayor gasto en salud reproductiva, al haber destinado en el periodo 17 584.4 millones de pesos a la realización de este tipo de actividades, cifra que representó 9.6% de su gasto total en salud.^{43,‡}

Como sucede con el resto de los agentes analizados, la mayor proporción del gasto en salud reproductiva del IMSS se concentró en actividades de salud materna y perinatal (66.5% del gasto, equivalente a casi 11.7 millones de pesos). De este monto, más del 83.6% se dirigió a asistencia

curativa hospitalaria para cubrir complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, y del recién nacido, principalmente.

El gasto en endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata representó 18.7% del gasto en SR y EG, en tanto que el gasto en acciones de planificación familiar fue equivalente a 3.6%. Las actividades de atención de cáncer de mama y cervicouterino constituyeron 3.8 y 2.4 %, respectivamente. La atención del cáncer de próstata, por su parte, significó 1.9% del gasto total en SR y EG. La administración de los programas de salud reproductiva se tradujo en un gasto de 546.6 millones de pesos, es decir, 3.1% del total (cuadro X).

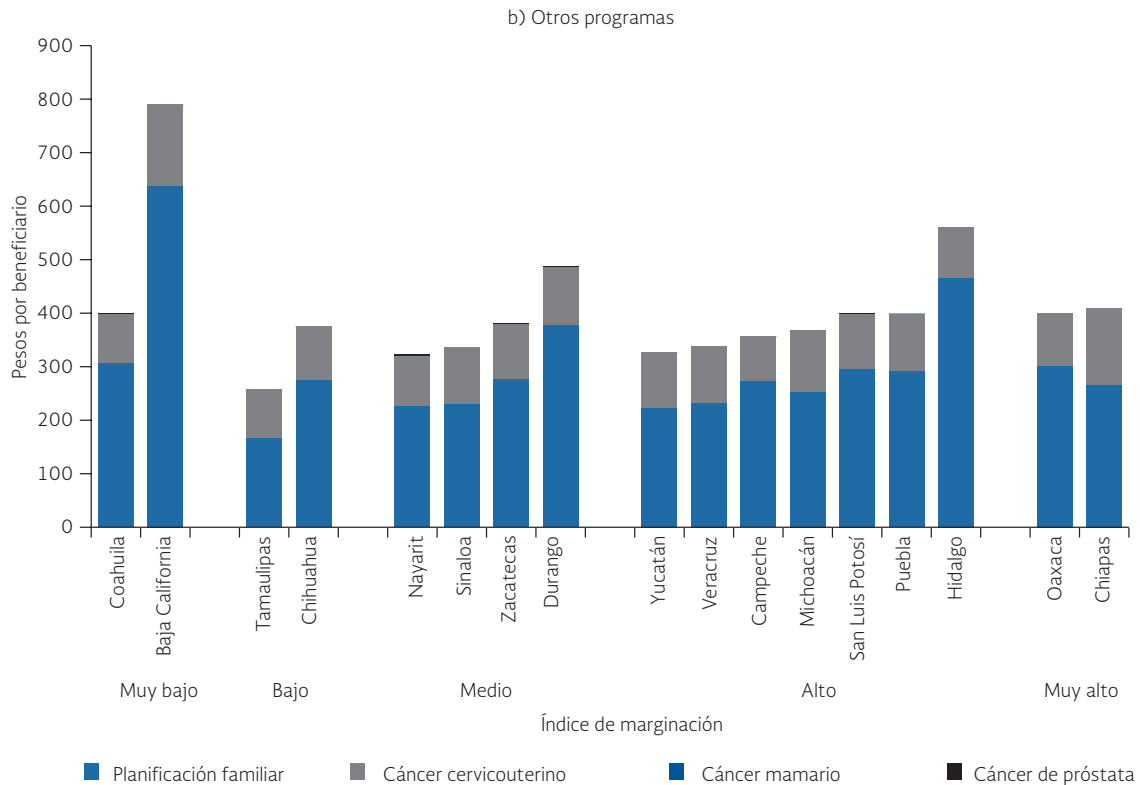
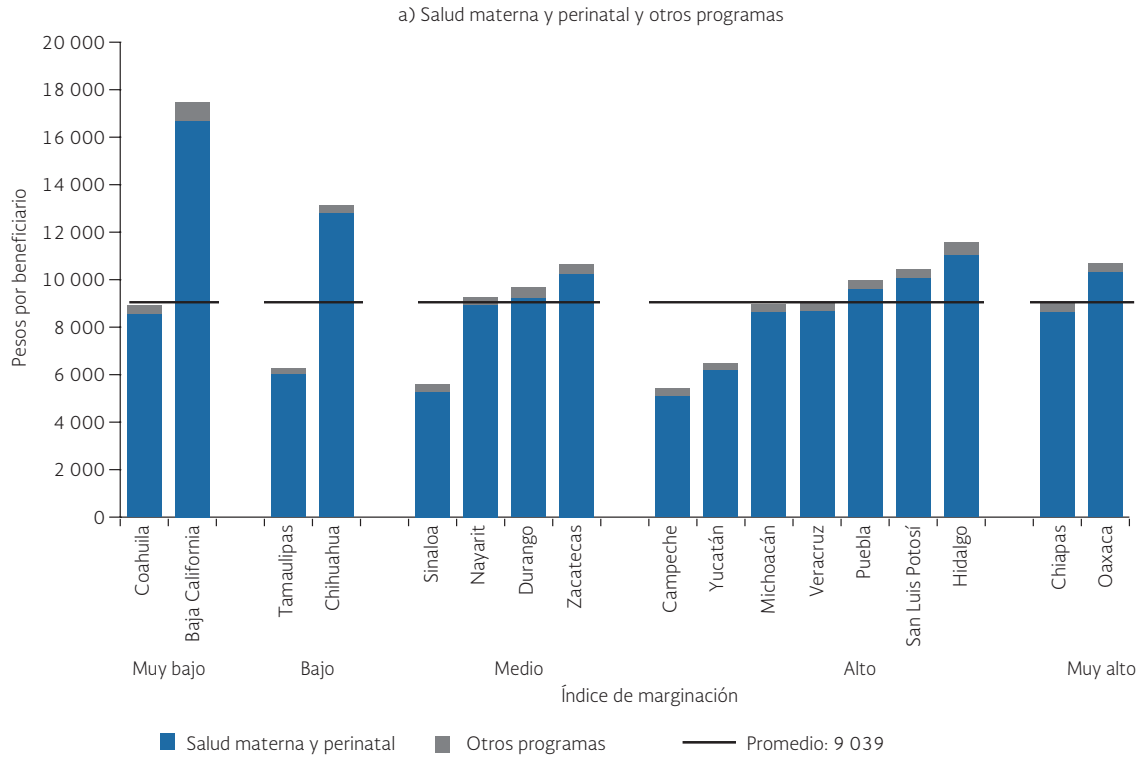
Similar al comportamiento experimentado por los agentes previamente analizados, la asistencia curativa hospitalaria fue la función que acumuló la mayor proporción del gasto en salud sexual y reproductiva del IMSS, 65%. La asistencia curativa ambulatoria, como era de esperarse, se colocó en el segundo lugar con el 21.6% del total, seguida de servicios de prevención y de salud pública con

* Esta cifra equivale a 48.8% de la población total del país respecto a la cifra oficial reportada en el censo de 2010 (112 336 538 personas). INEGI.

‡ El gasto en salud en 2011 para el IMSS fue de 183 571.9 millones de pesos corrientes.⁴⁴

Figura 23

IMSS Oportunidades. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por beneficiario, programa de salud y marginación estatal. México, 2011



9%, administración de los servicios de salud con 3.2% y por último productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios que representó 1.2% del total (cuadro X).

El gasto en atención de salud sexual y reproductiva del IMSS fue mayoritariamente hospitalario (84.4%), y se dirigió a actividades de salud materna y perinatal, principalmente. El porcentaje restante se distribuyó entre proveedores de atención ambulatoria (11.3%), farmacias (1.2%) y actividades de administración general de la salud y los seguros médicos (3.1%) (cuadro XI).

El gasto del IMSS por beneficiario fue en promedio 14 064 pesos. Baja California Sur fue la entidad federativa que erogó la mayor cantidad de dinero por derechohabiente (30 923 pesos), monto equivalente a más del triple de lo gastado

en Puebla, el estado con menor gasto estimado (9 090 pesos) (figuras 24a y 24b). A excepción de Baja California Sur, la heterogeneidad del gasto por beneficiario entre entidades federativas y grupos de marginación fue menor que para los otros agentes financiadores, de tal manera que Tlaxcala, la entidad con el segundo monto mayor de gasto, 19 977 pesos, superó solo 2.2 veces el gasto de Puebla.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

En 2011, el ISSSTE tuvo una población amparada de 12 206 730 derechohabientes,⁵³ lo que representó 10.8% del total de habitantes del país. Para la atención de las necesidades de SR de dicha población, el ISSSTE gastó 1 924 millones de

Cuadro X

IMSS. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por función de salud, por programa de salud. México, 2011 (miles de pesos)

	Asistencia curativa hospitalaria	Asistencia curativa ambulatoria	Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	Servicios de prevención y de salud pública	Administración de los servicios de salud	Total	%
Salud materno y perinatal	9 783 829	510 327		1 395 508		11 689 663	66.5
Planificación familiar	58 649	167 300	211 123	194 808		631 880	3.6
Cáncer cervicouterino	164 226	258 656				422 883	2.4
Cáncer de mama	241 679	434 344				676 024	3.8
Cáncer de próstata	129 078	196 731				325 809	1.9
Endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	1 055 555	2 235 908				3 291 463	18.7
Administración					546 687	546 687	3.1
Total	11 433 017	3 803 266	211 123	1 590 316	546 687	17 584 409	
%	65.0	21.6	1.2	9.0	3.2		

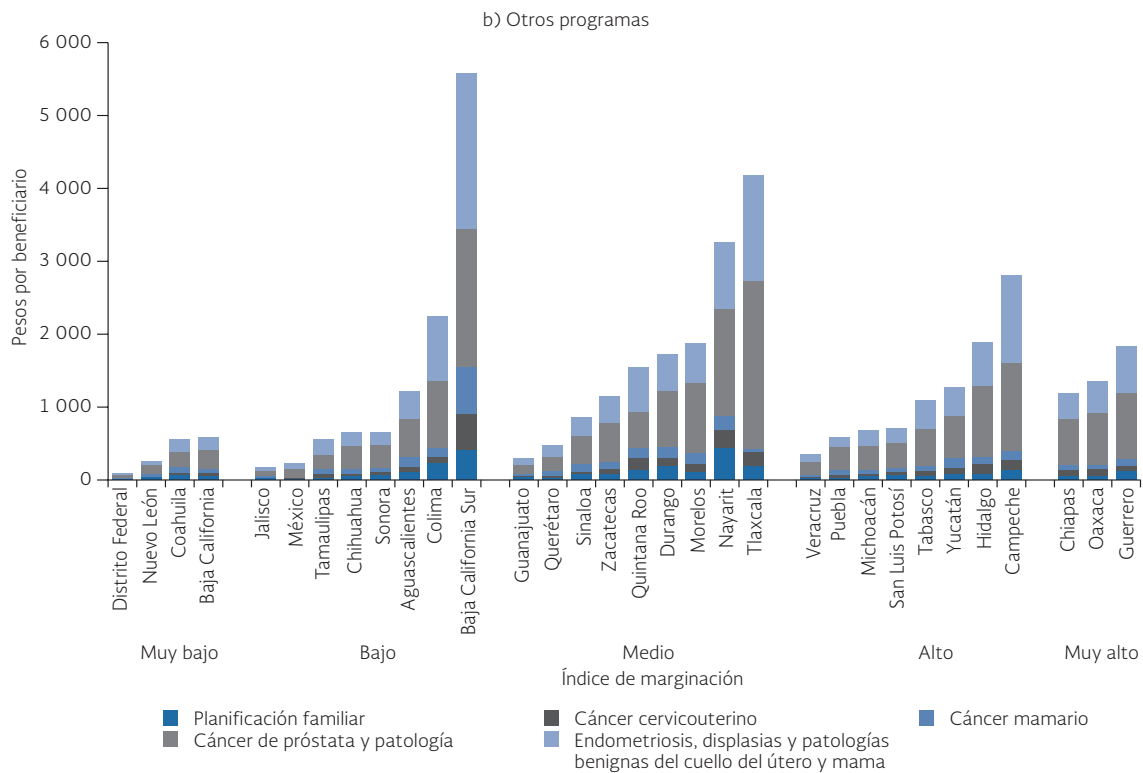
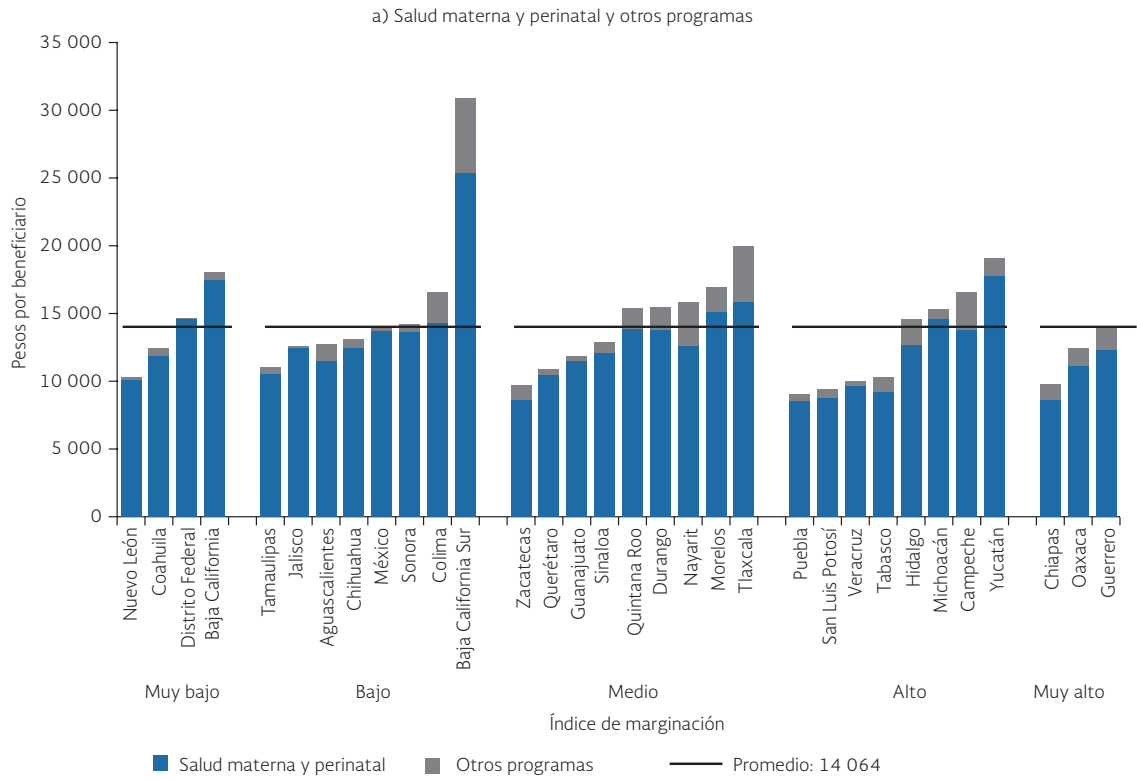
Cuadro XI

IMSS. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por proveedor de bienes y servicios, por programa de salud. México, 2011 (miles de pesos)

	Hospitales	Proveedores de atención ambulatoria	Farmacias	Administración general de la salud y los seguros médicos	Total	%
Salud materna y perinatal	9 960 018	1 729 645			11 689 663	66.5
Planificación familiar	225 948	194 808	211 123		631 880	3.6
Cáncer cervicouterino	412 997	9 886			422 883	2.4
Cáncer de mama	665 915	10 109			676 024	3.8
Cáncer de próstata	318 300	7 509			325 809	1.9
Endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	3 264 037	27 427			3 291 463	18.7
Administración				546 687	546 687	3.1
Total	14 847 214	1 979 384	211 123	546 687	17 584 409	
%	84.4	11.3	1.2	3.1		

Figura 24

IMSS. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por beneficiario, por programa de salud y marginación estatal. México, 2011



pesos, cifra equivalente a 4.0% del total ejercido en salud por este agente.^{43,*} De esta cantidad, 1 181.9 millones de pesos (equivalente a 61.4%), se dirigió al programa de salud materna y perinatal, y de ésta la mayor proporción (86.2%, 1 019.3 miles de pesos) se utilizó en asistencia curativa hospitalaria, mientras que 12.1% se dirigió a la consulta prenatal comprendida en servicios de prevención y de salud pública (cuadros XII y XIII).

El gasto en endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata representó 12.4% del total en SR de este agente. Las acciones de planificación familiar consumieron 8.2% mientras que a la atención del cáncer de mama, cervicouterino y de próstata se destinó 3.2, 1.4% y 1.3%, respectivamente. En relación a la administración de la salud reproductiva el gasto fue de 231.8 millones de pesos, cifra equivalente a 12.0% (cuadro XII).

Los hospitales recibieron la mayor proporción de los recursos erogados por este financiador, 71.5% del total, que en términos absolutos equivale a 1 374.9 millones de pesos. Los proveedores de atención ambulatoria fueron responsables de un gasto de 317.2 millones, equivalente a 16.5% (cuadro XIII).

En promedio, el ISSSTE desembolsó 4 421 pesos por beneficiario (figura 25a). Al igual que lo acontecido con los otros agentes, existen diferencias entre estados. Así, el gasto ejercido por Baja California Sur, el estado con el mayor monto por individuo cubierto (6 696 pesos), fue 5.7 veces superior al ejercido por el Estado de México, el estado con menor gasto por beneficiario (1 177 pesos). No obstante, si omitimos el gasto del Estado de México y Baja California Sur, similar a lo reportado por el IMSS, existe poca heterogeneidad, consumiendo Baja California, el estado con el segundo mayor gasto (6 174 pesos), menos del doble que lo gastado por Durango, el estado que reporta el segundo menor gasto por beneficiario (3 186 pesos).

Sector privado

En 2011, los agentes del sector privado gastaron 11 247.9 millones de pesos en actividades relacionadas con la salud reproductiva. Dentro de éstos, los hogares fueron los que desembolsaron la mayor proporción, a través de pagos directos o de bolsillo; su aporte ascendió a 8 050 millones de pesos, es decir 71.6% del total del gasto privado. Las empresas de seguros privados contribuyeron con 27.6% del gasto mientras que las ONG sufragaron el restante 0.8%.

La estimación del gasto por programa de salud reporta que 77.2% del gasto en salud reproductiva fue destinado a acciones de salud materna y perinatal, 8.4% a la atención de cáncer cervicouterino, 7.7% a endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata, 4.0% a cáncer de mama, 1.6% a planificación familiar y 1.1% a cáncer de próstata (cuadro XIV).

Respecto a las funciones cubiertas con el gasto del sector privado (cuadro XV), 71.7% se destinó a acciones de asistencia curativa hospitalaria que incluye la atención de embarazos, partos y cesáreas. Un distante segundo lugar lo ocuparon los servicios de prevención y salud pública que requirieron 8.3% del gasto del sector privado e incluyen los pagos generados por concepto de consulta prenatal. La compra de productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios fue equivalente a 6.3%. En tanto que la producción de servicios auxiliares de atención a la salud requirió 6.9% y la asistencia curativa ambulatoria 6.6%. Un pequeño porcentaje, 0.2%, se destinó a la asistencia curativa en hospitalización de día y cubrió principalmente la atención del cáncer cervicouterino.

El gasto por proveedor se distribuyó de la siguiente manera: 70.7% del gasto se ejerció en hospitales, 14.3% en consultorios médicos y otros profesionales de la salud, 6.2% en farmacias, 6.9% en laboratorios médicos y de diagnóstico, 0.8% en centros de atención ambulatoria y 1.1% se pagó a profesionales alternativos o tradicionales (cuadro XVI).

* El gasto total en salud en 2011 del ISSSTE fue 48 089 millones de pesos corrientes.⁴⁴

Cuadro XII

ISSSTE. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por función de salud, por programa de salud. México, 2011 (miles de pesos)

	Asistencia curativa hospitalaria	Asistencia curativa ambulatoria	Servicios de prevención y de salud pública	Administración de los servicios de salud	Total	%
Salud materna y perinatal	1 019 302	19 165	143 501		1 181 968	61.4
Planificación familiar	15 829		141 780		157 609	8.2
Cáncer cervicouterino	21 555	6 016			27 571	1.4
Cáncer de mama	54 883	6 835			61 718	3.2
Cáncer de próstata	25 121				25 121	1.3
Endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	238 263				238 263	12.4
Administración				231 838	231 838	12.1
Total	1 374 953	32 016	285 281	231 838	1 924 088	
%	71.5	1.7	14.8	12.0		

Cuadro XIII

ISSSTE. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por proveedor de bienes y servicios, por programa de salud. México, 2011 (miles de pesos)

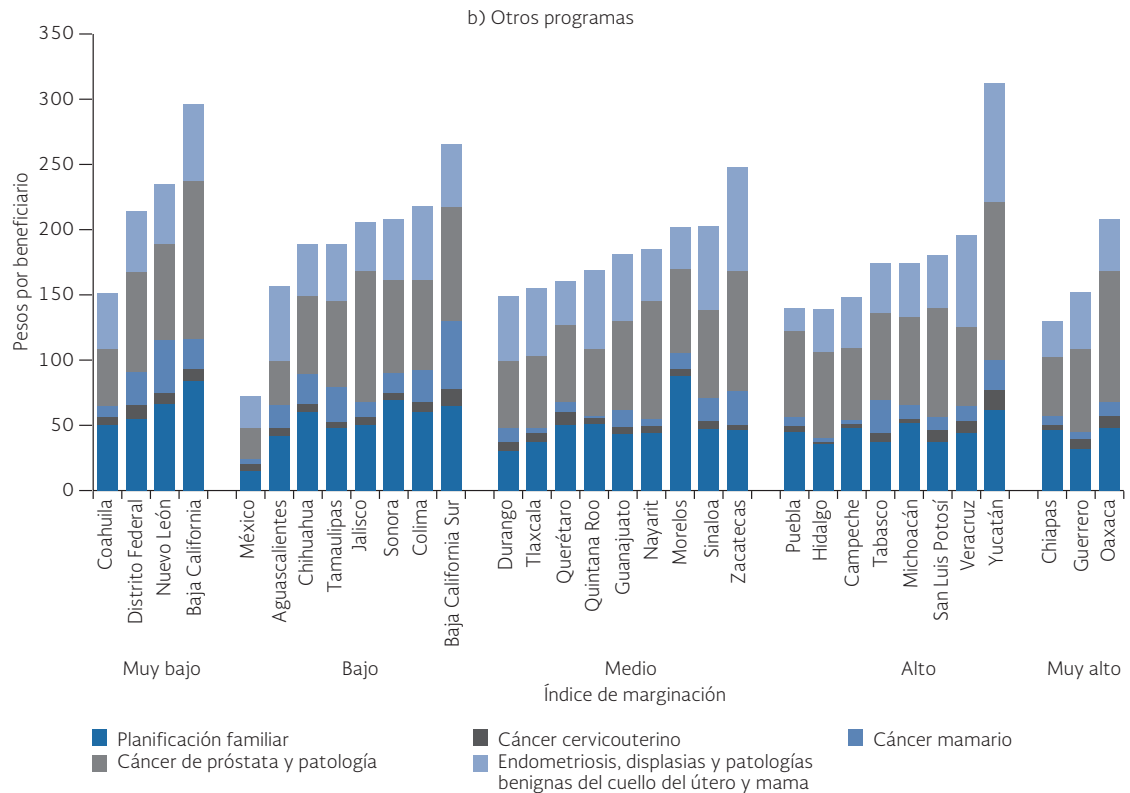
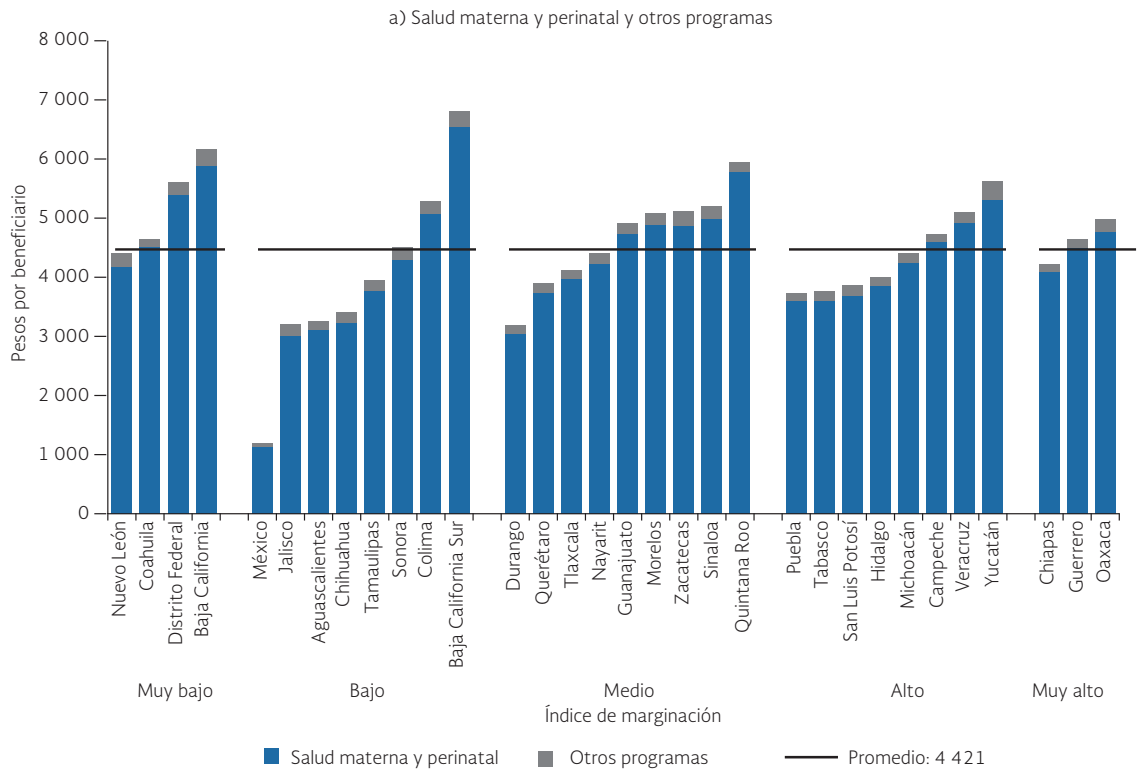
	Hospitales	Proveedores de atención ambulatoria	Administración general de la salud y los seguros médicos	Total	%
Salud materna y perinatal	1 019 302	162 666		1 181 968	61.4
Planificación familiar	15 829	141 780		157 609	8.2
Cáncer cervicouterino	21 555	6 016		27 571	1.4
Cáncer de mama	54 883	6 835		61 718	3.2
Cáncer de próstata	25 121			25 121	1.3
Endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	238 263			238 263	12.4
Administración			231 838	231 838	12.1
Total	1 374 953	317 297	231 838	1 924 088	
%	71.5	16.5	12.0		

Cuadro XIV

Sector privado. Gasto de los agentes financieros en salud reproductiva y equidad de género por programa de salud. México, 2011 (miles de pesos)

	Empresas de seguro privadas	Pago de bolsillo	ONG	Total	%
Salud materna y perinatal	1 612 420	7 041 474	35 026	8 688 920	77.2
Planificación familiar	1 110	143 908	37 159	182 177	1.6
Cáncer cervicouterino	119 995	809 083	10 271	939 349	8.4
Cáncer de mama	386 935	55 614	4 493	447 042	4.0
Cáncer de próstata	129 078			129 078	1.1
Endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	861 349			861 349	7.7
Total	3 110 888	8 050 079	86 949	11 247 916	
%	27.6	71.6	0.8		

Figura 25
ISSSTE. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por beneficiario, por programa de salud y marginación estatal. México, 2011



Cuadro XV

Sector privado. Gasto de los agentes financieros en salud reproductiva y equidad de género por función de gasto. México, 2011 (miles de pesos)

	Empresas de seguro privadas	Pago de bolsillo	ONG	Total	%
Asistencia curativa hospitalaria	3 079 209	4 960 795	27 749	8 067 753	71.7
Asistencia curativa en hospitalización de día		21 451		21 451	0.2
Asistencia curativa ambulatoria		734 801	6 234	741 035	6.6
Servicios auxiliares de atención de la salud		759 633	13 768	773 401	6.9
Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios		668 314	35 406	703 720	6.3
Servicios de prevención y de salud pública	31 679	905 085	3 792	940 556	8.3
Total	3 110 888	8 050 079	86 949	11 247 916	
%	27.6	71.6	0.8		

Cuadro XVI

Sector privado. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por proveedor de bienes y servicios, por programa de salud. México, 2011 (miles de pesos)

	Hospitales	Consultorios médicos y otros profesionales de salud	Centros de atención ambulatoria	Laboratorios médicos y de diagnóstico	Profesionales alternativos o tradicionales	Farmacias	Total	%
Salud materna y perinatal	6 337 455	885 314	67 623	765 771	108 350	524 406	8 688 920	77.2
Planificación familiar	1 110		1 753			179 314	182 177	1.6
Cáncer cervicouterino	177 337	724 510	20 732	4 578	12 193		939 349	8.4
Cáncer de mama	442 549		1 442	3 052			447 042	4.0
Cáncer de próstata	129 078						129 078	1.1
Endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	861 349						861 349	7.7
Total	7 948 879	1 609 824	91 550	773 401	120 543	703 720	11 247 916	
%	70.7	14.3	0.8	6.9	1.1	6.2		

5. Evolución del gasto en salud reproductiva y equidad de género, 2003-2011

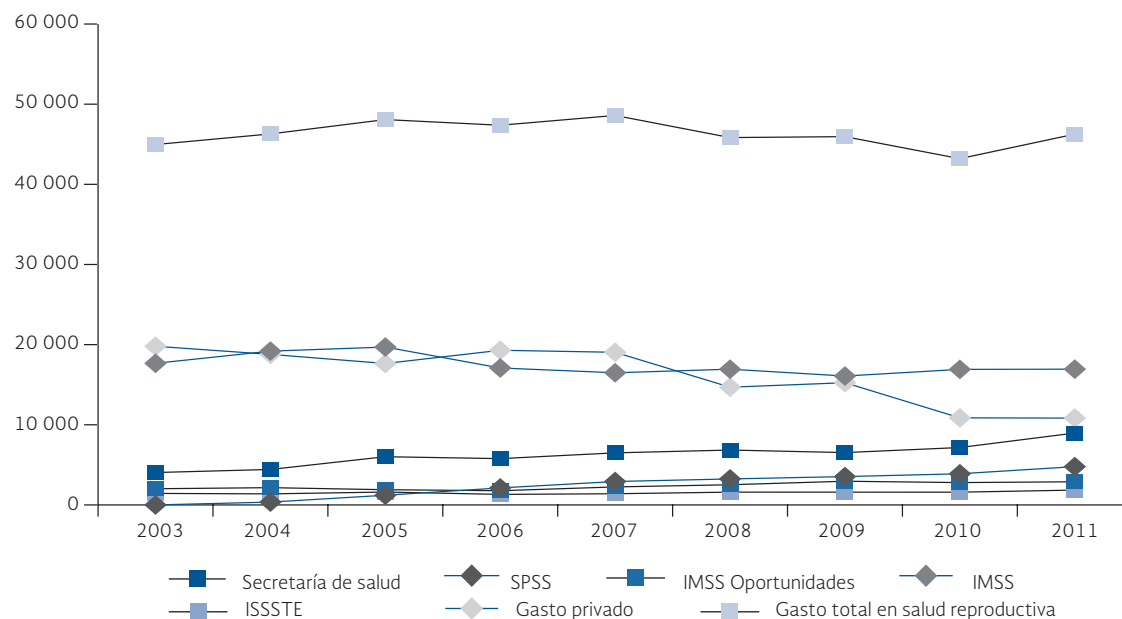
En el transcurso de los últimos nueve años, el gasto total en SR y EG creció a un ritmo promedio de 0.4% anual, moviéndose en un rango de 43.2 mil millones de pesos en 2010 a 48.5 mil millones en 2007, años en los que se reportaron los montos más bajo y más alto de gasto, respectivamente (figura 26 y cuadro XVII). El movimiento no fue similar en todos los agentes. Los cambios más importantes los presentaron: el SPSS, el IMSS y el gasto privado. Mientras todos los agentes públicos presentaron una tendencia creciente en el tiempo,

el gasto privado tuvo un comportamiento inverso, debido a la caída del gasto de los hogares. Estos cambios se detallan en la figura 26.

El cuadro XVIII exhibe el comportamiento en el tiempo del gasto para algunos de los principales indicadores de SR y EG. El primer hallazgo al respecto, es que el porcentaje del PIB destinado a SR y EG ha mostrado importantes variaciones en el tiempo. Se observa una tendencia creciente de 2003 a 2005 y un descenso a partir de 2006. En el periodo comprendido entre dicho año y 2008, la participación del gasto en salud reproductiva en

Figura 26

Gasto en salud reproductiva y equidad de género por agente de financiamiento. México, 2003-2011 (millones de pesos de 2010)



Secretaría de Salud	4 043.3	4 426.4	6 015.2	5 777.3	6 496.3	6 848.6	6 531.0	7 161.8	8 967.1
SPSS	0.0	353.8	1 209.5	2 122.7	2 922.3	3 244.2	3 536.7	3 887.4	4 779.0
IMSS Oportunidades	2 020.3	2 154.5	1 899.4	1 773.3	2 246.3	2 518.8	2 957.4	2 787.6	2 888.0
IMSS	17 669.7	19 190.2	19 697.6	17 087.4	16 489.2	16 936.6	16 082.1	16 912.1	16 937.4
ISSSTE	1 435.9	1 380.0	1 607.9	1 314.7	1 395.5	1 597.1	1 593.1	1 591.8	1 853.3
Gasto privado	19 796.9	18 783.7	17 648.5	19 295.8	19 043.7	14 688.4	15 248.8	10 865.1	10 834.1
Gasto total en salud reproductiva	44 966.2	46 288.5	48 078.1	47 371.4	48 593.2	45 833.7	45 949.0	43 205.9	46 258.9

Cuadro XVII

Variación porcentual real del gasto en salud reproductiva y equidad de género por agente de financiamiento. México, 2003-2011

	Variación porcentual anual								Promedio anual
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	
Secretaría de Salud	9.5	35.9	-4.0	12.4	5.4	-4.6	9.7	25.2	11.2
SPSS		241.9	75.5	37.7	11.0	9.0	9.9	22.9	58.3
IMSS Oportunidades	6.6	-11.8	-6.6	26.7	12.1	17.4	-5.7	3.6	5.3
IMSS	8.6	2.6	-13.3	-3.5	2.7	-5.0	5.2	0.1	-0.3
ISSSTE	-3.9	16.5	-18.2	6.1	14.4	-0.2	-0.1	16.4	3.9
Gasto privado	-5.1	-6.0	9.3	-1.3	-22.9	3.8	-28.7	-0.3	-6.4
Gasto total en salud reproductiva	2.9	3.9	-1.5	2.6	-5.7	0.3	-6.0	7.1	0.4

Cuadro XVIII

Indicadores del gasto en SR y EG. México 2003-2011

Año	Gasto total como % del PIB	Gasto público en salud %	Gasto de la seguridad social como % del gasto público en salud	Gasto de bolsillo como % del gasto privado en salud
2003	0.40	59.2	68.0	91.0
2004	0.47	59.6	68.9	88.6
2005	0.50	64.5	69.6	86.2
2006	0.43	59.3	65.5	87.0
2007	0.43	60.9	60.5	92.9
2008	0.43	68.0	59.5	84.5
2009	0.37	71.6	57.5	81.2
2010	0.33	68.0	57.2	71.4
2011	0.33	76.6	47.8	71.6

el PIB se estacionó en 0.43%, para iniciar un nuevo descenso en 2009, año en que sólo contribuyó con 0.37% del PIB. Los años 2010 y 2011 mostraron los valores mas bajos del periodo, pues el gasto en SR y EG sólo alcanzó 0.33% del PIB (figura 27). Se observa también que, al igual que lo acaecido con SR y EG, anteriormente descrito, la proporción del PIB destinada al gasto total en salud descendió en 2009, para mantenerse al final de periodo analizado en 6.2%, ligeramente superior a lo reportado en 2003, que fue 6.0% del PIB destinado a salud. Estos cambios están explicados en su mayor parte por el descenso del gasto de los hogares como consecuencia de la crisis económica de 2008⁶¹ y al incremento real del PIB de 2011 en 5.7% con relación a 2010.⁴³

Destaca el comportamiento del gasto público en salud y del gasto de bolsillo durante el periodo analizado. En tanto que el primero mostró una

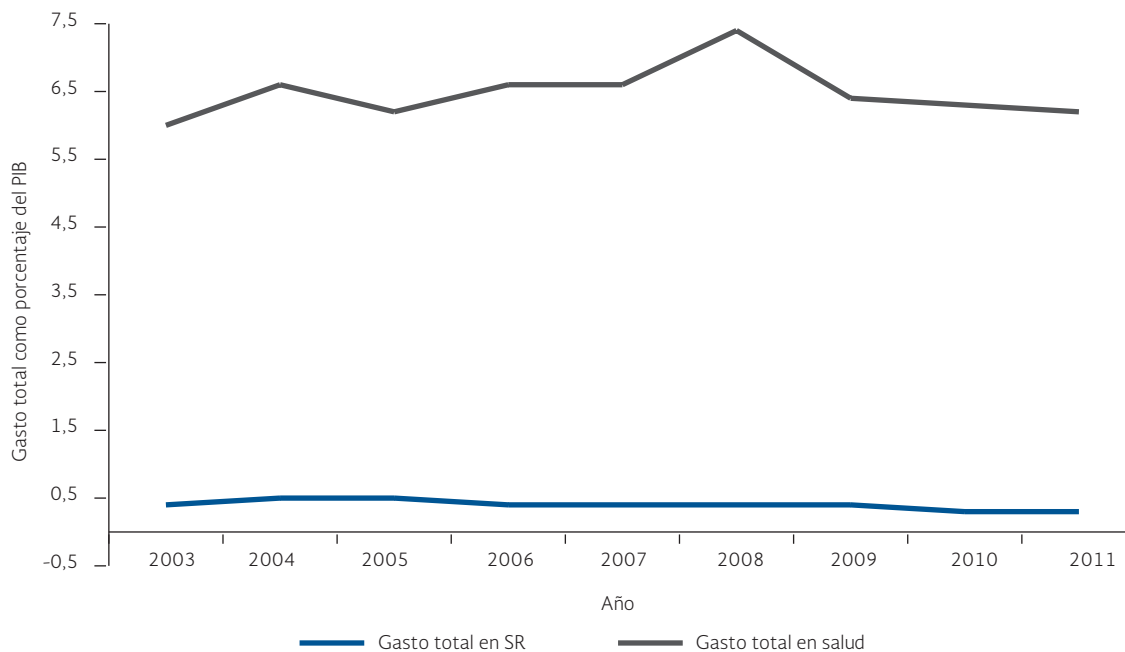
tendencia creciente, los últimos reflejaron una tendencia a la baja (cuadro XVIII).

Un fenómeno de interés es la participación creciente del sector público financiando la SR y EG. En 2003, cerca de seis de cada diez pesos ejercidos en SR y EG provenía de las arcas públicas, mientras que en 2011 fue de casi ocho pesos. La participación pública en el financiamiento en SR fue más acentuada que la observada para el gasto total en salud (figura 28 y cuadro XVIII).

La proporción del gasto público en SR y EG cubierto por la seguridad social disminuyó en el tiempo, pasando de 68.0% en 2003 a 47.8% en 2011. Esta contracción fue más pronunciada que la observada por el gasto total en salud, lo que refleja la creciente participación del SPSS y los Sesa financiando actividades vinculadas la salud reproductiva (figura 29).

Figura 27

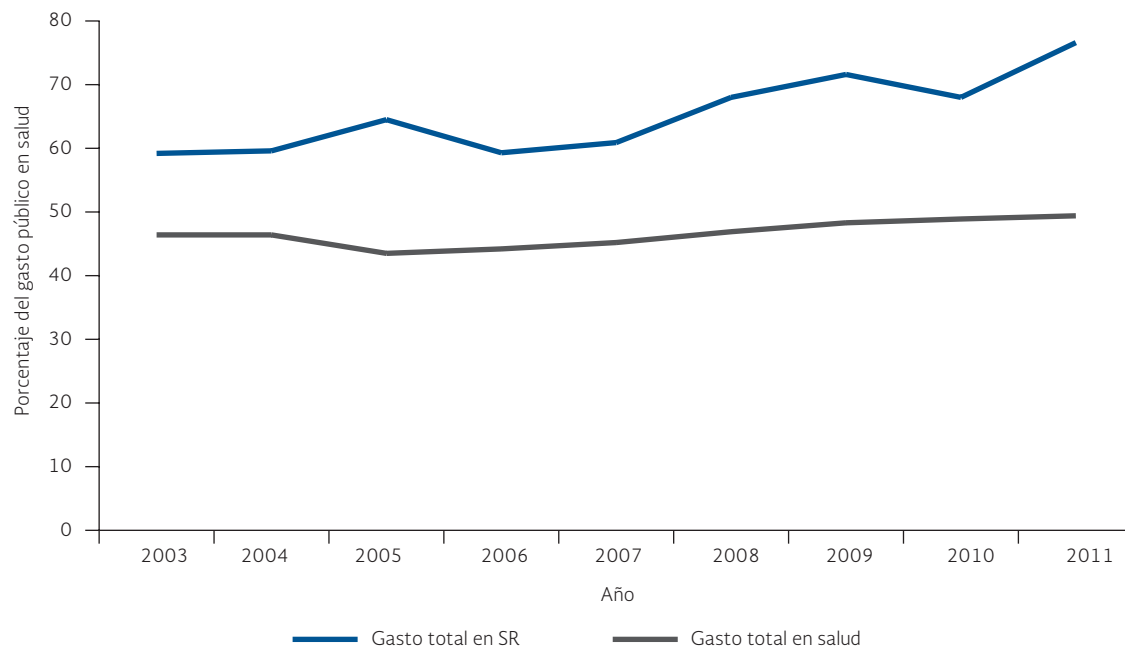
Gasto total en salud y gasto total en salud reproductiva y equidad de género como porcentaje del producto interno bruto. México, 2003-2011



Fuente: elaboración propia con información de la Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud.¹⁰

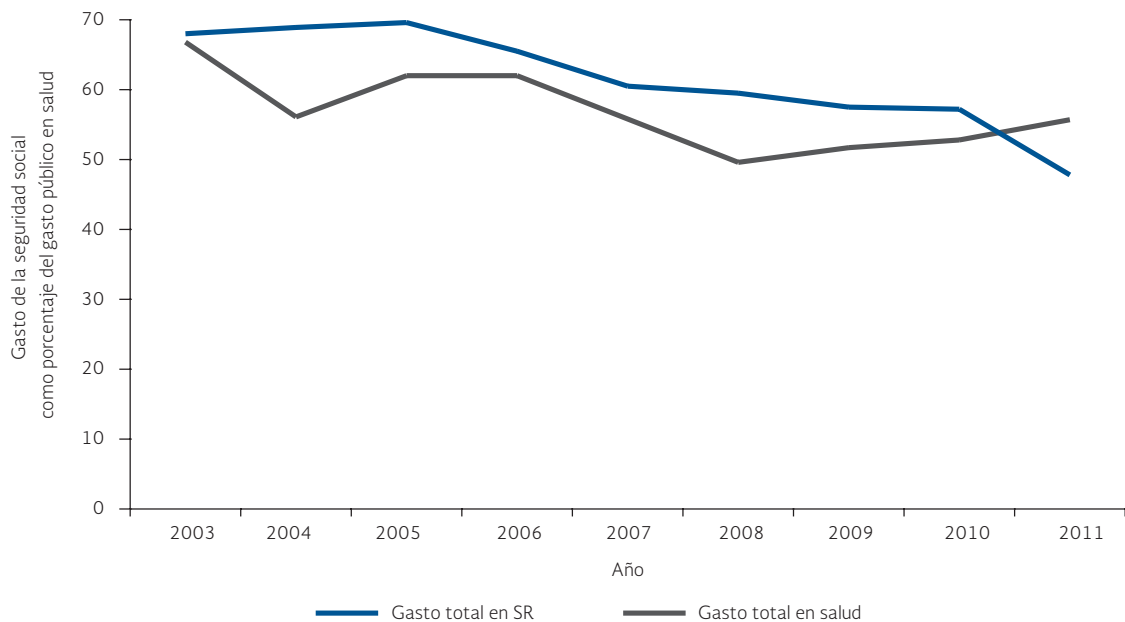
Figura 28

Gasto público como porcentaje del gasto total en salud y como porcentaje del gasto total en salud reproductiva y equidad de género. México, 2003-2011



Fuente: elaboración propia con información de la Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud.¹⁰

Figura 29

Gasto de las instituciones de la seguridad social como porcentaje del gasto público en salud y como porcentaje del gasto público en salud reproductiva y equidad de género. México, 2003-2011

Fuente: elaboración propia con información de la Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud.¹⁰

Quizá la conducta del gasto en SR y EG que más difiere de la observada en el gasto total en salud es la presentada por el gasto de bolsillo de los hogares medida como porcentaje del gasto privado (figura 30). Contrario al incremento de la participación del gasto de bolsillo como componente del gasto privado en salud que pasó de 94% en 2003 a 95.9% en 2011; en el caso del gasto en SR y EG, el gasto de bolsillo redujo paulatinamente su importancia dentro del gasto total privado para SR y EG. En efecto, mientras que en 2003 nueve de cada diez pesos gastados en el sector privado en SR y EG provino del gasto de bolsillo de los hogares, en 2011 sólo gastaron siete pesos (figura 30).

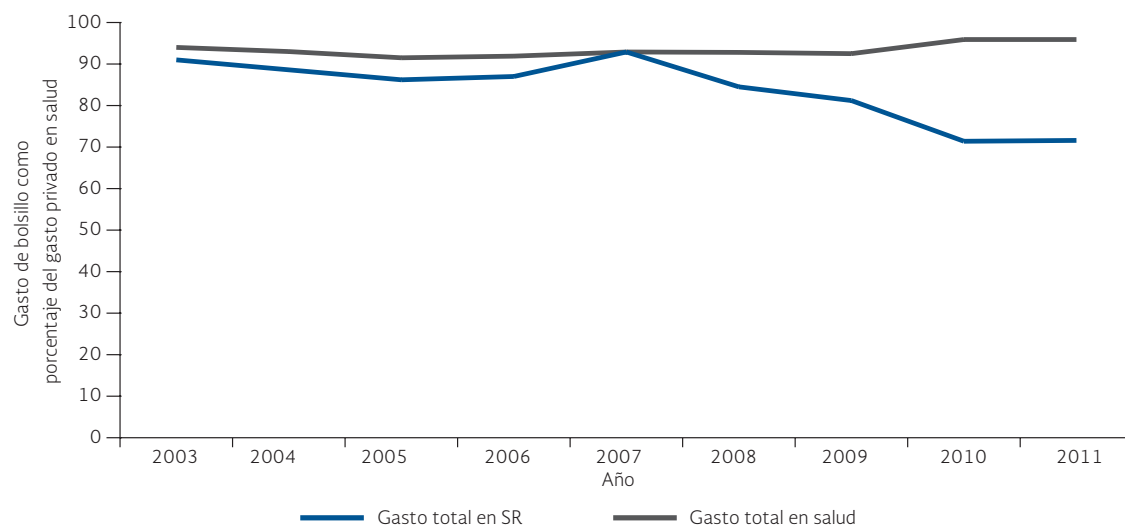
La evolución del gasto por función de salud se muestra en la figura 31 y el cuadro XIX. La función con mayores fluctuaciones fue la de servicios de asistencia curativa, registrándose decrementos anuales en un rango de 0.8 a 6.8%. Como consecuencia, la tasa promedio anual de crecimiento de esta función en el periodo 2003-2011 fue de negativa, -0.4%. El gasto en productos dispensados a pacientes ambulatorios mostró una reducción promedio de 0.7%, provocada por una caída del gasto de casi una tercera parte en 2010 con relación a 2009. Estas reducciones se deben,

principalmente, a las variaciones en el gasto privado (cuadro XIX, figura 31). Los servicios auxiliares de atención a la salud y los servicios de prevención presentaron incrementos de 3.0 y 4.4% promedio anual, respectivamente (cuadro XIX y figura 31).

Los movimientos en el gasto experimentados por los programas de SR y EG durante el periodo 2003-2011 se muestran en el cuadro XX. Se observa que todos los programas, con excepción de salud materna y perinatal, cerraron el periodo con saldos positivos. La reducción promedio anual de 1.8% de dicho programa, contribuyó a que el gasto total en salud reproductiva solo se incrementara en 0.4%, durante 2003-2011. Otras acciones, como las relacionadas con la atención de cánceres de mama y próstata, así como el manejo de la endometriosis y patologías benignas, reportaron incrementos en casi todos los años. En especial, el cáncer de mama muestra importantes aumentos desde 2007 cuando fue incluido en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos.⁴⁵

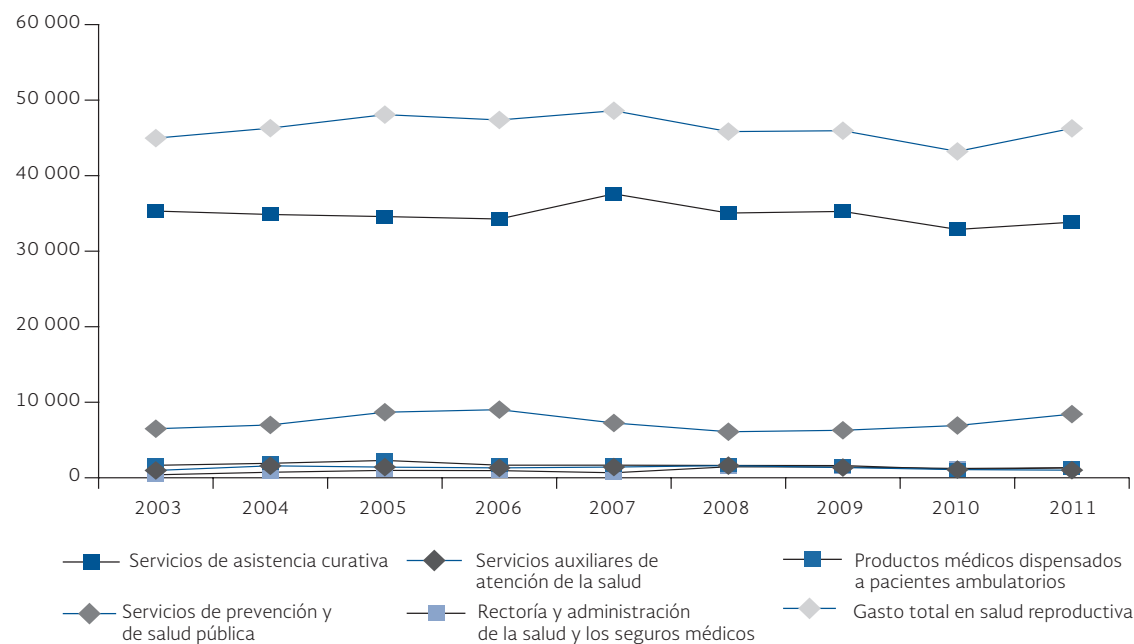
La evolución del gasto por programa de salud para el periodo 2003-2011 también es mostrada en la figura 32. En esta figura se puede observar la importancia creciente del programa de cáncer de mama en el gasto, que en 2011 logra triplicar

Figura 30
Gasto de bolsillo de los hogares como porcentaje del gasto privado en salud. México, 2003-2011



Fuente: elaboración propia con información de la Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud.¹⁰

Figura 31
Gasto en salud reproductiva y equidad de género por función de salud. México, 2003-2011 (millones de pesos de 2010)



	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Servicios de asistencia curativa	35 310.3	34 859.1	34 580.4	34 261.5	37 588.0	35 050.2	35 263.6	32 878.1	33 833.8
Servicios auxiliares de atención de la salud	969.4	1 582.0	1 410.8	1 309.1	1 419.2	1 608.0	1 354.2	1 081.8	1 005.6
Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	1 649.7	1 916.3	2 293.9	1 667.6	1 668.5	1 630.7	1 617.6	1 095.1	1 329.3
Servicios de prevención y de salud pública	6 493.4	6 994.7	8 678.5	9 017.5	7 254.4	6 092.0	6 288.2	6 919.3	8 427.7
Rectoría y administración de la salud y los seguros médicos	393.0	731.4	977.3	946.4	663.2	1 452.8	1 425.5	1 231.6	1 322.6
Formación de capital, del personal sanitario, e investigación y desarrollo	150.6	205.0	137.6	169.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Gasto total en salud reproductiva	44 966.3	46 288.3	48 078.5	47 371.3	48 593.2	45 833.7	45 949.0	43 205.9	46 258.9

Cuadro XIX

Variación porcentual del gasto en salud reproductiva y equidad de género por función de salud. México, 2003-2011

	Variación porcentual anual								Promedio anual
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	
Servicios de asistencia curativa	-1.3	-0.8	-0.9	9.7	-6.8	0.6	-6.8	2.9	-0.4
Servicios auxiliares de atención de la salud	63.2	-10.8	-7.2	8.4	13.3	-15.8	-20.1	-7.0	3.0
Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	16.2	19.7	-27.3	0.1	-2.3	-0.8	-32.3	21.4	-0.7
Servicios de prevención y de salud pública	7.7	24.1	3.9	-19.6	-16.0	3.2	10.0	21.8	4.4
Rectoría y Administración de la salud y los seguros médicos	86.1	33.6	-3.2	-29.9	119.1	-1.9	-13.6	7.4	24.7
Formación de capital, del personal sanitario, e investigación y desarrollo	36.1	-32.9	23.0						8.7
Gasto total en salud reproductiva	2.9	3.9	-1.5	2.6	-5.7	0.3	-6.0	7.1	0.4

Cuadro XX

Variación porcentual del gasto en salud reproductiva y equidad de género por programa. México, 2003-2011

	Variación porcentual anual								Promedio anual
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	
Salud materna y perinatal	-0.1	2.9	-0.6	0.6	-9.7	-1.4	-11.1	5.0	-1.8
Planificación familiar	4.1	5.1	-16.8	16.5	-20.4	4.6	12.9	28.7	4.3
Cáncer cervicouterino	-6.2	-4.7	-4.9	-3.8	26.5	2.4	-0.3	8.6	2.2
Cáncer de mama	15.0	2.6	7.2	59.0	24.1	9.0	7.4	23.2	18.4
Equidad de género y violencia	-5.1	58.0	2.7	-50.8	74.7	6.1	42.5	-15.5	14.1
Cáncer de próstata	8.6	8.5	9.6	3.2	-1.3	12.5	2.1	13.9	7.1
Endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	43.1	9.9	0.2	9.5	5.7	2.5	8.4	-4.4	9.3
Rectoría	99.3	43.2	-3.6	-32.9	13.6	5.3	-5.6	21.8	17.6
Gasto total en salud reproductiva	2.9	3.9	-1.5	2.6	-5.7	0.3	-6.0	7.1	0.4

el monto gastado en 2003. Otros programas para los que se observan incrementos en el gasto fueron la endometriosis y las patologías benignas de útero, mama y próstata, con montos en 2011 equivalentes a casi dos veces los de 2003.

Gasto por agente financiador

Servicios Estatales de Salud

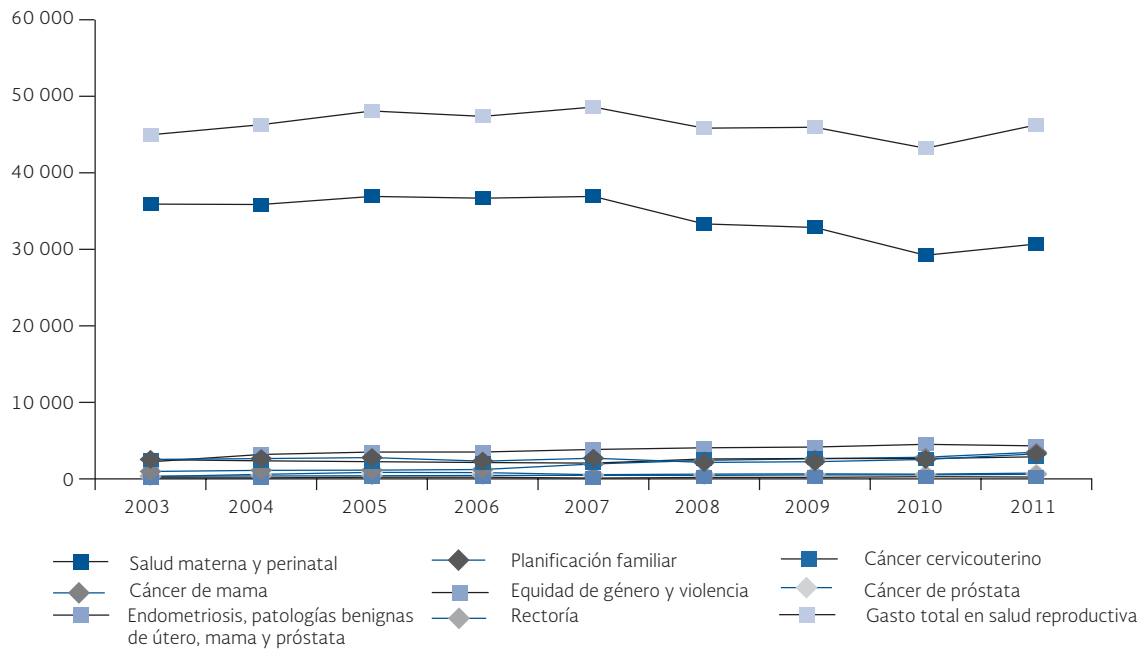
Como se observa en el cuadro XXI y en la figura 33, el gasto en salud reproductiva de los Sesa experimentaron un incremento promedio anual de 11.2% durante el periodo 2003-2011. El análisis entre años advierte que en seis de las mediciones realizadas ocurrieron incrementos, el mayor de ellos se registró en 2005 y tuvo una magnitud de 35.9% y es consecuencia principalmente del aumento del gasto en actividades de salud materna y perinatal.

Otros programas de salud que experimentaron variabilidad fueron cáncer cervicouterino, equidad de género y violencia, y cáncer de mama (cuadro XXI y figura 33).

Un análisis detallado en el gasto en salud materna y perinatal en los Sesa revela que la principal variable relacionada con su conducta en el último año es el total de días estancia en los hospitales de la institución. La figura 34 muestra que entre 2010 y 2011 el número de días estancia de esta institución se redujo en 24.7%. Asimismo, el número de días estancia por concepto de atención de partos registró una reducción de 17.4% y 30.0% por concepto de cesáreas, 24.2% por atención de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio y 24.7% por atención de abortos. Ello se vio reflejado en un incremento de 7.1% del gasto para este agente en el periodo 2010-2011.

Figura 32

Gasto en salud reproductiva y equidad de género por programa. México, 2003-2011 (millones de pesos de 2010)



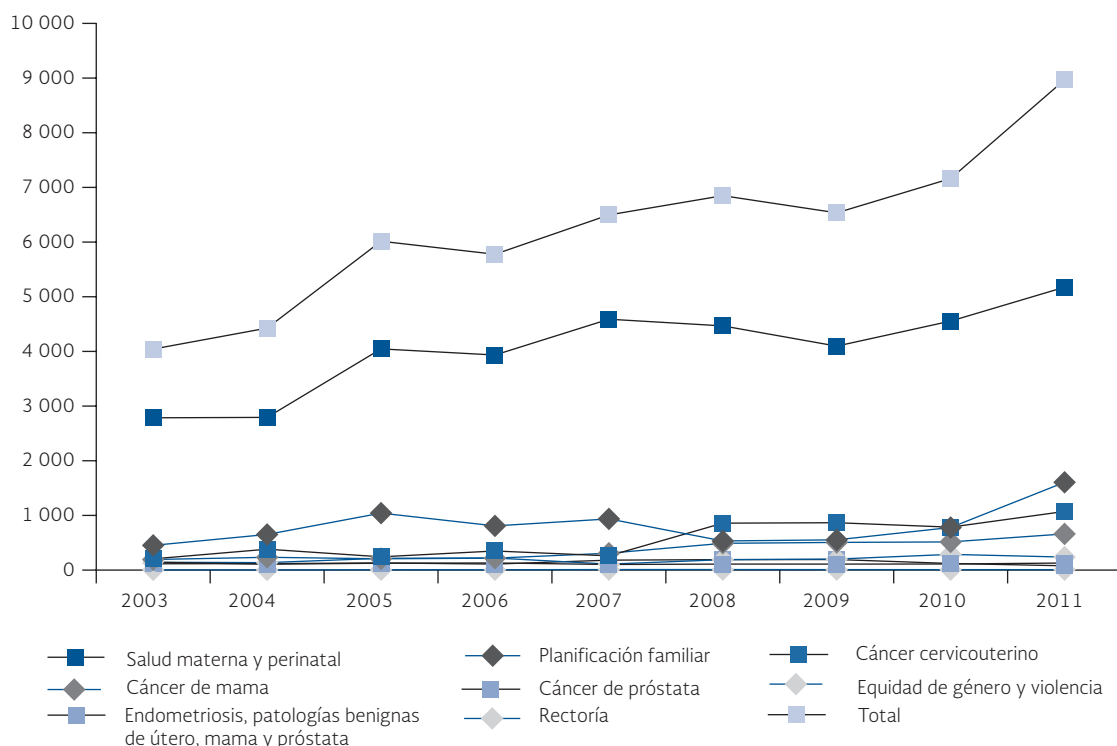
Programa	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Salud materna y perinatal	35 909.9	35 857.7	36 912.4	36 680.1	36 913.4	33 321.3	32 854.6	29 222.9	30 696.4
Planificación familiar	2 547.6	2 652.1	2 786.1	2 318.1	2 701.4	2 151.3	2 249.4	2 539.8	3 269.7
Cáncer cervicouterino	2 517.1	2 361.4	2 249.7	2 140.3	2 058.4	2 603.4	2 665.7	2 657.3	2 886.0
Cáncer de mama	970.0	1 115.6	1 144.2	1 226.5	1 949.9	2 419.1	2 637.8	2 833.6	3 490.8
Equidad de género y violencia	143.6	136.4	215.5	221.3	108.9	190.2	201.7	287.5	243.0
Cáncer de próstata	348.5	378.4	410.7	450.3	464.9	458.9	516.1	526.8	599.9
Endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	2 231.1	3 192.0	3 508.1	3 513.6	3 845.8	4 063.9	4 165.0	4 516.0	4 315.3
Rectoría	298.5	594.8	851.8	821.1	550.6	625.5	658.7	622.0	757.7
Gasto total en salud reproductiva	44 966.2	46 288.3	48 078.5	47 371.3	48 593.3	45 833.7	45 949.0	43 205.9	46 258.9

Cuadro XXI

Servicios Estatales de Salud. Variación porcentual del gasto en salud reproductiva y equidad de género por programa. México, 2003-2011

Programa	Variación porcentual								Promedio anual
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	
Salud materna y perinatal	0.3	44.8	-2.8	16.6	-2.7	-8.3	11.2	13.6	9.1
Planificación familiar	44.0	59.9	-22.4	15.9	-43.1	3.9	40.8	106.1	25.6
Cáncer cervicouterino	85.9	-36.5	44.0	-25.4	229.7	0.9	-9.4	36.6	40.7
Cáncer de mama	21.1	-11.7	5.5	41.4	58.8	3.4	1.8	28.4	18.6
Equidad de género y violencia	-5.1	58.0	2.7	-50.8	74.7	5.9	42.6	-17.2	13.9
Cáncer de próstata	-24.8	16.8	3.8	-21.3	7.1	-0.2	1.6	15.9	-0.1
Endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	2.7	10.3	-15.8	65.4	5.2	0.7	-37.3	-35.3	-0.5
Rectoría	-31.3	109.7	-4.7	52.6	2.5	-12.6	-5.2	-3.7	13.4
Gasto total en salud reproductiva	9.5	35.9	-4.0	12.4	5.4	-4.6	9.6	25.2	11.2

Figura 33
Servicios Estatales de Salud. Gasto en salud reproductiva y equidad de género. México 2003-2011
(millones de pesos de 2010)



Salud materna y perinatal	2 785.7	2 793.3	4 046.0	3 934.2	4 588.9	4 466.9	4 096.7	4 554.7	5 174.5
Planificación familiar	452.5	651.6	1 041.9	808.2	936.3	532.7	553.4	779.0	1 605.6
Cáncer cervicouterino	205.5	382.0	242.6	349.2	260.4	858.3	866.4	785.3	1 072.5
Cáncer de mama	193.2	234.1	206.6	218.0	308.3	489.6	506.1	515.3	661.7
Cáncer de próstata	142.9	107.5	125.5	130.3	102.5	109.8	109.5	111.3	129.0
Equidad de género y violencia	143.6	136.4	215.5	221.3	108.9	190.2	201.4	287.2	237.9
Endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	115.3	118.4	130.6	109.9	181.8	191.3	192.7	120.8	78.2
Rectoría	4.6	3.1	6.6	6.3	9.6	9.8	8.6	8.1	7.8
Total	4 043.3	4 426.4	6 015.2	5 777.3	6 496.5	6 848.6	6 534.8	7 161.8	8 967.1

Sistema de Protección Social en Salud

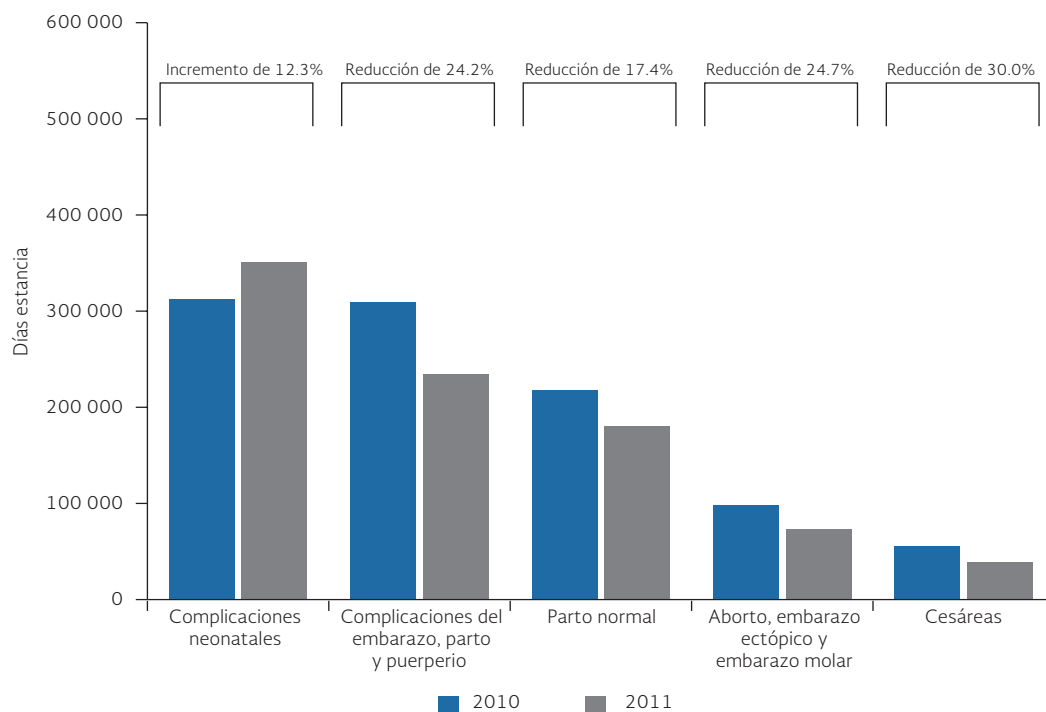
Durante el periodo 2003-2011, el gasto en SR y EG del SPSS experimentó un incremento promedio anual de 58.3%, crecimiento atribuido a la ampliación de cobertura, tanto por un mayor número de individuos atendidos, como por la inclusión de más padecimientos (cuadro XXII y figura 35). Respecto al periodo 2010-2011, todos los programas reportaron incrementos en el gasto, excepto endometriosis y patologías benignas. El gasto en salud materna y perinatal y planificación familiar se incrementó en 15.8 y 8.4%, respectivamente; mientras que el gasto

en cáncer de mama y cervicouterino aumentó 41.8 y 19.8%. La consecuencia fue un incremento del gasto en SR y EG de 22.9% en 2011 respecto a 2010.

Cuando se analiza la composición del gasto por origen de financiamiento (REPSS y FPGC) para el periodo 2010-2011, se observa que el incremento del gasto del SPSS se debe a las erogaciones realizadas a través del FPGC (cuadro XXIII). La figura 36 muestra cómo el número de casos pagados en diversos conceptos de salud reproductiva, a través del FPGC, aumentó en 34.8%. Así, el gasto en cáncer de mama y cáncer cervicouterino se incrementó en 41.8 y 10.1%, respectivamente,

Figura 34

Servicios Estatales de Salud. Número de días estancia en los principales diagnósticos incluidos en la estimación del gasto en salud reproductiva. México, 2010-2011



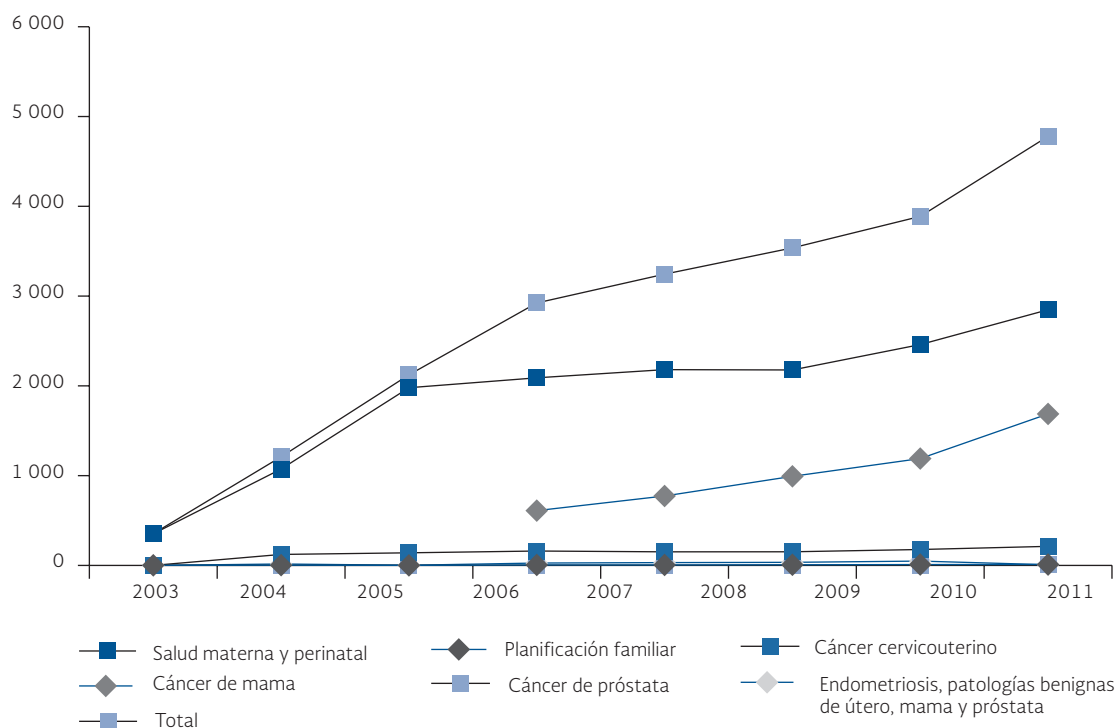
	2010	2011	Variación (%)
Total de días estancia	5 450 110	4 104 014	-24.7
Complicaciones neonatales	312 122	350 590	12.3
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	309 481	234 570	-24.2
Parto normal	218 071	180 205	-17.4
Aborto, embarazo ectópico y embarazo molar	98 011	73 807	-24.7
Cesáreas	55 215	38 653	-30.0

Cuadro XXII

Sistema de Protección Social en Salud. Variación porcentual del gasto en salud reproductiva y equidad de género por programa. México, 2004-2011

	Variación porcentual							Promedio anual
	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	
Salud materna y perinatal	204.9	84.4	5.6	4.4	-0.2	13.0	15.8	46.8
Planificación familiar	125.8	-70.4	584.2	3.2	46.7	19.2	8.4	102.4
Cáncer cervicouterino	41 264.3	19.4	18.5	0.6	3.9	2.0	19.8	5 904.1
Cáncer de mama				35.0	32.9	4.8	41.8	28.6
Cáncer de próstata	265.1	-30.9	187.1	47.9	27.6	-0.7	446.4	134.6
Endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	13 193.6	-87.9	1 385.7	26.1	13.7	22.7	-84.2	2 067.1
Gasto total en salud reproductiva	241.9	75.5	37.7	11.0	9.0	9.9	22.9	58.3

Figura 35
Sistema de Protección Social en Salud. Gasto en salud reproductiva y equidad de género. México, 2004-2011 (millones de pesos de 2010)



Salud materna y perinatal	352.2	1 073.6	1 979.3	2 089.6	2 180.7	2 177.1	2 459.8	2 847.6
Planificación familiar	1.3	2.8	0.8	5.2	5.1	7.2	9.8	10.6
Cáncer cervicouterino	0.3	122.4	140.5	160.4	151.4	151.9	177.3	212.4
Cáncer de mama				610.3	773.3	992.5	1 190.3	1 687.4
Cáncer de próstata	0.1	0.4	0.3	0.8	1.1	1.3	1.5	8.2
Equidad de género y violencia						0.3	0.3	5.1
Endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	0.1	16.0	1.9	26.5	31.4	34.5	48.4	7.7
Total	353.9	1 209.7	2 122.7	2 923.4	3 244.2	3 536.7	3 887.4	4 779.0

mientras que el gasto en cuidados intensivos neonatales se incrementó en 29.8%.

Comparación de indicadores de producción de salud materna y perinatal entre Sesa y SPSS¹⁰

La figura 37 muestra el análisis de egresos para diagnósticos principales en el periodo 2008-2011. Se observa que el número de egresos relacionados con abortos, partos, complicaciones neonatales y complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, cubiertos con recursos de los Sesa se redujo, mien-

tras que los cubiertos con el SPSS se incrementaron. Lo que podría interpretarse como un traslado en términos de cobertura financiera, es decir, mujeres que eran atendidas en los Sesa y referían no contar con ningún seguro, ahora refieren estar afiliadas al Seguro Popular. Por ello, desde la estructura del gasto estos casos se contabilizan para el SPSS. Se observa también que en general hay un número creciente de egresos por parto, complicaciones durante el embarazo parto y puerperio, así como de abortos y complicaciones neonatales, mientras que por el contrario, el número de cesáreas se redujo tanto en los Sesa como en el SPSS.

Cuadro XXIII

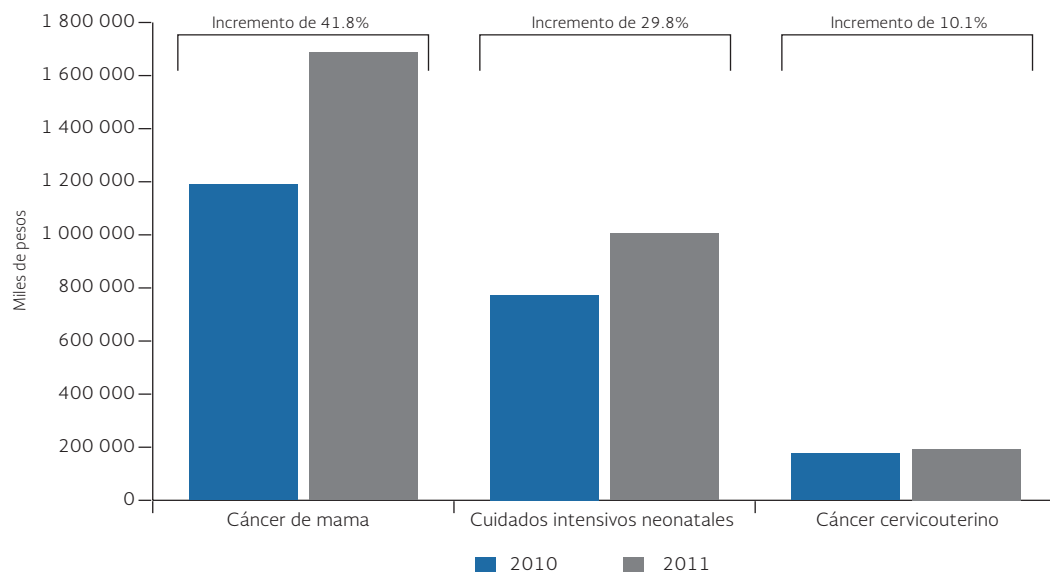
Sistema de Protección Social en Salud. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por programa y origen de financiamiento. México, 2004-2011 (millones de pesos de 2010)

	REPSS							
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Salud materna y perinatal	352.2	1 029.8	1 892.2	1 638.7	1 445.0	1 608.6	1 685.8	1 843.0
Planificación familiar	1.2	2.7	0.8	5.4	5.6	8.2	9.8	10.6
Cáncer cervicouterino	0.3	0.3	0.7	0.6	0.6	0.9	1.2	18.4
Cáncer de mama	-	-	-	-	-	-	-	-
Equidad de género y violencia	-	-	-	-	-	0.3	0.3	5.1
Cáncer de próstata	0.1	0.4	0.3	0.8	1.2	1.5	1.5	8.2
Endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	0.1	15.3	1.9	27.5	34.7	39.5	48.4	7.7
Gasto total en salud reproductiva	353.9	1 048.6	1 895.9	1 673.4	1 487.1	1 659.1	1 747.0	1 893.1

	CNPSS							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	
Salud materna y perinatal	43.8	87.1	450.9	735.7	568.5	773.9	1 004.6	
Planificación familiar	-	-	-	-	-	-	-	
Cáncer cervicouterino	117.3	139.8	165.8	166.8	172.9	176.1	194.0	
Cáncer de mama	-	-	633.3	854.7	1 136.2	1 190.3	1 687.4	
Equidad de género y violencia	-	-	-	-	-	-	-	
Cáncer de próstata	-	-	-	-	-	-	-	
Endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	-	-	-	-	-	-	-	
Gasto total en salud reproductiva	161.1	226.9	1 250.0	1 757.2	1 877.6	2 140.4	2 886.0	

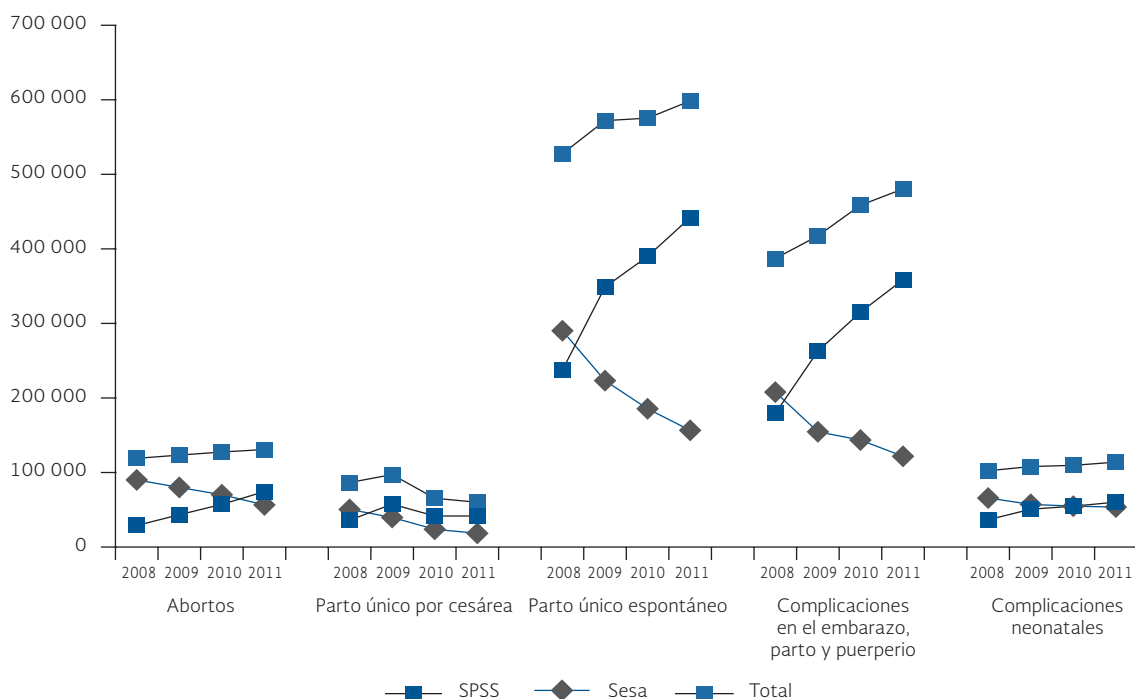
Figura 36

Sistema de Protección Social en Salud. Variación en el número de casos pagados por el Fondo de Protección contra Gasto Catastrófico. México, 2010-2011 (miles de pesos de 2010)



Cáncer de mama	5 359	1 190 341	11 065	1 687 372	41.8
Cuidados intensivos neonatales	17 836	773 936	17 207	1 004 806	29.8
Cáncer cervicouterino	3 458	176 121	6 860	193 990	10.1
Total	26 653	2 140 398	26 653	2 886 168	34.8

Figura 37
Servicios Estatales de Salud/Sistema de Protección Social en Salud. Número de egresos en los principales diagnósticos incluidos en la estimación del gasto en salud reproductiva. México, 2008-2011



IMSS Oportunidades

Entre 2003-2011 el gasto estimado para el programa IMSS Oportunidades registró un incremento promedio anual de 5.3%. Al programa materna y perinatal se dirigió cerca del 60% del gasto en SR, en promedio durante ese periodo, y se observa que ha registrado incrementos superiores a 20% en tres ocasiones y caídas de 13.8 y 11.8% entre 2004-2005 y 2009-2010, respectivamente. Al final del periodo el gasto en este programa muestra un crecimiento promedio anual de 9.3%. Las actividades de planificación familiar y cáncer cervicouterino concluyeron con un crecimiento positivo de 1.0 y 4.3% promedio anual. Las acciones dirigidas a la atención de los cánceres de próstata y mama, cerraron el periodo con un decremento promedio anual de 16.2 y 5.5% (cuadro XXIV y figura 38).

Durante el periodo 2010-2011, el programa de salud materna y perinatal mostró un incremento de 12.1%. Por el contrario, los programas de cáncer cervicouterino y planificación familiar mostraron disminuciones de 22.4 y 3.9%, respectivamente.

El aumento del gasto total en SR para este agente en 2011, tiene dos posibles explicaciones: a) incrementos en el costo de los servicios producidos y, b) cambios en la cantidad de los servicios producidos. Los costos de las intervenciones, consultas y días-paciente se han mantenido sin cambios.

Con relación a los cambios en la cantidad de servicios producidos, entre 2010 y 2011 las consultas registradas para atención prenatal se redujeron en 14.7% y el número de abortos atendidos en 10.7% (figura 39). Por el contrario, las consultas de puerperio y el número de partos y cesáreas atendidos aumentaron en 4.3% y 36.4% respectivamente. Debido a estos cambios el balance final da como resultado el incremento del gasto en SR en 3.6%.

Instituto Mexicano del Seguro Social

Este agente ejecutó el mayor gasto durante el periodo 2003-2011, no obstante, el análisis de este gasto da cuenta de una disminución promedio anual de 0.3%. Esta disminución es explicada por variaciones en los programas de cáncer cervicoute-

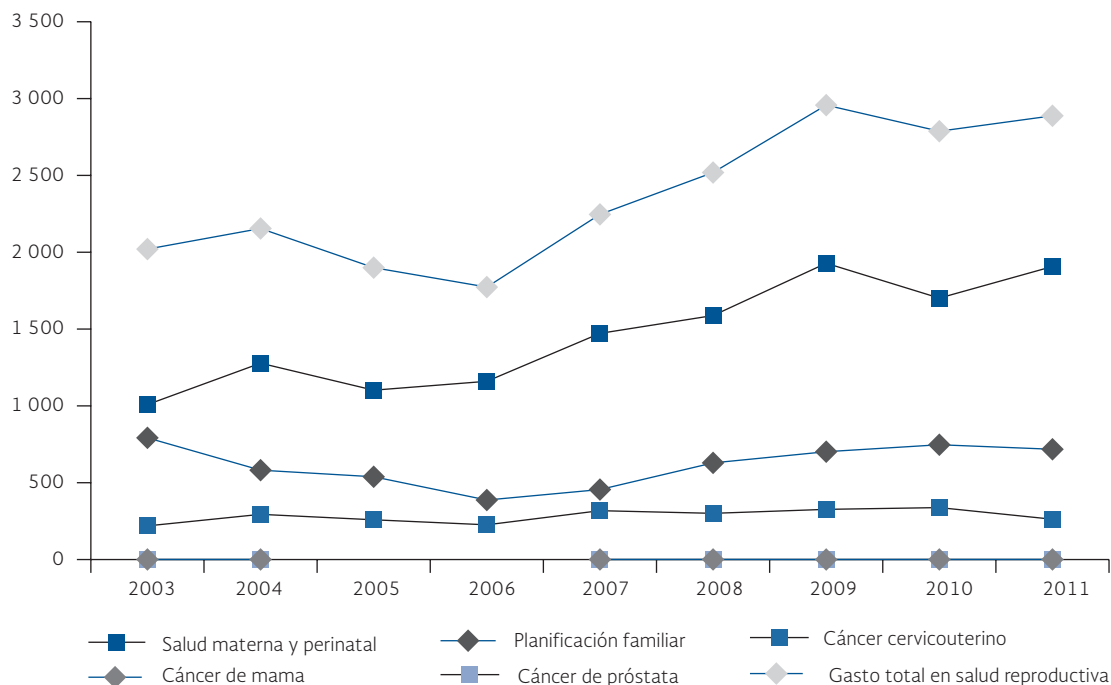
Cuadro XXIV

IMSS Oportunidades. Variación porcentual del gasto en salud reproductiva y equidad de género. México, 2003-2011

	Variación porcentual								Promedio anual
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	
Salud materna y perinatal	26.7	-13.8	5.2	26.9	7.9	21.4	-11.8	12.1	9.3
Planificación familiar	-26.6	-7.4	-28.1	17.6	38.1	11.6	6.5	-3.9	1.0
Cáncer cervicouterino	34.4	-12.1	-12.7	40.7	-5.4	8.6	3.5	-22.4	4.3
Cáncer de mama	-8.9				59.3	-58.2	53.7	21.2	-5.5
Cáncer de próstata	-18.3				-0.9	34.7	-10.8	-1.8	-16.2
Gasto total en salud reproductiva	6.6	-11.8	-6.7	26.7	12.1	17.4	-5.7	3.6	5.3

Figura 38

IMSS Oportunidades. Gasto en salud reproductiva y equidad de género. México, 2003-2011 (millones de pesos de 2010)



	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Salud materna y perinatal	1 008.5	1 277.9	1 102.2	1 160.0	1 471.9	1 588.0	1 928.3	1 701.5	1 907.0
Planificación familiar	792.1	581.6	538.7	387.3	455.5	629.1	701.8	747.1	717.7
Cáncer cervicouterino	219.0	294.2	258.7	226.0	318.0	300.7	326.6	338.1	262.4
Cáncer de mama	0.5	0.5			0.5	0.7	0.3	0.5	0.6
Cáncer de próstata	0.3	0.2			0.3	0.3	0.4	0.4	0.4
Gasto total en salud reproductiva	2 020.4	2 154.5	1 899.6	1 773.2	2 246.3	2 518.8	2 957.4	2 787.6	2 888.0

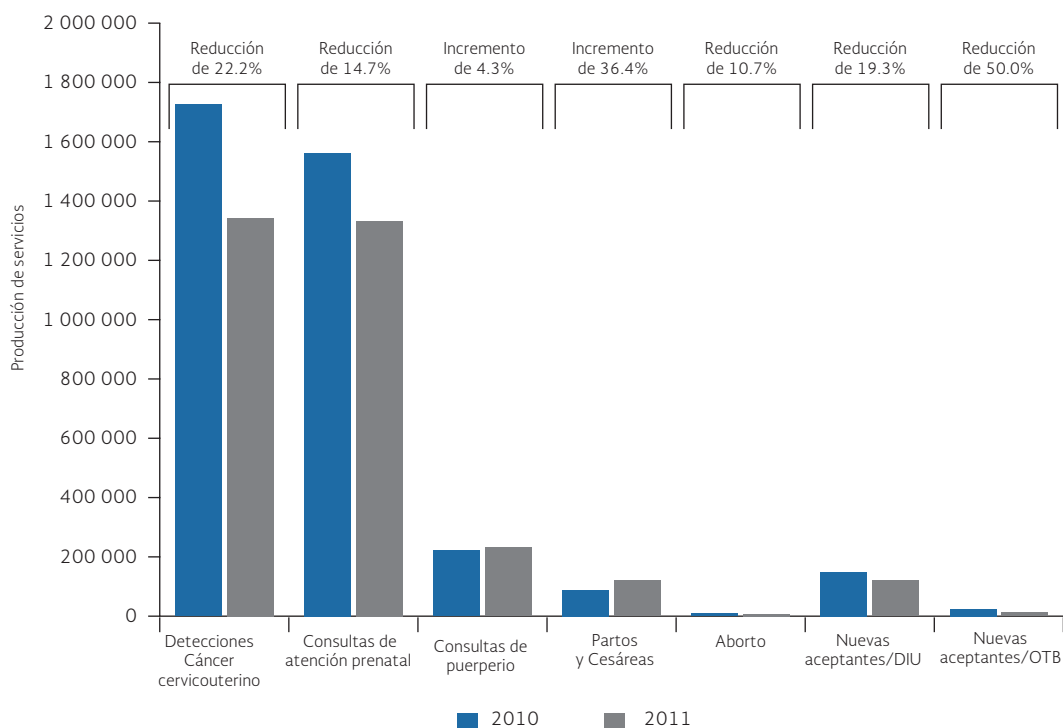
Salud materna y perinatal que presentaron decrementos en el gasto de 11.4% y 1.5%, respectivamente (cuadro XXV y figura 40).

Acotando el análisis del gasto del IMSS solamente para los últimos dos años del periodo, se observa

un aumento real en el gasto en SR de 0.1% (cuadro XXV). Este aumento es atribuible al incremento en el gasto para el programa de salud materna y perinatal, que contribuyó con 0.8%; y para los cánceres de próstata y mama que crecieron 9.7 y

Figura 39

IMSS Oportunidades. Cambio porcentual en la producción de servicios de los principales rubros utilizados para la estimación del gasto en salud reproductiva. México, 2010-2011



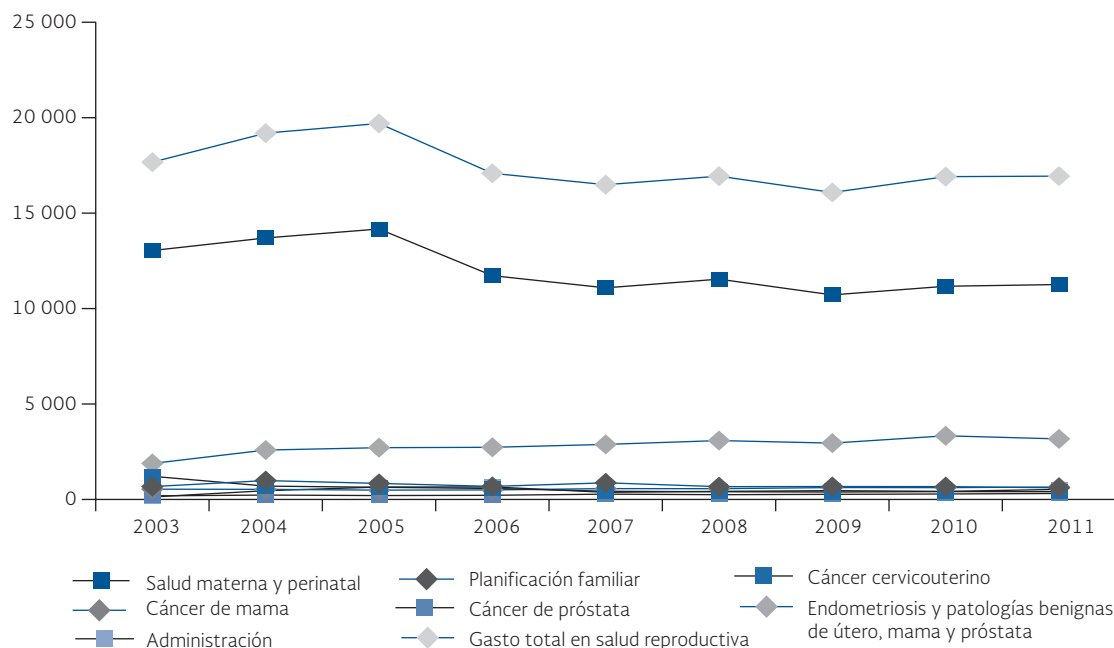
Consulta en medicina general			
Detecciones cáncer cervicouterino	1 726 070	1 343 106	-22.2
Consultas de atención prenatal	1 561 852	1 332 963	-14.7
Consultas de puerperio	222 359	232 014	4.3
Partos y cesáreas	88 649	120 936	36.4
Aborto	8 702	7 768	-10.7
Nuevas aceptantes/DIU	149 487	120 583	-19.3
Nuevas aceptantes/OTB	24 340	12 176	-50.0

Cuadro XXV

IMSS. Variación porcentual del gasto en salud reproductiva y equidad de género. México, 2003-2011

	Variación porcentual								Promedio anual
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	
Salud materna y perinatal	5.0	3.4	-17.2	-5.5	4.1	-7.1	4.2	0.8	-1.5
Planificación familiar	46.8	-15.1	-18.7	27.6	-23.1	0.9	-0.6	-9.4	1.1
Cáncer cervicouterino	-42.3	-8.9	-9.8	-25.1	-6.0	-4.0	5.8	-0.7	-11.4
Cáncer de mama	-1.6	-7.7	2.4	13.6	-0.7	10.4	-0.6	5.3	2.6
Cáncer de próstata	21.9	-10.9	6.6	27.7	-10.0	7.1	6.9	9.7	7.4
Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata	37.2	4.8	0.7	5.6	7.0	-4.3	13.0	-4.9	7.4
Administración	246.7	41.8	1.1	-43.2	13.5	9.0	-8.6	24.8	35.6
Gasto total en salud reproductiva	8.6	2.6	-13.3	-3.5	2.7	-5.0	5.2	0.1	-0.3

Figura 40
IMSS. Gasto en salud reproductiva y equidad de género. México, 2003-2011
 (millones de pesos de 2010)



Salud materna y perinatal	13 040.8	13 699.2	14 167.8	11 724.7	11 085.3	11 540.8	10 715.9	11 168.4	11 259.5
Planificación familiar	673.5	988.5	839.7	682.8	871.4	670.0	676.3	672.0	608.6
Cáncer cervicouterino	1 211.7	699.3	636.9	574.4	430.2	404.1	387.8	410.4	407.3
Cáncer de mama	537.1	528.7	488.1	499.9	567.7	563.5	622.1	618.6	651.1
Cáncer de próstata	187.9	229.1	204.1	217.6	277.8	249.9	267.6	286.1	313.8
Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata	1 886.5	2 587.8	2 712.0	2 731.7	2 883.7	3 084.8	2 950.7	3 334.6	3 170.4
Administración	132.0	457.8	649.1	656.4	373.1	423.3	461.5	422.1	526.6
Gasto total en salud reproductiva	17 669.5	19 190.3	19 697.7	17 087.5	16 489.2	16 936.6	16 082.1	16 912.1	16 937.4

5.3% respectivamente. El resto de los programas mostraron variaciones negativas: el gasto para planificación familiar y cáncer cervicouterino se redujo en 9.4 y 0.7%, respectivamente, mientras que el gasto en endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata se redujo en 4.9% (cuadro XXV y figura 40).

El origen de las variaciones del gasto en SR y EG para este agente podría atribuirse a variaciones en el presupuesto ejercido y en la producción de servicios. Con relación al presupuesto ejercido, en el cuadro XXVI se observa una reducción en el primer nivel de atención de casi 3%, mientras que el presupuesto ejercido en el segundo y tercer nivel de atención aumentó en términos reales.

Por otro lado, el número de días estancia para los principales diagnósticos relacionados con la salud reproductiva aumentó en el tiempo. El nú-

Cuadro XXVI
IMSS. Cambio en el presupuesto ejercido por nivel de atención. México, 2010- 2011
 (miles de pesos de 2010)

	Gasto 2010	Gasto 2011	Variación porcentual
Primer nivel	35 531 679	34 491 117	-2.9
Segundo nivel	74 464 430	74 782 627	0.4
Tercer nivel	17 997 273	18 406 032	2.3

mero de días estancia por concepto de atención de las complicaciones neonatales, atención de parto normal, y complicaciones en el embarazo, parto y puerperio se incrementó en 5.4, 3.6 y 2.4%, respectivamente. Asimismo, el número de consultas de puerperio y de control prenatal aumentó en 9.8 y 8.7% (cuadro XXVII).

Como resultado de la interacción de los cambios en el presupuesto ejercido y los días estancia, el

Cuadro XXVII

IMSS. Cambio porcentual en la producción de servicios de los principales rubros y ponderadores utilizados en la estimación del gasto en salud reproductiva. México, 2010-2011

	2010	2011	Variación porcentual
Total de consultas	119 952 472	124 126 862	3.5
Consulta control prenatal	4 169 737	4 533 043	8.7
Consulta de puerperio fisiológico	271 678	298 185	9.8
Total de días estancia	6 575 454	6 796 176	3.4
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	596 003	610 401	2.4
Complicaciones neonatales	345 381	363 963	5.4
Parto normal	50 797	52 616	3.6
Cesáreas	73 697	76 959	4.4

gasto en SR de este agente no registró variaciones en los dos últimos años analizados.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

El gasto del ISSSTE en SR durante el periodo 2003-2011 experimentó un incremento promedio anual de 3.9%. Las variaciones observadas en el gasto total en SR para este agente son explicados en buena parte por los cambios en el gasto del programa de salud materno perinatal que concentra la mayor proporción.

El gasto entre 2010 y 2011 aumentó en términos reales en 16.4%. Esta variación se explica por el aumento del gasto en todos los programas, a excepción de planificación familiar que se redujo en 3.1%. El resto de los programas de salud mostraron los siguientes incrementos en su gasto: salud materna y perinatal, 16.9%, cáncer cervicouterino,

23.1%, cáncer de mama, 29.4%, cáncer de próstata, 30.2%, endometriosis y patologías benignas, 25.1% (cuadro XVIII y figura 41).

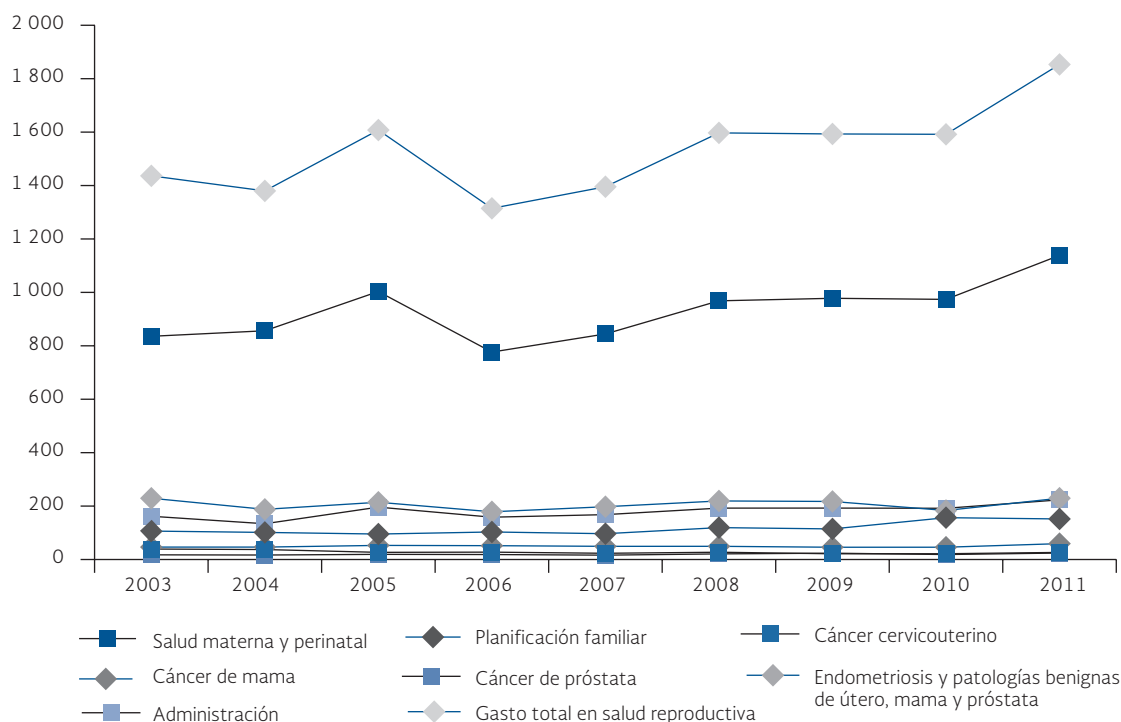
Al analizar el volumen de servicios producidos entre 2010 y 2011 se observan reducciones de 11.6% en el número de días estancia para la atención de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio; 3.6% por atención de parto normal y 0.2% para la atención de complicaciones neonatales. Por el contrario, el número de días estancias por atención de cesáreas se incrementó en 13.3% y los relacionados a la atención de abortos en 2.1% (figura 42). El número de días estancia por atención de cáncer cervicouterino y cáncer de mama también aumentaron, 12.7 y 10.6%, respectivamente. Adicionalmente, el presupuesto ejercido por este agente en actividades vinculadas con consulta externa general y de especialidad, así como hospitalizaciones, se incrementó en 18.7, 16.6 y 19%, respectivamente. En su conjunto,

Cuadro XVIII

ISSSTE. Variación porcentual del gasto en salud reproductiva y equidad de género. México, 2003-2011

	Variación porcentual								Promedio anual
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	
Salud materna y perinatal	2.5	17.1	-22.6	8.7	14.7	1.0	-0.4	16.9	4.7
Planificación familiar	-4.8	-6.0	8.2	-6.3	23.6	-4.1	36.8	-3.1	5.5
Cáncer cervicouterino	-4.8	-28.2	3.2	-15.8	17.3	-21.7	1.0	23.1	-3.2
Cáncer de mama	0.0	13.6	-2.0	-4.8	0.3	-7.2	0.2	29.4	3.7
Cáncer de próstata	-3.7	14.8	-4.0	-11.9	28.7	12.8	-21.7	30.2	5.6
Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata	-18.1	14.1	-16.7	10.6	11.0	-0.9	-15.6	25.1	1.2
Administración	-17.3	46.5	-19.2	6.1	14.5	0.0	-0.3	16.4	5.8
Gasto total en salud reproductiva	-3.9	16.5	-18.2	6.2	14.4	-0.2	-0.1	16.4	3.9

Figura 41
ISSSTE. Gasto en salud reproductiva y equidad de género. México, 2003-2011
 (millones de pesos de 2010)



Salud materna y perinatal	835.6	856.3	1 003.2	776.6	844.4	968.4	977.9	973.8	1 138.5
Planificación familiar	106.4	101.4	95.3	103.1	96.6	119.4	114.5	156.6	151.8
Cáncer cervicouterino	39.2	37.3	26.8	27.6	23.3	27.3	21.4	21.6	26.6
Cáncer de mama	46.5	46.5	52.8	51.8	49.3	49.4	45.9	46.0	59.4
Cáncer de próstata	17.5	16.8	19.3	18.6	16.3	21.0	23.7	18.6	24.2
Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata	229.3	187.8	214.3	178.6	197.6	219.2	217.3	183.5	229.5
Administración	161.9	133.9	196.1	158.4	168.0	192.4	192.5	191.8	223.3
Gasto total en salud reproductiva	1 436.3	1 379.9	1 607.7	1 314.6	1 395.5	1 597.1	1 593.1	1 591.8	1 853.3

estos cambios explican el incremento del gasto en SR para este agente.

Sector privado

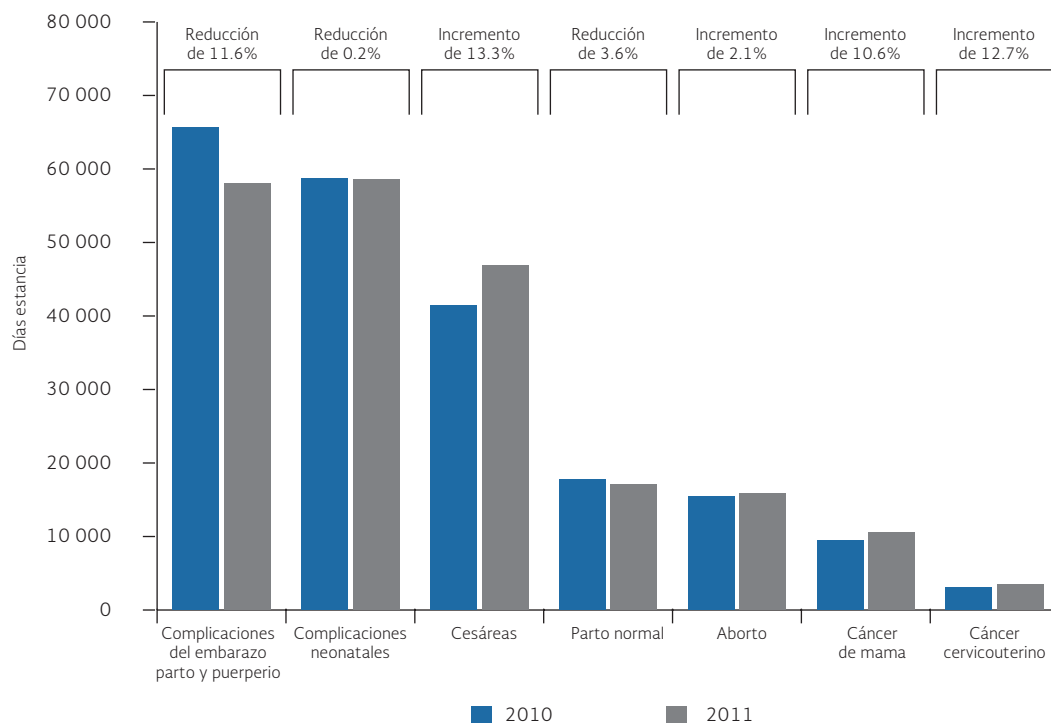
Entre los años 2003 y 2011 el gasto privado en salud reproductiva disminuyó a un ritmo del 6.4% promedio anual. El gasto en las acciones de planificación familiar y salud materna y perinatal disminuyó en 10.3 y 8.1%, respectivamente; así el gasto en salud materna y perinatal en 2011 representa solamente 46% de lo ejercido en 2003; mientras que el gasto en planificación familiar constituye una tercera parte. Por el contrario, el gasto en el resto de los programas aumentó en el periodo, destacando el

gasto en la atención del cáncer de próstata que presentó un incremento anual promedio de 33.9%, se incrementó también, aunque en menor proporción, el gasto en patologías benignas de útero, mama y próstata (17.1%) y el gasto en cáncer de mama (14.1%) (cuadro XXIX y figura 43).

El análisis del gasto del sector privado en salud reproductiva para 2010-2011 muestra un descenso de 0.3%. Este descenso se debe a un menor consumo de servicios en atención de cáncer de mama y cervicouterino en 7.0 y 2.1%, respectivamente (cuadro XXIX), equivalentes a 53 millones de pesos reales.

La reducción, previamente mostrada, experimentada en el gasto privado en 2011 es explicada

Figura 42
ISSSTE. Variación porcentual en el número de días estancia. México, 2010-2011



	2010	2011	Variación porcentual
Total	1 793 072	1 787 606	-0.3
Complicaciones del embarazo parto y puerperio	65 683	58 060	-11.6
Complicaciones neonatales	58 693	58 547	-0.2
Cesáreas	41 393	46 888	13.3
Parto normal	17 755	17 110	-3.6
Aborto	15 469	15 799	2.1
Cáncer de mama	9 487	10 495	10.6
Cáncer cervicouterino	3 128	3 525	12.7

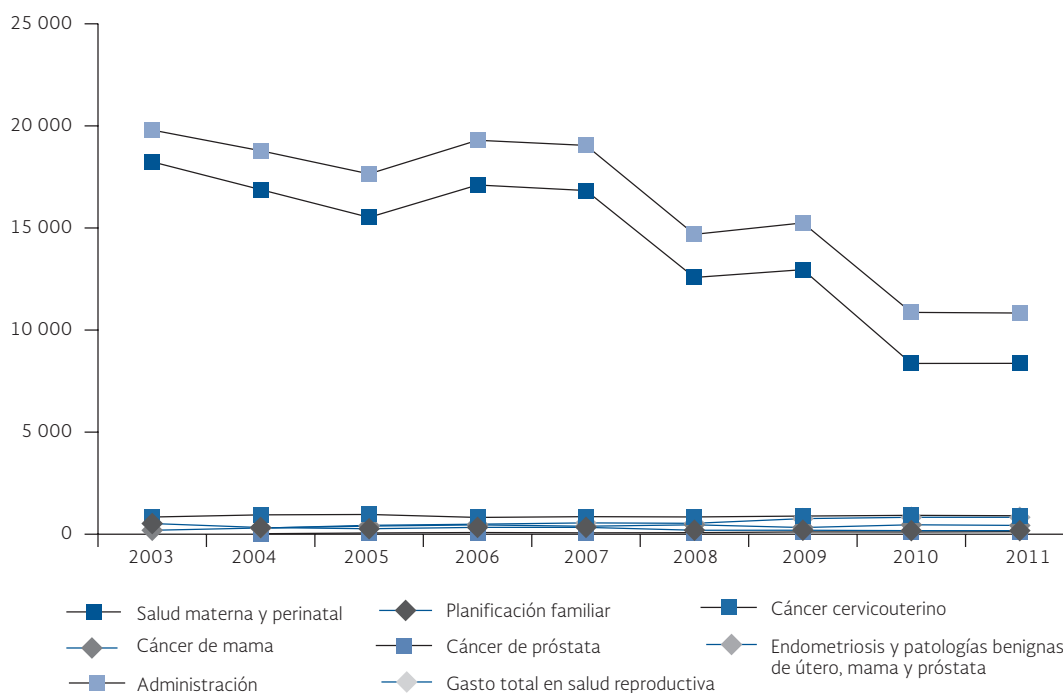
Cuadro XXIX

Sector privado. Variación porcentual del gasto en salud reproductiva y equidad de género. México, 2003-2011

	Variación porcentual								Promedio anual
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	
Salud materna y perinatal	-7.5	-8.1	10.2	-1.6	-25.3	3.0	-35.5	0.1	-8.1
Planificación familiar	-37.3	-18.3	25.4	0.1	-42.1	0.4	-10.2	0.1	-10.3
Cáncer cervicouterino	12.6	2.0	-14.9	4.6	-1.7	5.2	3.9	-2.1	1.2
Cáncer de mama	58.8	29.7	15.2	-14.4	17.9	-29.1	41.5	-7.0	14.1
Cáncer de próstata		148.5	36.1	-19.6	14.1	47.8	-3.8	14.0	33.9
Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata		46.3	12.8	12.9	-3.8	43.2	8.4	0.1	17.1
Gasto total en salud reproductiva	-5.1	-6.0	9.3	-1.3	-22.9	3.8	-28.7	-0.3	-6.4

Figura 43

Sector privado. Gasto en salud reproductiva y equidad de género. México, 2003-2011 (millones de pesos de 2010)

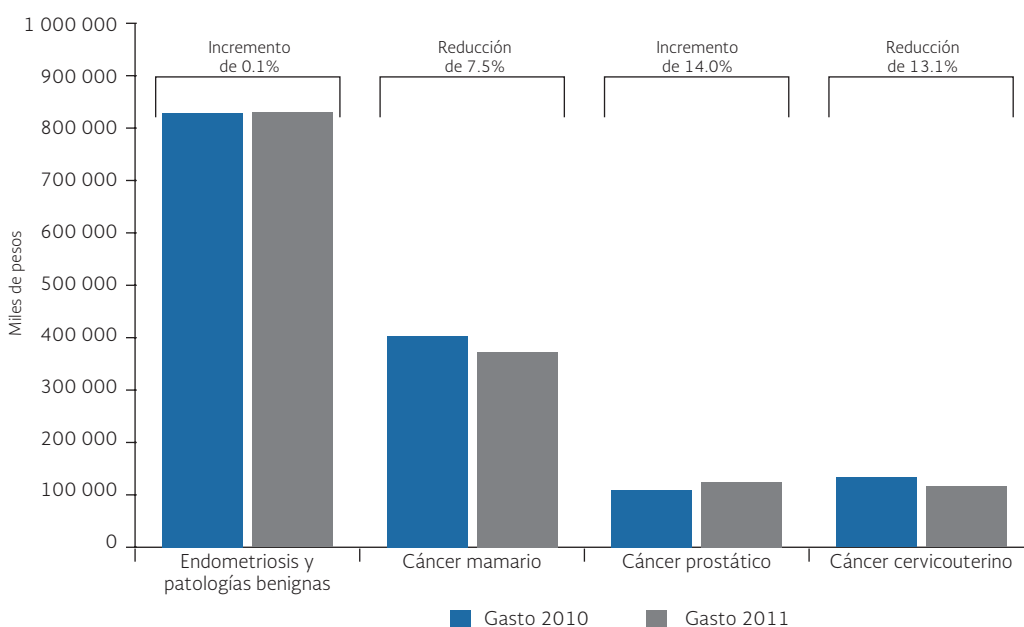
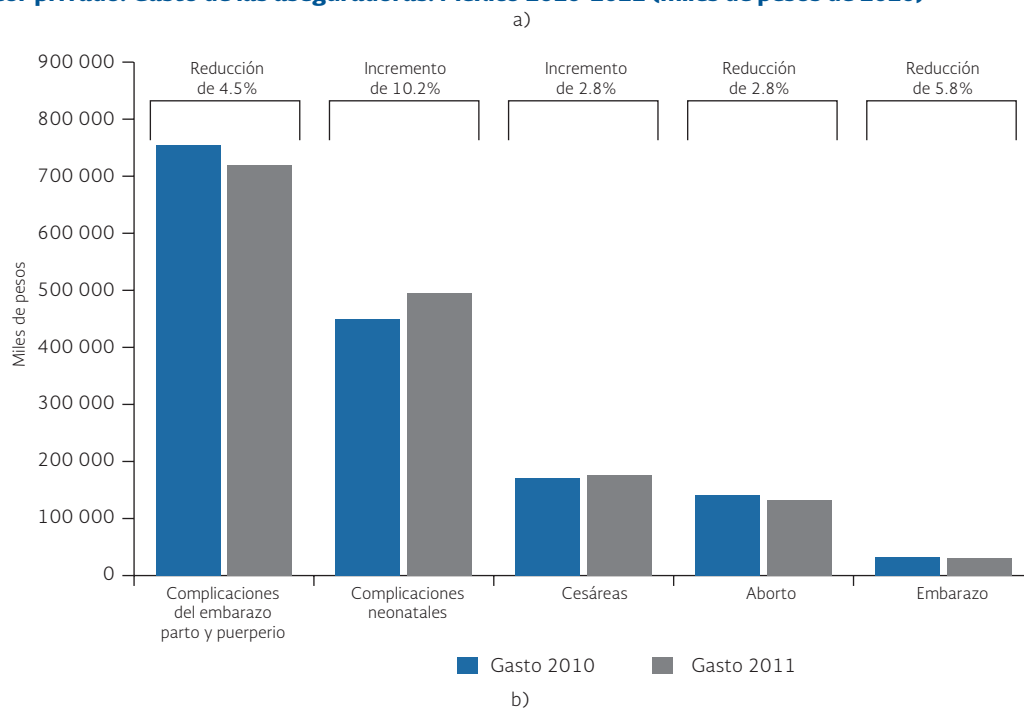


Salud materna y perinatal	18 239.3	16 878.7	15 519.5	17 105.5	16 833.9	12 576.6	12 958.7	8 364.6	8 369.2
Planificación familiar	523.1	327.9	267.9	335.8	336.1	194.4	195.2	175.2	175.5
Cáncer cervicouterino	841.8	948.3	967.2	822.6	860.2	845.6	889.7	924.6	904.8
Cáncer de mama	192.6	305.9	396.7	456.9	391.1	461.1	327.2	463.0	430.6
Cáncer de próstata		24.7	61.3	83.5	67.2	76.6	113.3	109.0	124.3
Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata		297.9	435.9	491.6	555.2	533.9	764.8	828.7	829.7
Gasto total en salud reproductiva	19 796.8	18 783.5	17 648.6	19 296.0	19 043.7	14 688.4	15 248.8	10 865.1	10 834.1

por la reducción del gasto de las aseguradoras. En la figura 44a se puede observar un decremento en el gasto en complicaciones en el embarazo, parto y puerperio de 4.5, en abortos de 2.8 y en embarazos de 5.8%. Por el contrario, el gasto en complicaciones neonatales aumentó en 10.2 y el gasto en cesáreas en 2.8%.

En el caso de los cánceres y patologías, la figura 44b muestra que el gasto en cáncer mamario y cervicouterino disminuyó en 7.5 y 13.1%, respectivamente. Adicionalmente, el gasto en cáncer prostático así como el gasto en patologías benignas se incrementó en 14.0 y 0.1%, respectivamente. Los cambios anteriores dieron como resultado la disminución real de 0.9% en el gasto de las aseguradoras.

Figura 44
Sector privado. Gasto de las aseguradoras. México 2010-2011 (miles de pesos de 2010)



	Gasto 2010	Gasto 2011	Cambio (%)
Endometriosis y patologías benignas	828 712	829 656	0.1
Complicaciones en el embarazo, parto y puerperio	754 037	720 071	-4.5
Complicaciones neonatales	449 377	495 191	10.2
Cáncer mamario	402 897	372 698	-7.5
Cesárea	170 788	175 487	2.8
Aborto	141 195	131 544	-6.8
Cáncer prostático	109 018	124 329	14.0
Cáncer cervicouterino	132 998	115 580	-13.1
Embarazo	32 386	30 514	-5.8
Total	3 021 408	2 995 070	-0.9

Fuente: elaboración propia con información de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, AMIS.⁵⁵

6. Conclusiones y discusión

Con la consigna de disminuir en tres cuartos la mortalidad materna observada en 1990 hacia 2015 (ODM5) y reducir las brechas del gasto público y privado en salud y para la población con y sin seguridad social, en México se han llevado a cabo una serie de políticas en el área de salud reproductiva. Dichas políticas se dieron en el marco de cambios políticos, sociales y económicos en el ámbito mundial y nacional; así como de una reforma estructural al sistema de salud. La conducta del gasto en SR y EG es el reflejo de la forma en que estas políticas fueron llevadas a cabo, por ello, la importancia de estimar anualmente el gasto en salud reproductiva.

El ejercicio realizado para calcular el gasto total en SR y EG de México en 2011, da como resultado la estimación del gasto de 48 025.9 millones de pesos corrientes para pagar acciones de prevención, atención y tratamiento de diferentes acciones de salud reproductiva y equidad de género. Esta cifra es equivalente al 5.43% del gasto total en salud* y al 0.33% del PIB del mismo año,† representando un aumento de 7.1% en términos reales respecto al monto ejercido en 2010. El gasto público fue más que el doble del ejercido por el sector privado, y las acciones de salud materna y perinatal comprendieron una mayor proporción del gasto total en SR y EG.

Al analizar la evolución en el tiempo del gasto en SR y EG se observa que aunque el IMSS continúa siendo el principal agente financiador del gasto en SR y EG, su importancia relativa se redujo en el tiempo: mientras que en 2003 el gasto de la seguridad social representó 68% del gasto público

en SR, en 2011 este porcentaje sólo fue de 47.8%. Esto se debe al crecimiento constante del gasto del SPSS y de los Sesa. En 2011 los Sesa representaron al agente con segundo lugar en importancia en el gasto total en SR al concentrar 19.4% de dicho gasto, desplazando al pago de bolsillo de los hogares, que tradicionalmente ocupaba ese lugar.

Una pregunta planteada al introducirse el SPSS fue, ¿si el gasto de este agente iba a tener un carácter complementario o sustitutivo del gasto de los Sesa? Actualmente podemos señalar que debido al paulatino traslado del pago de la atención de las mujeres embarazadas y en labor de parto por parte de los Sesa al SPSS (figura 37), debido a la implementación Estrategia Embarazo Saludable, el gasto de ambas instituciones se complementa, ello también debido a que el pago en infraestructura, mantenimiento y gasto de operación de las unidades de salud que dan atención a los afiliados al Seguro Popular, se traslada a través del Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (Fassa), gasto que ejecuta los Sesa. Actualmente la suma del gasto de ambos agentes representa casi 30% del gasto en SR y EG. Si a este monto se le añade el gasto del IMSS Oportunidades (programa de carácter social como los dos anteriores), esta cantidad representaría casi la misma proporción del gasto desembolsado por el IMSS. El seguimiento en el tiempo del gasto permitirá establecer si la suma del gasto de los Sesa, SPSS e IMSS Oportunidades, dada la tendencia actual de crecimiento en la cobertura y el gasto del SPSS, llegue a ser similar al gasto ejercido por la seguridad social para financiar la SR y EG.

Otro punto de discusión en el análisis del gasto es la relación entre el gasto en acciones preventivas *versus* el ejercido en acciones de atención y tratamiento. El análisis del crecimiento en el tiempo de estos componentes nos permite aproximarnos a conocer cómo ha variado la eficiencia del sistema de salud. En el tema de salud materna, como se ha discutido en repetidas ocasiones,

* El gasto total en salud en 2011 ascendió a 883 643 835 miles de pesos corrientes. En 2010 el gasto total en salud fue de 826 846 618 miles de pesos corrientes.

† El PIB de 2011 ascendió a 14 342 320 811 miles de pesos a precios corrientes. En 2010 fue de 13 075 798 168.75 miles de pesos a precios corrientes.

las políticas de salud se han dirigido a prevenir la aparición de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio, así como complicaciones en el recién nacido, ya que están relacionadas a una mayor mortalidad materna e infantil. Por ello es necesario monitorear la inversión en acciones de planificación familiar, control prenatal, atención del puerperio y promoción de la salud, y compararlos con el ejercido en la atención de complicaciones durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido. En los nueve años comprendidos por la serie del gasto en SR y EG se ha observado que aunque los niveles de gasto público en estas complicaciones crecieron en promedio a una tasa de 2% anual, el gasto en acciones preventivas lo hizo en 7% anual. Esto significa que mientras en 2003 el gasto público en complicaciones era 1.2 veces mayor que el gasto en acciones preventivas; en 2011, esta relación se redujo, siendo el gasto público en complicaciones sólo 0.6 veces mayor que el gasto en acciones preventivas.^{*32,33} Estos resultados son alentadores, aunque es necesario aún corroborar si la disminución en el gasto en complicaciones es efectivamente resultado de un menor número de casos complicados o es resultado de políticas de contención de costos orientadas a reducir la estancia hospitalaria. Se requerirá de análisis de otra índole para poder dar respuesta a esta interrogante que está relacionada con aspectos de calidad de la atención. Por otra parte, es necesario analizar la variación del gasto en complicaciones y su prevención en poblaciones especialmente vulnerables, como las mujeres indígenas y/o en zonas marginadas, donde persisten altas tasas de mortalidad materna por causas prevenibles, como se mostró en la sección situación de la salud sexual y reproductiva en 2011.

Un tema adicional de interés para la política pública es el grado en el cual las acciones en salud han permitido cerrar la brecha de gasto entre la población con y sin seguridad social en México, ya que al iniciar este siglo el desequilibrio del gasto entre ambos tipos de población fue lo que condujo a la creación del sistema de Protección Social en Salud. En lo que concierne a este reporte, el primer hallazgo encontrado es que en el caso de la salud

materna, las brechas de gasto entre población con y sin seguridad social han ido disminuyendo. En 2003, el nivel de gasto por beneficiaria para las acciones de salud materna de las instituciones de seguridad social fue equivalente a 2.2 veces el gasto ejercido por las instituciones para población sin aseguramiento en salud. En sólo nueve años, esta proporción llegó a ser de 1.04, esto es, la brecha del gasto para estas acciones, se ha ido cerrando.^{*63,64}

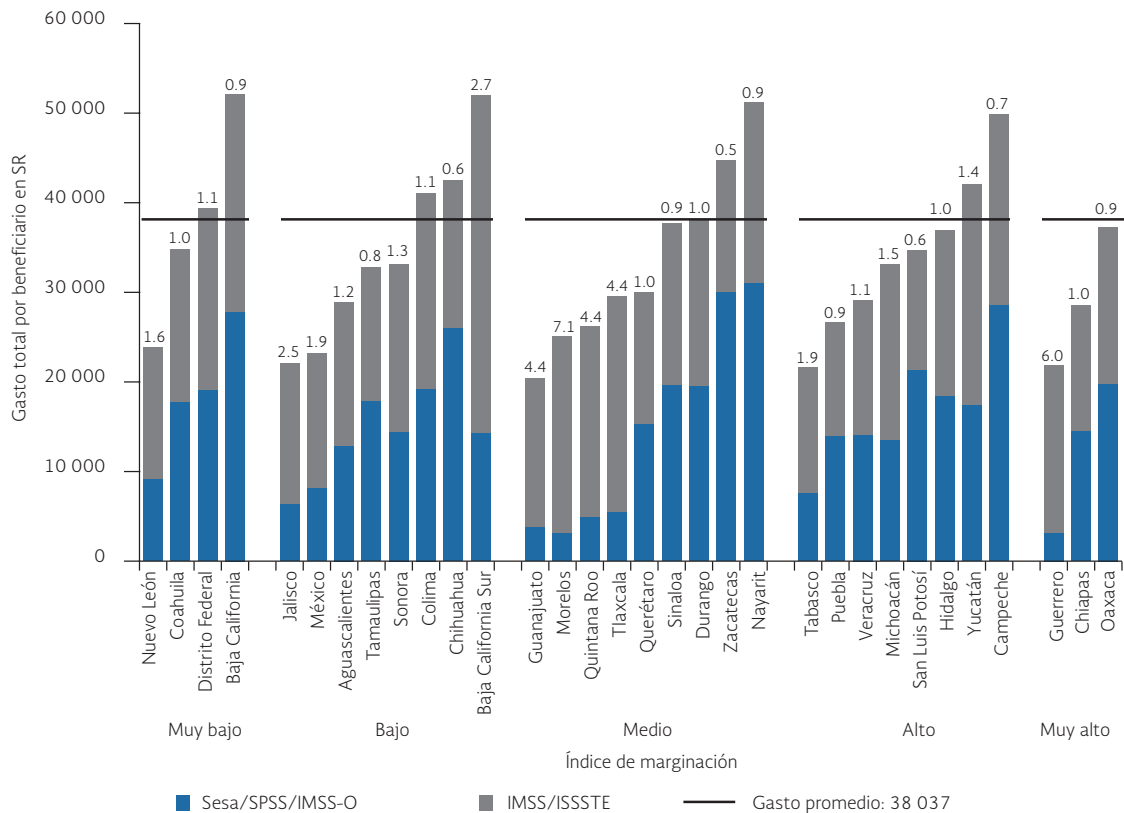
El segundo hallazgo, es que si bien se han reducido las brechas del gasto, esta reducción no ha sido homogénea entre entidades federativas según grado de marginación. La figura 45 ilustra el gasto en SR y EG por beneficiario, se apila el gasto per cápita para población con seguridad social sobre el gasto per cápita para población sin seguridad social en cada entidad federativa. Las entidades federativas han sido agrupadas según el nivel de marginación reportado por la Conapo.⁶² Encima de cada barra se presenta el valor de cuántas veces equivale el gasto por beneficiario de la seguridad social con relación al gasto por beneficiario para la población sin seguridad social. Como se puede apreciar, entidades como Morelos, Guerrero, Guanajuato y Quintana Roo presentan brechas altas en su nivel de gasto entre ambos tipos de población. Por ejemplo, el gasto en una mujer derechohabiente a la seguridad social en Morelos es equivalente a 6.6 el gasto ejercido para una mujer sin seguridad social de la misma entidad. En el caso contrario, las mujeres derechohabientes de la seguridad social de entidades como Zacatecas, Chihuahua y San Luis Potosí presentan gastos menores que el ejercido para poblaciones sin seguridad social. Las brechas observadas no están relacionadas con el nivel de marginación de la entidad federativa, lo que también llama la atención.

A los nueve años de haber iniciado con las estimaciones del gasto para SR, la continuidad en la estimación sistemática del gasto ha permitido construir una serie en el tiempo comparable en el plano estatal y nacional. Por ello, las cuentas en SR y EG constituyen una herramienta de análisis clave para dar seguimiento financiero a los programas vinculados con la salud reproductiva y para apreciar

* Cálculos realizados a partir de la información del anexo 6 de las estimaciones 2003-2011.^{32,33}

Figura 45

Gasto total en salud reproductiva por beneficiario, por agente financiador y por entidad federativa, según nivel de marginación. México 2011



Nota: el valor sobre las barras indica el número de veces que representa el gasto por beneficiario de seguridad social en relación con el gasto por beneficiario sin seguridad social.

cómo las políticas en salud, como la implantación del Sistema de Protección en Salud (SPSS), han modificado los esquemas del gasto entre agentes financieros, entre acciones relacionadas con la salud reproductiva, entre entidades federativas, así como entre diferentes tipos de población según esquema de aseguramiento en salud. Por ejemplo, el crecimiento en la cobertura del SPSS a través del Seguro Popular ha permitido atender a población que previamente era desprotegida, ello se traduce en un cambio financiero mediante el traslado paulatino del pago de la atención de mujeres embarazadas, así como con diagnóstico de cáncer de mama y de cáncer cervicouterino, de instituciones como IMSS Oportunidades y los Sesa al Seguro Popular.

En la estimación de 2011, el crecimiento expansivo de la afiliación al Seguro Popular, en la que oficialmente⁴⁵ se ha declarado que se ha logrado la cobertura universal, ha llevado a introducir ajustes en la forma de distribuir el gasto de estos agentes (Sesa y SPSS) entre su población, ya que práctica-

mente es la misma. Por otro lado, a casi diez años, es de particular interés analizar cómo ha cambiado la participación de los hogares financiando su salud, ya que precisamente el objetivo central de la reforma del SPSS ha sido proteger financieramente a los hogares más pobres evitándoles incurrir en gasto en salud, ya que para ellos puede ser catastrófico o empobrecedor. Éstos, como otros retos que genera la cambiante realidad del sistema de salud mexicano, han alentado a darle continuidad a la serie del gasto, así como a introducir cambios en la estimación del gasto en SR y EG, con el objetivo de reflejar mejor esta compleja realidad. No obstante sabemos que persisten limitaciones en el análisis derivadas de la desagregación de la información sobre las que basamos nuestro estudio como el gasto de los hogares en padecimientos como los cánceres, y los datos presupuestales y los costos de las instituciones.

Dado el renovado interés en la salud reproductiva, la política pública en el tema necesita de la

generación de indicadores de gasto que permitan monitorear el efecto de las mismas. Recomendamos por tanto, una mayor difusión de la información que se presenta en este tipo de informes y su uso para apoyar el proceso de toma de decisiones entre hacedores de política pública, tomadores de decisiones y otros actores vinculados con el tema. Asimismo se recomienda asegurar su continuidad en el tiempo.

En un contexto de competencia por recursos financieros, los ejercicios de rendición de cuentas constituyen un insumo para el diseño y monitoreo de las políticas públicas. A través de la elaboración de las cuentas en salud reproductiva como el presentado, no sólo se informa a la sociedad de cómo se distribuyen los recursos sino también se establecen relaciones entre el gasto en los programas relacionados y las prioridades nacionales.

Anexos

Anexo 1
Indicadores de salud reproductiva. México, 2011

Entidad	Nacidos vivos estimados		Mortalidad en menores de 5 años		Cáncer cervicouterino		Cáncer de mama		Cáncer de próstata		Muertes maternas		
	Mujeres de 25 años o más	Hombres de 25 años o más	Número de muertes	Tasa observada - Nacidos vivos ^{1/}	Número de muertes	Tasa observada ^{2/}	Número de muertes	Tasa observada ^{2/}	Número de muertes	Tasa observada ^{3/}	Número de muertes	Razón de mortalidad materna ^{4/}	
Aguascalientes	22 373	316 520	278 410	320	14.3	31	9.8	59	18.6	63	22.6	5	22.3
Baja California	56 894	869 946	962 390	746	13.1	91	10.5	166	19.1	136	14.1	21	36.9
Baja California Sur	9 805	156 560	175 471	133	13.6	19	12.1	39	24.9	22	12.5	4	40.8
Campeche	14 521	223 331	210 607	240	16.5	26	11.6	22	9.9	36	17.1	10	68.9
Coahuila	46 138	740 457	711 278	599	13.0	90	12.2	177	23.9	131	18.4	22	47.7
Colima	10 150	174 518	169 840	139	13.7	37	21.2	41	23.5	44	25.9	5	49.3
Chiapas	93 997	1 128 413	1 028 027	2 074	22.1	214	19.0	139	12.3	205	19.9	60	63.8
Chihuahua	58 023	937 787	953 944	847	14.6	111	11.8	233	24.8	200	21.0	46	79.3
Distrito Federal	128 272	2 952 141	2 597 880	1 597	12.5	315	10.7	683	23.1	554	21.3	56	43.7
Durango	28 139	423 712	385 614	466	16.6	44	10.4	65	15.3	78	20.2	13	46.2
Guanajuato	96 326	1 417 741	1 177 044	1 646	17.1	173	12.2	240	16.9	247	21.0	42	43.6
Guerrero	61 057	821 125	701 348	1 353	22.2	137	16.7	93	11.3	169	24.1	69	113.0
Hidalgo	43 785	702 285	599 313	767	17.5	66	9.4	100	14.2	112	18.7	16	36.5
Jalisco	125 319	1 996 322	1 831 090	1 828	14.6	210	10.5	456	22.8	529	28.9	36	28.7
México	260 011	4 249 051	4 077 333	4 052	15.6	422	9.9	619	14.6	537	13.2	127	48.8
Michoacán	70 906	1 116 350	947 839	1 274	18.0	146	13.1	181	16.2	289	30.5	53	74.7
Morelos	28 173	497 521	447 138	408	14.5	83	16.7	90	18.1	90	20.1	13	46.1
Nayarit	16 436	272 392	258 564	264	16.1	43	15.8	44	16.2	87	33.6	10	60.8
Nuevo León	74 972	1 299 370	1 281 226	877	11.7	120	9.2	274	21.1	242	18.9	25	33.3
Oaxaca	65 934	984 381	819 393	1 327	20.1	171	17.4	88	8.9	161	19.6	50	75.8
Puebla	109 875	1 575 352	1 350 900	2 086	19.0	211	13.4	181	11.5	216	16.0	59	53.7
Querétaro	32 595	489 756	443 755	522	16.0	55	11.2	71	14.5	66	14.9	16	49.1
Quintana Roo	27 380	362 073	361 826	392	14.3	45	12.4	25	6.9	31	8.6	13	47.5
San Luis Potosí	46 295	688 409	600 386	782	16.9	108	15.7	114	16.6	141	23.5	24	51.8
Sinaloa	43 836	736 459	724 277	659	15.0	91	12.4	120	16.3	187	25.8	9	20.5
Sonora	42 817	699 645	704 004	585	13.7	109	15.6	147	21.0	187	26.6	22	51.4
Tabasco	37 613	565 610	520 843	647	17.2	69	12.2	70	12.4	105	20.2	21	55.8
Tamaulipas	55 169	925 652	895 249	737	13.4	125	13.5	178	19.2	158	17.6	10	18.1
Tlaxcala	21 879	321 064	280 232	375	17.1	35	10.9	33	10.3	37	13.2	7	32.0
Veracruz	126 085	2 142 880	1 823 147	2 368	18.8	389	18.2	331	15.4	428	23.5	81	64.2
Yucatán	33 729	553 715	523 711	543	16.1	84	15.2	74	13.4	75	14.3	14	41.5
Zacatecas	24 849	385 007	334 091	447	18.0	38	9.9	53	13.8	89	26.6	12	48.3
Estados Unidos Mexicanos	1 913 353	30 725 545	28 176 170	31 100	16.3	3 908	12.7	5 206	16.9	5 659	20.1	971	50.7

^{1/} Tasa por 1 000 nacidos vivos. Número de muertes^{2/} Tasa por 100 mil mujeres de 25 años o más^{3/} Tasa por 100 mil hombres de 25 años o más^{4/} Razón de mortalidad materna por cada 100 mil nacimientos estimadosFuente: Dirección General de Información y Salud, Secretaría de Salud¹⁰

Anexo 2

Diagnósticos relacionados a salud reproductiva. Clasificación Internacional de Enfermedades, versión 10 (CIE-10)

Diagnóstico	Código CIE-10
Cáncer de mama y carcinoma <i>in situ</i> de mama	C50, D05
Cáncer cervicouterino y carcinoma <i>in situ</i> de cuello de útero	C53, D06
Cáncer de la próstata	C61
Patología benigna de mama	D24, N60-64
Patología benigna de próstata	D29, N40-42
Problemas de esterilidad	N46.X, N97 Y N98
Endometriosis	N80
Patología benigna del 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

Fuente: elaboración propia con información de la OPS

Anexo 3

Servicios esenciales seleccionados provistos por el Seguro Popular

Número de servicio	Servicios esenciales
22	Prevención y atención de la violencia familiar y sexual en mujeres
83	Métodos temporales de planificación familiar: anticonceptivos hormonales (AH)
84	Métodos temporales de planificación familiar: preservativos
85	Métodos temporales de planificación familiar: dispositivo intrauterino
86	Atención prenatal en embarazo
90	Diagnóstico y tratamiento de mastopatía fibroquística
91	Diagnóstico y tratamiento de hiperplasia endometrial
95	Diagnóstico y tratamiento de lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado
96	Diagnóstico y tratamiento de lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado
171	Atención del parto y puerperio fisiológico
172	Pelvipерitonitis
173	Endometritis puerperal
174	Diagnóstico y tratamiento del choque séptico puerperal
175	Atención del recién nacido normal
176	Ictericia neonatal
180	Diagnóstico y tratamiento de preeclampsia
181	Diagnóstico y tratamiento de preeclampsia severa
182	Diagnóstico y tratamiento de eclampsia
183	Hemorragia obstétrica puerperal
184	Hemorragia por placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normoinserta
185	Infección de episiorraffa o herida quirúrgica obstétrica
218	Tratamiento quirúrgico de fibroadenoma mamario
219	Tratamiento quirúrgico de quistes de ovario
221	Salpingoclasia: (Métodos definitivos de planificación familiar)
222	Tratamiento quirúrgico de la enfermedad trofoblástica
223	Tratamiento quirúrgico de embarazo ectópico
224	Legrado uterino por aborto incompleto
225	Atención de cesárea y puerperio quirúrgico
226	Reparación uterina
229	Miomectomía
230	Histerectomía abdominal
231	Histerectomía vaginal
232	Colpoperineoplastia
233	Vasectomía (métodos definitivos de planificación familiar)
236	Prostatectomía abierta
237	Resección transuretral de próstata

Fuente: Comisión Nacional de Protección Social en Salud

Anexo 4

Supuestos utilizados para el cálculo del gasto en atención ambulatoria en el Sistema de Protección Social en Salud. México, 2011

	Consultas de atención prenatal				Consultas de puerperio		Consultas de planificación familiar		
	1.º nivel		2.º nivel		1.º nivel	2.º nivel	Consulta por mujer de 15 a 49 años	1.º nivel	2.º nivel
	No alto riesgo	Alto riesgo	No alto riesgo	Alto riesgo					
Aguascalientes	55%	14%	27%	4%	18%	82%	0.05	89%	11%
Baja California	65%	19%	11%	5%	23%	77%	0.05	88%	12%
Baja California Sur	51%	15%	28%	6%	32%	68%	0.07	88%	12%
Campeche	56%	14%	23%	7%	44%	56%	0.06	92%	8%
Coahuila	32%	11%	47%	10%	29%	71%	0.05	67%	33%
Colima	68%	15%	13%	4%	27%	73%	0.06	81%	19%
Chiapas	77%	15%	7%	1%	94%	6%	0.07	95%	5%
Chihuahua	50%	19%	27%	4%	40%	60%	0.10	64%	36%
Distrito Federal	57%	16%	24%	3%	48%	52%	0.01	73%	27%
Durango	50%	13%	33%	4%	25%	75%	0.05	84%	16%
Guanajuato	58%	13%	23%	6%	52%	48%	0.05	84%	16%
Guerrero	57%	12%	25%	7%	74%	26%	0.10	91%	9%
Hidalgo	64%	13%	21%	2%	73%	27%	0.04	91%	9%
Jalisco	56%	14%	23%	8%	72%	28%	0.04	89%	11%
México	62%	14%	21%	4%	75%	25%	0.09	93%	7%
Michoacán	58%	12%	24%	7%	72%	28%	0.06	90%	10%
Morelos	65%	16%	17%	3%	75%	25%	0.07	96%	4%
Nayarit	55%	14%	24%	8%	74%	26%	0.08	90%	10%
Nuevo León	49%	10%	28%	13%	53%	47%	0.06	94%	6%
Oaxaca	70%	13%	15%	2%	81%	19%	0.04	97%	3%
Puebla	61%	13%	22%	4%	65%	35%	0.04	90%	10%
Querétaro	65%	17%	13%	4%	90%	10%	0.05	96%	4%
Quintana Roo	55%	14%	28%	3%	26%	74%	0.09	79%	21%
San Luis Potosí	60%	14%	20%	5%	76%	24%	0.06	84%	16%
Sinaloa	52%	17%	27%	4%	10%	90%	0.04	81%	19%
Sonora	56%	18%	22%	4%	51%	49%	0.06	87%	13%
Tabasco	64%	13%	19%	4%	78%	22%	0.06	93%	7%
Tamaulipas	51%	13%	30%	5%	24%	76%	0.03	80%	20%
Tlaxcala	60%	12%	23%	4%	55%	45%	0.04	82%	18%
Veracruz	67%	16%	14%	4%	86%	14%	0.06	97%	3%
Yucatán	45%	9%	37%	9%	56%	44%	0.07	81%	19%
Zacatecas	57%	11%	23%	9%	62%	38%	0.05	79%	21%

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 5

Servicios esenciales seleccionados del Catálogo Universal de Servicios de Salud (Causes) (pesos de 2011)

	Intervenciones	Costos (pesos)	
		Anual por caso	Variables (30%)
22	Prevención y atención de la violencia familiar y sexual en mujeres	3 419.28	1 025.78
83	Métodos temporales de planificación familiar: anticonceptivos hormonales (AH)	279.31	83.79
84	Métodos temporales de planificación familiar: preservativos	182.17	54.65
85	Métodos temporales de planificación familiar: dispositivo intrauterino	145.35	43.60
86	Atención prenatal en embarazo	2 352.26	705.68
90	Diagnóstico y tratamiento de mastopatía fibroquística	1 164.14	349.24
91	Diagnóstico y tratamiento de hiperplasia endometrial	2 472.68	741.80
95	Diagnóstico y tratamiento de lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado.	6 006.91	1 802.07
96	Diagnóstico y tratamiento de lesiones escamosas intraepiteliales de alto grado	6 006.91	1 802.07
171	Atención del parto y puerperio fisiológico	5 821.55	1 746.47
172	Pelviperitonitis	24 425.30	7 327.59
173	Endometritis puerperal	16 048.49	4 814.55
174	Diagnóstico y tratamiento del choque séptico puerperal	93 418.08	28 025.42
175	Atención del recién nacido normal	945.89	283.77
176	Ictericia neonatal	3 523.40	1 057.02
180	Diagnóstico y tratamiento de preeclampsia	4 217.93	1 265.38
181	Diagnóstico y tratamiento de preeclampsia severa	49 257.91	14 777.37
182	Diagnóstico y tratamiento de eclampsia	52 083.14	15 624.94
183	Hemorragia obstétrica puerperal	27 239.65	8 171.90
184	Hemorragia por placenta previa o desprendimiento prematuro de placenta normoinserta	78 841.29	23 652.39
185	Infección de episiorrafía o herida quirúrgica obstétrica	10 506.37	3 151.91
218	Tratamiento quirúrgico de fibroadenoma mamario	4 824.43	1 447.33
219	Tratamiento quirúrgico de quistes de ovario	8 845.15	2 653.54
221	Salpingoclasia: (métodos definitivos de planificación familiar)	4 675.38	1 402.61
222	Tratamiento quirúrgico de la enfermedad trofoblástica	29 041.35	8 712.40
223	Tratamiento quirúrgico de embarazo ectópico	27 644.19	8 293.26
224	Legrado uterino por aborto incompleto	7 552.36	2 265.71
225	Atención de cesárea y puerperio quirúrgico	9 803.78	2 941.13
226	Reparación uterina	36 260.86	10 878.26
229	Miomectomía	12 630.46	3 789.14
230	Histerectomía abdominal	13 910.57	4 173.17
231	Histerectomía vaginal	13 910.57	4 173.17
232	Colpoperineoplastia	12 895.58	3 868.68
233	Vasectomía (Métodos definitivos de planificación familiar)	4 025.44	1 207.63
236	Prostatectomía abierta	13 696.63	4 108.99
237	Resección transuretral de próstata	13 696.63	4 108.99

Fuente: Comisión Nacional de Protección Social en Salud

AnEXO 6 **Gasto estimado en salud reproductiva y equidad de género por agente financiero por función de gasto (HF x HC) (miles de pesos 2011)**

Función de salud reproductiva	Sector público											Sector privado				Total general
	HF 1		HF 1.1				Seguridad social			HF 2		HF 2.1	HF 2.2	HF 2.3	HF 2.4	
	HF 1.1.1.1	HF 1.1.1.2	HF 1.1.1.3	HF 1.1.4a	HF 1.1.4b	HF 1.2.1.1	HF 1.2.1.2	HF 1.2.1.2	HF 1.2.1.1	HF 1.2.1.2	Total sector privado	Empresas de seguro privadas	Pagos directos de los hogares	ONG		
Total sector público	Secretaría de Salud y gobierno estatal	IMSS Oportunidades	REPSS	CNPSS	IMSS	ISSSTE	IMSS	ISSSTE	Total sector privado	Empresas de seguro privadas	Pagos directos de los hogares	ONG	Total general			
Gasto en salud reproductiva y equidad de género	36 778 058	9 309 633	2 998 326	2 996 200	1 965 401	17 584 409	1 924 088	1 924 088	11 247 916	3 110 888	8 050 079	86 949	48 025 973			
HC 1 Servicios de asistencia curativa	26 648 762	3 895 406	1 471 439	2 996 200	1 642 466	15 236 283	1 406 969	1 406 969	8 830 239	3 079 209	5 717 047	33 983	35 479 002			
HC 1.1 Asistencia curativa hospitalaria	22 009 551	3 200 738	1 471 439	2 996 200	1 533 204	11 433 017	1 374 953	1 374 953	8 067 753	3 079 209	4 960 795	27 749	30 077 304			
HC 1.1.1 Manejo binomio madre-hijo	16 548 199	2 700 327	1 238 069	1 042 990	1 315 494	9 314 825	936 494	936 494	6 225 434	1 443 875	4 756 714	24 845	22 773 632			
HC 1.1.1.1 Parto normal y cesáreas	4 422 162	628 078	1 238 069	1 154 029	1 069 987	331 999	331 999	331 999	4 840 353	182 190	4 633 318	24 845	9 262 515			
HC 1.1.1.2 Recién nacido normal	62 288					62 288							62 288			
HC 1.1.1.3 Manejo y terapéutica del RN complicado	5 829 354	1 320 777		1 042 990		3 160 039	305 549	305 549	514 107	514 107			6 343 462			
HC 1.1.1.4 Complicaciones en el embarazo, parto y puerperio	6 234 394	751 472			161 465	5 022 511	298 947	298 947	870 974	747 577	123 396		7 105 368			
HC 1.1.1.5 Atención de cáncer cervicouterino	419 531	55 091	1 759	201 400		142 777	18 505	18 505	269 278	119 995	148 467	816	688 808			
HC 1.1.2 Atención de cáncer de mama	2 111 757	62 783	601	1 751 810		241 679	54 883	54 883	442 634	386 935	55 614	85	2 554 391			
HC 1.1.3 Métodos quirúrgicos de planificación familiar	235 185	17 897	151 224		11 005	46 072	8 986	8 986	1 351			1 351	236 536			
HC 1.1.4 Aborto	982 713	227 891	79 417		165 744	427 926	81 735	81 735	137 223	136 569		653	1 119 935			
HC 1.1.5 Procedimientos de fertilización	25 323	5 904				12 576	6 843	6 843	1 110	1 110			26 433			
HC 1.1.6 Atención de cáncer de próstata	181 979	18 880	368		8 531	129 078	25 121	25 121	129 078	129 078			311 057			
HC 1.1.7 Atención traumatismos por violencia intrafamiliar	30 353	25 039			5 313								30 353			
HC 1.1.8 Endometriosis	23 925	3 675				15 968	4 283	4 283	62 139	62 139			86 064			
HC 1.1.9 Displasia en el cuello del útero	49 486	5 834			19 151	21 450	3 050	3 050					49 486			
HC 1.1.10 Patología benigna del útero	825 556	8 586			5 980	666 913	144 077	144 077	156 066	156 066			981 622			
HC 1.1.11 Patología benigna de mama	120 135	21 882			891	77 238	20 125	20 125	159 677	159 677			279 812			
HC 1.1.12 Patología benigna de próstata	407 977	41 668			1 094	295 436	69 779	69 779	483 467	483 467			891 444			
HC 1.1.13 Atención del postparto	47 433	5 282				41 079	1 072	1 072	296	296			47 729			
HC 1.2 Asistencia curativa en hospitalización de día									21 451		21 451		21 451			
HC 1.2.1 Radioterapia para CaCu									21 451		21 451		21 451			
HC 1.3 Asistencia curativa ambulatoria	4 639 211	694 667			109 263	3 803 266	32 016	32 016	741 035	734 801	6 234		5 380 247			
HC 1.3a Asistencia curativa ambulatoria - salud materna	1 010 674	461 691			109 263	420 556	19 165	19 165	95 636	95 636			1 106 310			

(continúa)

(continuación)

Función de salud reproductiva	Sector público										Sector privado				Total general			
	HF 1		HF 1.1.1.1				HF 1.1.1.2				HF 2		HF 2.1	HF 2.2		HF 2.3	HF 2.4	
	Total sector público	Secretaría de Salud y gobierno estatal	IMSS Oportunidades	REPS	CNPSS	IMSS	IMSS	IMSS	ISSSTE	Total sector privado	Empresas de seguro privadas	Pagos directos de los hogares	ONG					
HC 1.3a	Asistencia curativa ambulatoria - salud perinatal	92 760	2 798								89 962							92 760
HC 1.3b	Asistencia curativa ambulatoria - planificación familiar	167 335	36								167 300							167 335
HC 1.3c	Asistencia curativa ambulatoria - cáncer cervicouterino	350 416	85 744								258 656	6 016	644 043	639 165		4 877		994 459
HC 1.3d	Asistencia curativa ambulatoria - cáncer de mama	578 603	137 424								434 344	6 835	1 357			1 357		579 960
HC 1.3e	Asistencia curativa ambulatoria - cáncer de próstata	196 912	182								196 731							196 912
HC 1.3g	Asistencia curativa ambulatoria - violencia																	
HC 1.3f	Asistencia curativa ambulatoria - otros	2 241 237	5 329								2 235 908							2 241 237
HC 1.3.1	Servicios médicos y diagnósticos básicos	12 851									12 851	641 452	2 287	639 165		2 287		654 303
HC 1.3.1.1	Detección oportuna de cáncer cervicouterino	6 016									6 016	641 452	2 287	639 165		2 287		647 468
HC 1.3.1.2	Exploración mamaria	6 835									6 835							6 835
HC 1.3.3	Los demás servicios de asistencia especializada	4 626 361	694 667								3 803 266	19 165	99 584	95 636		3 948		4 725 944
HC 1.3.3.1	Manejo y control del embarazo complicado o de alto riesgo	917 052	434 608								354 016	19 165						917 052
HC 1.3.3.2	Atención de cáncer cervicouterino	174 878	85 716								89 162		2 591			2 591		177 469
HC 1.3.3.3	Atención de cáncer de mama	571 768	137 424								434 344		1 357			1 357		573 125
HC 1.3.3.4	Procedimientos de fertilización asistida	167 335	36								167 300							167 335
HC 1.3.3.5	Atención de cáncer de próstata	196 912	182								196 731							196 912
HC 1.3.3.6	Atención de lesiones por violencia intrafamiliar																	
HC 1.3.3.7	Endometriosis	22 769	59								22 710							22 769
HC 1.3.3.8	Displasia en el cuello del útero	169 522	28								169 494							169 522

(continúa)

(continuación)

Función de salud reproductiva	HF 1		Sector público					Sector privado			Total general	
	Total sector público	Secretaría de Salud y gobierno estatal	HF 1.1.1	HF 1.1.3	HF 1.1.4a	HF 1.1.4b	Seguridad social	HF 2	Empresas de seguro privadas	Pagos directos de los hogares		ONG
			HF 1.1.2	IMSS Oportunidades	REPS	CNPSS						
HC 1.3.3.9 Patología benigna del útero	436 873	1 694	435 179									436 873
HC 1.3.3.10 Patología benigna de mama	886 378	1 502	884 876									886 378
HC 1.3.3.11 Patología benigna de próstata	895 217	2 074	893 143									895 217
HC 1.3.3.12 Aborto, embarazo ectópico y embarazo molar	38 937	10 841	28 095									38 937
HC 1.3.3.13 Parto normal	39 758	15 034	24 724					95 636	95 636			135 394
HC 1.3.3.14 Cesáreas	14 928	1 208	13 720									14 928
HC 1.3.3.15 Complicaciones en el neonato	94 033	4 262	89 771									94 033
HC 4 Servicios auxiliares de atención de la salud	270 662		270 662					773 401	759 633	13 768		1 044 063
HC 4.1 Laboratorio clínico	270 662		270 662					770 890	759 633	11 257		1 041 553
HC 4.1.1 Laboratorio clínico para embarazo y parto								765 771	759 633	6 138		765 771
HC 4.1.2 Citologías y biopsias de CaCu	270 662		270 662					4 578		4 578		275 240
HC 4.1.3 Estudios de laboratorio, biopsias para CaMa								541		541		541
HC 4.1.4 Citologías hiperplasia de próstata												
HC 4.2 Imagenología								2 510		2 510		2 510
HC 4.2.1 Ultrasonido obstétrico								890		890		890
HC 4.2.2 Mastografía								1 620		1 620		1 620
HC 4.2.3 Ultrasonido mamario												
HC 5 Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	676 404	398 833	211 123	66 448				703 720	668 314	35 406		1 380 124
HC 5.1.1 Medicamentos de prescripción	279 344	216 824	47 586	14 934				694 882	668 314	26 568		974 226
HC 5.1.1.1 Anticonceptivos hormonales (orales e inyectables)	62 520		47 586	14 934				170 476	143 908	26 568		232 995
HC 5.1.1.2 Sulfato ferroso, ácido fólico, micronutrientes	216 824	216 824						524 406	524 406			741 230
HC 5.1.3 Otros productos médicos percederos	397 060	182 008	163 537	51 514				8 838		8 838		405 898
HC 5.1.3.1 Preservativos	227 233	182 008	31 709	13 516				8 497		8 497		235 730
HC 5.1.3.2 Dispositivos intrauterinos	4 087		2 294	1 792				340		340		4 427
HC 5.1.3.3 Implantes subdérmicos	96 207		60 001	36 206								96 207

(continúa)

(continuación)

Función de salud reproductiva	Sector público					Sector privado			Total general
	HF 1		Seguridad social			HF 2		ONG	
	HF 1.1.1.1 HF 1.1.2 Secretaría de Salud y gobierno estatal	HF 1.1.3 IMSS Oportunidades	HF 1.1.4a REPSS	HF 1.1.4b CNPSS	HF 1.2.1.1 IMSS	HF 1.2.1.2 ISSSTE	Total sector privado		
HC 5.1.3.4	Levonorgestrel. Dispositivo con polvo	34 775				34 775			34 775
HC 5.1.3.5	Levonorgestrel - anticoncepción poscoito	847				847			847
HC 5.1.3.6	Norelgestromina y etinilestradiol - parche	33 912				33 912			33 912
HC 6	Servicios de prevención y de salud pública	7 809 064	1 189 777	322 935	1 590 316	285 281	940 556	905 085	8 749 620
HC 6.1.1	Salud materna y perinatal	4 229 669	662 363	322 935	1 395 508	143 501	940 154	905 085	5 169 823
HC 6.1.1.1	Consultas de control prenatal	3 761 433	533 732	322 935	1 309 010	80 677	939 074	905 085	4 700 507
HC 6.1.1.2	Consultas de puerperio fisiológico	369 647	92 867		86 497		688		370 335
HC 6.1.1.3	Consultas de control del recién nacido	98 589	35 765			62 824	392		98 981
HC 6.1.1.4	Promoción de la salud materna y perinatal								
HC 6.1.2	Servicios de planificación familiar	2 304 510	527 413		194 808	141 780	402	402	2 304 912
HC 6.1.2.1	Consultas de planificación familiar	2 304 510	527 413		194 808	141 780	402	402	2 304 912
HC 6.1.2.2	Promoción de la planificación familiar								
HC 6.4.1	Cáncer cervicouterino	698 788							698 788
HC 6.4.1.1	Tamizaje	465 814	465 814						465 814
HC 6.4.1.2	Promoción de la salud (CaCu)	232 974	232 974						232 974
HC 6.4.2	Cáncer de mama	397 184	397 184						397 184
HC 6.4.2.1	Tamizaje	254 765	254 765						254 765
HC 6.4.2.2	Promoción de la salud (CaMa)	142 419	142 419						142 419
HC 6.4.3	Cáncer de próstata	114 825	114 825						114 825
HC 6.9.1	Prevención de la violencia	101	101						101
HC 6.9.2	Centros de atención a violencia	63 987	63 987						63 987

(continúa)

ANEXO 7
Gasto estimado en salud reproductiva y equidad de género por proveedor de bienes y servicios por función de gasto (HP x HC) (miles de pesos 2011)

Función de salud reproductiva	HP 1		HP 3		Proveedores de atención ambulatoria					HP 4.1	HP 5 y HP 6	Total
	Hospitales		Proveedores de atención ambulatoria - Total		HP 3.1	HP 3.2	HP 3.4	HP 3.5	HP 3.9.3	Farmacias	Suministro y administración de programas de salud pública; y administración general de salud	
	HP 1	HP 3	HP 3.1	HP 3.2	HP 3.4	HP 3.5	HP 3.9.3	HP 3.9.9	HP 4.1	HP 5 y HP 6		
Gasto en salud reproductiva	34 599 257	10 183 210	1 609 824	724 510	7 408 780	1 044 063	120 543	107 829	1 380 124	1 863 383	48 025 973	
HC 1	34 094 984	1 384 017	724 510	724 510	551 679	1 044 063	107 829	107 829	1 380 124	1 863 383	35 479 002	
HC 1.1	29 569 361	507 942	91 125	91 125	416 818						30 077 304	
HC 1.1.1	22 453 292	320 341			320 341						22 773 632	
HC 1.1.1.1, HC 1.1.1.2	9 177 092	85 423			85 423						9 262 515	
HC 1.1.1.3		62 288									62 288	
HC 1.1.1.4	6 342 062	1 400			1 400						6 343 462	
HC 1.1.1.5	6 871 850	233 518			233 518						7 105 368	
HC 1.1.2	587 252	101 556	91 125	91 125	10 431						688 808	
HC 1.1.3	2 544 197	10 194			10 194						2 554 391	
HC 1.1.4	235 185	1 351			1 351						236 536	
HC 1.1.5	1 110 969	8 966			8 966						1 119 935	
HC 1.1.6	26 433										26 433	
HC 1.1.7	303 549	7 509			7 509						311 057	
HC 1.1.8	30 353										30 353	
HC 1.1.9	86 064										86 064	
HC 1.1.10	49 215	271			271						49 486	
HC 1.1.11	978 760	2 862			2 862						981 622	
HC 1.1.12	258 041	21 771			21 771						279 812	
HC 1.1.13	888 650	2 793			2 793						891 444	
HC 1.1.14	17 400	30 329			30 329						47 729	
HC 1.2		21 451			21 451						21 451	
HC 1.2.1		21 451			21 451						21 451	
HC 1.3	4 525 623	854 624	611 934	611 934	1 34 861			107 829			5 380 247	

(continúa)

(continuación)

Función de salud reproductiva	HP 1 Hospitales		HP 3 Proveedores de atención ambulatoria - Total		Proveedores de atención ambulatoria				HP 4.1		Total
	HP 3.1 Consultorios médicos y de otros profesionales de la salud	HP 3.2 Profesionales de salud	HP 3.3 Centros de atención ambulatoria	HP 3.4 Laboratorios médicos y de diagnóstico	HP 3.5 Laboratorios médicos y de diagnóstico	HP 3.9.3 Profesionales tradicionales y los demás proveedores	HP 3.9.9 Profesionales alternativos o tradicionales y los demás proveedores	Farmacias	HP 5 y HP 6		
HC 1.3.1	Servicios médicos y diagnósticos básicos	654 303	611 934	30 176			12 193				654 303
HC 1.3.1.1	Detección oportuna de cáncer cervicouterino	647 468	611 934	23 341			12 193				647 468
HC 1.3.1.2	Exploración mamaria	6 835		6 835							6 835
HC 1.3.3	Los demás servicios de asistencia especializada	4 525 623	200 321	104 685			95 636				4 725 944
HC 1.3.3.1	Manejo y control del embarazo complicado o de alto riesgo	816 314	100 738	100 738							917 052
HC 1.3.3.2	Atención de cáncer cervicouterino	1 74 878	2 591	2 591							177 469
HC 1.3.3.3	Atención de cáncer de mama	571 768	1 357	1 357							573 125
HC 1.3.3.4	Procedimientos de fertilización asistida	167 335									167 335
HC 1.3.3.5	Atención de cáncer de próstata	196 912									196 912
HC 1.3.3.6	Atención de lesiones por violencia intrafamiliar										
HC 1.3.3.7	Endometriosis	22 769									22 769
HC 1.3.3.8	Displasia en el cuello del útero	169 522									169 522
HC 1.3.3.9	Patología benigna del útero	436 873									436 873
HC 1.3.3.10	Patología benigna de mama	886 378									886 378
HC 1.3.3.11	Patología benigna de próstata	895 217									895 217
HC 1.3.3.12	Aborto, embarazo ectópico y embarazo molar	38 937									38 937
HC 1.3.3.13	Parto normal	39 758	95 636				95 636				135 394
HC 1.3.3.14	Cesáreas	14 928									14 928
HC 1.3.3.15	Complicaciones en el neonato	94 033									94 033
HC 4	Servicios auxiliares de atención de la salud		1 044 063		1 044 063						1 044 063
HC 4.1	Laboratorio clínico		1 041 553		1 041 553						1 041 553
HC 4.1.1	Para embarazo y parto		765 771		765 771						765 771
HC 4.1.2	Citologías y biopsias de CaCu		275 240		275 240						275 240
HC 4.1.3	Estudios de laboratorio, biopsias para CaMa		541		541						541

(continúa)

(continuación)

Función de salud reproductiva	HP 1		HP 3		Proveedores de atención ambulatoria					HP 4.1	HP 5 y HP 6	Total
	Hospitales	Proveedores de atención ambulatoria - Total	HP 3.1	HP 3.2	HP 3.4	HP 3.5	HP 3.9.3	Farmacias	Suministro y administración de programas de salud pública; y administración general de salud			
HC 4.1.4												
HC 4.2												
HC 4.2.1												
HC 4.2.2												
HC 4.2.3												
HC 5												
HC 5.1.1												
HC 5.1.1.1												
HC 5.1.1.2												
HC 5.1.3												
HC 5.1.3.1												
HC 5.1.3.2												
HC 5.1.3.3												
HC 5.1.3.4												
HC 5.1.3.5												
HC 5.1.3.6												
HC 6												
HC 6.1.1												
HC 6.1.1.1												
HC 6.1.1.2												
HC 6.1.1.3												
HC 6.1.1.4												
HC 6.1.2												
HC 6.1.2.1												
HC 6.1.2.2												
HC 6.4.1												

(continúa)

**Gasto estimado en salud reproductiva y equidad de género por agente financiero por función de gasto (HF x HC).
Cáncer de mama. (miles de pesos 2011)**

Función de salud reproductiva	HF 1		Sector público				Sector privado				Total general
	Total sector público	HF 1.1.1, HF 1.1.4	HF 1.1.1.1, HF 1.1.1.2	HF 1.1.3	Seguridad social		HF 2	HF 2.2	HF 2.3	HF 2.4	
					SSa/Sesa/SPSS	IMSS Oportunidades					
Gasto en cáncer de mama	3 177 102	2 438 759	601	676 024	61 718	447 042	386 935	55 614	4 493	3 624 144	
HC 1d Servicios de asistencia curativa	2 690 360	1 952 017	601	676 024	61 718	443 991	386 935	55 614	1 442	3 134 351	
HC 1.1d Asistencia curativa hospitalaria	2 111 757	1 814 593	601	241 679	54 883	442 634	386 935	55 614	85	2 554 391	
HC 1.1.3 Atención de cáncer de mama	2 111 757	1 814 593	601	241 679	54 883	442 634	386 935	55 614	85	2 554 391	
HC 1.3d Asistencia curativa ambulatoria	578 603	137 424		434 344	6 835	1 357			1 357	579 960	
HC 1.3.1.2 Exploración mamaria	6 835				6 835					6 835	
HC 1.3.3 Atención de cáncer de mama	571 768	137 424		434 344		1 357			1 357	573 125	
HC 4d Servicios auxiliares de atención de la salud						3 052			3 052	3 052	
HC 4.1.3 Estudios de laboratorio, biopsias para CaMa						541			541	541	
HC 4.2.2 Mastografía						890			890	890	
HC 4.2.3 Ultrasonido mamario						1 620			1 620	1 620	
HC 6d Servicios de prevención y de salud pública	397 184	397 184								397 184	
HC 6.4.2.1 Tamizaje	254 765	254 765								254 765	
HC 6.4.2.2 Promoción de la salud (CaMa)	142 419	142 419								142 419	
HC 7.1.1d Rectoría y administración de la salud por administraciones públicas (excepto seguridad social)	89 558	89 558								89 558	
HCR 1d Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud											
HCR 2d Formación del personal sanitario											
HCR 3.3 Investigación y desarrollo											

Anexo 15

**Gasto estimado en salud reproductiva y equidad de género por proveedor de bienes y servicios por función de gasto (HP x HC).
Cáncer cervicouterino. (miles de pesos 2011)**

Función de salud reproductiva	HP 1		HP 3		Proveedores de atención ambulatoria					HP 4.1	HP 5	HP 6	
	Hospitales	Total	Proveedores de atención ambulatoria - Total		HP 3.1	HP 3.2	HP 3.4	HP 3.5	HP 3.9.3	Farmacias	Suministro y administración de programas de salud pública; y administración general de salud	Administración general de la salud y los seguros médicos	Total
			HP 3.1	HP 3.2	HP 3.3	HP 3.9.9							
Gasto en cáncer cervicouterino	980 868	1 514 391	724 510	502 448	275 240	12 193	232 974	268 001	2 996 234				
HC 1 Servicios de asistencia curativa	980 868	773 336	724 510	36 634	12 193	1 754 204							
HC 1.1 Asistencia curativa hospitalaria	636 468	101 827	91 125	10 702		738 294							
HC 1.1.2 Atención de cáncer cervicouterino	587 252	101 556	91 125	10 431		688 808							
HC 1.1.1.0 Displasia en el cuello del útero	49 215	271		271		49 486							
HC 1.2 Asistencia curativa en hospitalización de día		21 451	21 451			21 451							
HC 1.2.1 Radioterapia para Ca Cu		21 451	21 451			21 451							
HC 1.3 Asistencia curativa ambulatoria	344 400	650 058	611 934	25 932	12 193	994 459							
HC 1.3.1.1 Detección Oportuna de cáncer cervicouterino		647 468	611 934	23 341	12 193	647 468							
HC 1.3.3.2 Atención de cáncer cervicouterino	174 878	2 591		2 591		177 469							
HC 1.3.3.8 Displasia en el cuello del útero	169 522					169 522							
HC 4 Servicios auxiliares de atención de la salud		275 240		275 240	275 240	275 240							
HC 4.1.2 Citologías y biopsias de CaCu		275 240				275 240							
HC 6 Servicios de prevención y de salud pública		465 814		465 814	465 814	698 788							
HC 6.4.1.1 Tamizaje		465 814		465 814		465 814							
HC 6.4.1.2 Promoción de la salud (CaCu)						232 974							
HC 7.1.1c Administración de la salud por administraciones públicas (excepto seguridad social)						268 001							
HCR 1 Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud						268 001							
HCR 2 Formación del personal sanitario													
HCR 3 Investigación y desarrollo													

ANEXO 17

**Gasto estimado en salud reproductiva y equidad de género por proveedor de bienes y servicios por función de gasto (HP x HC).
Cáncer de próstata, violencia intrafamiliar y equidad de género, patologías benignas de útero, mama y próstata, y administración y rectoría
(miles de pesos 2011)**

Función de salud reproductiva	HP 1		Proveedores de atención ambulatoria				HP 4.1	HP 5	HP 6
	Hospitales	Proveedores de atención ambulatoria - Total	HP 3.1 HP 3.2 Consultorios médicos y de otros profesionales de la salud	HP 3.4 Centros de atención ambulatoria	HP 3.5 Laboratorios médicos y de diagnóstico	HP 3.9.3 HP 3.9.9 Profesionales alternativos o tradicionales y los demás proveedores	Farmacias	Suministro y administración de programas de salud pública, y administración general de salud	Administración general de la salud y los seguros médicos
Gasto en cáncer de próstata	500 461	7 509		7 509				114 825	622 794
Gasto en violencia intrafamiliar y equidad de género	30 353	64 088		64 088				157 869	252 309
Gasto en endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	4 452 753	27 427		27 427				4 480 180	8 932 907
Rectoría								786 642	786 642
HC 1e Servicios de asistencia curativa - cáncer de próstata	500 461	7 509		7 509					507 969
HC 1f Servicios de asistencia curativa - violencia intrafamiliar	30 353							30 353	30 353
HC 1g Servicios de asistencia curativa - otros	4 452 753	27 427		27 427				4 480 180	4 480 180
HC 1.1e Asistencia curativa hospitalaria - cáncer de próstata	303 549	7 509		7 509					311 057
HC 1.1f Asistencia curativa hospitalaria - violencia intrafamiliar	30 353							30 353	30 353
HC 1.1g Asistencia curativa hospitalaria - otros	2 211 516	27 427		27 427				2 238 942	2 238 942
HC 1.1.7 Atención de cáncer de próstata	303 549	7 509		7 509					311 057
HC 1.1.8 Atención traumatisimos por violencia intrafamiliar	30 353							30 353	30 353
HC 1.1.9 Endometriosis	86 064							86 064	86 064
HC 1.1.11 Patología benigna del útero	978 760	2 862		2 862				981 622	981 622
HC 1.1.12 Patología benigna de mama	258 041	21 771		21 771				279 812	279 812
HC 1.1.13 Patología benigna de próstata	888 650	2 793		2 793				891 444	891 444
HC 1.3e Asistencia curativa ambulatoria - cáncer de próstata	196 912							196 912	196 912
HC 1.3f Asistencia curativa ambulatoria - otros	2 241 237							2 241 237	2 241 237
HC 1.3g Asistencia curativa ambulatoria - violencia									
HC 1.3.3.5 Atención de cáncer de próstata	196 912							196 912	196 912
HC 1.3.3.6 Atención de lesiones por violencia intrafamiliar									
HC 1.3.3.7 Endometriosis	22 769							22 769	22 769
HC 1.3.3.9 Patología benigna del útero	436 873							436 873	436 873
HC 1.3.3.10 Patología benigna de mama	886 378							886 378	886 378
HC 1.3.3.11 Patología benigna de próstata	895 217							895 217	895 217
HC 4e Servicios auxiliares de atención de la salud - cáncer de próstata									
HC 4.1.4 Citologías hiperplasia de próstata									
HC 6e Servicios de prevención y de salud pública - equidad y género		64 088		64 088					64 088
HC 6f Servicios de prevención y de salud pública - cáncer de próstata								114 825	114 825
HC 6.4.3 Cáncer de próstata								114 825	114 825
HC 6.9.1 Prevención de la violencia		101		101				101	101
HC 6.9.2 Centros de atención a violencia		63 987		63 987				63 987	63 987
HC 6.9.3 Programa mujer y salud y atención a la salud de las mujeres (equidad de género)									
HC 7.1.1e Rectoría y administración de la salud por administraciones públicas (excepto seguridad social) - equidad de género y violencia								157 869	157 869
HC 7.1.1f Rectoría - Centro Nacional de Equidad de Género y Violencia								8 116	8 116
HC 7.1.2 Actividades de administración, funcionamiento y apoyo de las administraciones de seguridad social								778 526	778 526

Siglas y acrónimos

Causes	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
Conapo	Consejo Nacional de Población
CNPSS	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
ENIGH	Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares
ENVIM	Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres
Fassa	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud
FPGC	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
IMSS	Instituto Mexicano del Seguro Social
INCan	Instituto Nacional de Cancerología
INEGI	Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática
ISSSTE	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ONG	Organizaciones no gubernamentales
Prosesa	Programa Sectorial de Salud
REPSS	Régimen Estatal de Protección Social en Salud
Sesa	Servicios Estatales de Salud
SPSS	Sistema de Protección Social en Salud
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
CISS	Centro de Investigación en Sistemas de Salud
SSa	Secretaría de Salud
AMIS	Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros
SMNG	Seguro Médico para una Nueva Generación
ONU	Organización de las Naciones Unidas
IMHE	Instituto de Medición y Evaluación de la Salud
CaCu	Cáncer cervicouterino
CaMa	Cáncer de mama
CaPro	Cáncer de próstata
IARC	Agencia Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer
Sicuentas	Unidad de Cuentas en Salud

Referencias

1. González Block MA., Orozco E., Hernández B., Kageyama LM., Aldaz V., Saucedo AL., et al. Evaluación externa del Programa de Acción Arranque Parejo en la Vida 2001•2005. Resumen ejecutivo. 1a edición México: Instituto Nacional de Salud Pública, 2006.
2. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México. Informe de avances 2010. INEGI [consultado: septiembre de 2011]. Disponible en: <http://www.objetivosdedesarrollodelmilenio.org.mx/cgi-win/ODM.exe/OBJODM0050>.
3. Quinto informe de gobierno. Presidencia de la República. Disponible en: www.presidencia.gob.mx
4. Organización Panamericana de la Salud. La salud y los Objetivos de Desarrollo del Milenio: del compromiso a la acción. Informe anual del director 2011. Disponible en: http://www.paho.org/annual-report-d-2011/intro_AR2011eng.html
5. Organización de las Naciones Unidas. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/maternal.shtml>
6. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud. Objetivos de Desarrollo del Milenio. ODM 4: reducir la mortalidad Infantil OMS 2012 [última revisión: septiembre de 2012]. Disponible en: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/es/index.html
7. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO) [consultado septiembre de 2012.] Disponible en: http://www.who.int/gho/child_health/en/index.html
8. World Health Organization. Causes of child mortality for the year 2010 [consultado septiembre de 2012.]. Disponible en: http://www.who.int/gho/child_health/mortality/mortality_causes_text/en/index.html
9. World Health Organization. Global Health Observatory. Data Repository [consultado septiembre de 2012]. Disponible en: <http://apps.who.int/ghodata/>
10. Secretaría de Salud. México. Dirección General de Información en Salud. 2011 [consultado marzo 2013]. Disponible en [http:// dgis.salud.gob.mx/cubos/](http://dgis.salud.gob.mx/cubos/)
11. Secretaría de Salud. Rendición de cuentas en salud 2007. Dirección General de Evaluación del Desempeño. México: Ssa 2008. Disponible en: <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dedss/rcs.html>
12. Agencia Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer IARC 2012 [consultado febrero de 2012]. Disponible en: <http://www.iarc.fr/en/websites/researchprg.php>
13. Organización Mundial de la Salud. Centro de Prensa [nota descriptiva 297, febrero de 2012]. OMS 2012 [consultado febrero de 2012]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/index.html>
14. Knaul FM, Arreola-Ornelas H, Lozano R y H Gómez-Dantés. México, Numeralia de cáncer de mama. Competitividad y Salud y Observatorio de la Salud, Fundación Mexicana para la Salud; marzo 2011.
15. Beaulieu N, Bloom D y R Bloom. Breakaway: The global burden of cancer—challenges and opportunities. The Economist Intelligence Unit, The Economist, 2009.
16. IHME. Instituto de Medición y Evaluación de la Salud [página en internet] [consultado junio de 2013]. Disponible en: <http://www.healthmetricsandevaluation.org/>
17. Knaul FM, López Carrillo L, Lazcano Ponce E, Gómez Dantés H, Romieu I y Torres G. Cáncer de mama: un reto para la sociedad y los sistemas de salud. Salud Publica de Mex 2009;51suppl 2:S135-S137
18. Moreno MF. La violencia en pareja. Rev Panam Salud Publica 1999;5:245-58,
19. Rodgers K. Wife assaults: the findings of a National Survey. Juristat Service Bulletin Statistics Canada 1994;9:14-89.
20. Mooney J. The hidden figure: domestic violence in north of London. London: Middlesex University, School of Sociology and Social Policy, 1995.
21. Gelles R, Straus MA. Societal change and change in family violence from 1985-1996 as revealed by two National Survey. J Marriage Fam 1996;48:465-79.
22. Flynn C. Relationship violence by women: issues and implications. Family Relations 1990;39:194-8.
23. Larrain S. Violencia doméstica contra la mujer en América Latina y el Caribe: revisión de dos décadas de acción. En: Conferencia sobre violencia doméstica en América Latina y el Caribe. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo, 1997.
24. Ellsberg M. Confitos en el infierno: prevalencia y características de la violencia conyugal. Managua: Asociación de Mujeres por la Democracia, 1996.
25. Ávila-Burgos L., Rivera G, Serván E, Cahuana-Hurtado L, Aracena-Genao B. Violencia hacia las mujeres y sus consecuencias en la salud y en la utilización de servicios de salud. Informe de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres. México: Secretaría de Salud, 2010

26. Secretaría de Salud. Reporte de rendición de cuentas 2006-2012. México DF: Secretaría de Salud, 2012
27. OECD, WHO, Eurostat. A System of Health Accounts 2011 (SHA 2011). Disponible en: http://www.who.int/nha/sha_revision/en/
28. Ferrán L. Marco conceptual y lineamientos metodológicos de la cuenta satélite del sector hogares para medición del trabajo no remunerado en salud dentro del sistema de cuentas nacionales. Disponible en: www.paho.org/Spanish/AD/GE/chile06-ferran.pdf
29. Secretaría de Salud. Manual del sistema de cuentas nacionales y estatales de salud en México. Sicuentas. Disponible en: <http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/pdf/ManualSICUENTAS.pdf>
30. World Health Organization. Reproductive health [who.int]. Ginebra, Suiza: WHO; 2008 [consultado: septiembre de 2008]. Disponible en: http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/
31. Ávila-Burgos L, Cahuana-Hurtado L, Pérez-Núñez R, Aracena-Genao B, Vázquez-Meseguer V. Desarrollo de subanálisis de cuentas en salud. El caso de las cuentas en salud reproductiva y equidad de género en México. México: Fundación Mexicana para la Salud, AC, 2006.
32. Ávila L, Cahuana L, Pérez R, Serie de cuentas nacionales en salud reproductiva y equidad de género. Estimaciones 2003-2006. Ciudad de México/Cuernavaca, México: Secretaría de Salud/Instituto Nacional de Salud Pública, 2004-2007.
33. Ávila-Burgos L, Montañez-Hernández JC, Cahuana-Hurtado L, Aracena-Genao B. Serie de Cuentas en salud reproductiva y equidad de género. Estimaciones 2007-2010. Ciudad de México/Cuernavaca, México: Secretaría de Salud/Instituto Nacional de Salud Pública, 2008-2011.
34. Merino-Juárez MF, Alarcón-Gómez M, Lozano-Ascencio R. Manual del sistema de cuentas nacionales y estatales de salud. México, DF: Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud; 2004.
35. 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: World Health Organization; 2003.
36. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10ª ed. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 1995.
37. World Health Organization. Mother-baby package costing spreadsheet. Versión 1.01 [CD-ROM]. Ginebra, Suiza: WHO; 1999.
38. Ravi P, Rannan-Eliya. Revision of the system of health accounts. SHA revision unit 11: Classification by beneficiary/recipient characteristics, marzo 2009.
39. 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. 21 de enero de 2004. México 2004.
40. 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. 6 de marzo de 1998. México; 1998.
41. 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. 17 de septiembre de 2003. México; 2003.
42. Secretaría de Salud. Programa de acción: cáncer de próstata. México, DF: Secretaría de Salud; 2001 [consultado: septiembre 2008]. Disponible en: www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_3/cancer_prostata.pdf
43. Secretaría de Salud. Boletín de Información Estadística 31(4). México, DF: Secretaría de Salud; 2011 [consultado: septiembre de 2011]. Disponible en: http://sinais.salud.gob.mx/descargas/zip/bie31_vIV.zip
44. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Catálogo Universal de Servicios Esenciales. México, DF: Comisión Nacional de Protección Social en Salud; 2011.
45. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Informe final de resultados 2011 [consultado: septiembre de 2012]. Disponible en: http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/contenidos/transparencia/transparencia_2sem11.html
46. Sistema de Protección Social en Salud. Secretaría de Salud. México, DF: Secretaría de Salud; México, 2012.
47. IMSS Oportunidades. Informe integral total (ámbito rural con módulos urbanos) Por delegación, enero-diciembre 2011 (CD-ROM). México: IMSS Oportunidades; 2011.
48. IMSS Oportunidades. Egresos Hospitalarios 2011 (CD-ROM). México: IMSS Oportunidades; 2011
49. IMSS. Memoria estadística 2011 (CD-ROM). México DF: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2011..
50. IMSS. Morbilidad 2011. México (CD-ROM). México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2011.
51. IMSS. Egresos Hospitalarios 2011 (CD-ROM). México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2011.
52. ISSSTE. Egresos Hospitalarios 2011(CD-ROM). México: Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores del Estado; 2011.
53. ISSSTE. Anuario Estadístico 2011(CD-ROM). México: Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores del Estado; 2011.

54. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH). México, DF: INEGI. 2011. Disponible en : <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/soc/sis/microdatos/> [consultado junio 2011]
55. Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros. Gastos médicos mayores. Por tipo de plan, rango de edad y sexo. México, AMIS; 2011.
56. 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. 6 de marzo de 1998. México; 1998.
57. 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. 17 de septiembre de 2003. México; 2003.
58. Secretaría de Salud. Programa de acción: cáncer de próstata. México, DF: Secretaría de Salud, 2001 [consultado: Septiembre 2008]. Disponible en: www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_3/cancer_prostata.pdf
59. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI Calculadora de inflación [consultado: enero de 2013]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx>
60. World Health Organization. Guide to Producing Reproductive Health Subaccounts within the national health accounts frameworks. Geneva: World Health Organization; 2009.
61. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI. Estadística: población, hogares y vivienda. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>
62. Consejo Nacional de Población, Conapo. Índices de marginación urbana 2010 [consultado: enero de 2013]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Indices_de_Marginacion_Publicaciones

Cuentas en salud reproductiva y equidad de género.
Estimación 2011 y comparativo 2003-2011

Se terminó de imprimir en noviembre de 2013.
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

