

Cuentas en salud reproductiva y equidad de género

Estimación 2012 y comparativo 2003-2012

|

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

Agradecimientos

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

Secretaría de Salud

Dra. Mercedes Juan López
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
Mtro. Oscar Santiago Salinas

Comisión Nacional de Protección Social en Salud

Mtro. Gabriel O'Shea Cuevas
Dr. Gabriel R. Manuel Lee
Dr. Manuel Aguilar Romo
Dr. Manuel Vázquez Valdez
Dr. Samuel Vilchis Fuerte
Act. Livia N. Villa Treviño

ISSSTE

Lic. Jesús Villalobos López
Dr. Carlos Tena Mayo
Lic. Pedro Vázquez Colmenares
Lic. Alfonso Becerril Zarco
Mtro. Julio César Cervantes Parra
Lic. Eduardo Guerra Divanco
Lic. Gloria Soto Pérez
Lic. Eusebio Cabrera Ortiz

IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh
Lic. Carlos Berges Pérez
Sr. Pedro Sánchez Sandoval
Dra. Leticia Aguilar Sánchez
Mtra. Nuria Turrubiates Guillén
Dra. Irma H. Fernández Garate
Dra. Lorena Patricia Ferrer Arreola
Dra. Rosalba Isabel Ojeda Mijares
Dr. Roberto Ruíz Rosas
Lic. Armando Rivera Téllez
Lic. Gloria Ruiz García
Lic. Ángel Pérez Ramírez
Lic. José Rojo Ortiz

IMSS Oportunidades

Dra. Frinnet Azuara Yarzabal
Dr. Mario Munguía Ramírez
Dr. Juan Carlos Ledesma Vázquez
Lic. Armando Olvera Infante

INSP

Lic. Erika Gutiérrez Escobedo
Lic. Dora Hilda Malpica

Índice

Presentación

Síntesis Ejecutiva

1 Introducción

2 Situación de la salud reproductiva, 2012

- Mortalidad en menores de cinco años
- Mortalidad materna
- Mortalidad por cáncer de mama
- Mortalidad por cáncer cervicouterino
- Mortalidad por cáncer de próstata
- Violencia hacia las mujeres

3 Metodología

- Marco teórico y conceptual
- Métodos de estimación del gasto
- Fuentes de información
 - Secretaría de Salud
 - Sistema de Protección Social en Salud
 - Programa IMSS-Oportunidades
 - Instituto Mexicano del Seguro Social
 - Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
 - Gasto Privado
- Análisis de datos
- Generación de la serie de tiempo del gasto

4 Gasto en salud reproductiva y equidad de género, 2012

- Gasto por agente financiador
 - Secretaría de Salud
 - Sistema de Protección Social en Salud
 - Programa IMSS-Oportunidades
 - Instituto Mexicano del Seguro Social
 - Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
 - Sector Privado

5 Evolución del gasto en salud reproductiva y equidad de género, 2003 - 2012

- Gasto por agente financiador
 - Secretaría de Salud
 - Sistema Nacional de Protección Social en Salud
 - Programa IMSS Oportunidades
 - Instituto Mexicano del Seguro Social
 - Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
 - Gasto privado

6 Conclusiones y resultados

Acrónimos

Anexos

Referencias

Presentación

Con la presente estimación se cumplen 10 años ininterrumpidos en la generación de las Cuentas en Salud Reproductiva (CSR). A lo largo de esta década se introdujeron importantes cambios en el sistema de salud mexicano: la creación en 2003 del Sistema de Protección Social en Salud, surgido con el objetivo de garantizar el acceso a servicios de salud y de asegurar la protección financiera a la población excluida de la seguridad social. En materia de salud reproductiva, se implementaron importantes políticas dirigidas hacia la reducción en tres cuartas partes, de la razón de mortalidad materna para 2015 (Objetivo del Milenio 5), la Estrategia Embarazo Saludable en 2008 que afilia al Seguro Popular a toda mujer embarazada sin acceso a la seguridad social, así como el Convenio Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica y la Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna en 2009, orientadas a eliminar las barreras de acceso y mejorar la oportunidad en la atención durante el embarazo y parto.

La ejecución de todas estas acciones ha implicado una importante movilización de recursos públicos, ello ha conducido a cambios en el nivel de gasto dirigido a acciones y programas de salud reproductiva principalmente hacia población excluida de la seguridad, en la composición entre las diversas instituciones que conforman el sistema de salud mexicano, entre programas y entre tipos de población (con y sin seguridad social). En este contexto, la generación de la serie de gasto en salud reproductiva que cuenta ya con diez puntos comparables en el tiempo, proporciona evidencia que permite entender y dar respuesta a preguntas como: ¿quién paga qué?, ¿quién produce los servicios?, ¿en qué se gasta y quién se beneficia de este gasto? Con esta información es posible dar seguimiento financiero a los cambios introducidos por las políticas implantadas.

La construcción de esta serie de gasto, de la que no se tiene documentación que exista otra comparable en algún otro país, al menos, para la Región de América Latina y del Caribe, no

hubiera sido posible sin el compromiso decidido y el financiamiento del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, que en colaboración con el Centro de Investigación en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública han generado una serie de 10 volúmenes con esta información que permite tener un panorama financiero a nivel nacional de los programas y acciones en salud reproductiva.

En el presente volumen se presenta la estimación del gasto en salud reproductiva y equidad de género para el año 2012 y se hace un análisis más detallado de los cambios en las tendencias del gasto para el periodo 2003-2012. Ello, con el objetivo de brindar evidencia para apoyar el proceso de toma de decisiones brindando información financiera en materia en programas prioritarios de salud pública, como salud materna y perinatal, planificación familiar, cáncer cervicouterino y de mama, y prevención y atención de la violencia contra las mujeres, a tomadores de decisiones, personal operativo de estos programas y Organizaciones de la Sociedad Civil interesados en la salud reproductiva.

Nuestro reto continúa siendo impulsar y desarrollar el uso de esta información relacionándola no sólo con indicadores de necesidades de salud, sino también con indicadores de cobertura o uso de servicios. Ello porque no basta con incrementar el monto de recursos públicos, se requiere también conocer con qué eficiencia se ha manejado este incremento de recursos públicos, y si la distribución de éstos ha mejorado la equidad financiera del sistema de salud.

Síntesis Ejecutiva

ANTECEDENTES

La información generada mediante las Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género constituye un insumo valioso para apoyar con evidencias el proceso de toma de decisiones, ya que al ser realizada de manera sistemática, proporciona información oportuna y organizada que es comparable a través del tiempo. Ello 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.

Es por ello que desde 2003 la Secretaría de Salud (SS), 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 en los principales programas de salud reproductiva (salud materna infantil; planificación familiar; cáncer cervicouterino; cáncer de mama; cáncer de próstata; y equidad de género y violencia intrafamiliar), sus agentes financiadores, sus proveedores de servicios y gasto ejercido por sus respectivos beneficiarios.

Así se cuenta con estimaciones anuales detalladas del gasto en acciones de salud reproductiva y de equidad de género, y se ha logrado generar una serie de tiempo comparable para el período 2003-2012. Lo anterior permite visibilizar la evolución y explicar los cambios en la composición, distribución y comportamiento del gasto en salud reproductiva y constituirse en una herramienta que puede complementar a otros indicadores relacionados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tal 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 salud y seguridad social, el sector privado y las instituciones públicas destinadas a la población no asegurada. Asimismo, se continúa utilizando la misma definición de salud reproductiva y equidad de género.

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 interestatales, así como entre agentes financiadores.

En la estimación del gasto privado se utilizó información sobre el gasto monetario y no monetario proveniente de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH 2012), así como información del gasto de las empresas aseguradoras representadas por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) y las cuotas de recuperación. La estimación del gasto privado solo se presenta para el ámbito nacional.

RESULTADOS

El gasto en SR y EG en 2012 fue de 49 930.2 millones de pesos, equivalente a 0.32% del Producto Interno Bruto (PIB) y 5.2% del gasto total en salud. 79.7% fue financiado por el sector público (los planes y programas de gobierno cubrieron 40.3 y la seguridad social 39.4), y el 20.3% restante fue ejercido por el sector privado (la participación de los hogares representa 13.2%).

Gasto por funciones

Servicios de asistencia curativa: 74.1%

Servicios de prevención y salud pública (control prenatal, puerperio y planificación familiar, tamizaje de cáncer y acciones encaminadas a disminuir la violencia intrafamiliar): 17.4%

Gasto por proveedores

Hospitales: 70.4%

Servicios de atención ambulatoria y consultorios médicos: 19.8%

Farmacias, laboratorios médicos y administración de los programas: 9.8%

Gasto por programas

Salud materna perinatal: 65.5%

Atención a la endometriosis y patologías benignas: 9.4%

Planificación familiar: 7.6%

Cáncer cervicouterino: 5.0%

Cáncer de mama: 7.6%

Cáncer de próstata: 1.3%

Equidad de género: 0.7%

Rectoría y administración: 2.9%

COMPARACION DEL GASTO 2003 - 2012

El análisis del gasto en salud reproductiva y equidad de género de 2003 a 2012, muestra una importante variabilidad. Durante el periodo estudiado el gasto total en SR y EG tuvo un aumento promedio anual, en términos reales, de 0.5%. Se observa la importancia creciente del gasto público y, por el contrario, el decremento del gasto privado. Así, en 2003, 56.0% del gasto total en SR y EG provenía del sector público y en 2012 éste representa 79.7%; por el contrario, el gasto privado que en 2003 representaba casi 44.0%, en 2012 disminuyó a 20.3%.

Los planes de aseguramiento privado han ido creciendo, lo que se ve reflejado en su mayor importancia dentro del gasto privado.

El SS/SESA/SPSS muestra un crecimiento expansivo del gasto en SR en 2004 de 51.1%, año en que se creó el Seguro Popular como agente de financiamiento, hasta un incremento de 22.0% en 2009; su gasto disminuye en 2010 como consecuencia de una disminución en el gasto en cáncer cervicouterino, de mama y próstata. Por el contrario, la participación porcentual de los agentes de la seguridad social en el gasto el público en SR y EG ha disminuido discretamente, y con ello su importancia relativa dentro del gasto público en SR y EG.

El análisis anual muestra que hubo decremento del gasto en salud reproductiva en cuatro puntos: 2006, 2008, 2010 y 2012 de 1.5, 5.7, 9.2 y 3.4%, respectivamente. El primer decremento estuvo explicado por reducciones en el gasto de los agente se la seguridad social e IMSS-Oportunidades. Mientras que los

decrementos de 2008, 2010 y 2012 se explican por el importante descenso del gasto de los hogares en 22.9, 28.7 y 12.9%. Por otro lado, en el período 2003-2012, el gasto promedio de todos los programas incluidos en el análisis mostró incrementos, a excepción de salud materna perinatal que está fuertemente vinculado a las variaciones negativas del gasto de los hogares a partir de 2008.

CONCLUSIONES

El análisis del comportamiento y distribución del gasto muestra su utilidad al mostrar los cambios en el tiempo no sólo de los montos gastados así como la composición del mismo, ello permite dar seguimiento a los cambios en materia de política en salud reproductiva. Por lo anterior, se requiere mayor difusión de los resultados que se presentan en este informe entre hacedores de política pública, tomadores de decisiones y otros actores vinculados con el tema, con el objetivo de propiciar que esta información sea utilizada en el diseño y evaluación de políticas relacionadas con la salud reproductiva. Adicionalmente, importantes retos serán lograr la continuidad de la serie de gasto en SR a fin de que constituya una pieza clave como insumo en la toma de decisiones en políticas de salud.

1.

Introducción

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 ello, son indicadores que permiten conocer el funcionamiento y avance de la economía.¹ Por ello, se ha propuesto el seguimiento a indicadores como la mortalidad materna y se ha establecido como uno de los objetivos, la reducción de la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, así como alcanzar el acceso universal a la salud reproductiva (ODM 5).²

En México, en la última década se han implantado una serie de acciones orientadas hacia el logro de estos objetivos, tales como la Estrategia de Embarazo Saludable (2008), la firma del Convenio Interinstitucional para la Atención de Emergencias Obstétricas y la instrumentación de la Estrategia Integral para Acelerar la Reducción de la Mortalidad Materna (2009).³ Su implantación, ha implicado una importante inversión de recursos públicos, ello aunado a la participación de los hogares en el financiamiento de estas acciones, participación que si bien ha descendido continúa siendo significativa. A pesar de estos cambios, y de que el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) declaró que en 2011 se logró de la cobertura universal en servicios de salud⁴, el decrecimiento de la mortalidad materna ha sido mucho más lento de lo esperado, e incluso ha mostrado en los últimos años un patrón irregular. Ejemplo de ello es el incremento de la razón de mortalidad materna (RMM) entre 2008 y 2009, de 49.2 a 53.3 muertes por 100 mil nacidos vivos estimados (NVE), y su descenso a 42.3 muertes por 100 mil NVE, en 2012.⁵ Así, para alcanzar el objetivo planteado en el ODM 5, se requiere una disminución promedio anual de 6.7 puntos en la RMM en los siguientes tres años (2013-2015). Con relación al ODM 4, dirigido a la reducción de la mortalidad en menores de cinco años, se observa una reducción de la tasa de mortalidad de 16.7 a 16.1 defunciones por mil menores de cinco años de 2011 a 2012, respectivamente, muy cercana a la meta planteada de 15.7 para 2015.⁶

La implantación de estas acciones de política pública dentro del contexto de lo que constituye la reforma financiera más importante del sistema de salud mexicano, la creación del Sistema de Protección Social

en Salud en 2003, ha implicado no sólo una importante movilización de recursos públicos encaminados a su cumplimiento, sino también de cambios en los patrones de gasto entre las diversas instituciones de salud. En este contexto de alto dinamismo caracterizado por la escasez y la competencia por dichos recursos, se requiere dar seguimiento a los montos erogados a través de la estimación del gasto en salud reproductiva, la identificación del origen del gasto, quién o quiénes ejecutan el gasto, en qué servicios o programas se ejerce y quiénes se han beneficiado de él. Por ello, los ejercicios de rendición de cuentas, como el que se realiza a través de las cuentas en salud reproductiva, construidas anualmente desde 2004, constituyen un insumo para el diseño y monitoreo de las políticas de salud reproductiva al permitir identificar la relación entre el gasto en estos programas y las prioridades nacionales, así como con la congruencia entre los cambios encontrados en los patrones de gasto con los objetivos centrales de las políticas, como la protección financiera para los hogares, en el que se espera una mayor participación de los gobiernos federal y estatal financiando estas actividades.

La presente edición contiene las estimaciones del gasto en salud reproductiva y equidad de género para el año 2012 y su evolución en el período 2003 - 2012. Al igual que los ejemplares anteriores de la serie, la estructura de este documento la integran, además de esta sección, otras cinco secciones. En la segunda se describe la situación actual de la salud sexual y reproductiva en México durante 2012. En la tercera se explica la metodología empleada, la cual para este año presenta cambios para la Secretaría de Salud y el Sistema de Protección Social en Salud. La cuarta sección presenta los resultados obtenidos para la estimación de 2012 y en la quinta se presenta el análisis comparativo del gasto para el periodo 2003 - 2012 incluyendo un análisis de las posibles causas de los cambios observados en el gasto de los agentes financieros, con base en la información disponible. Finalmente, en la sexta sección se presentan las conclusiones y discusión.

2.

Situación de la salud sexual y reproductiva en 2012

México ha vivido en el transcurso de la última década una serie de cambios demográficos, políticos, sociales y económicos que han modificado algunos de los indicadores más importantes vinculados con la situación de la salud sexual y reproductiva. Por ello, la presente sección describe la situación actual de la salud reproductiva en el mundo y en México, a través de un conjunto de indicadores selectos como la mortalidad de menores de cinco años, mortalidad materna, mortalidad de cáncer de mama y de cáncer cervicouterino, mortalidad por cáncer de próstata y prevalencia de violencia de género. De este modo se pretende dar un marco contextual al estudio del gasto en salud reproductiva.

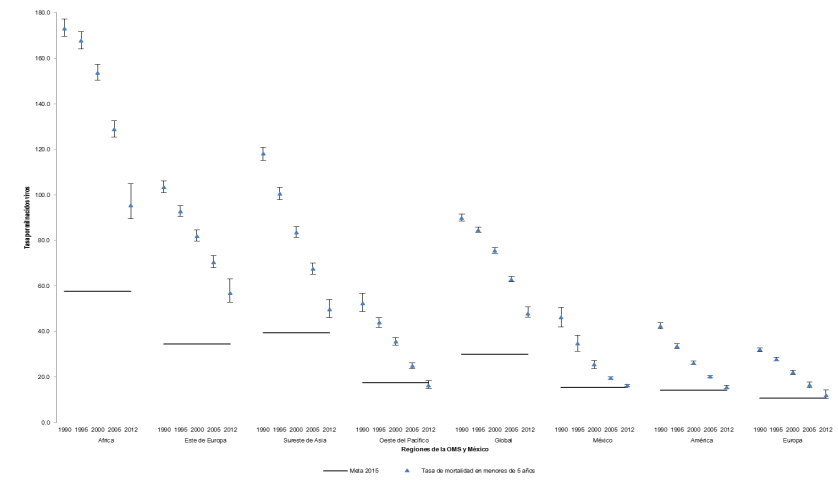
MORTALIDAD EN MENORES DE CINCO AÑOS

En 2012, según la Organización Mundial de la Salud, en el mundo fallecieron 6.6 millones de menores de cinco años, de las cuales casi 75% de estas muertes fueron atribuibles a solo seis causas: causas neonatales, neumonía, diarrea, malaria, sarampión y VIH/SIDA. Alcanzar el ODM 4 requerirá de alcanzar la cobertura universal al menos en intervenciones que se han documentado como eficaces y asequibles entre las que se incluye: el cuidado de los recién nacidos y sus madres, alimentación del lactante y del niño pequeño, vacunas, prevención y manejo de casos de neumonía, la diarrea y la sepsis, control de la malaria, y la prevención y atención del VIH / SIDA⁷. Se ha señalado que en los países con alta mortalidad, estas intervenciones podrían reducir el número de muertes en más de la mitad.

La figura 1 muestra que en 2012 la tasa global de mortalidad en menores de 5 años está aún por encima de la meta del ODM 4 de reducir en dos terceras partes de la tasa de 1990. Con respecto a las regiones, la región de Oeste del Pacífico ha alcanzado la meta mientras que las regiones de Europa y América están por cumplirla si se considera la tendencia en la reducción de los años anteriores. Adicionalmente, se observa que el resto de las regiones, en particular África, han logrado un descenso considerable en 2012 respecto a 2005, aunque el rango que presenta (diferencias entre la tasa máxima y mínima) es muy amplio si se compara con el resto de las regiones, incluso en 2012 se ha agrandado respecto a años previos.

Figura 1

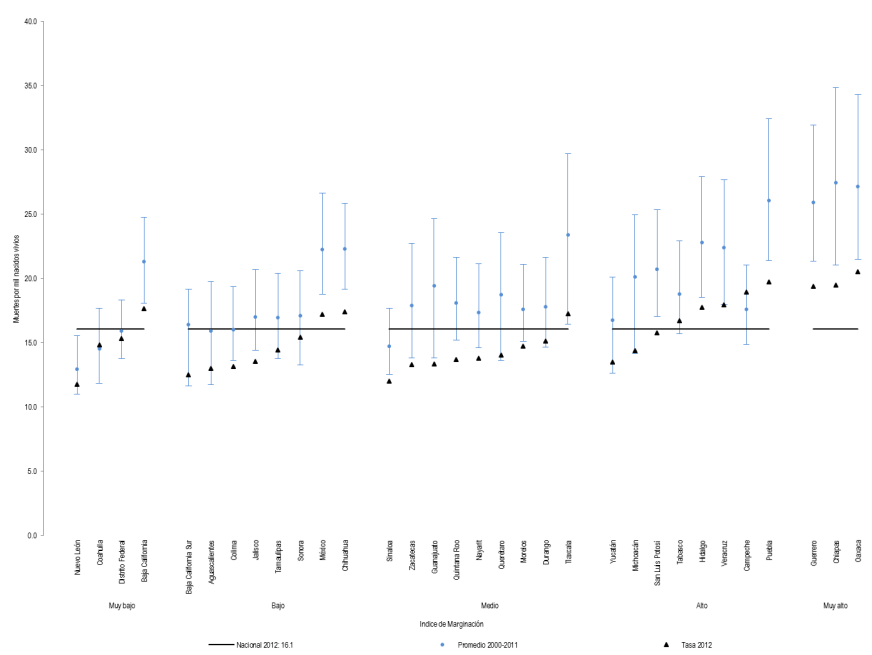
Tasa de mortalidad en niños menores de cinco años por regiones de la OMS y México: 1990, 1995, 2000, 2005, 2012 y meta 2015, máximo y mínimo de cada región. Tasa por mil nacidos vivos



Fuente: Elaboración propia con información de Banco de Datos del Observatorio de Salud Global. Organización Mundial de la Salud.⁸

En México en 2012, la tasa de mortalidad de menores de cinco años fue de 16.1 muertes por cada mil nacidos vivos,⁹ ya muy cerca de la meta objetivo de 15.7 para el año 2015. No obstante, al desagregarlo por entidad federativa revela una situación desfavorable para las entidades con muy alto índice de marginación del país en comparación con las que tienen muy baja marginación (figura 2). Así, Nuevo León, Coahuila y Distrito Federal presentaron tasas de 11.8, 14.8 y 15.3, respectivamente, mientras que Oaxaca, Chiapas y Guerrero, entidades de muy alta marginación, reportaron tasas de 20.5, 19.5 y 19.4, respectivamente. Si bien, en 2012 estas tres últimas entidades tuvieron tasas de mortalidad menor que su tasa mínima reportada durante el periodo 2000 – 2011 aún siguen por encima del promedio nacional.

Figura 2
Tasa de mortalidad en niños menores de cinco años por entidad federativa en 2012, y con máximo, mínimo y promedio del periodo 2000 - 2011. Tasa por mil nacidos vivos. México, 2012



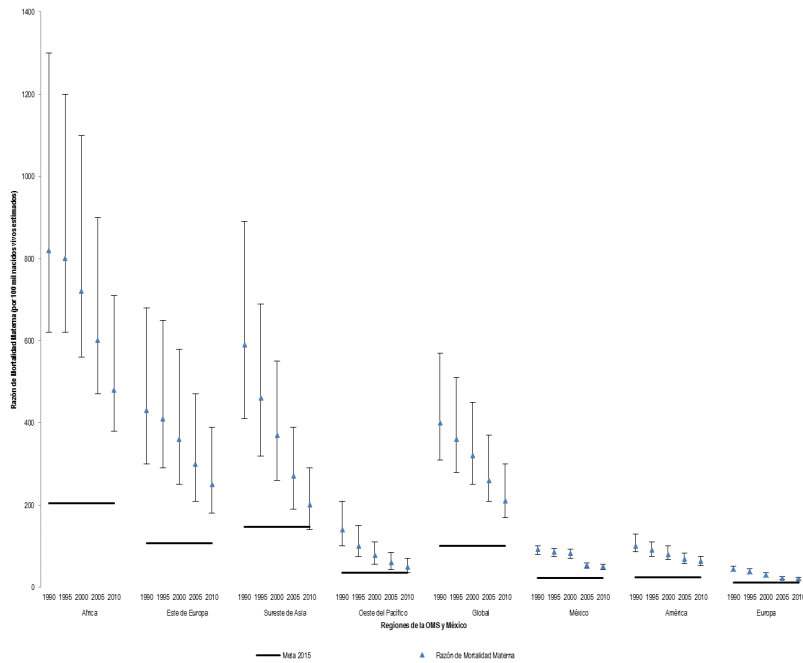
Fuente: Elaboración propia con información de Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud.⁹

MORTALIDAD MATERNA

A nivel mundial, se estima que en 2013 murieron 289 mil mujeres durante el embarazo y el parto, un descenso del 45 % respecto a los niveles de 1990 (OMS). Se menciona que la causa principal fue debido a que no se tuvo acceso a rutina especializada y atención de emergencia.¹⁰ Desde 1990, la mortalidad materna en algunos países de Asia y África del Norte se ha más que reducido a la mitad. También ha habido avances en el África subsahariana, aunque a diferencia del mundo desarrollado en donde el riesgo de que una mujer muera durante el embarazo o el parto es de 1 en 3800, para las africanas es de 1 en 39. A nivel mundial, más de 10 % de las mujeres no tienen acceso o no están usando un método anticonceptivo eficaz. Se estima que la satisfacción de esta necesidad insatisfecha de métodos de planificación familiar podría por sí sola reducir el número de muertes maternas en casi un tercio.

La figura 3 muestra que aunque se ha reducido la mortalidad materna en las diferentes regiones de la OMS en 2010, este descenso no ha sido suficiente para alcanzar la meta del ODM 5, ya que ninguna de las regiones lo ha logrado. Las regiones más cercanas son Europa y Oeste Pacífico (figura 3). En las regiones Sureste de Asia, Este de Europa y África, la diferencia entre los valores mínimo y máximo en la región aún siguen siendo amplios en comparación con el resto de las regiones.

Figura 3
Razón de Mortalidad Materna en el mundo por regiones de la OMS y México: 1990, 1995, 2000, 2010 y meta 2015, máximo y mínimo de cada región. Razón por 100 mil nacidos vivos estimados

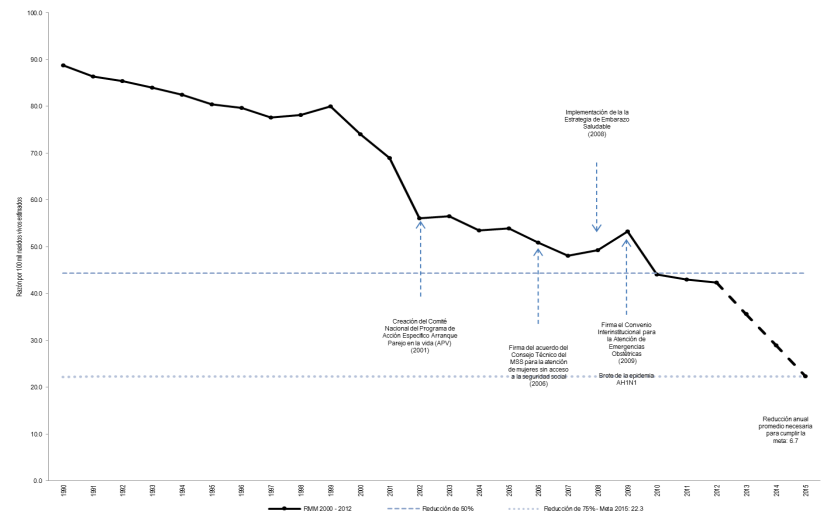


Fuente: Elaboración propia con información de Banco de Datos del Observatorio de Salud Global. Organización Mundial de la Salud.⁸

En México, la RMM en 2012 fue de 42.3 muertes por cien mil nacidos vivos estimados, lo que representa 0.7 puntos menor a la reportada en 2011. Aunque ello representa un avance para el logro del ODM 5, se requiere acelerar su reducción en un promedio anual de 6.7 puntos en la RMM en los siguientes años (2013-2015)⁹ para alcanzar la meta. La figura 4 muestra las oscilaciones en la RMM, en particular se observa un aumento de las muertes en 2009 debido a causas obstétricas indirectas, principalmente por el brote de la epidemia AH1N1, enfermedad a la que son más vulnerables las mujeres embarazadas. Estas

oscilaciones son causadas por la heterogeneidad existente entre las entidades federativas. A pesar de las políticas de salud implantadas para mejorar la salud materna desde el 2001, en 2012 la RMM apenas está por debajo de 50% de la meta de reducción.

Figura 4
Razón de mortalidad materna. México, 1990 – 2012. Razón por 100 mil nacidos vivos estimados



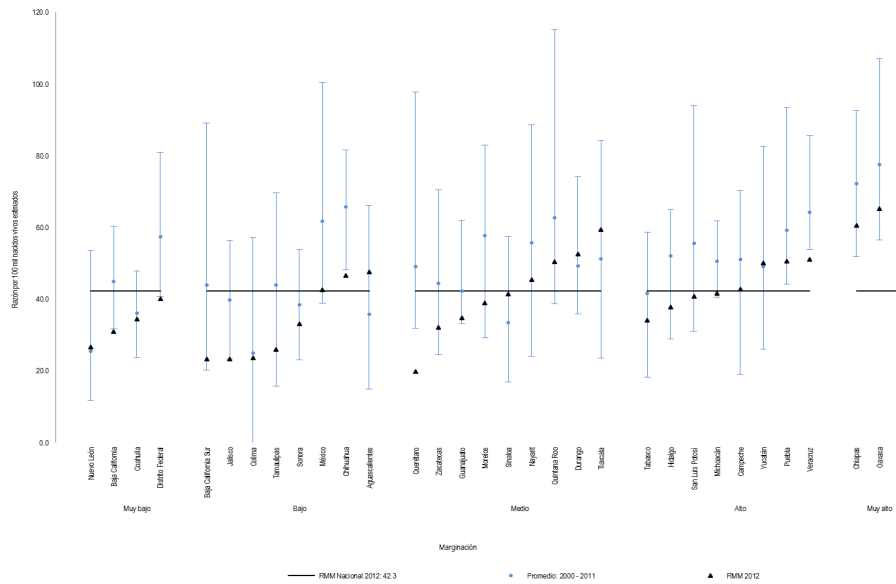
Fuente: Elaboración propia con información de Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud.⁹

La figura 5, muestra las importantes desigualdades que aún persisten en la distribución geográfica de la RMM. Entidades de muy alta marginación como Guerrero, Oaxaca, y Chiapas presentaron las RMM más altas (75.9, 65.3 y 60.6 muertes maternas por cada cien mil NVE, respectivamente), en contraste, Nuevo León, Baja California, Coahuila y Distrito Federal entidades de muy baja marginación, están por debajo de la RMM nacional con tasas de 26.6, 31.0 y 34.4 y 40.1, respectivamente (figura 5).

Adicionalmente, la figura 5 muestra el promedio de la RMM de cada entidad, así como su máximo y mínimo para el período 2000 a 2011. Se observa que la mayoría de las entidades logró reducir su RMM en 2012 con respecto al promedio del periodo. Sin embargo, aún 12 de entidades están por encima del promedio nacional, ello implica que aunque la RMM nacional se reduce en 2012, esto no es uniforme para todas las entidades, ya que algunas de ellas mejoran y otras retroceden, por lo que la RMM solo disminuyó 0.7 puntos con respecto a 2011 (figuras 4 y 5).

Figura 5

Razón de mortalidad materna 2012 por entidad federativa e índice de marginación, promedio, máxima y mínima valor del período 2000 - 2011. Razón por 100 mil nacidos vivos estimados



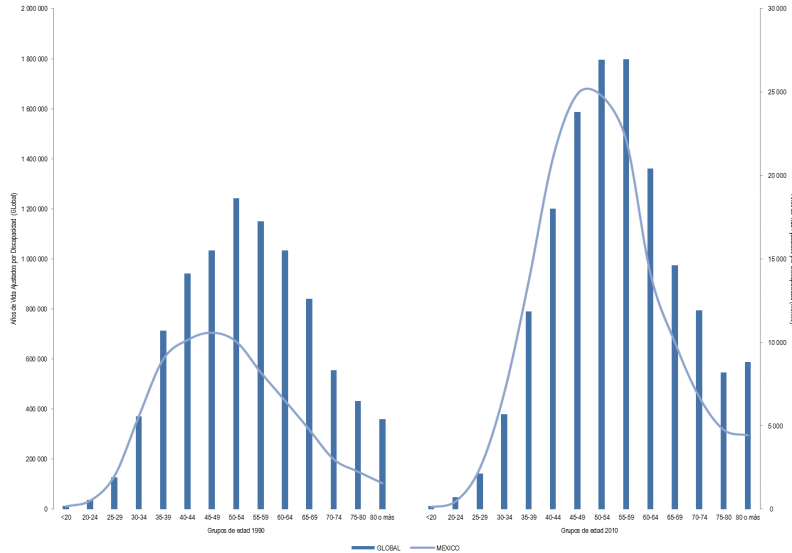
Fuente: Elaboración propia con información de Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud.⁹

Mortalidad por cáncer de mama

El cáncer de mama es el tipo de cáncer más frecuente en las mujeres, y representa un problema de salud pública de creciente importancia en el mundo.¹¹ De acuerdo a los cálculos realizados por el Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud (IMHE por sus siglas en inglés)¹², en 2010 a nivel global la carga de la enfermedad, calculado a través de los Años de Vida Saludable Ajustados por Discapacidad (AVAD) fue de 12 millones, cifra que representa un incremento de 36% con relación a lo calculado para 1990 (8.8 millones). La figura 6 muestra los AVAD por este cáncer en el mundo y en México en 1990 y 2010. A nivel global los AVAD han aumentado entre los grupos de 45 a 49, 50 a 54 y 55 a 59 años en un 53, 44 y 56%, respectivamente, la mayor diferencia en términos absolutos se da en el grupo de 55 a 59 años al pasar de 1.15 a 1.8 millones de AVAD. En México, el incremento en los AVAD de 1990 a 2010 es mayor a 100%

en todos los grupos de edad a partir de los 40 años, la mayor diferencia es en el grupo de 50 a 54 años al pasar de 10 044 a 24 773 AVAD.

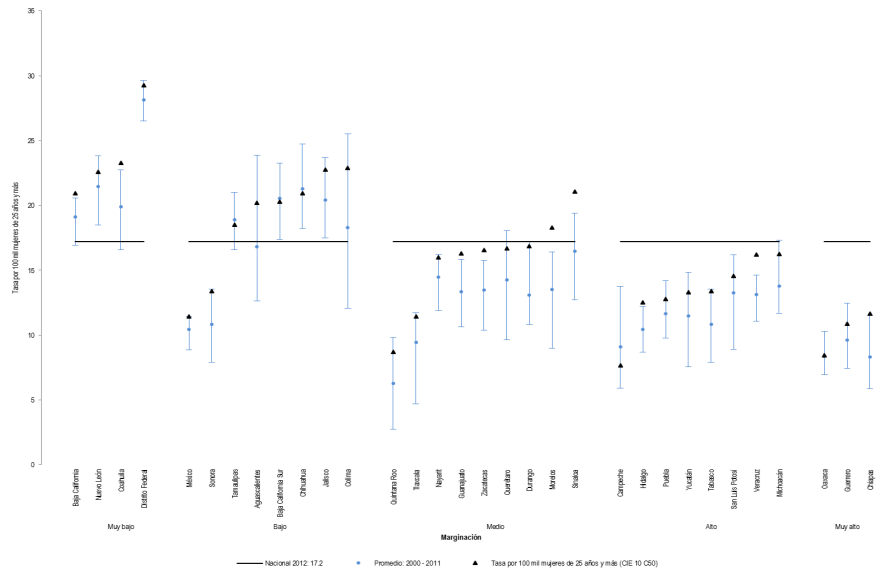
Figura 6
Años de vida saludable ajustados por discapacidad (AVAD), perdidos por cáncer de mama en diferentes grupos de edad en mujeres en el mundo y en México, 1990 y 2010



Fuente: Elaboración propia con información de Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud. Carga Global de la Enfermedad¹²

En México, la tasa de mortalidad por cáncer de mama en 2012 fue de 17.2, un incremento de 0.8 puntos con relación a 2011, que fue de 16.4. La figura 7 muestra la mortalidad por este cáncer por entidad federativa y grado de marginación; se observa que en todas las entidades de muy baja y baja marginación, a excepción de Estado de México y Sonora, están por encima de la tasa promedio nacional, siendo las tasas de Distrito Federal y Coahuila las más altas con 29.3 y 23.6, respectivamente. Por el contrario, todas las entidades de alta y muy alta marginación están por debajo de la tasa nacional. La tasa más bajas fueron reportadas por Campeche y Quintana Roo con 7.6 y 8.7, respectivamente (figura 7).⁶

Figura 7
Tasa mortalidad por cáncer de mama por entidad federativa e índice de marginación, promedio, máxima y mínima tasa estatal del periodo 2000 - 2011. Tasa por 100 mil mujeres de 25 años y más. México, 2012

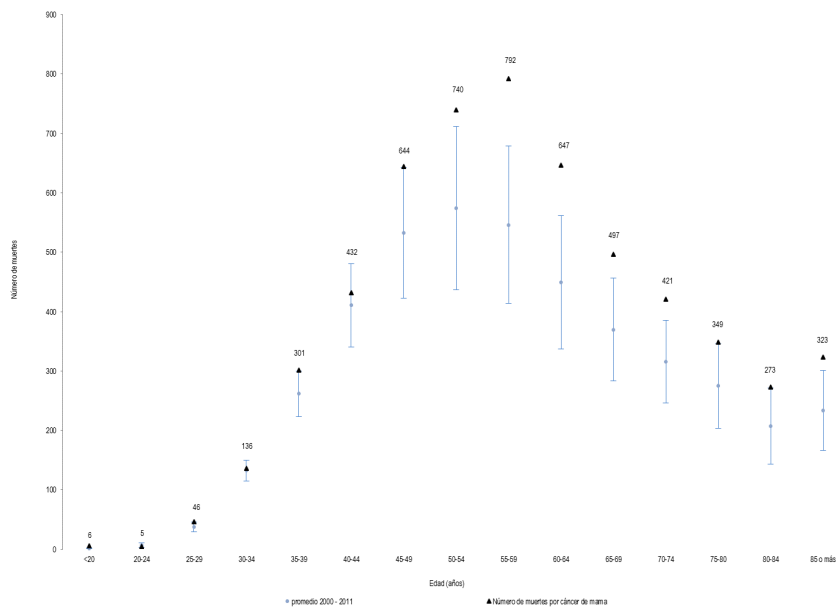


Fuente: Elaboración propia con información de Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud.⁹

El número de mujeres que fallecieron por este cáncer en 2012 fue de 5 613,⁹ lo que representó un crecimiento de 7.4% respecto a lo registrado en 2011 (5 222 muertes). La distribución del número de muertes por grupo de edad muestra una concentración en las mujeres a partir de los 45 años de edad (figura 8).

Figura 8

Número de muertes por cáncer de mama por grupo de edad en 2012, promedio, máximo y mínimo del periodo 2000 - 2011. México, 2012



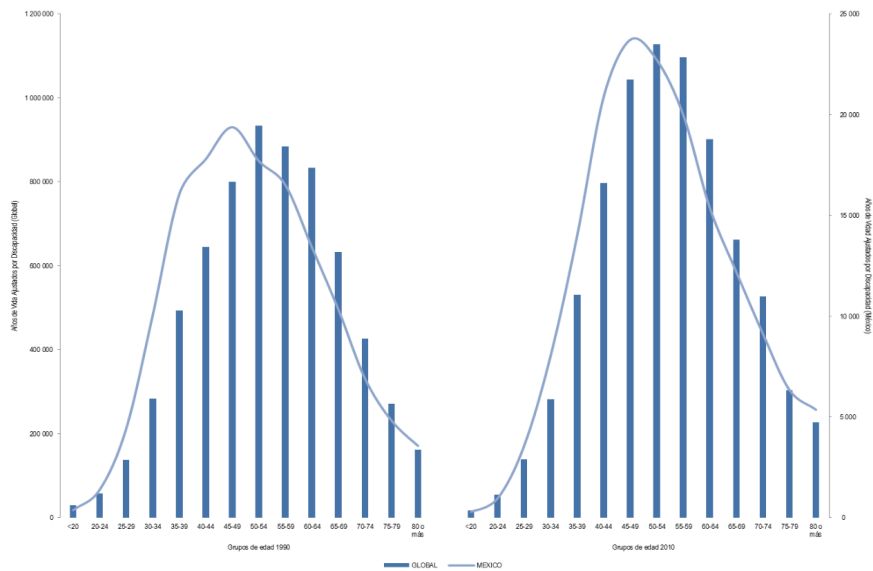
Fuente: Elaboración propia con información de la Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud.⁹

Mortalidad por cáncer cervicouterino

La carga global de la enfermedad por cáncer cervicouterino fue de 7.7 millones de AVAD en 2010, lo que representa un incremento de 17% respecto a 1990.¹² En México este incremento fue de 14%. La figura 9 permite observar que a nivel global los grupos de edad más afectados son los que están entre 40 y 69 años y es el grupo 45 a 49 años el que tiene mayor AVAD (1.13 millones en 2010, un incremento de 20.9% respecto a 1990), mientras que en México el grupo más afectado es el de 50 a 54 años con una pérdida de 22 719 AVAD en 2010, un incremento de 22.4% respecto a 1990.

Figura 9

Años de vida saludable ajustados por discapacidad (AVAD), perdidos por cáncer cervicouterino en diferentes grupos de edad en mujeres en el mundo y en México, 1990 y 2010

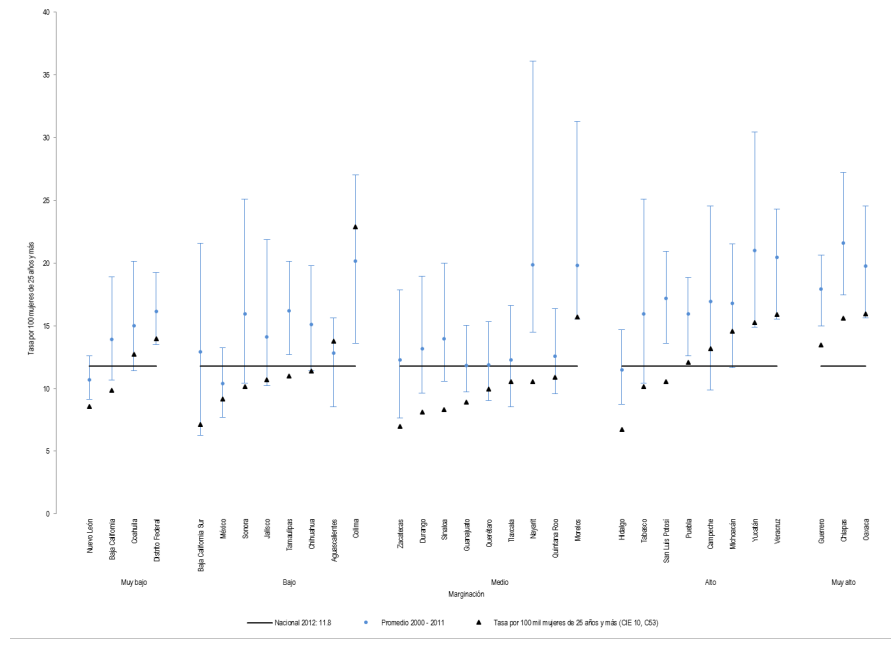


Fuente: Elaboración propia con información de Instituto para la Medición y Evaluación de la Salud. Carga Global de la Enfermedad¹²

En 2012, la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino en México fue de 11.8, lo que representa una reducción de 0.5 puntos respecto a la tasa de 2011. Catorce entidades presentaron tasas menores a las reportadas durante el período 2000 - 2011. Sin embargo, contrario al comportamiento de la tasa de mortalidad por cáncer de mama, la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino se concentró en las regiones de mayor marginación del país. Oaxaca, Chiapas y Guerrero, las tres entidades de muy alta marginación, están por encima de la tasa nacional con tasas de 16.0, 15.6 y 13.5, respectivamente, por el contrario, Nuevo León y Baja California, entidades de muy baja marginación, están por debajo de la tasa nacional con tasas de 8.6 y 9.8, respectivamente, y lograron una tasa menor que cualquiera de las tasas reportadas en el período 2000 - 2011. La tasa más alta fue la reportada por Colima de 23.2, seguido por la de Oaxaca de 16.0 (figura 10). El número de muertes que ocurrieron por esta causa en 2012 fue de 3

832, de las cuales 44% se concentró en mujeres entre 45 y 64 años de edad, y 37%, en el grupo de 65 años y más (figura 11).⁹

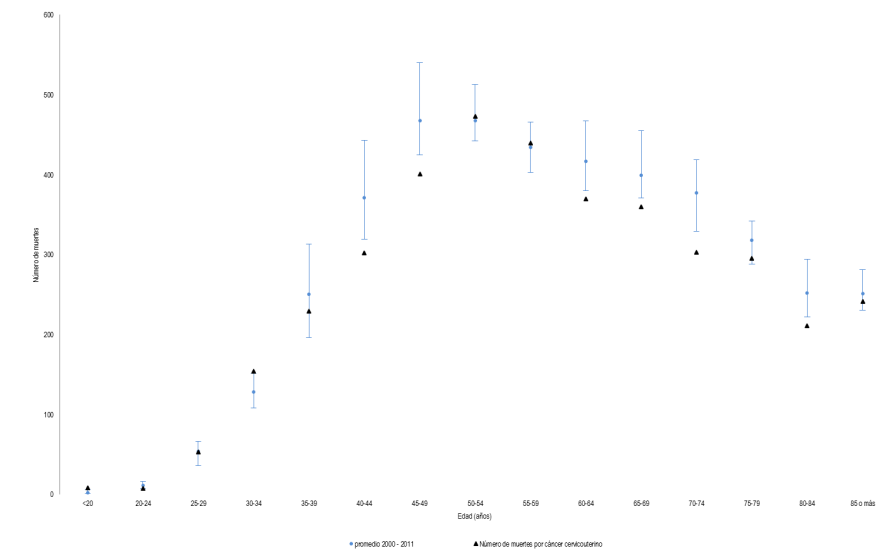
Figura 10
Tasa mortalidad por cáncer cervicouterino por entidad federativa e índice de marginación, promedio, máxima y mínima tasa estatal del periodo 2000 - 2011. Tasa por 100 mil mujeres de 25 años y más. México, 2012



Fuente: Elaboración propia con información de Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud.⁹

Figura 11

Número de muertes por cáncer cervicouterino por grupo de edad en 2012, promedio, máximo y mínimo del periodo 2000 - 2011. México, 2012



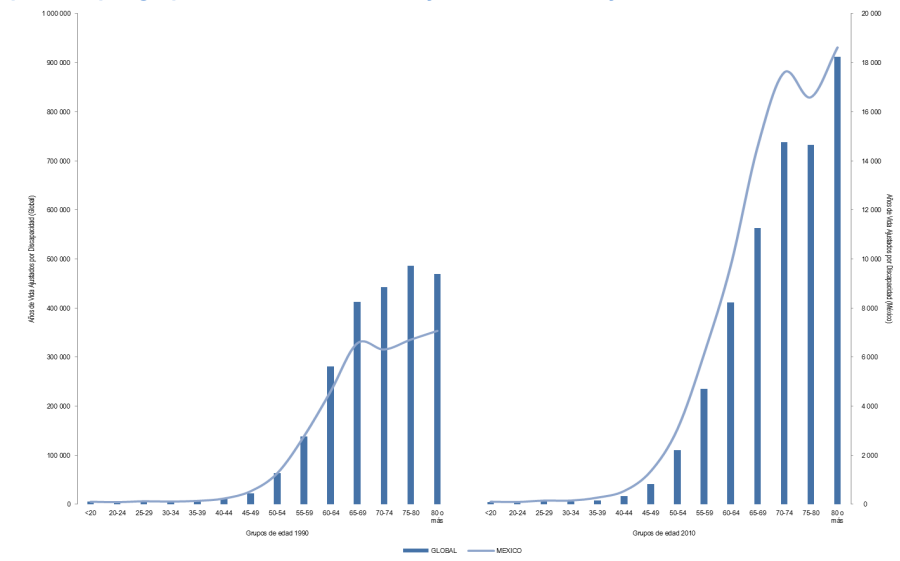
Fuente: Elaboración propia con información de la Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud.⁹

Mortalidad por cáncer de próstata

Entre los diferentes cáncer que afectan al hombre, el de próstata es el cáncer más frecuentemente diagnosticado en hombres después del cáncer de pulmón según la Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (IARC, por sus siglas en inglés).¹¹ La carga de la enfermedad en 2010 para este padecimiento a nivel global fue de 3.7 millones de AVAD, lo que representa un incremento de 61% con relación a lo estimado en 1990 (figura 12).¹² En México, la carga de esta enfermedad fue 89 mil AVAD en 2010 equivalente a 1.5 veces la carga de 1990. A nivel global y en México las edades más afectadas son las posteriores a los 60 años. En 2010 el grupo más afectado fue el de 80 y más años, con pérdidas de 912 355 y 18 620 AVAD a nivel global y en México, respectivamente.

Figura 12

Años de vida saludable ajustados por discapacidad (AVAD), perdidos por cáncer de próstata por grupos de edad en el mundo y en México, 1990 y 2010

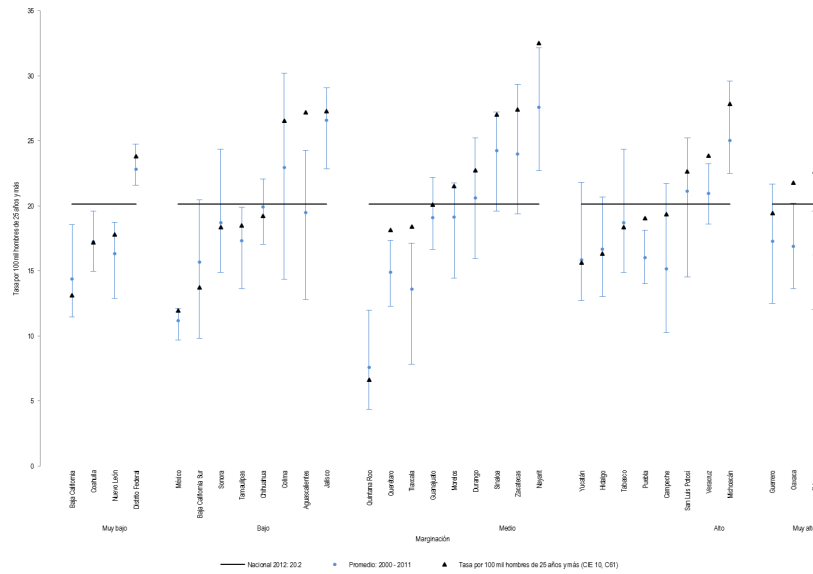


Fuente: Elaboración propia con información de Instituto de Medición y Evaluación de la Salud. Carga Global de la Enfermedad¹²

En México, la tendencia del número de muertes por este padecimiento ha ido en ascenso. Se estima que en 2012, la tasa de mortalidad fue de 20.2 por cada 100 mil hombres de 25 y más años, lo que representa un incremento de 0.4 puntos con relación a 2011 que fue de 19.7. Las tasas de mortalidad más altas se presentaron en los estados de Nayarit, Michoacán y Zacatecas con tasas de 32.5, 27.8 y 27.4 defunciones por cada 100 mil hombres, respectivamente. En el extremo opuesto, Quintana Roo, México y Baja California registraron las tasas más bajas con 6.6, 11.9 y 13.1, respectivamente (figura 13). Entidades como Nayarit, Aguascalientes, Oaxaca, Chiapas y Veracruz alcanzaron una tasa mayor las reportadas en el período 2000 - 2011.

Figura 13

Tasa de mortalidad por cáncer de próstata por entidad federativa e índice de marginación, promedio, máxima y mínima tasa estatal del período 2000 - 2011. Tasa por 100 mil hombres de 25 años y más. México, 2012

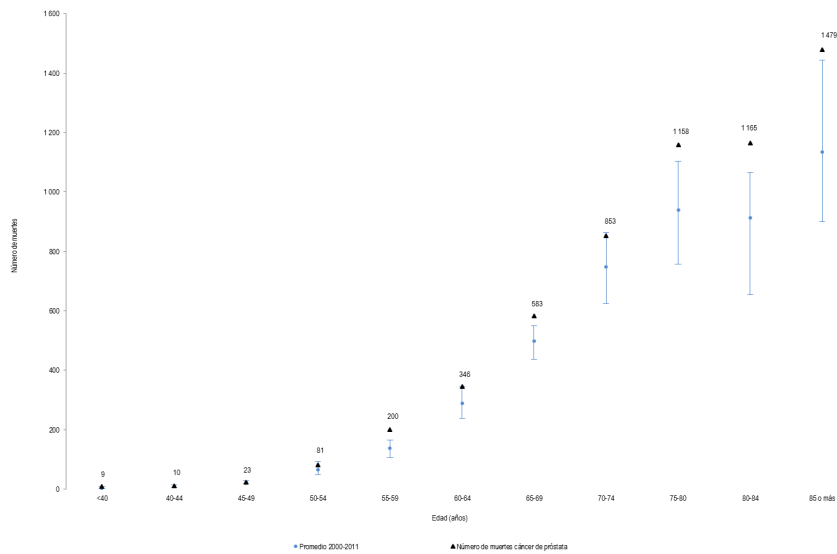


Fuente: Elaboración propia con información de Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud.⁹

En 2012 se reportaron 5 906 muertes por este padecimiento de las cuales 88.7% de estos decesos ocurrieron en hombres con 65 y más años (figura 14).⁹ En los grupos de edad de 55 y más años se reportaron un número mayor de muertes que en cualquiera de los años comprendidos durante el período 2000 – 2011, excepto en el grupo de 70 a 74 años donde hubo 853 muertes y para el cual su valor máximo fue de 864 ocurridas en 2010.

Figura 14

Número de muertes por cáncer de próstata por grupo de edad en 2012, promedio, máximo y mínimo del periodo 2000 - 2011. México, 2012



Fuente: Elaboración propia con información de la Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud.⁹

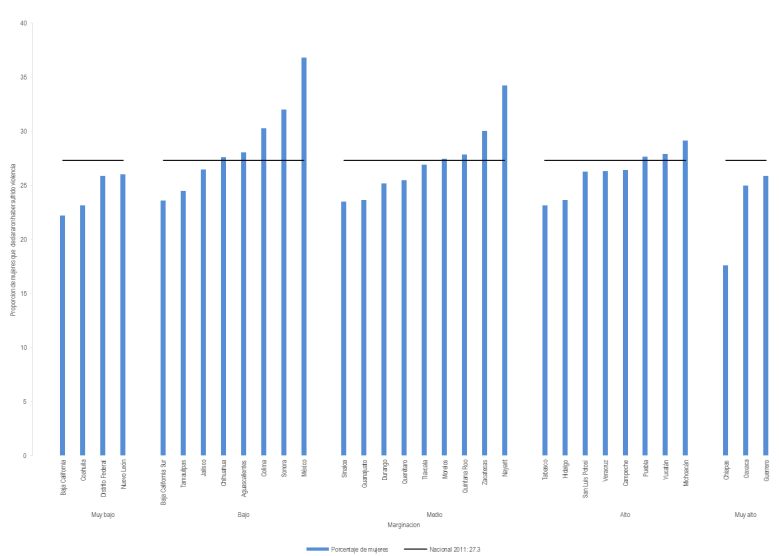
Violencia contra las mujeres

Uno de los problemas de salud pública con mayor dificultad para su atención es la violencia contra las mujeres, ello debido al problema de las mujeres para identificarlo y para reportarlo. Sin embargo, sus repercusiones sobre la vida de la mujer y su salud reproductiva son amplias y limitantes. Estudios han demostrado que su presencia 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 es también notable.^{13, 14, 15, 16, 17, 18, 19}

En México, de acuerdo a la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las relaciones en el Hogar 2011 (ENDIREH)²⁰, aproximadamente 27 de cada cien mexicanas reportó haber sufrido algún tipo de violencia (violencia emocional, económica, física o sexual) por parte de su pareja en los últimos 12 meses. La figura 15 muestra la proporción de mujeres que declararon haber sufrido algún tipo de violencia por parte

de su pareja. A nivel nacional 27.3 por ciento de las mujeres de las 39 826 384 mujeres mayores de 15 años y que reportan haber tenido una pareja. A nivel estatal, este porcentaje varía entre 17.6 a 36.8% en el caso de Chiapas y México, respectivamente. Llama la atención que en las entidades con muy baja y muy alta de marginación, sus porcentajes estén por debajo del porcentaje nacional.

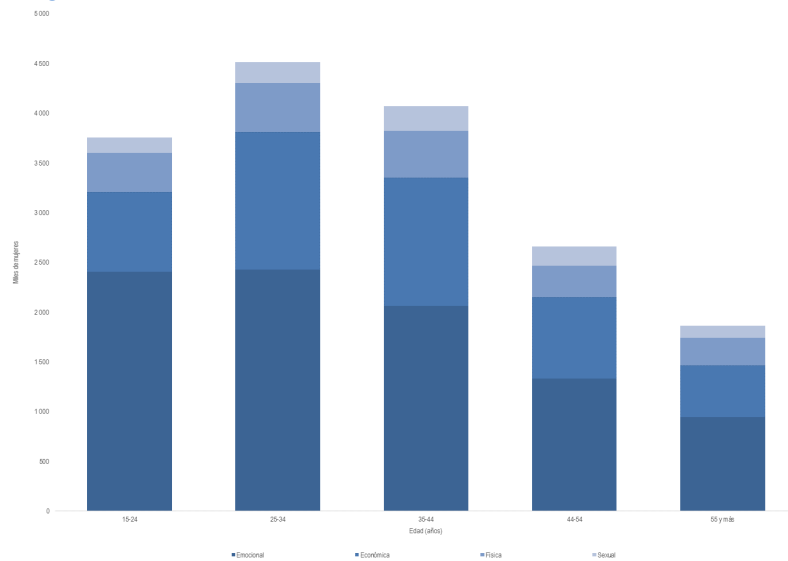
Figura 15
Proporción de mujeres de 15 años y más que reportaron sufrir algún tipo de violencia por parte de su pareja en los últimos 12 meses, por entidad federativa y marginación. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares (ENDIREH) 2011. INEGI



La figura 16 muestra la distribución por decenios de edad. El grupo entre 25 y 34 años fue el más afectado con 4.5 millones de mujeres que han sufrido algún tipo de violencia, le sigue el grupo de 35 a 44 años con 4.0 millones de mujeres. El tipo de violencia más común es la violencia emocional seguida por la violencia económica, 54.4% (9.1 millones de mujeres) y 28.5% (4.8 millones de mujeres) respectivamente, el 17.1% (2.8 millones de mujeres) reportó haber sufrido violencia física o sexual.

Figura 16

Mujeres de 15 años y más por grupos decenales de edad y tipo de violencia ejercida por su pareja en los últimos 12 meses. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011. INEGI



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. La Secretaría de Salud, a través del Programa de Prevención y Atención de la Violencia Familiar y de Género, reportó que entre septiembre de 2011 y agosto de 2012 se brindaron servicios de consejería, apoyo psico-emocional y atención médica a 161 998 mujeres mayores de 15 años, cantidad 28.7% mayor que el número atendido en el período inmediato anterior, ello producto del incremento en la aplicación de herramientas de detección. Asimismo, se firmaron 44 convenios de concertación con organizaciones de la sociedad civil y 10 con instituciones públicas de 25 entidades federativas con la finalidad de coadyuvar en la atención y proporción de servicios ante este problema.⁶

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 salud²¹. Entre las formas de contabilizar los recursos ejercidos por el sector salud, se encuentran las denominadas Cuentas Satélite de Salud que presentan 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 economía²². 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 determinado²¹. En México, la contabilización 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 en salud mediante la metodología de cuentas en salud²³.

El presente trabajo se acoge al marco de las Cuentas en Salud. El gasto de las grandes funciones se desciende a programas y acciones específicas en salud, en lo que se llama Cuentas Específicas en Salud o Subcuentas en Salud, ello permite conocer la distribución del gasto en acciones o programas específicos a través de la estructura financiera que va desde los agentes que son financiadores del gasto hasta los beneficiarios de él^{24,25}. La descripción detallada de esta metodología puede ser consultada en la dirección electrónica de la Secretaría de Salud, así como en las publicaciones específicas para este tipo de estimaciones^{23,24,25}. No obstante, para facilitar la lectura del presente documento se exponen brevemente los principales elementos metodológicos en los que se sustenta este ejercicio, mismos que han sido utilizados en estimaciones previas^{26,27}.

Marco teórico y conceptual

La metodología de Cuentas en Salud utilizada en el presente ejercicio, propuesta por el Banco Mundial, la Organización Mundial de la Salud y la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional²⁸ y ajustada para el caso mexicano,²⁹ 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 post reproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con respeto a los derechos y a la libre decisión de las personas³⁰. Para fines de este documento se restringe la definición de salud reproductiva al conjunto de actividades relacionadas con los programas de:

- a) **Salud materna 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 hospitalaria 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

distinguen entre las acciones específicas dirigidas a adolescentes y mujeres adultas. No se incluyen las actividades de atención de la menopausia y el climaterio, así como tampoco las dirigidas a la prevención y atención de las infecciones de transmisión sexual, ya que estas últimas se encuentran dentro del ámbito de estudio de las Cuentas Nacionales de VIH/SIDA.

Buscando mantener la homogeneidad y comparabilidad entre las diversas instituciones de salud, los datos de egresos hospitalarios y días estancia fueron agrupados utilizando la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) versión 10³¹ (anexo 2).

El gasto en salud reproductiva se definió como el monto ejercido para producir las actividades comprendidas en la definición de salud reproductiva señalada anteriormente. Su estimación se llevó al nivel estatal y se incluyeron sólo las transacciones realizadas dentro del país entre enero y diciembre de 2012.

De acuerdo a las Cuentas en Salud, para el cálculo del gasto se consideraron las siguientes categorías de análisis^{24, 28} :

a) **Agentes de financiamiento:** entidades que acumulan fondos para adquirir bienes y servicios de salud. Se consideraron los siguientes agentes:

- Gobierno general: Secretaría de Salud (SS), Servicios Estatales de Salud (SESA), Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) e 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 de la Sociedad Civil (OSC) y resto del mundo.

Estas categorías se agrupan por sector público (gobierno general y seguridad social); sector privado (pagos directos de los hogares, empresas de seguros privados y OSC) y resto del mundo.

b) **Proveedores:** instituciones que reciben dinero de parte de los agentes de financiamiento 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,³³ se agrupó el gasto ejercido en:

- Servicios de atención curativa, ambulatoria y hospitalaria
- Bienes médicos proporcionados a pacientes ambulatorios; dentro de los que 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 de la manera siguiente:

Salud materna perinatal: mujeres potencialmente embarazadas. Para calcular en número de beneficiarias, se utilizó la fórmula: ^{32, 33} (Población total x tasa bruta de natalidad)/1 000

Planificación familiar: mujeres entre 15 y 49 años³⁴

Cáncer cervicouterino y mamario: mujeres de 25 años y más^{35,36}

Cáncer de próstata: hombres de 25 años y más³⁷

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:²⁵

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

Métodos y fuentes de información utilizados

Secretaría de Salud/Servicios Estatales de Salud/Sistema de Protección Social en Salud

Según reportes oficiales del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) en 2012 se alcanzó la cobertura de 52.9 millones de personas³⁸, ello implicó que la Federación está transfiriendo más recursos a los Servicios Estatales de Salud (SESA) quienes son los agentes prestadores de servicios de salud contratados por el SPSS, a los que se le transfieren recursos por número de afiliados. Esto se ha visto reflejado en el incremento en términos reales de 47.7% de los recursos financieros transferidos a las entidades federativas a través de la Cuota Social (CS) y la Aportación Solidaria Federal (ASF) vía del ramo 12, para el período 2009 - 2012^a.

Por otra parte, mediante la alineación presupuestal entre la ASF y el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA) vía el ramo 33, se transfieren recursos para la administración y operación de los Servicios Estatales de Salud (SESA), así como el mantenimiento y ampliación de la infraestructura, lo que se estima llega a representar 46% de los costos de operación de los SESA, en promedio,³⁹ además de que los beneficiarios de este gasto son los afiliados al Seguro Popular (SP) y la población que accede a los servicios de los SESA independientemente del esquema de aseguramiento con el que cuenta. Adicionalmente, el análisis de la producción de los servicios de salud de los SESA durante 2012 permitió identificar que 73% de los servicios que se producen en los SESA (consultas y egresos hospitalarios) corresponden a población afiliada al Seguro Popular.⁹

Por todos estos argumentos, para este año se realiza un importante cambio en la metodología que se había venido utilizando para la estimación del gasto de los SESA y del SPSS, los cambios introducidos son:

- a) Realizar una estimación conjunta del gasto en SR y EG para el SPSS y los SESA
- b) Pasar de la estimación del gasto *vía costos* por intervención que se realizó hasta 2011 a la estimación del gasto *vía ejercicio presupuestal*. Ello debido a que la actualización de los costos del

^a Los recursos transferidos en 2009 por CS y ASF fueron 31 275 313.1 miles de pesos corrientes, mientras que en 2012 fueron transferidos 51 855 429.2 miles de pesos corrientes, lo cual equivale a un incremento porcentual de 65.8% en términos nominales.

CAUSES no se realiza anualmente, y en contraste, el incremento de las transferencias que realiza el SPSS hacia los SESA es anual, este incremento fue de 99.4% de 2007 a 2011, en términos reales.^{39,b} Así, utilizar 30% del costo del CAUSES que reportaba el SPSS para estimar el gasto ejercido en actividades de salud reproductiva del Seguro Popular (SP), principal componente del SPSS, como se realizaba anteriormente, no reflejaba de manera adecuada el incremento en las transferencias hacia las entidades federativas ocasionado por el número creciente de afiliados al SP.^{9,c}

Así, en 2012 para estimar el gasto en SR para el SP, se utilizó la información financiera del Gasto Estatal, de la Cuota Social (CS) y la Aportación Solidaria Federal (ASF), la cual se distribuyó entre funciones de salud y por entidad federativa, de manera similar a como está estructurado el FASSA. Esta información provino del Boletín de Información Estadística de la Secretaría de Salud (volumen IV: Recursos financieros).³⁹

Posteriormente, los datos del gasto ejercido vía FASSA, CS, ASF y Gasto Estatal se ponderaron con los datos de producción total reportados por los SESA por entidad federativa, tal y como se ha señalado en la estimación del gasto *vía ejercicio presupuestal*. La información de producción se obtuvo del Sistema de Información en Salud de la Dirección General de Información en Salud (DGIS)⁹. Para el agrupamiento de la producción de servicios se utilizó la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10)³¹ (Anexo 2). El gasto ejercido a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) se obtuvo de los Informes de Resultados anuales del SPSS.⁴⁰

c) Restimación del gasto en SR en años previos *vía ejercicio presupuestal*. Para mantener la comparabilidad en la serie de gasto para los SESA y el SPSS se restimó el gasto de manera conjunta para ambos agentes. La restimación se realizó hasta que la diferencia de gasto estimado en SR entre ambos métodos fue igual 2%. Las diferencias entre los montos estimados con la metodología previa y la actual se presentan en el cuadro I.

^b En 2007 las transferencias de CS y ASF fueron 23.4 millones de pesos y en 2011 fueron de 45.0 millones de pesos. Pesos de 2012.³⁹

^c En 2007 los afiliados al seguro popular solo representaban 25.1% del total de los días estancia en los Servicios Estatales de Salud en programas de salud reproductiva³⁰, mientras que en 2011 el porcentaje era de 66.0%.⁹

Cuadro I

Diferencias en montos estimados metodología vía presupuestal vs vía costos. Millones pesos de 2012

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
SS/SESA (Vía presupuesto)*	4 347.5	4 759.5	6 467.4	6 208.2	6 985.5	7 364.2	7 026.8	7 700.4	8 945.5
SPSS (Vía costos CAUSES)	0.0	380.5	1 300.6	2 281.0	3 143.4	3 488.4	3 803.0	4 179.7	4 767.5
Total	4 347.5	5 140.0	7 768.1	8 489.2	10 128.9	10 852.6	10 829.8	11 880.1	13 713.0
SS/SESA/SPSS (Vía presupuesto)					10 279.9	11 072.2	13 246.1	12 484.1	16 015.0
Diferencia porcentual					1.5	2.0	22.3	5.1	16.8

Así, a partir del 2008 se actualiza la estimación con la nueva metodología para la SS/SESA/SPSS, por ello, los montos que se analizan en el evolutivo del gasto para estos agentes del 2003 al 2012, va a modificarse con relación a lo publicado en los informes previos. Otro cambio que modifica las cantidades es que los montos que en informes previos se presentaban en pesos de 2010, ahora se presentan para 2012.

Programa 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^{41,42}. 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 información del presupuesto ejercido a nivel estatal por nivel de atención.⁴³ La información sobre producción de servicios ambulatorios y hospitalarios, utilizada para la ponderación del presupuesto ejercido, provino de la Memoria Estadística 2012,⁴⁴ la base de morbilidad⁴⁵ y la base de egresos hospitalarios de esta institución⁴⁶.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

El gasto de este agente se estimó *via ejercicio presupuestal*. La información de producción de servicios se extrajo de la base de egresos hospitalarios⁴⁷ y el anuario estadístico⁴⁸ de esta institución, y la información de gasto fue proporcionada por la Subdirección de Programación y Presupuesto.⁴⁹

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 (ENIGH) 2012,⁵⁰ 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.

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

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 por el número de días estancia destinado a la atención de estos padecimientos.³⁹

El gasto reportado por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS),⁵¹ también forma parte del gasto privado estimado. Se consideró el gasto realizado por los Seguros Médicos pre-pagados por concepto de siniestralidad para la atención de los embarazos, partos, cáncer cervicouterino, mamario y

de próstata, endometriosis 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 de financiamiento 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 se financia?, La matriz *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 financiador, 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 salud³⁷.

Además, con el fin de hacer comparaciones entre estados, se dividió el gasto estatal por programa entre la población beneficiaria. La sumatoria de estos cocientes conformó el gasto público en salud reproductiva por beneficiaria(o) en el ámbito estatal. Como ya ha sido señalado, 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:

$$Gb_j = (G_{SMP_j} / B_{SMP_j}) + (G_{PF_j} / B_{PF_j}) + (G_{CACU_j} / B_{CACU_j}) + (G_{CAMA_j} / B_{CAMA_j}) + (G_{CAPRO_j} / B_{CAPRO_j}) + (G_{OTROS_j} / B_{OTROS_j})$$

Donde:

G_{b_j} : Gasto público en salud reproductiva por beneficiaria(o) para el estado j

G_{SMP_j} : Gasto público en salud materna 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_{CAPROj}: Gasto público en cáncer de próstata para el estado *j*

G_{OTROSj}: Gasto público en *otros padecimientos*^d para el estado *j*

B_{SMPj}: Población beneficiaria del gasto en salud materna perinatal en el estado *j*

B_{PFj}: Población beneficiaria del gasto en planificación familiar en el estado *j*

B_{CACUj}: Población beneficiaria del gasto en cáncer cervicouterino en el estado *j*⁵²

B_{CAMAJ}: Población beneficiaria del gasto en cáncer mamario en el estado *j*⁵³

B_{CAPROj}: Población beneficiaria del gasto en cáncer de próstata en el estado *j*⁵⁴

B_{OTROSj}: Población beneficiaria del gasto en *otros padecimientos* en el estado *j*.

Generación de la serie de tiempo del gasto

Con la finalidad de describir su evolución temporal, se diseñó, utilizando las mediciones realizadas desde 2003 hasta la presente de 2012, una serie de gasto en salud reproductiva y equidad de género. Para esto se transformaron los montos estimados para cada año a pesos de 2012 con base en las tasas de inflación reportadas por el Banco de México⁵⁵:

Período:	Inflación reportada
Diciembre 2003 a diciembre 2012:	45.35%
Diciembre 2004 a diciembre 2012:	38.18%
Diciembre 2005 a diciembre 2012:	33.72%
Diciembre 2006 a diciembre 2012:	28.51%
Diciembre 2007 a diciembre 2012:	23.86%
Diciembre 2008 a diciembre 2012:	16.27%
Diciembre 2009 a diciembre 2012:	12.26%
Diciembre 2010 a diciembre 2012:	7.52%
Diciembre 2011 a diciembre 2012:	3.57%

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: volumen de servicios producidos, cambios en los ejercicios presupuestales en aquellos rubros de gasto relacionados con la salud reproductiva; este análisis se hace por agente financiador. En

^d Otros padecimientos se refiere a endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata.

el análisis de producción se consideran las variaciones del número de días estancia, número de egresos y número de consultas (generales y de especialidad). Con ello, el análisis detallado de las variables centrales permite entender el origen de los cambios en los patrones de gasto y así 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.

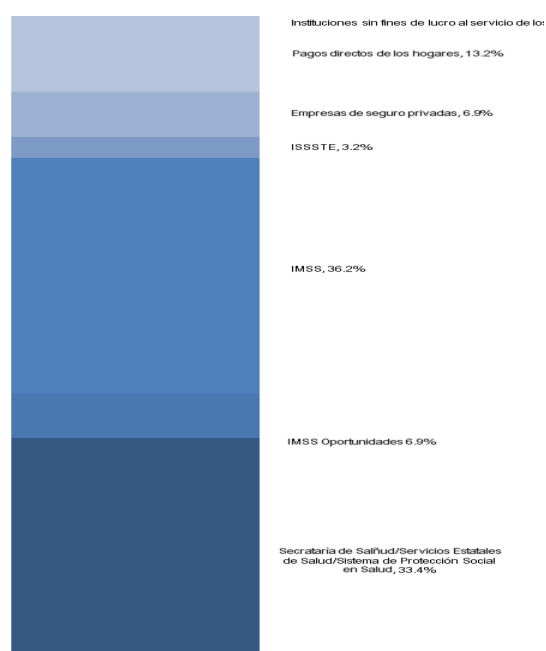
4.

Gasto en salud reproductiva y equidad de género 2012

El gasto total estimado en Salud Reproductiva y Equidad de Género (SR y EG) en 2012 en México, fue de 49 930.2 millones de pesos, equivalente a 5.2% del gasto total en salud^{9,e} y 0.32% del Producto Interno Bruto.^{9,f} El IMSS fue el agente con mayor participación en el gasto, con 36.2% del total y la Secretaría de Salud/Servicios Estatales de Salud/Sistema de Protección Social en Salud el segundo agente en participación al cubrir 33.4% del total (figura 17).

Figura 17

Gasto en salud reproductiva y equidad de género por agente financiador. México, 2012



Agente de financiamiento	Gasto (miles de pesos)	%
SS/SESA/SPSS	16 687 455	33.4
IMSS-Oportunidades	3 416 553	6.9
Instituto Mexicano del Seguro Social	18 069 144	36.2

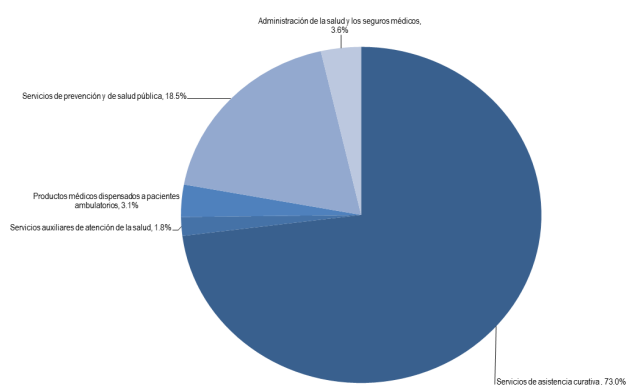
^e El gasto total en salud en 2012 ascendió a 953 071.2 millones de pesos corrientes, de los cuales 493 795.0 correspondieron a gasto público.

^f El producto Interno Bruto de 2012 ascendió a 15 503 425.8 millones de pesos corrientes.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	1 607 033	3.2
Empresas de seguro privadas	3 451 875	6.9
Pagos directos de los hogares	6 604 711	13.2
Instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares (ONG)	93 492	0.2
Gasto total en salud reproductiva	49 930 262	

Las acciones de asistencia curativa concentraron 73.0% del gasto en SR y EG, mientras que los servicios de prevención y de salud pública 18.5%. Los productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios y los servicios auxiliares de atención de la salud representaron 3.1% y 1.8%, respectivamente. El gasto en administración de la salud y los seguros médicos fue equivalente a 3.6% (figura 18).

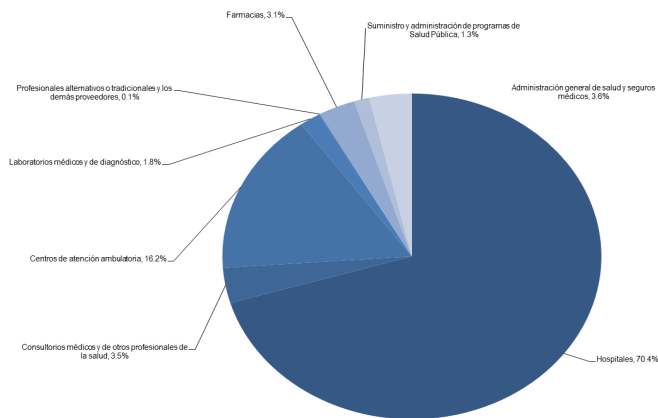
Figura 18
Distribución del gasto en salud reproductiva y equidad de género entre funciones de salud reproductiva. México, 2012. Miles de pesos



	Gasto (Miles de pesos)	%
Servicios de asistencia curativa	36 469 564	73.0
Servicios auxiliares de atención de la salud	867 608	1.8
Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	1 541 522	3.1
Servicios de prevención y de salud pública	9 241 844	18.5
Administración de la salud y los seguros médicos	1 809 724	3.6
Gasto total en salud reproductiva	49 930 262	

La distribución por proveedores permite observar que más de dos terceras partes del gasto en SR y EG fue ejercida en hospitales (70.4%). Los consultorios médicos y centros de atención ambulatoria fueron responsable del 19.7% del gasto total. En tanto que, las farmacias y los laboratorios médicos y de diagnóstico abarcaron 3.1 y 1.8%, respectivamente (figura 19).

Figura 19
Participación de los proveedores en el gasto en salud reproductiva y equidad de género. México, 2012. Miles de pesos

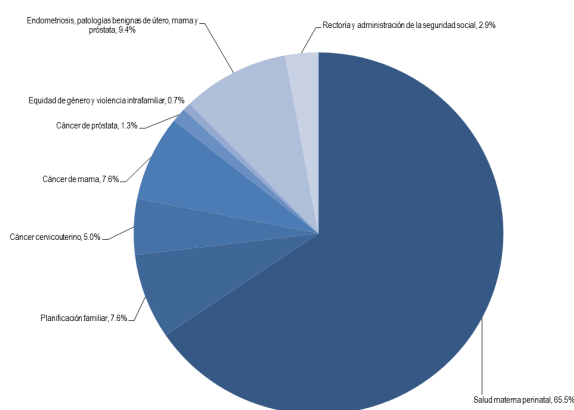


	Gasto (Miles de pesos)	%
Hospitales	35 162 851	70.4
Consultorios médicos y de otros profesionales de la salud	1 756 287	3.5
Centros de atención ambulatoria	8 091 638	16.2
Laboratorios médicos y de diagnóstico	867 608	1.8
Profesionales alternativos o tradicionales y los demás proveedores	41 624	0.1
Farmacias	1 541 522	3.1
Suministro y administración de programas de Salud Pública	659 008	1.3
Administración general de salud y seguros médicos	1 809 724	3.6
Gasto total en salud reproductiva	49 930 262	

La atención de la salud materna perinatal fue el programa que concentró la mayor cantidad de recursos, 32 716.3 millones de pesos, equivalente a 65.5% del gasto total en SR y EG durante 2012, seguido por la

atención de los cánceres más frecuentes de la mujer (de útero y de mama), que en conjunto consumieron 6 295.7 millones de pesos, equivalente a 12.6% del gasto total. Por su parte, el gasto en endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata, fue equivalente a 4 702.8 millones, es decir 9.4% del total, mientras que el programa de planificación familiar requirió para sus operaciones del año de 3 783.8 millones de pesos, lo que traducido en términos porcentuales equivale a 7.6%. El remanente, esto es, 2 431.5 millones de pesos, equivalentes a 4.9% 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 20).

Figura 20
Distribución del gasto en salud reproductiva y equidad de género por funciones. México, 2012.
 Miles de pesos



	Gasto (Miles de pesos)	%
Salud materna perinatal	32 716 399	65.5
Planificación familiar	3 783 834	7.6
Cáncer cervicouterino	2 523 454	5.0
Cáncer de mama	3 772 280	7.6
Cáncer de próstata	651 322	1.3
Equidad de género y violencia intrafamiliar	332 161	0.7
Endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	4 702 802	9.4
Rectoría y administración de la seguridad social	1 448 011	2.9

Gasto por agente financiador

Secretaría de Salud/Servicios Estatales de Salud/Sistema de Protección Social en Salud

Procurando satisfacer las necesidades de salud sexual y reproductiva de los 52.9 millones de mexicanos^{38,g} en 2012 estos agentes destinaron a la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva 16 687.4 millones de pesos, equivalente a 8.2% de su gasto total en salud.^{9, 39, h} El desglose por programas de salud muestra que 10 869.6 millones de pesos equivalentes a 65.1% del gasto en salud sexual y reproductiva se ejerció en acciones de salud materna perinatal. Por su parte, la planificación familiar concentró 12.0%; 4.6% se dirigió a la atención del cáncer cervicouterino; 13.9% al cáncer de mama; 0.7% al cáncer de próstata; y 2.0% al programa de equidad de género y violencia intrafamiliar. Finalmente, 1.6% del gasto se destinó a la atención de la endometriosis y otras patologías benignas y 0.1% cubrió las actividades de rectoría. El 60.2% del gasto ejercido lo concentraron las actividades curativas hospitalarias (cuadro III).

Cuadro III

SS/SESA/SPSS. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por programa de salud. México, 2012. 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 perinatal	7 644 834	860 192	212 345	2 094 315	58 011	10 869 698	65.1
Planificación familiar	44 701	63	106 862	1 849 614		2 001 240	12.0
Cáncer cervicouterino	124 649	148 281		406 258	89 668	768 856	4.6
Cáncer de mama	1 884 843	58 620		358 504	15 129	2 317 096	13.9
Equidad de género y violencia intrafamiliar	75 928			57 327	198 905	332 161	2.0
Cáncer de próstata	14 345	174		109 604		124 123	0.7

^g El SPSS reportó que número total de afiliados en 2012 fue de 52 908 011 millones de personas.³⁸

^h El gasto de este agente en 2012 fue de 203 053 014.8 millones de pesos corrientes, equivalente a la suma del gasto ejercido en el Ramo 12, Ramo 33 y Gasto Estatal.³⁹ **¡Error! Marcador no definido.**

Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata	255 899	10 219			266 118	1.6
Rectoría					8 163	0.1
Total	10 045 200	1 077 550	319 207	4 875 622	369 876	16 687 455
%	60.2	6.5	1.9	29.2	2.2	

El 69.1% del gasto de estos agentes financiadores se ejerció en hospitales y 22.8% en centros de atención ambulatoria, 6.2% en suministro de programas y administración de programas de la salud pública y 1.9% en farmacias (cuadro IV).

Cuadro IV

SS/SESA/SPSS. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por proveedor de bienes y servicios, por programa de salud. México, 2012. Miles de pesos

	Hospitales	Centros de Atención ambulatoria	Farmacias	Suministro y administración de programas de Salud Pública	Total	%
Salud materna perinatal	8 768 171	1 831 170	212 345	58 011	10 869 698	65.1
Planificación familiar	194 680	1 699 698	106 862		2 001 240	12
Cáncer cervicouterino	272 931	7 202		488 724	768 856	4.6
Cáncer de mama	1 943 464	208 156		165 477	2 317 096	13.9
Cáncer de próstata	75 928	57 327		198 905	332 161	2
Equidad de género y violencia intrafamiliar	14 519			109 604	124 123	0.7
Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata	266 118				266 118	1.6
Rectoría				8 163	8 163	0.1
Total	11 535 811	3 803 553	319 207	1 028 884	16 687 455	
	69.1	22.8	1.9	6.2		

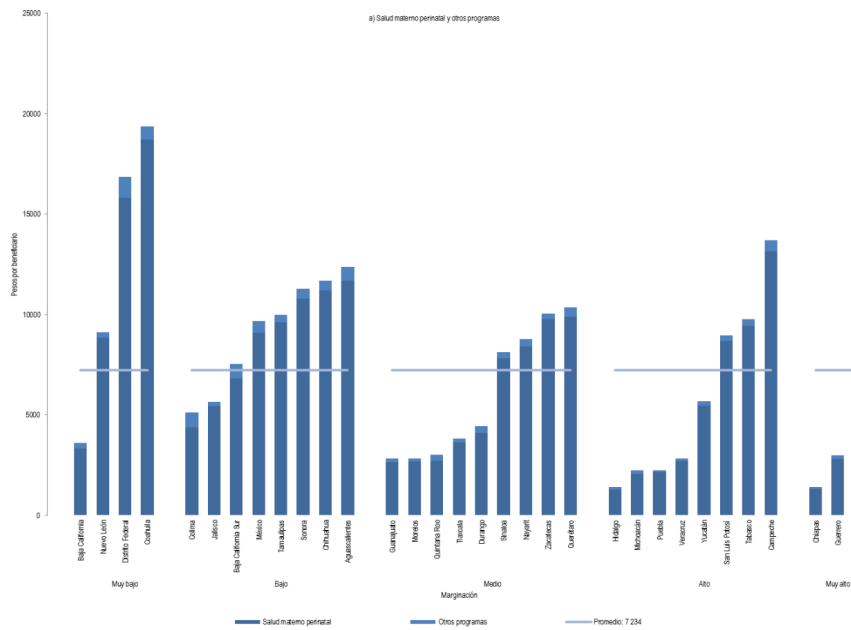
De lo ejercido por estos agentes en salud materna perinatal, 11.0%, equivalente a 1 197 750 miles de pesos provino del Fondo de Protección contra Gasto Catastrófico (FPGC). Mientras que de los montos ejercidos en los programa de cáncer de mama y cervicouterino, el FPGC contribuyó con 1 838 020 y 74 120 miles de pesos, equivalentes a 79.3 y 9.6%, respectivamente.

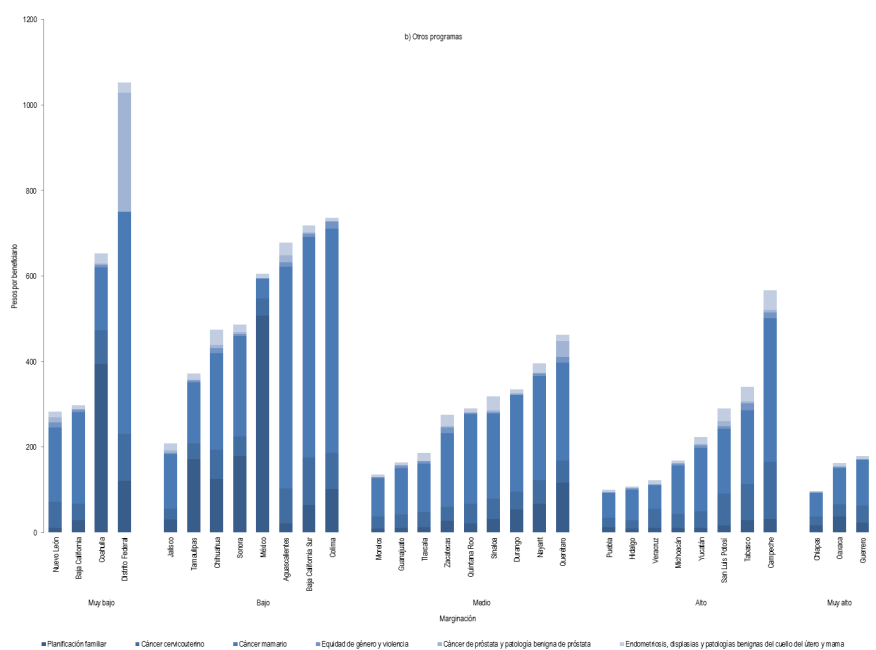
Al relacionar el gasto en salud sexual y reproductiva con la población beneficiaria, se obtiene un gasto promedio de 7 234 pesos beneficiaria(o) (figura 21a); Coahuila, Distrito Federal y Campeche fueron las entidades que más gastaron con montos de 19 386, 16 868 y 13 723 pesos por beneficiaria, respectivamente, mientras que Hidalgo, Chiapas y Michoacán reportaron los menores montos con 1 392,

1 407 y 2 229 pesos por beneficiaria, respectivamente. Así, el gasto por beneficiaria en Coahuila, la entidad con mayor gasto, fue equivalente a 14 veces lo gastado en Hidalgo, quien reportó el menor gasto.

Adicionalmente, la distribución mostrada en la figura 21b, en la que se excluye el gasto en salud materna perinatal, permite observar con claridad la importante participación del Distrito Federal en el gasto en salud reproductiva, comportamiento explicado por la ubicación de los institutos nacionales de salud y hospitales especializados en esta entidad, en los que se concentra la atención de los cánceres de mama y cervicouterino.

Figura 21
SS/SESA/SPSS. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por beneficiaria y programa de salud, por entidad federativa. México, 2012





IMSS Oportunidades

El IMSS Oportunidades, programa social federal que tiene como objetivo principal “otorgar servicios de salud integrales gratuitamente a personas en desventaja social y económica que habitan en comunidades apartadas”,⁴⁴ destinó a la atención de la salud reproductiva en 2012, 3 416.5 millones de pesos, cifra equivalente al 35.2% de su gasto total en salud para ese año.^{9, 39, i} El programa de salud materna perinatal concentró 67.1% del gasto en salud reproductiva de este agente (2 293.7 millones de pesos). En planificación familiar se ejerció 23.0% (786.0 millones de pesos), mientras que en cáncer cervicouterino 9.8% (333.2 millones de pesos). Los programas de cáncer de mama y de próstata concentraron 3.5 millones de pesos, 0.1% del gasto total (cuadro V).

El 50.6% del gasto se ejerció en hospitales, mientras que 37.5% se hizo con proveedores de atención ambulatoria, 9.5% en servicios auxiliares de atención a la salud (cuadro V) y el restante 2.4% se ejerció en farmacias (Cuadro VI).

ⁱ El gasto en salud del IMSS Oportunidades en 2012 fue de 9 714.7 millones de pesos corrientes.³⁹

Cuadro V

IMSS Oportunidades. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por función de salud, por programa de salud. México, 2012. 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 perinatal	1 559 831			733 909	2 293 740	67.1
Planificación familiar	154 653		82 842	548 534	786 030	23.0
Cáncer cervicouterino	7 858	325 416			333 274	9.8
Cáncer de mama	593				593	<0.02
Cáncer de próstata	2 917				2 917	0.1
Total	1 725 851	325 416	82 842	1 282 443	3 416 553	
%	50.6	9.5	2.4	37.5		

Cuadro VI

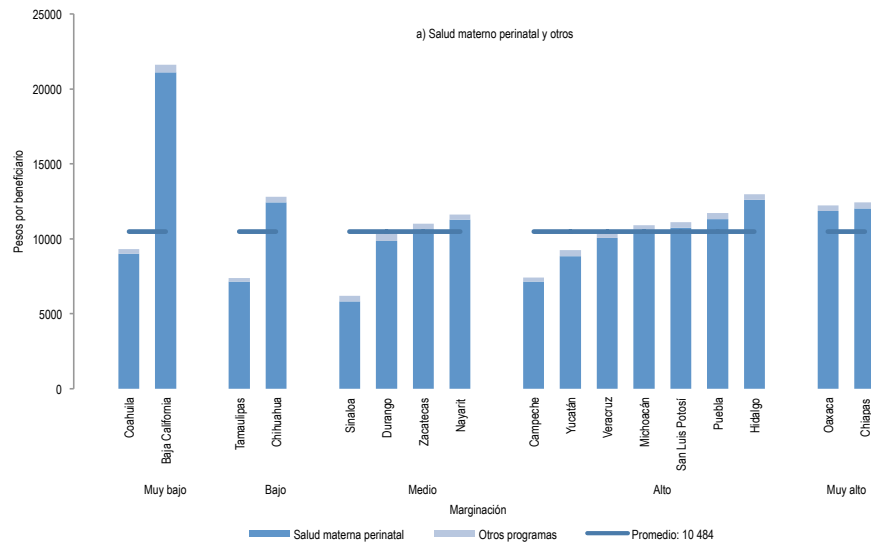
IMSS Oportunidades. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por proveedor de bienes y servicios, por programa de salud. México, 2012 Miles de pesos

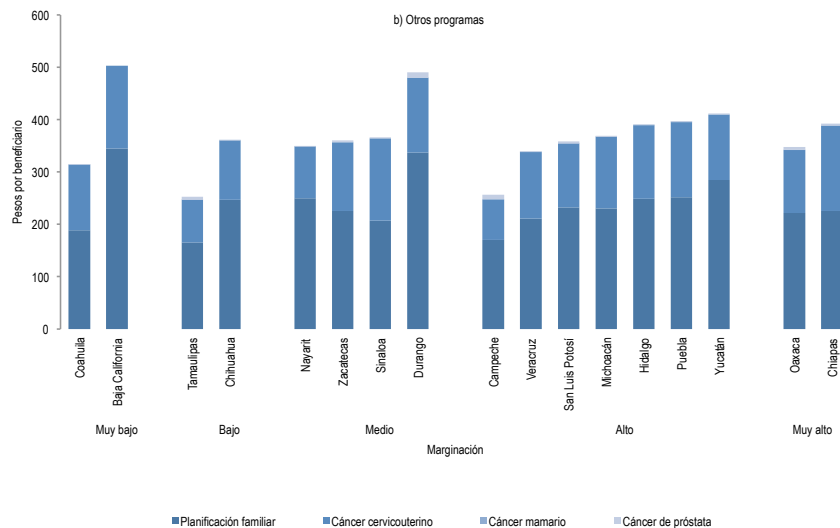
	Hospitales	Proveedores de atención ambulatoria	Laboratorios médicos y de diagnóstico	Farmacias	Total	%
Salud materna perinatal	1 559 831	733 909			2 293 740	67.1
Planificación familiar	154 653	548 534		82 842	786 030	23.0
Cáncer cervicouterino	7 858		325 416		333 274	9.8
Cáncer de mama	593				593	<0.02
Cáncer de próstata	2 917				2 917	0.1
Total	1 725 851	1 282 443	325 416	82 842	3 416 553	
%	50.6	37.5	9.5	2.4		

Al ajustar el gasto por beneficiario se observa que el gasto promedio nacional por beneficiaria fue de 10 484 (figura 22). Los estados con mayor monto ejercido fueron Baja California, Hidalgo y Chihuahua (con 21 620, 12 987, 12 788 pesos, respectivamente), mientras que Sinaloa, Tamaulipas y Campeche fueron en los que ejercieron las menores cantidades (6 200, 7 400 y 7 411, respectivamente).

Al excluir del gasto lo ejercido en salud materno perinatal se observa que el siguiente programa que concentra mayor gasto en planificación familiar (figura 22b).

Figura 22
 IMSS Oportunidades. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por beneficiario y programa de salud, por entidad federativa. México, 2012





Instituto Mexicano del Seguro Social

Debido a la población que atiende, trabajadores del sector formal de la economía y sus familias, el IMSS ha sido históricamente la institución de salud con mayor número de derechohabientes en México. En 2012 57.47 millones de personas fueron derechohabientes de este agente,⁴⁴ lo que equivale a 49.1% de la población total nacional estimada para este año.^j Este agente ejerció 18 069.1 millones de pesos en actividades de salud reproductiva, esta cifra representó 9.1% de su gasto total en salud.^{9, 39, k}

Como sucede con el resto de los agentes analizados, la mayor proporción del gasto en salud reproductiva del IMSS se ejerció en actividades de salud materna perinatal (61.9%, equivalente a 11 184.3 miles de pesos), del cual, 81.5% se ejecutó en hospitales. El gasto en endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata concentró 18.3%, en tanto que en acciones de planificación familiar 3.6%. Las actividades de atención de cáncer de mama y cervicouterino concentraron 5.0 y 2.3%, respectivamente. La atención del cáncer de próstata, por su parte, significó 2.0%. La administración de los programas de salud reproductiva abarcó en un gasto de 1 249.1 millones de pesos, es decir, 6.9% del total (cuadro VII).

Cuadro VII

^j La población total de 2012 fue de 117 053 751 personas. Fuente: CONAPO.⁹

^k El gasto en salud en 2012 para el IMSS fue de 199 554.8 millones de pesos corrientes.³⁹

IMSS. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por función de salud, por programa de salud. México, 2012. 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 perinatal	9 102 981	546 538		1 534 813		11 184 332	61.9
Planificación familiar	60 078	166 735	219 477	189 919		636 208	3.6
Cáncer cervicouterino	140 010	279 069				419 079	2.3
Cáncer de mama	453 157	453 217				906 374	5.0
Cáncer de próstata	164 212	205 094				369 306	2.0
Endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	975 586	2 329 021				3 304 607	18.3
Administración					1 249 238	1 249 238	6.9
Total	10 896 023	3 979 674	219 477	1 724 732	1 249 238	18 069 144	
%	60.3	22	1.2	9.6	6.9		

La provisión de los servicios para la atención de salud sexual y reproductiva, medida a través del gasto, se realizó mayoritariamente en el ámbito hospitalario ya que 77.6% del total se ejerció en éstos, principalmente en la realización de actividades de salud materna perinatal y la atención de patologías benignas de útero, mama y próstata. El porcentaje restante se distribuyó entre proveedores de atención ambulatoria (14.3%), farmacias (1.2%) y actividades de administración general de la salud y los seguros médicos (6.9%) (Cuadro VIII).

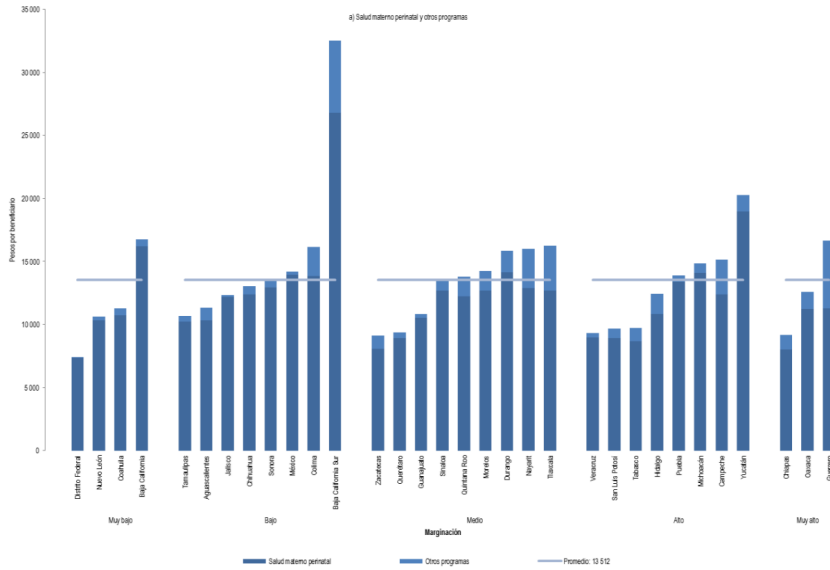
Cuadro VIII

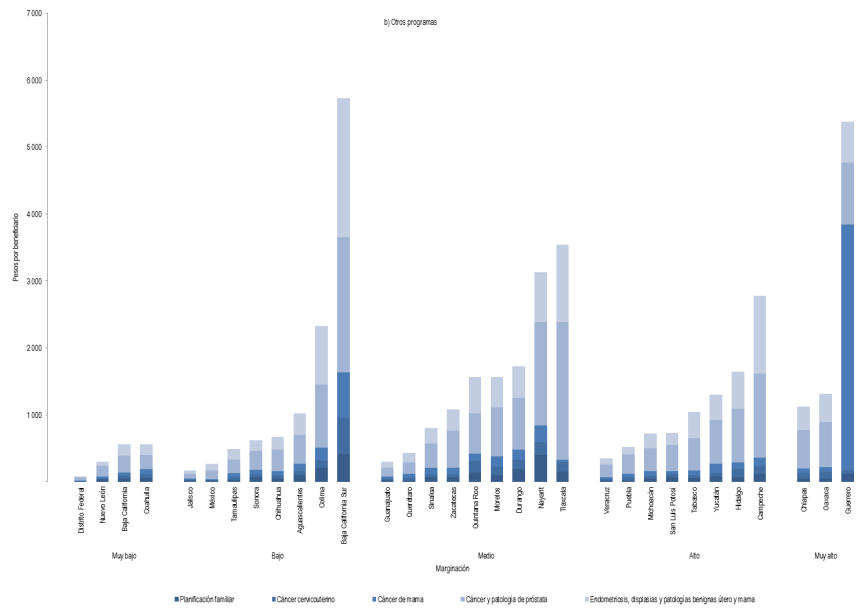
IMSS. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por proveedor de bienes y servicios, por programa de salud. México, 2012. Miles de pesos

	Hospitales	Proveedores de atención ambulatoria	Farmacias	Administración general de la salud y los seguros médicos	Total	%
Salud materno perinatal	9 126 296	2 058 036			11 184 332	61.9
Planificación familiar	225 137	191 595	219 477		636 208	3.6
Cáncer cervicouterino	417 051	2 027			419 079	2.3
Cáncer de mama	645 309	261 065			906 374	5.0
Cáncer de próstata	311 326	57 981			369 306	2.0
Endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	3 288 067	16 540			3 304 607	18.3
Administración				1 249 238	1 249 238	6.9
Total	14 013 185	2 587 244	219 477	1 249 238	18 069 144	
%	77.6	14.3	1.2	6.9		

El análisis del gasto por beneficiaria revela que el IMSS gastó en promedio 13 512 pesos, siendo Baja California Sur la entidad federativa que erogó la mayor cantidad de dinero por derechohabiente (26 804 pesos), monto equivalente a 3.6 veces más lo gastado en el Distrito Federal, la entidad con menor gasto por beneficiaria (7 343) (figura 23).

Figura 23
IMSS. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por beneficiario, por programa de salud, por entidad federativa. México, 2012





Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

En 2012, el ISSSTE tuvo una población de 12.4 millones de derechohabientes,⁴⁸ lo que representó 10.6% del total de habitantes estimados para 2012. Para la atención de las necesidades de SR de dicha población, el ISSSTE gastó 1 607 millones de pesos, cifra equivalente a 3.5% del total ejercido en salud por esta institución.^{9, 39, 1} El programa de salud materna perinatal abarcó 60.7 %, es decir, 975.8 millones de pesos. El gasto en endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata representó 11.3% del total; mientras que las acciones de planificación familiar concentraron 10.0%; en atención del cáncer de mama se utilizó 3.3%; a la atención del cáncer cervicouterino se destinó 1.4%; y el tratamiento del cáncer de próstata consumió 1.4% del total del gasto. En relación a la administración de la salud reproductiva el gasto fue de 190.6 millones de pesos, cifra equivalente a 11.9% del gasto total en SR y EG para este agente (cuadro IX).

Cuadro IX

¹ El gasto total en salud en 2012 del ISSSTE fue 46 155.5 millones de pesos corrientes.³⁹

ISSSTE. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por función de salud, por programa de salud. México, 2012. Miles de pesos

	Asistencia curativa hospitalaria	Asistencia curativa ambulatoria	Servicios de prevención y de salud pública	Administración de los servicios de salud	Total	%
Salud materno-perinatal	818 332	15 920	141 595		975 848	60.7
Planificación familiar	15 483		146 207		161 690	10.0
Cáncer cervicouterino	16 518	6 135			22 653	1.4
Cáncer de mama	46 443	6 893			53 335	3.3
Cáncer de próstata	21 562				21 562	1.4
Endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	181 335				181 335	11.3
Administración				190 611	190 611	11.9
Total	1 099 673	28 948	287 802	190 611	1 607 033	
%	68.4	1.8	17.9	11.9		

Los hospitales recibieron la mayor proporción de los recursos erogados por este financiador, 68.4% del total, equivalente a 1 099.6 millones de pesos. Los proveedores de atención ambulatoria fueron responsables del 19.7% del total, lo que implicó un gasto de 316 millones (cuadro X).

Cuadro X

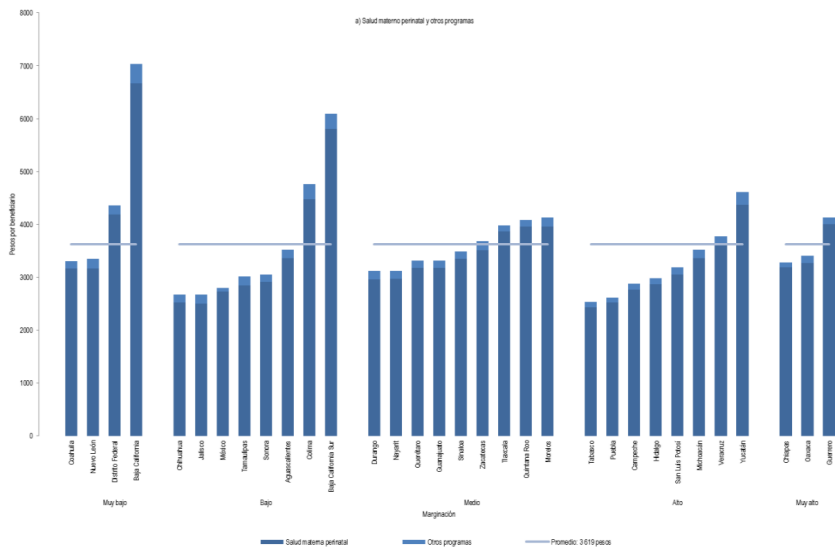
ISSSTE. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por proveedor de bienes y servicios, por programa de salud. México, 2012. Miles de pesos

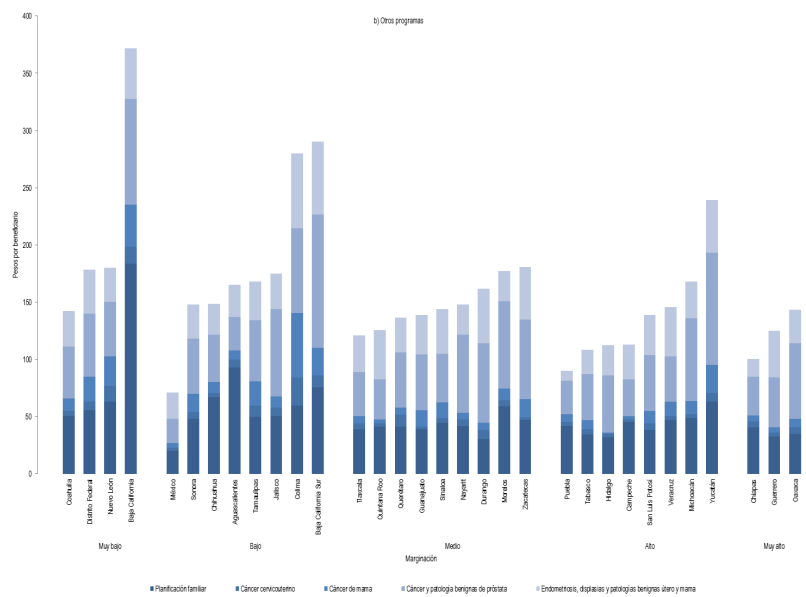
	Hospitales	Proveedores de atención ambulatoria	Administración general de la salud y los seguros médicos	Total	%
Salud materno-perinatal	818 332	157 515		975 848	60.7
Planificación familiar	15 483	146 207		161 690	10.1
Cáncer cervicouterino	16 518	6 135		22 653	1.4
Cáncer de mama	46 443	6 893		53 335	3.3
Cáncer de próstata	21 562			21 562	1.3
Endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	181 335			181 335	11.3
Administración			190 611	190 611	11.9
Total	1 099 673	316 750	190 611	1 607 033	
	68.4	19.7	11.9		

En promedio, el ISSSTE desembolsó 3 619 pesos por beneficiaria de los programas de salud reproductiva en el país (figura 24). Al igual que lo acontecido con los otros agentes, existen diferencias

entre estados. Así, el gasto ejercido por Baja California, el estado que reporta el mayor monto por beneficiaria, fue de 7 040 pesos cifra que fue 2.7 veces superior al ejercido por Tabasco, el estado con menor gasto por beneficiaria (2 535 pesos).

Figura 24
 ISSSTE. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por beneficiario, por programa de salud, por entidad federativa. México, 2012





Sector privado

En 2012, los agentes del sector privado gastaron 10 150.0 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 6 604 millones de pesos, es decir 65.1% del total. Las empresas de seguros privados contribuyeron con 34.0% del gasto mientras que las ONG sufragaron el restante 0.9%.

La estimación del gasto por programa de salud reporta que 72.8% de éste fue destinado a acciones de salud materna perinatal, 9.7% a la atención de cáncer cervicouterino, 9.4% a endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata, 4.9% a cáncer de mama, 2.0% a planificación familiar y 1.3% a cáncer de próstata (cuadro XI).

Cuadro XI

Sector privado. Gasto de los agentes financieros en salud reproductiva y equidad de género por programa de salud. México, 2012. Miles de pesos

	Empresas de seguro privadas	Pago de bolsillo	ONG	Total	%
Salud materna perinatal	1 760 206	5 594 915	37 662	7 392 782	72.8

Planificación familiar	797	157 914	39 955	198 666	2.0
Cáncer cervicouterino	152 808	815 741	11 044	979 592	9.7
Cáncer de mama	453 908	36 142	4 831	494 881	4.9
Cáncer de próstata	133 414			133 414	1.3
Endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	950 742			950 742	9.4
Total	3 451 875	6 604 711	93 492	10 150 077	
%	34.0	65.1	0.9		

Respecto a las funciones cubiertas con el gasto del sector privado (cuadro XII), 68.1% se destinó a acciones de asistencia curativa hospitalaria, incluidos la atención de embarazos, partos y cesáreas. Un distante segundo lugar lo ocuparon los servicios de prevención y salud pública, que concentraron el 10.6% del gasto del sector privado, en este rubro cual se incluyen los pagos generados por concepto de consulta prenatal. La compra de productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios equivalió al 9.1%. En tanto que la producción de servicios auxiliares de atención a la salud requirió 5.3% y la asistencia curativa ambulatoria 6.7% (cuadro XII).

Cuadro XII

Sector privado. Gasto de los agentes financieros en salud reproductiva y equidad de género por función de gasto. México, 2012. Miles de pesos

	Empresas de seguro privadas	Pago de bolsillo	ONG	Total	%
Asistencia curativa hospitalaria	3 422 462	3 460 212	29 837	6 912 512	68.1
Asistencia curativa en hospitalización de día		22 217		22 217	0.2
Asistencia curativa ambulatoria		675 214	6 703	681 917	6.7
Servicios auxiliares de atención de la salud		527 388	14 804	542 192	5.3
Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios		881 926	38 070	919 996	9.1
Servicios de prevención y de salud pública	29 412	1 037 755	4 077	1 071 244	10.6
Total	3 451 875	6 604 711	93 492	10 150 077	
%	34.0	65.1	0.9		

El gasto por proveedor se distribuyó de la siguiente manera: 66.9% del gasto se ejerció en hospitales, 17.3% en consultorios médicos y otros profesionales de la salud, 9.1% en farmacias, 5.3% en laboratorios médicos y de diagnóstico, 1.0% en centros de atención ambulatoria y 0.4% se pagó a profesionales alternativos o tradicionales (cuadro XIII).

Cuadro XIII

Sector privado. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por proveedor de bienes y servicios, por programa de salud. México, 2012. Miles de pesos

	Hospitales	Consultorios médicos y de otros profesionales de salud	Centros de atención ambulatoria	Laboratorios médicos y de diagnóstico	Profesionales alternativos o tradicionales	Farmacias	Total	%
Salud materna perinatal	5 023 218	1 006 052	76 517	533 988	28 996	724 012	7 392 782	72.8
Planificación familiar	797		1 885			195 984	198 666	2.0
Cáncer cervicouterino	190 110	750 235	21 697	4 922	12 628		979 592	9.7
Cáncer de mama	490 050		1 550	3 281			494 881	4.9
Cáncer de próstata	133 414						133 414	1.1
Endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	950 742						950 742	9.4
Total	6 788 331	1 756 287	101 648	542 192	41 624	919 996	10 150 077	
	66.9	17.3	1.0	5.3	0.4	9.1		

5.

Evolución del gasto en salud reproductiva y equidad de género, 2003-2012

Durante el periodo 2003–2012, el gasto total en SR y EG experimentó un aumento promedio anual de 0.5%, en términos reales, aunque se observan cuatro decrementos (cuadro XIV), los dos más importantes fueron de 5.7 y 9.2% y se registraron en los periodos 2007 - 2008 y 2009 – 2010, respectivamente, atribuibles a la caída del gasto privado en 22.9 y 28.8%, respectivamente. En el último período, 2011-2012, se muestra un descenso de 2.0% en el gasto total en SR, ya que solo los agentes que atienden a las personas sin seguridad social, SS/SESA/SPSS e IMSS Oportunidades, incrementaron su gasto en 4.2 y 10.0% respectivamente; mientras que por el contrario, el gasto privado se redujo en 12.9%, el IMSS y el ISSSTE se redujeron en 0.8 y 19.4%, respectivamente.

El comportamiento del gasto en salud reproductiva y equidad de género durante el periodo 2003 - 2012, se caracterizó por cambios diferenciales en los patrones de gasto entre los agentes financieros. Sin embargo, SS/SESA/SPSS fue el agente que reportó el mayor crecimiento promedio en su gasto, 17.1% (cuadro XIV, figura 25). El Gasto Privado tuvo una reducción promedio del gasto de 7.1% anual debido a las importantes reducciones experimentadas en los años 2008, 2010 y 2012.

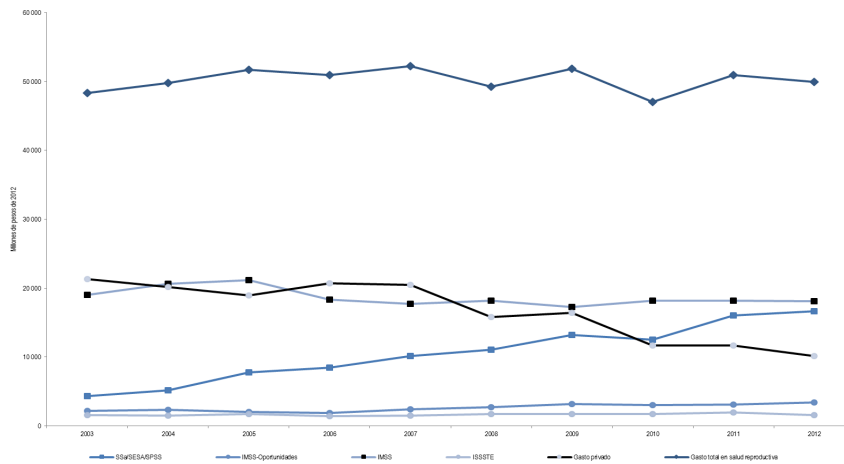
Cuadro XIV

Variación porcentual del gasto en salud reproductiva y equidad de género por agente de financiamiento. México, 2003- 2012

	Variación porcentual anual									Promedio anual
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	
SS/SESA/SPSS	18.2	51.1	9.3	19.3	9.3	19.6	-5.8	28.3	4.2	17.1
IMSS-Oportunidades	6.6	-11.8	-6.7	26.8	12.1	17.4	-5.7	3.6	10.0	5.8
IMSS	8.6	2.6	-13.3	-3.4	2.7	-5.0	5.2	0.2	-0.8	-0.4
ISSSTE	-3.9	16.5	-18.3	6.2	14.4	-0.2	-0.1	16.4	-19.4	1.3
Gasto privado	-5.1	-6.0	9.3	-1.2	-22.9	3.8	-28.8	-0.3	-12.9	-7.1
Gasto total en salud reproductiva	2.9	3.9	-1.5	2.6	-5.7	5.2	-9.2	8.3	-2.0	0.5

Figura 25

Evolución del gasto en salud reproductiva y equidad de género por agente de financiamiento. México, 2003 - 2012. Millones de pesos de 2012



	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
SS/SESA/SPSS	4 347.5	5 139.9	7 767.8	8 489.2	10 128.9	11 072.2	13 246.1	12 484.1	16 015.0	16 687.5
IMSS-Oportunidades	2 172.3	2 316.6	2 042.2	1 905.5	2 415.4	2 708.4	3 180.0	2 997.3	3 105.4	3 416.6
IMSS	18 999.1	20 634.2	21 178.4	18 361.9	17 730.3	18 211.5	17 292.9	18 183.9	18 212.2	18 069.1
ISSSTE	1 544.0	1 483.8	1 728.8	1 412.7	1 500.5	1 717.3	1 713.1	1 711.5	1 992.8	1 607.0
Gasto privado	21 286.3	20 197.1	18 975.3	20 735.1	20 477.0	15 794.1	16 396.8	11 682.2	11 649.5	10 150.1
Gasto total en salud reproductiva	48 349.1	49 771.5	51 692.5	50 904.7	52 250.7	49 284.1	51 824.8	47 059.0	50 974.7	49 930.3

Respecto a la distribución del gasto por función de salud, a lo largo del periodo 2003-2012, los montos asignados a la asistencia curativa experimentaron importantes oscilaciones con decrementos que van desde una reducción de -0.8% hasta -8.3%, por lo que su promedio anual es negativo, -0.4%. El resto de las funciones muestra incrementos en el periodo. Para el año 2012 las reducciones se registran en los servicios de asistencia curativa y en los servicios auxiliares de atención a la salud en 6.3 y 19.8% (cuadro XV, figura 26).

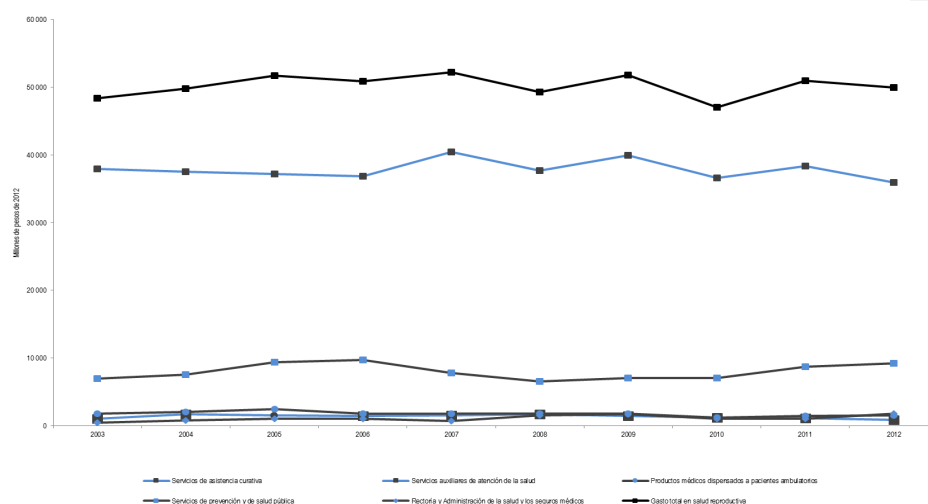
Cuadro XV

Variación porcentual del gasto en salud reproductiva y equidad de género por función de salud. México, 2003-2012

	Variación porcentual anual										Promedio anual
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2010-2012		
Servicios de asistencia curativa	-1.3	-0.8	-1.0	9.8	-6.8	6.0	-8.3	4.7	-6.3	-0.4	
Servicios auxiliares de atención de la salud	63.2	-10.8	-7.3	8.5	13.3	-15.8	-20.1	-7.0	-19.8	0.5	
Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	16.2	19.7	-27.3	0.1	-2.3	-0.8	-32.3	21.4	7.8	0.3	
Servicios de prevención y de salud pública	7.7	24.1	3.8	-19.5	-16.0	7.1	0.9	23.2	6.0	4.1	
Rectoría y Administración de la salud y los seguros médicos	86.1	33.6	-3.2	-29.9	119.1	6.9	-38.4	2.2	72.0	27.6	
Formación de capital, del personal sanitario, e investigación y desarrollo	36.1	-32.9	22.9							8.7	
Gasto total en salud reproductiva	2.9	3.9	-1.5	2.6	-5.7	5.2	-9.2	8.3	-2.0	0.5	

Figura 26

Evolución del gasto en salud reproductiva y equidad de género por función de salud. México, 2003-2012. Millones de pesos de 2012



	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Servicios de asistencia curativa	37 966.8	37 482.2	37 180.1	36 817.0	40 417.1	37 688.8	39 946.5	36 613.3	38 328.6	35 905.6
Servicios auxiliares de atención de la salud	1 042.3	1 701.0	1 516.9	1 406.7	1 526.0	1 729.0	1 456.1	1 163.2	1 081.3	867.6
Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	1 773.8	2 060.5	2 466.3	1 792.0	1 794.1	1 753.4	1 739.4	1 177.4	1 429.4	1 541.5
Servicios de prevención y de salud pública	6 981.9	7 521.0	9 331.0	9 690.1	7 800.4	6 550.6	7 012.9	7 076.1	8 720.1	9 241.8
Rectoría y Administración de la salud y los seguros médicos	422.5	786.4	1 050.8	1 017.0	713.1	1 562.2	1 669.9	1 029.0	1 051.9	1 809.7
Formación de capital, del personal sanitario, e investigación y desarrollo	161.9	220.4	148.0	181.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

En el cuadro XVI y figura 27 se observan las oscilaciones en el gasto los programas de SR y EG durante el periodo 2003 - 2012. Destaca el comportamiento anual del gasto en salud materno perinatal, que reporta decremento en la mitad de las diez estimaciones contenidas en el análisis, los más importantes en los años 2008, 2010 y 2012 con reducciones de 9.7, 12.8 y 5.4%, respectivamente, a consecuencia principalmente del decremento en el gasto privado que provocan un decremento promedio anual negativo de 1.6% para este programa en el periodo. Otros programas como cáncer de mama y próstata muestran tendencias crecientes, excepto en los años 2010 y 2008, respectivamente. En particular, el cáncer de mama muestra importantes aumentos porcentuales desde 2007 cuando fue incluido en el Fondo de Protección de Gasto Catastróficos del SPSS: en el periodo 2006 – 2007 en el que reportó un incremento de 59.1%, y un aumento de 6.9% en el año 2012.

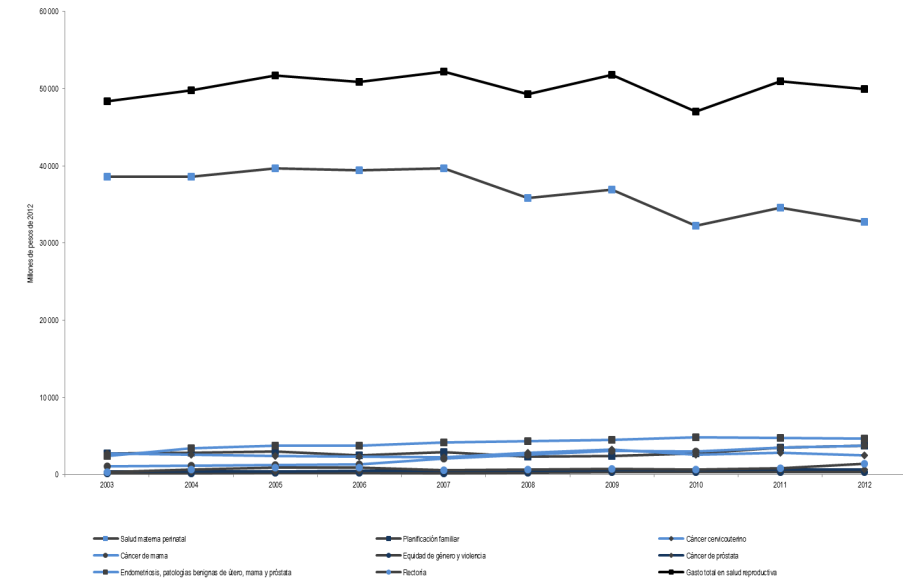
En el último periodo de análisis, 2011-2012, el gasto en planificación familiar aumentó en 7.4, mientras que el gasto en padecimientos relacionados con endometriosis y patologías benignas se redujo en 1.9%. La reducción más importante la tuvo el programa cáncer cervicouterino con 10.7%, a expensas principalmente de la reducción de SS/SESA/SPSS en este padecimiento en 30.4% (cuadro XVII). El programa de equidad de género aumentó su gasto en 14.7% a consecuencia del aumento de este programa en SS/SESA/SPSS.

Cuadro XVI
Variación porcentual del gasto en salud reproductiva y equidad de género por programa. México, 2003- 2012

	Variación porcentual anual									Promedio anual
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	
Salud materna perinatal	-0.1	2.9	-0.7	0.7	-9.7	3.1	-12.8	7.3	-5.4	-1.6
Planificación familiar	4.1	5.0	-16.8	16.6	-20.4	5.9	11.5	28.9	7.4	4.7
Cáncer cervicouterino	-6.2	-4.7	-4.9	-3.8	26.5	15.8	-19.2	7.9	-10.7	0.1
Cáncer de mama	15.0	2.6	7.1	59.1	24.1	19.0	-1.9	16.2	6.9	16.5
Equidad de género y violencia	-5.1	58.0	2.6	-50.8	74.7	53.8	8.5	-15.2	14.7	15.7
Cáncer de próstata	8.6	8.5	9.6	3.3	-1.3	12.6	0.2	12.7	3.7	6.4
Endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	43.1	9.9	0.1	9.5	5.7	3.3	8.0	-1.6	-1.9	8.4
Rectoría	99.3	43.2	-3.7	-32.9	13.6	5.3	-5.6	21.8	77.7	24.3
Gasto total en salud reproductiva	2.9	3.9	-1.5	2.6	-5.7	5.2	-9.2	8.3	-2.0	0.5

Figura 27

Evolución del gasto en salud reproductiva y equidad de género por programa. México, 2003 - 2012. Millones de pesos de 2012



	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Salud materna perinatal	38 611.5	38 555.8	39 687.4	39 416.1	39 691.8	35 829.7	36 946.4	32 232.8	34 573.0	32 716.4
Planificación familiar	2 739.2	2 851.7	2 995.6	2 491.0	2 904.7	2 313.2	2 450.4	2 732.0	3 522.9	3 783.8
Cáncer cervicouterino	2 706.4	2 539.1	2 418.9	2 299.9	2 213.3	2 799.4	3 241.2	2 618.9	2 826.1	2 523.5
Cáncer de mama	1 042.9	1 199.5	1 230.2	1 318.0	2 096.6	2 601.2	3 096.0	3 036.3	3 527.9	3 772.3
Equidad de género y violencia	154.5	146.6	231.7	237.8	117.1	204.5	314.6	341.4	289.7	332.2
Cáncer de próstata	374.7	406.9	441.6	483.9	499.9	493.5	555.8	557.2	628.0	651.3
Endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	2 399.0	3 432.2	3 771.9	3 775.7	4 135.2	4 369.8	4 512.0	4 871.7	4 792.4	4 702.8
Rectoría	320.9	639.5	915.8	882.3	592.1	672.6	708.3	668.7	814.7	1 448.0
Gasto total en salud reproductiva	48 349.2	49 771.4	51 693.0	50 904.7	52 250.7	49 284.1	51 824.8	47 059.0	50 974.7	49 930.3

GASTO POR AGENTE FINANCIADOR

Secretaría de Salud/Servicios Estatales de Salud/ Sistema de Protección Social en Salud

Como se observa en el cuadro XVII y en la figura 28, el gasto en salud reproductiva de SS/SESA/SPSS experimentó un incremento promedio anual de 17.1% durante el periodo 2003-2012, así como un crecimiento promedio anual en todos los programas. No obstante, el análisis entre años permite observar oscilaciones en el crecimiento del gasto entre los programas. El gasto en el programa de salud materna y perinatal muestra solo una reducción en el año 2010, atribuible a que el crecimiento del gasto en términos reales no alcanzó a superar la inflación en ese año. El gasto en cáncer de mama tuvo un incremento en 2007 de 3.3 veces el gasto de 2006 al pasar de 234.3 a 1012.4 millones de pesos, como consecuencia de su inclusión en el Fondo de Protección contra Gasto Catastrófico y ha mantenido su tendencia creciente excepto en 2010 cuando se redujo su gasto en 10% (cuadro XVII). Así, en el periodo analizado el gasto total en SR se redujo solo en 2010 al reducirse el gasto en todos los programas excepto planificación familiar y en el programa equidad de género.

En el periodo 2011 – 2012, el gasto en salud materna perinatal y planificación familiar aumentó en 6.6 y 14.7%, mientras el gasto en el programa de equidad de género lo hizo en 14.7%. Por el contrario, el gasto en los cánceres cervicouterino y de próstata se redujo en 30.4 y 4.9%, el gasto en rectoría también reportó decremento, de 2.9%. El balance en el gasto en SR de este agente en este periodo fue de un aumento de 4.2% (figura 28).

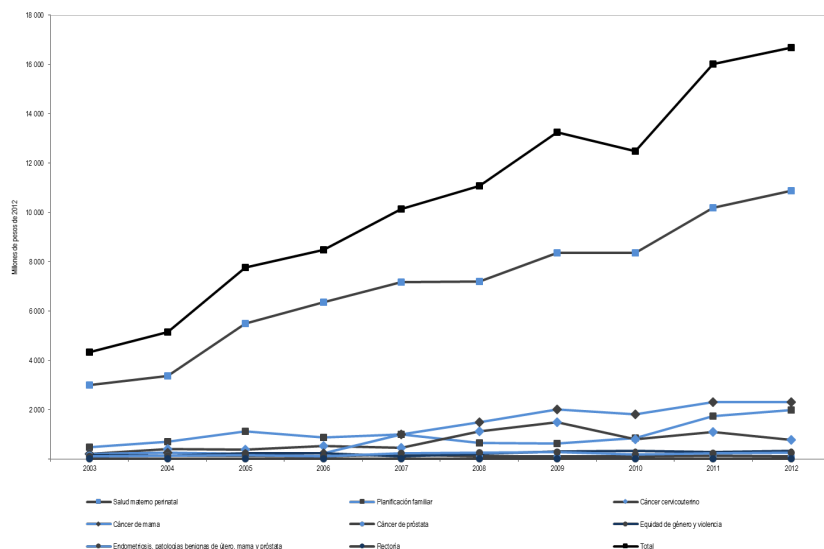
Cuadro XVII

SS/SESA/SPSS. Variación porcentual del gasto en salud reproductiva y equidad de género por programa. México, 2003- 2012

	Variación porcentual									Promedio anual
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	
Salud materna perinatal	12.9	62.8	15.4	13.0	0.2	16.3	-0.1	22.0	6.6	16.6
Planificación familiar	44.3	60.0	-22.6	16.5	-35.8	-2.2	33.7	105.4	14.7	23.8
Cáncer cervicouterino	86.1	-5.8	35.9	-12.8	146.0	32.3	-46.6	38.6	-30.4	27.0
Cáncer de mama	21.1	-11.8	5.5	332.2	48.0	35.2	-10.0	26.1	0.7	49.7
Cáncer de próstata	-17.0	10.5	-15.9	65.9	-38.2	-0.9	-7.0	16.6	-4.9	1.0
Equidad de género y violencia	-5.1	58.0	2.6	-50.8	79.8	49.5	8.5	-15.2	14.7	15.8
Endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	2.8	23.1	-23.4	87.4	16.7	7.7	-30.0	23.5	8.8	13.0

Rectoría	-31.3	109.7	-4.7	52.7	-36.6	41.3	-5.2	-3.7	-2.9	13.3
Gasto total en salud reproductiva	18.2	51.1	9.3	19.3	9.3	19.6	-5.8	28.3	4.2	17.1

Figura 28
 SS/SESA/SPSS. Evolución del gasto en salud reproductiva y equidad de género. México 2003-2012. Millones de pesos de 2012



	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Salud materno perinatal	2 995.3	3 382.2	5 504.6	6 354.5	7 181.3	7 194.1	8 364.4	8 354.4	10 192.2	10 869.7
Planificación familiar	486.5	701.9	1 123.1	869.3	1 012.6	649.9	635.5	849.4	1 744.9	2 001.2
Cáncer cervicouterino	220.9	411.1	387.3	526.2	458.9	1 129.0	1 493.4	796.8	1 104.6	768.9
Cáncer de mama	207.8	251.7	222.1	234.3	1 012.4	1 498.0	2 025.6	1 823.4	2 300.2	2 317.1
Cáncer de próstata	153.6	127.5	140.8	118.4	196.4	121.4	120.3	111.9	130.5	124.1
Equidad de género y violencia	154.5	146.6	231.7	237.8	117.1	210.5	314.6	341.4	289.7	332.2
Endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	124.0	127.5	156.9	120.1	225.1	262.7	283.0	198.1	244.6	266.1
Rectoría	4.9	3.4	7.1	6.7	10.3	6.5	9.2	8.7	8.4	8.2
Total	4 347.5	5 139.9	7 768.1	8 489.2	10 128.9	11 072.2	13 246.1	12 484.1	16 015.0	16 687.5

Debido a la importancia de estos agentes en la provisión de servicios y que según reportes oficiales tiene afiliados a más de 52.9 millones de personas,³⁸ se realiza un mayor análisis identificando el origen de las variaciones en su gasto. Las fuentes que pueden explicar estas variaciones pueden provenir de: a) cambios en el número de días estancia producidos para la atención por cada padecimiento, y b) cambios

en los presupuestos ejercidos en alguno(s) de los fondos de financiamiento de estos agentes, entre los cuales se incluyen el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), la Cuota Social (CS), la Aportación Solidaria Federal (ASF), el Gasto Estatal, o bien, gasto ejercido por el Fondo de Protección contra Gasto Catastrófico (FPGC).

Respecto a la primera causa, se observa que con relación a los días estancia hospitalarios, entre 2011 y 2012, se registró una reducción de 14.4% por concepto de atención de partos, 3.3% por cesáreas y 2.9% por concepto de atención de abortos, 9.5% por concepto de atención de complicaciones en el embarazo parto y puerperio y 0.2% en complicaciones neonatales, así como 6.0% en los días estancia en Planificación familiar utilizando métodos definitivos. Por el contrario, el número de días estancia por atención de cáncer cervicouterino y de mama aumentaron en 13.6 y 39.9%, respectivamente (cuadro XVIII).

Cuadro XVIII

SS/SESA/SPSS. Número de días estancia en los principales diagnósticos incluidos en la estimación del gasto en salud reproductiva. México, 2011-2012

	2011	2012	Variación porcentual 2011 - 2012
Día Estancia. Población SS	8 582 387	8 630 803	
Complicaciones neonatales	879 607	877 789	-0.2%
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	953 495	863 185	-9.5%
Parto normal	691 464	592 207	-14.4%
Aborto, embarazo ectópico y embarazo molar	165 105	160 338	-2.9%
Cesáreas	128 242	123 983	-3.3%
Cáncer cervicouterino	16 360	18 578	13.6%
Cáncer de mama	14 130	19 763	39.9%
Patologías benignas de útero, mama y próstata	102 946	101 210	-1.7%
Anticoncepción	17 227	16 190	-6.0%

Fuente: Elaboración propia con información de Dirección General de Información en Salud⁹

Por el lado de los presupuestos ejercidos por tipo de fondo, se observa que en el presupuesto ejercido a través del FASSA, la CS y la ASF se observan incrementos en todos los rubros como: atención curativa hospitalaria y ambulatoria así como en los servicios de prevención y de salud pública. Por su parte, el

Gasto Estatal también muestra incrementos en los rubros de servicios de prevención y salud pública y atención curativa ambulatoria, mientras que en atención hospitalaria se redujo 4.1% (cuadro XIX).

Cuadro XIX

SS/SESA/SPSS. Variaciones en el FASSA, Gasto Estatal y Cuota Social y Aportación Solidaria Federal 2011-2012. Miles de pesos de 2012.

	FASSA		Variación porcentual	Gasto Estatal		Variación porcentual	CS y ASF		Variación porcentual
	2011	2012		2011	2012		2011	2012	
Atención curativa hospitalaria	8 236 870	8 979 436	9.0%	5 134 446	4 925 397	-4.1%	6 347 196	8 059 151	27.0%
Atención curativa ambulatoria	8 543 999	11 345 297	32.8%	7 347 584	9 437 808	28.4%	6 583 864	10 182 540	54.7%
Servicios de prevención y de salud pública	2 661 755	3 122 845	17.3%	493 131	666 471	35.2%	2 051 104	2 802 791	36.6%

Fuente: Elaboración propia a partir de Dirección General de Información en Salud³⁹

Uno de los componentes del SPSS es el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), por su importancia en el financiamiento de padecimientos de alto costo, por ello se analizan los cambios en el número de casos pagados y en los montos ejecutados por tipo de padecimiento. Con relación al número de casos pagados, es importante señalar que sólo se incluyen aquellos pagados en el mismo año en que se realiza la presente estimación, en este caso 2012. No se reportan los casos validados por la CNPSS porque se pagaron hasta el siguiente año, 2013. Por ello, aunque el cáncer de próstata fue incluido en el FPGC en octubre de 2012, en este año aún no se reporta ningún caso pagado.^{38,56}

En el cuadro XX se observa que se redujo el gasto en cáncer cervicouterino en 64.5% en términos reales, al pasar de 208.5 a 74.1 millones de pesos de 2011 a 2012, debido al menor número de casos pagados. Con relación al cáncer de mama, su importancia es evidente, ya que se reporta un incremento en 35.7% en el número de los casos pagados, lo que implicó un incremento, aunque no proporcional, de su gasto en 1.3% respecto a 2011. Este menor crecimiento de los montos erogados por el FPGC es explicado por cambios en el mecanismo de pago ya que se pasó de un pago por tarifa por caso que variaba para un mismo padecimiento según la severidad a pagos según el paquete de atención recibido por el enfermo^m.

^m El cambio introducido con el mecanismo de pago para los casos en 2011 consistió en la conclusión del Sistema de Gestión de Gastos Catastróficos (SIGGC) cuyo objeto fue hacer más eficiente la actualización de los casos registrados y pasar de un esquema de pago por tarifa por caso según severidad a pago según el paquete de la atención que recibió el enfermo. Eso se realizó para las patologías cubiertas por el FPGC que representan la mayor inversión del Sistema de protección Social en Salud (SPSS).³⁸ Así, anteriormente, las transferencias de todos los tratamientos se realizaban por adelantado en una sola exhibición, a partir de 2011 se empezó a pagar solo por las fases de tratamiento que las y los pacientes recibieron durante el año.⁵⁶ En 2012

Por su parte, el gasto en cuidados intensivos neonatales aumentó 10.9% como reflejo del incremento en 28% en el número de estos casos pagados.

Cuadro XX

SS/SESA/SPSS. Variación en el número de casos y montos pagados por el Fondo de Protección contra Gasto Catastrófico. México, 2011- 2012. Miles de pesos de 2012

	2011		2012		Variación porcentual
	Casos	Monto	Casos	Monto	
Cáncer de mama	11 065	1 814 350	15 018	1 838 000	1.3%
Cuidados intensivos neonatales	17 207	1 080 225	17 700	1 197 710	10.9%
Cáncer cervicouterino	6 860	208 590	4 875	74 110	-64.5%
Total	35 132	3 103 164	37 593	3 109 820	0.2%

Fuente: Elaboración propia a partir de Informe de resultados 2012 del Sistema de Protección Social en Salud³⁸

El efecto combinado de todos estos cambios tanto del SPSS, como de las variaciones en los días estancia, así como del incremento en los presupuestos ejercidos por FASSA, Gasto Estatal, CS y ASF, trajo como consecuencia el aumento del gasto en los programas de salud materno perinatal, planificación familiar y cáncer de mama así como la reducción para el gasto en cáncer cervicouterino y de próstata. Lo anterior, de manera general, incrementa el gasto ejercido en acciones de salud reproductiva por estos agentes en 2012 con relación a 2011 (cuadro XVIII).

IMSS Oportunidades

Entre 2003-2012 el gasto estimado del IMSS Oportunidades registró un incremento promedio anual de 5.8%. El programa de salud materna perinatal muestra un crecimiento promedio anual de 9.6% debido a las variaciones en el crecimiento de su gasto durante el periodo, ya que se han registrado incrementos superiores a 20% en tres ocasiones y caídas entre 2004-2005 y 2009-2010 de 13.8 y 11.8%, respectivamente (cuadro XXI y figura 29).

Para el período 2011-2012, el programa de salud materno perinatal mostró un incremento de 11.9%, cáncer cervicouterino y planificación familiar mostraron incrementos de 1.9 y 18.1%, respectivamente. Es

se efectuaron las actualizaciones y modificaciones correspondientes para su mejoramiento y registro de las nuevas intervenciones.³⁸

notable el crecimiento del gasto en cáncer de próstata en 6.6 veces en este periodo, ello como consecuencia de un aumento en los días estancia por este padecimiento (cuadro XXI y figura 29).

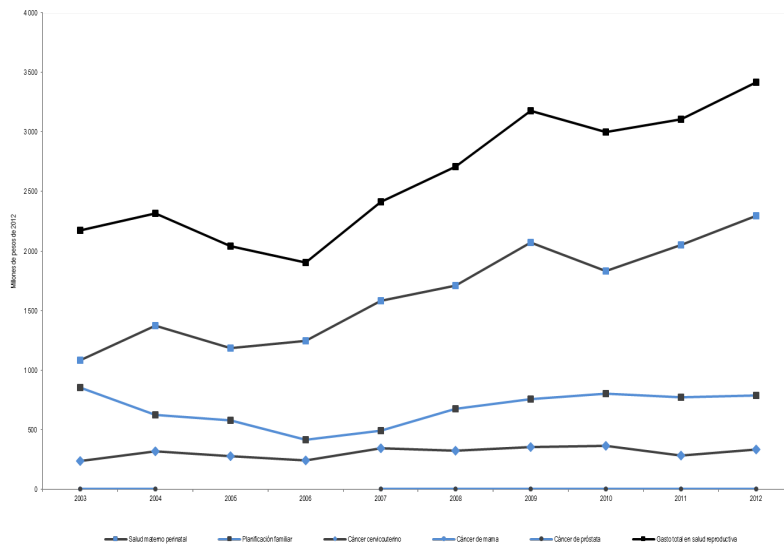
Cuadro XXI

IMSS Oportunidades. Variación porcentual del gasto en salud reproductiva y equidad de género. México, 2003- 2012

	Variación porcentual										Promedio anual
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012		
Salud materna perinatal	26.7	-13.8	5.2	27.0	7.9	21.4	-11.8	12.1	11.9	9.6	
Planificación familiar	-26.6	-7.4	-28.1	17.7	38.1	11.6	6.4	-3.9	1.9	1.1	
Cáncer cervicouterino	34.4	-12.1	-12.7	40.8	-5.4	8.6	3.5	-22.4	18.1	5.9	
Cáncer de mama	-8.9				59.4	-58.2	53.7	21.2	-4.8	10.4	
Cáncer de próstata	-18.3				-0.9	34.7	-10.8	-1.8	664.2	111.2	
Gasto total en salud reproductiva	6.6	-11.8	-6.7	26.8	12.1	17.4	-5.7	3.6	10.0	5.8	

Figura 29

IMSS Oportunidades. Evolución del gasto en salud reproductiva y equidad de género. México, 2003 - 2012. Millones de pesos de 2012



	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Salud materno perinatal	1 084.4	1 374.1	1 185.1	1 246.5	1 582.7	1 707.5	2 073.4	1 829.5	2 050.5	2 293.7
Planificación familiar	851.7	625.4	579.1	416.2	489.8	676.5	754.7	803.3	771.7	786.0

Cáncer cervicouterino	235.4	316.4	278.2	242.8	341.9	323.4	351.2	363.6	282.1	333.3
Cáncer de mama	0.5	0.5			0.5	0.8	0.3	0.5	0.6	0.6
Cáncer de próstata	0.3	0.3			0.3	0.3	0.4	0.4	0.4	2.9
Gasto total en salud reproductiva	2 172.4	2 316.6	2 042.4	1 905.5	2 415.4	2 708.4	3 180.0	2 997.3	3 105.4	3 416.6

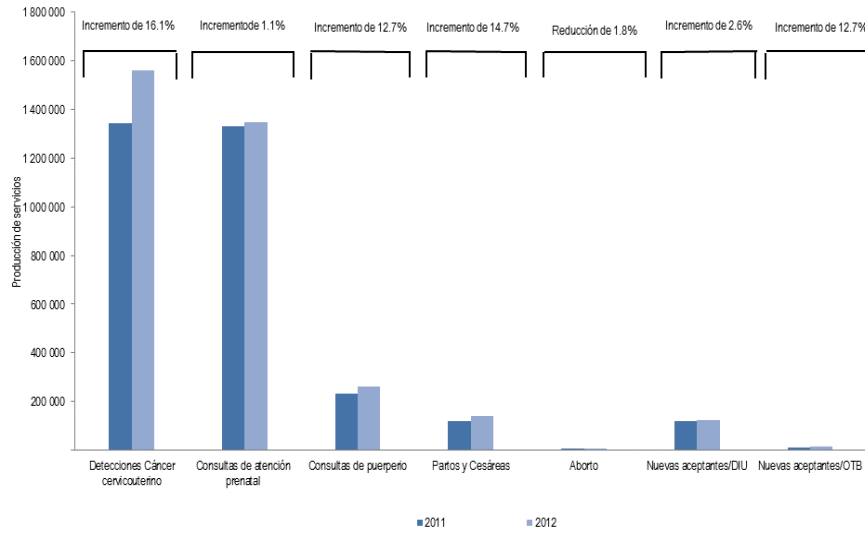
Las variaciones en el gasto total en SR para este agente en 2012, tienen dos posibles explicaciones: a) cambios en la cantidad de los servicios producidos y, b) variaciones en los costos de este agente. Con relación a los costos, los costos de producción en 2012 se mantuvieron igual a los costos de 2011, por lo que al incorporar la inflación de 2011 a 2012, el costo de los servicios producidos se reduce en términos reales.

Con relación a los cambios en la cantidad de servicios producidos, en el comparativo entre 2011 y 2012 presentado en la figura 30, se observa la reducción solo en el número de casos pagados por aborto que se redujo en 1.8%. Mientras que el número de consultas de atención prenatal y de puerperio aumentaron en 1.1 y 12.7%. De igual manera la atención de partos y cesáreas aumentó en 14.7%. Lo anterior trae como consecuencia un aumento en el gasto en salud materna perinatal, ya que el impacto de la reducción del gasto en abortos fue mínima dado el pequeño número de casos de aborto en comparación con el volumen de casos atendidos en los otros diagnósticos.

Adicionalmente, el aumento del número de nuevas aceptantes de OTB y DIU, en 2.6 y 12.7%, respectivamente, condujo a un aumento del gasto en planificación familiar. También aumento el número de detecciones de cáncer cervicouterino de 16.1% lo que se reflejó en el incremento del gasto en este padecimiento.

Figura 30

IMSS Oportunidades. Cambio porcentual en el número de casos atendidos por principales actividades en salud reproductiva. México, 2011-2012



Fuente: Elaboración propia a partir de Información de Egresos hospitalarios. IMSS Oportunidades, 2012⁴²

Instituto Mexicano del Seguro Social

El análisis de la evolución del gasto en SR y EG para este agente, en el período 2003-2012, da cuenta de una disminución promedio anual de 0.4%. Disminución imputable a los programas de cáncer cervicouterino y salud materno perinatal, que presentaron decrementos anuales promedio de 10.6% y 2.2%, respectivamente (cuadro XXII y figura 31). El resto de los programas reportaron incrementos al cierre del periodo: planificación familiar, cáncer de mama y endometriosis y patologías benignas, crecieron en 0.6, 5.6 y 6.2%; mientras que el gasto en cáncer de próstata se incrementó en 7.6%

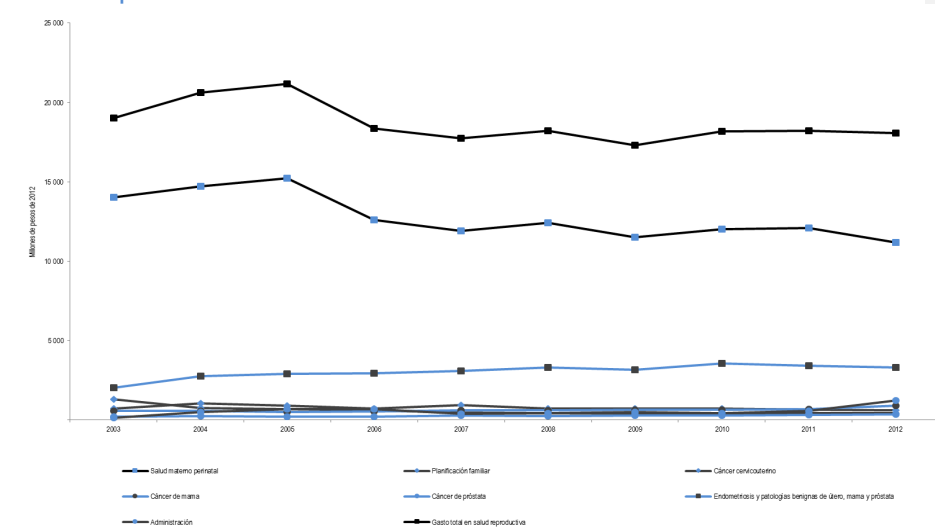
Al delimitar el análisis de lo gastado por el IMSS en salud reproductiva al período 2011-2012, se observa un decremento total de 0.8%, atribuible a la reducción del gasto en salud materno perinatal, y en

patología benignas principalmente, ya que estas actividades concentran el 80% del gasto total de este agente (cuadro XXII y figura 31).

Cuadro XXII
IMSS. Variación porcentual del gasto en salud reproductiva y equidad de género, 2003- 2012

	Variación porcentual									Promedio anual
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	
Salud materna perinatal	5.1	3.4	-17.3	-5.4	4.1	-7.1	4.2	0.8	-7.6	-2.2
Planificación familiar	46.8	-15.1	-18.7	27.7	-23.1	0.9	-0.6	-9.4	-2.8	0.6
Cáncer cervicouterino	-42.3	-8.9	-9.9	-25.1	-6.0	-4.0	5.8	-0.7	-4.3	-10.6
Cáncer de mama	-1.6	-7.7	2.4	13.6	-0.7	10.4	-0.6	5.3	29.5	5.6
Cáncer de próstata	21.9	-10.9	6.6	27.7	-10.0	7.1	6.9	9.7	9.4	7.6
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	-3.1	6.2
Administración	246.7	41.8	1.1	-43.1	13.5	9.0	-8.6	24.8	120.6	45.1
Gasto total en salud reproductiva	8.6	2.6	-13.3	-3.4	2.7	-5.0	5.2	0.2	-0.8	-0.4

Figura 31
IMSS. Evolución del gasto en salud reproductiva y equidad de género. México, 2003- 2012. Millones de pesos de 2012



	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Salud materno perinatal	14 021.9	14 730.0	15 232.9	12 599.2	11 919.7	12 409.6	11 522.7	12 008.3	12 107.0	11 184.3
Planificación familiar	724.1	1 062.9	902.8	733.7	937.0	720.5	727.2	722.6	654.4	636.2
Cáncer cervicouterino	1 302.8	752.0	684.7	617.2	462.5	434.6	417.0	441.2	438.0	419.1

Cáncer de mama	577.5	568.4	524.8	537.2	610.4	605.9	668.9	665.1	700.2	906.4
Cáncer de próstata	202.0	246.3	219.4	233.8	298.7	268.8	287.8	307.6	337.4	369.3
Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata	2 028.4	2 782.5	2 915.9	2 935.4	3 100.7	3 317.0	3 172.9	3 585.3	3 409.0	3 304.6
Administración	142.0	492.2	697.9	705.4	401.2	455.2	496.3	453.8	566.2	1 249.2
Gasto total en salud reproductiva	18 998.8	20 634.3	21 178.6	18 362.1	17 730.3	18 211.5	17 292.9	18 183.9	18 212.2	18 069.1

El origen de las variaciones del gasto en SR y EG para este agente tiene dos orígenes: variaciones en su presupuesto ejercido y variaciones en su producción de servicios. Con relación al presupuesto ejercido, se observa que éste se redujo en 6.9% en términos reales, el mayor decremento se observó en el presupuesto del tercer nivel (cuadro XXIII).

Cuadro XXIII

IMSS. Cambio en el presupuesto ejercido por nivel de atención. México, 2011 - 2012. Miles de pesos de 2012

	Gasto 2011	Gasto 2012	Variación porcentual 2011 - 2012
Primer nivel	37 087 047	37 408 571	0.9
Segundo nivel	80 411 047	78 809 996	-2.0
Tercer nivel	19 791 338	11 563 177	-41.6
Total	137 289 433	127 781 744	-6.9

Fuente: Elaboración propia a partir de Información de Gasto real por niveles de atención. IMSS, 2012⁴³

Leticia del Socorro Avila ..., 23/6/14 15:07

Eliminado: -

Por su parte, el análisis de la producción, permitió detectar aumento en el número de días estancia para los principales diagnósticos relacionados con la salud reproductiva. El número de consultas de control prenatal y puerperio aumentó en 7.0 y 5.4 % (cuadro XXIV). Por su parte, con relación a la atención hospitalaria, el número de días estancia por concepto de atención de parto normal y cesáreas se incrementó en 5.3 y 13.8%, respectivamente. Por el contrario, el número de días estancia en complicaciones en el embarazo, parto y puerperio y de las complicaciones neonatales se redujo en 3.9 y 2.1%, respectivamente. El efecto combinado de estos cambios se reflejó en que el gasto total de este agente se redujo.

Cuadro XXIV

IMSS. Cambio porcentual en los principales rubros y sus ponderadores utilizados en la estimación del gasto en salud reproductiva. México, 2011 - 2012

	2011	2012	Variación porcentual 2010 - 2011
Total de consultas	124 126 862	128 887 971	3.8

Consulta control prenatal	4 533 043	4 851 091	7.0
Consulta de puerperio fisiológico	298 185	314 268	5.4
Total de días estancia	6 796 176	6 885 765	1.3
Días estancia en complicaciones del embarazo, parto y puerperio	610 401	586 313	-3.9
Días estancia en complicaciones neonatales	363 963	356 176	-2.1
Días estancia en parto normal	52 616	55 428	5.3
Días estancia en cesáreas	76 959	87 550	13.8

Fuente: Elaboración propia a partir de Base de egresos hospitalarios 2012. IMSS, 2012⁴⁶

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

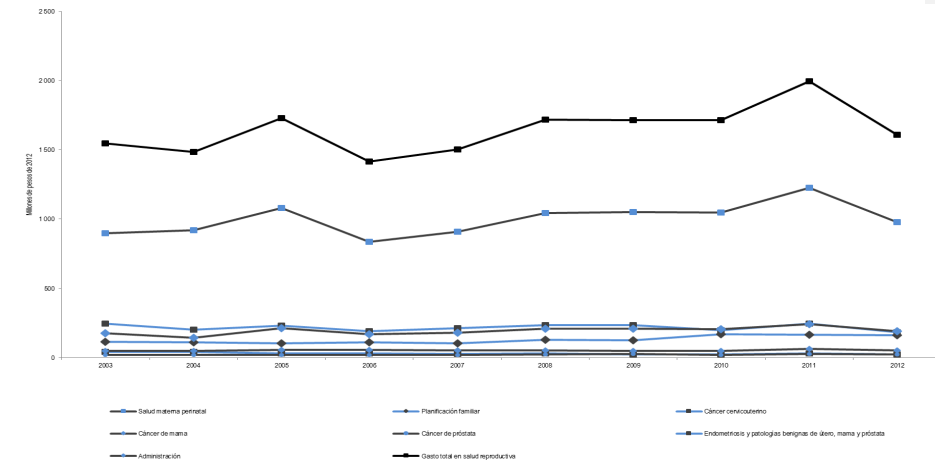
Entre 2003 y 2012 el gasto en SR y EG del ISSSTE experimentó un incremento promedio anual de 1.3%. Sin embargo, ha experimentado variaciones negativas en cinco de las diez estimaciones realizadas y fueron debido a reducciones en el gasto para el programa de salud materna perinatal, programa que, al igual que para el resto de los agentes financiadores, concentra la mayor proporción del gasto total en SR. Al comparar el gasto de este agente en 2012 respecto a 2011, se observa la disminución de 19.4% debido a una reducción generalizada del gasto en todos los programas en términos reales. Los programas que se vieron más afectados fueron salud materna perinatal en 20.3%, cáncer cervicouterino y de mama en 20.7 y 16.6%, respectivamente, mientras que cáncer de próstata y endometriosis y patologías benignas en 17.1 y 26.5%, respectivamente (cuadro XXV y figura 32).

Cuadro XXV

ISSSTE. Variación porcentual del gasto en salud reproductiva y equidad de género. México, 2003-2012

	Variación porcentual										Promedio anual
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012		
Salud materno perinatal	2.5	17.1	-22.6	8.7	14.7	1.0	-0.4	16.9	-20.3	2.0	
Planificación familiar	-4.8	-6.0	8.2	-6.3	23.6	-4.1	36.8	-3.1	-0.9	4.8	
Cáncer cervicouterino	-4.8	-28.2	3.2	-15.8	17.3	-21.7	1.0	23.1	-20.7	-5.2	
Cáncer de mama	0.0	13.6	-2.0	-4.8	0.3	-7.2	0.2	29.4	-16.6	1.4	
Cáncer de próstata	-3.7	14.8	-4.0	-11.9	28.7	12.8	-21.7	30.2	-17.1	3.1	
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	-26.5	-1.9	
Administración	-17.3	46.5	-19.2	6.1	14.5	0.0	-0.3	16.4	-20.6	2.9	
Gasto total en salud reproductiva	-3.9	16.5	-18.2	6.2	14.4	-0.2	-0.1	16.4	-19.4	1.3	

Figura 32
 ISSSTE. Evolución del gasto en salud reproductiva y equidad de género. México, 2003- 2012.
 Millones de pesos de 2012



	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Salud materna perinatal	898.4	920.8	1 078.6	834.5	908.0	1 041.3	1 051.5	1 047.1	1 224.2	975.8
Planificación familiar	114.4	109.0	102.4	110.8	103.9	128.4	123.1	168.4	163.2	161.7
Cáncer cervicouterino	42.1	40.1	28.8	29.7	25.0	29.3	23.0	23.2	28.6	22.7
Cáncer de mama	50.0	50.0	56.8	55.6	53.0	53.1	49.3	49.4	63.9	53.3
Cáncer de próstata	18.8	18.1	20.8	19.9	17.6	22.6	25.5	20.0	26.0	21.6
Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata	246.6	201.9	230.4	191.9	212.4	235.7	233.7	197.3	246.8	181.3
Administración	174.1	143.9	210.8	170.2	180.7	206.9	207.0	206.2	240.1	190.6
Gasto total en salud reproductiva	1 544.4	1 483.8	1 728.6	1 412.7	1 500.5	1 717.3	1 713.1	1 711.5	1 992.8	1 607.0

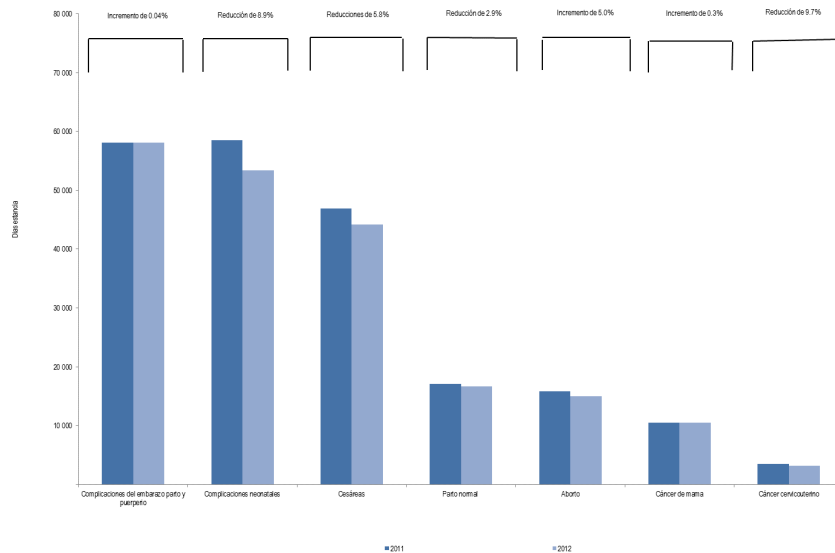
Al analizar la variación con relación al volumen de servicios producidos entre 2011 y 2012, se observan reducciones de 2.9% por atención de parto normal y 8.9% en complicaciones neonatales; cesáreas y abortos en 5.8 y 5.0%, y cáncer cervicouterino en 9.7%. Prácticamente no hubo variaciones en el número de días estancia en la atención de cáncer de mama y complicaciones del embarazo, partos y puerperio (figura 33).

Leticia del Socorro Avila ..., 23/6/14 15:15
 Eliminado: s

Adicionalmente, se registró una reducción en términos reales del presupuesto total en salud ejercido³⁹ por este agente de 7.3%, al pasar de 49 805.8 millones de pesos en 2011 a 46 155.5 millones en 2012 (pesos de 2012).

Figura 33

ISSSTE. Variación porcentual en el número de días estancia. México, 2011 - 2012



Fuente: Elaboración propia a partir de Base de egresos hospitalarios. ISSSTE. 2012⁴⁷

Sector privado

Entre los años 2003 y 2012 el gasto privado en salud reproductiva disminuyó anualmente en promedio 7.1%. Los programas que experimentaron las reducciones más importantes fueron salud materna perinatal y planificación familiar en 9.2% y 8.5%, respectivamente. El gasto en el resto de los programas mostró aumento, destacando la atención del cáncer de próstata que presentó un incremento anual promedio de 29.6%. El cáncer de mama y las patologías benignas de útero, mama y próstata presentaron también incrementos durante el periodo con 13.3 y 15.8% promedio anual, respectivamente. El gasto en cáncer cervicouterino se incrementó en 1.1% (cuadro XXVI).

Cuadro XXVI

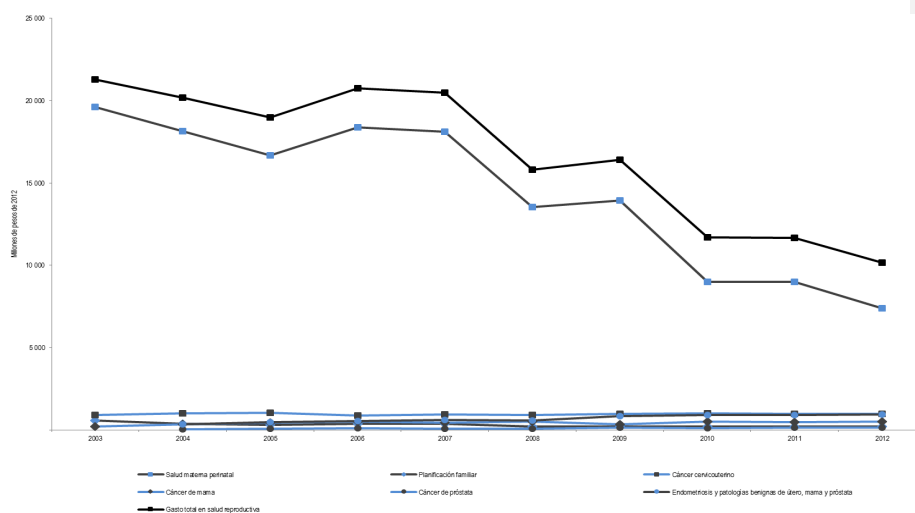
Sector privado. Variación porcentual del gasto en salud reproductiva y equidad de género. México, 2003- 2012

	Variación porcentual									Promedio anual
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	
Salud materna perinatal	-7.5	-8.1	10.2	-1.6	-25.3	3.0	-35.5	0.1	-17.8	-9.2
Planificación familiar	-37.3	-18.3	25.4	0.1	-42.1	0.4	-10.2	0.1	5.3	-8.5
Cáncer cervicouterino	12.6	2.0	-14.9	4.6	-1.7	5.2	3.9	-2.1	0.7	1.1
Cáncer de mama	58.8	29.7	15.2	-14.4	17.9	-29.1	41.5	-7.0	6.9	13.3
Cáncer de próstata		148.5	36.1	-19.6	14.1	47.8	-3.8	14.0	-0.2	29.6
Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata		46.3	12.8	12.9	-3.8	43.2	8.4	0.1	6.6	15.8
Gasto total en salud reproductiva	-5.1	-6.0	9.3	-1.3	-22.9	3.8	-28.7	-0.3	-12.9	-7.1

La figura 34 muestra la importante la tendencia del gasto del sector privado en salud reproductiva, se observa que para el periodo 2011-2012 hubo un descenso de 12.9% del mismo, debido principalmente a un menor gasto de los hogares en servicios de atención materna perinatal de 17.8%, equivalente a casi 1 600 millones de pesos constantes.

Figura 34

Sector privado. Evolución del gasto en salud reproductiva y equidad de género. México, 2003-2012. Millones de pesos de 2012



	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Salud materna perinatal	19 611.5	18 148.8	16 686.3	18 381.3	18 101.0	13 523.3	13 934.3	8 993.6	8 999.1	7 392.8
Planificación familiar	562.5	352.6	288.0	360.9	361.4	209.1	209.9	188.4	188.7	198.7
Cáncer cervicouterino	905.1	1 019.6	1 039.9	884.0	924.9	909.3	956.7	994.1	972.9	979.6
Cáncer de mama	207.1	329.0	426.5	490.9	420.5	495.9	351.8	497.8	463.0	494.9
Cáncer de próstata		26.5	66.0	89.7	72.2	82.4	121.8	117.2	133.7	133.4
Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata		320.3	468.7	528.3	597.0	574.1	822.4	891.0	892.1	950.7
Gasto total en salud reproductiva	21 286.2	20 196.9	18 975.4	20 735.2	20 477.0	15 794.1	16 396.8	11 682.2	11 649.5	10 150.1

La información del gasto de los hogares en salud reproductiva proviene de la Encuesta Nacional de Ingreso Gasto de los Hogares (ENIGH 2012), la cual permite detallar el gasto de los hogares en tres actividades sustantivas: atención del embarazo y parto, y en menor medida en planificación familiar. El cuadro XXVII muestra la evolución de la composición del gasto corriente de los hogares en todos los rubros en los que reporta la ENIGH para los años 2006 a 2012, en particular destacamos el gasto total de los hogares en salud. Es pertinente aclarar que el gasto total de los hogares en salud incluye todos los rubros de salud, la cual incluye consultas y hospitalización en general, mientras que el gasto en salud reproductiva es un componente de éste ya que se acota solamente al gasto en la atención de embarazos, partos y compra de métodos de planificación familiar.

El cuadro XXVII muestra que el gasto total de los hogares en salud se redujo en los tres últimos levantamientos de la ENIGH. Ello explica el comportamiento del gasto privado del cuadro XXVI y la figura 32, ya que el gasto de bolsillo representa 90% del gasto privado total en salud³⁹, así como la reducción del gasto en SR en 63% durante el periodo analizado. El decremento más grande del gasto de bolsillo total en salud es el registrado en 2008 respecto a 2006, con una reducción de 32.2%, decremento que fue superior a la reducción del gasto de los hogares en salud reproductiva que fue de 25.3%. En 2010 aunque el descenso del gasto total de los hogares en salud fue de 8.9% respecto a 2008, el reportado por el gasto de los hogares en salud reproductiva fue mayor, de 35.5%. En 2012 el descenso del gasto total de hogares en salud fue de 1.4%, mucho menor que el registrado para el gasto de los hogares en salud reproductiva de 17.8%.

Otro aspecto que vale la pena destacar es que comparando 2008 con el reporte anterior de 2006, la reducción del gasto corriente total de los hogares fue generalizada en todos sus rubros (excepto alimento, bebidas y tabaco, y autoconsumo), al pasar de 1 billón 069 mil millones de pesos en 2006 a 953.8 miles de millones de pesos en 2008, lo que podría ser explicado por la crisis económica de ese año.

Cuadro XXVII

Composición del gasto corriente total promedio trimestral por hogar por grandes rubros de gasto según año de levantamiento (miles de pesos de 2012)

Grandes rubros de gasto	Año de levantamiento				Variación		
	2006	2008	2010	2012	2006-2008	2008-2010	2010-2012
Gasto Corriente Total	1 069 552 583	953 876 331	993 635 982	1 064 991 775	-10.8	4.2	7.2
Gasto Corriente Monetario	810 127 628	716 694 407	759 579 156	806 495 926	-11.5	6.0	6.2
Alimentos, bebidas y tabaco	238 630 077	241 794 976	248 785 497	274 192 581	1.3	2.9	10.2
Vestido y calzado	47 627 068	37 745 860	42 175 682	41 246 933	-20.7	11.7	-2.2
Vivienda y combustibles	72 016 441	71 688 236	70 744 592	71 475 753	-0.5	-1.3	1.0
Artículos y servicios para la casa	51 614 789	42 960 649	47 025 941	48 805 300	-16.8	9.5	3.8
Cuidados de la salud	33 036 482	22 371 537	20 378 125	20 082 791	-32.3	-8.9	-1.4
Transporte y comunicaciones	153 468 717	131 923 362	140 814 443	148 960 063	-14.0	6.7	5.8
Educación y esparcimiento	125 486 455	96 356 443	103 466 508	111 372 584	-23.2	7.4	7.6
Cuidados personales	53 196 420	49 913 341	62 052 448	59 156 507	-6.2	24.3	-4.7
Transferencia de gasto	35 051 179	21 940 003	24 135 920	31 221 415	-37.4	10.0	29.4
Gasto Corriente no Monetario	259 424 955	237 181 924	234 056 826	258 495 850	-8.6	-1.3	10.4
Autoconsumo	9 749 504	10 159 033	8 408 935	10 518 693	4.2	-17.2	25.1
Remuneraciones en especie	18 612 392	17 655 024	10 617 698	16 839 661	-5.1	-39.9	58.6
Transferencias en especie	96 630 563	76 834 349	67 929 331	86 130 724	-20.5	-11.6	26.8
Estimación de alquiler y vivienda	134 432 497	132 533 519	147 100 861	145 006 771	-1.4	11.0	-1.4

Fuente. Instituto Nacional de Geografía y Estadística. INEGI⁵⁰

Leticia del Socorro Avila ..., 23/6/14 15:33

Eliminado: y

Leticia del Socorro Avila ..., 23/6/14 15:33

Eliminado: 5

Leticia del Socorro Avila ..., 23/6/14 15:34

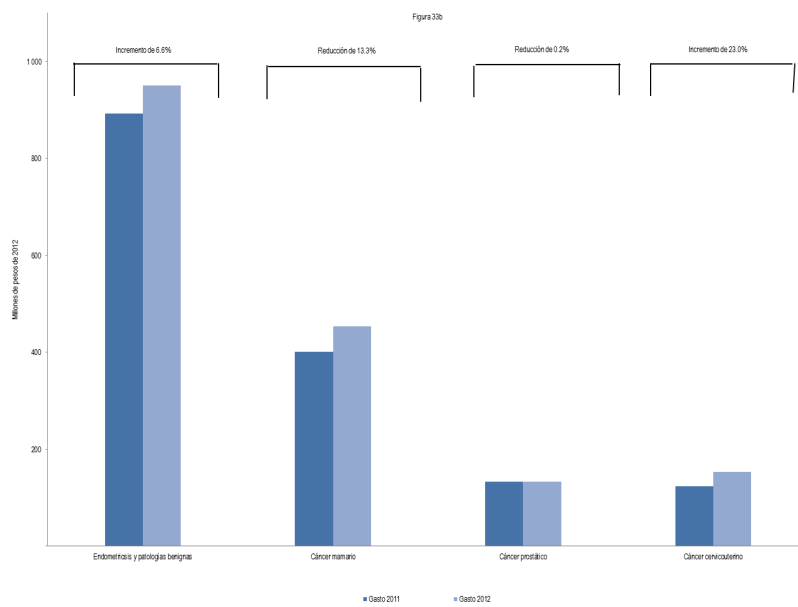
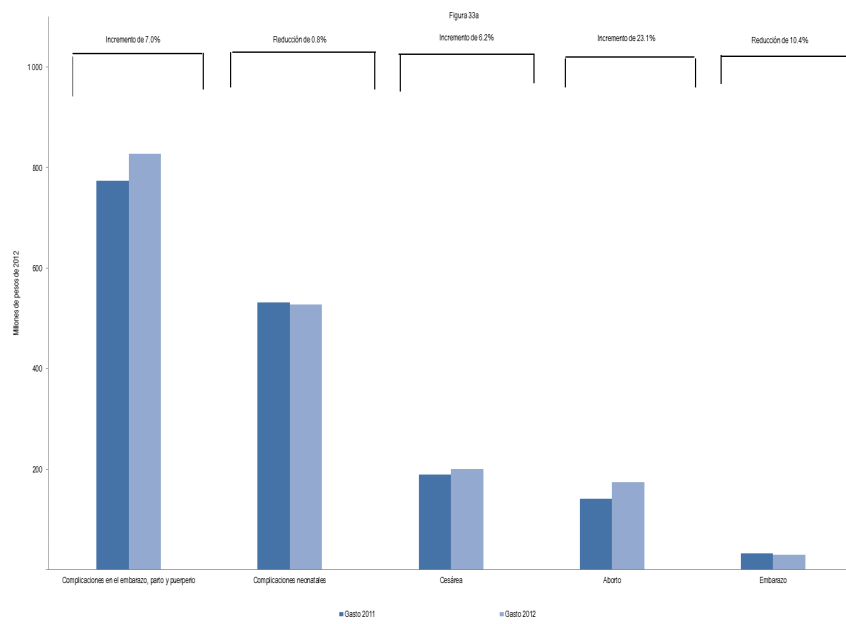
Eliminado: del gasto en SR.

Una de las limitantes de esta encuesta es que no se puede identificar el gasto que los hogares realizan para ningún tipo de cáncer, ya que estos padecimientos se agrupan en el gran rubro de gasto en salud, así que la información del gasto privado en estos rubros proviene del reporte que hace la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, AMIS.⁵¹ La figura 35 muestra la evolución del gasto de las aseguradoras en el período 2011 – 2012. En lo que respecta a salud materna y perinatal, la figura 35a muestra un incremento en el gasto en complicaciones en el embarazo, parto y puerperio así como en cesáreas y abortos en 2012 respecto a 2011 de 7.0, 6.2 y 23.1%, respectivamente. Mientras que, por el contrario, el gasto en complicaciones neonatales y embarazos se redujo en 0.8 y 10.4%, respectivamente.

En el caso de los cánceres y patologías, la figura 35b muestra un incremento en el gasto en cáncer mamario y cervicouterino de 13.3 y 23.0%, respectivamente, así como de las patologías benignas en 6.6%. El cáncer de próstata se redujo en 0.2%.

Figura 35

Sector privado. Gasto de las aseguradoras. México 2011 – 2012. Miles de pesos de 2012



Fuente: elaboración propia con información de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, AMIS.⁵¹

6.

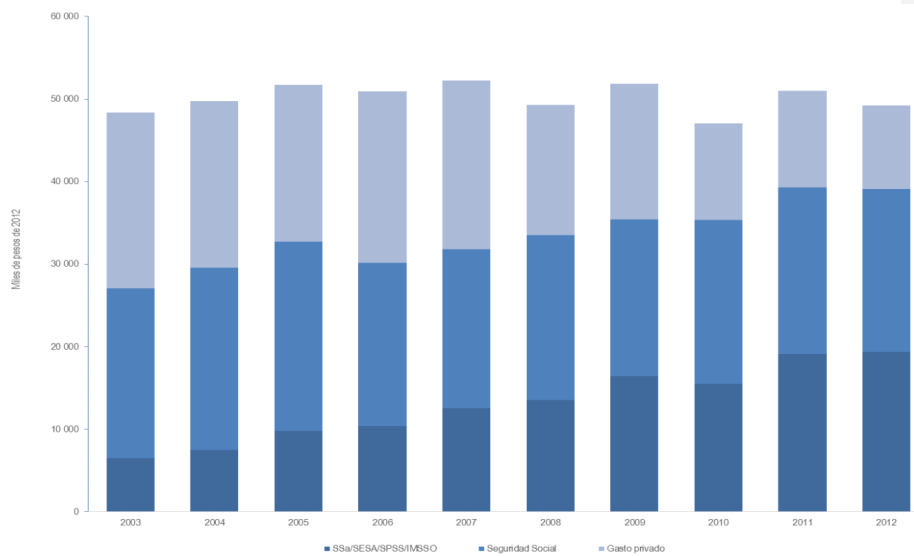
Conclusiones y discusión

Con la estimación de 2012, las Cuentas en Salud Reproductiva (CSR) cumplen ya una década ininterrumpida de estarse generando anualmente, permitiendo con ello conocer el gasto en salud reproductiva en México. En esta década se introdujeron importantes cambios en el sistema de salud mexicano, como la creación en 2003 del Sistema de Protección Social en Salud el cual surgió con los objetivos de garantizar el acceso a servicios de salud y asegurar la protección financiera a la población que por su empleo están excluidas de la seguridad social. En materia de salud reproductiva, se implementaron también importantes acciones como la Estrategia Embarazo Saludable en 2008 que afilia al Seguro Popular a toda mujer embarazada sin acceso a la seguridad social, así como el Convenio Interinstitucional para la Atención de la Emergencia Obstétrica en 2008, orientados a eliminar las barreras de acceso y mejorar la oportunidad en la atención durante el embarazo y parto.

La implantación de todas estas acciones trajo como consecuencia la movilización de una importante cantidad de recursos focalizados en la población sin acceso a la seguridad social, así, el gasto público en salud para este sector de la población pasó de 92 746 millones de pesos en 2003 a 221 612.5 millones de pesos en 2012, un incremento de 139% en términos reales. En este contexto de reformas, la existencia de la serie de gasto generada a partir de las CSR ha permitido generar evidencia para dar seguimiento y documentar estos cambios financieros. Así, en la figura 36 se observa la creciente participación de los agentes públicos financiando el gasto en SR, ya que ha pasado de 56.0% en 2003 a 79.4% en 2012. Esta participación del gasto público financiando actividades y programas de salud reproductiva ha sido mayor que la que tiene para el gasto total en salud, en la que pasó de 44.2% a 51.8% en los mismos años.³⁹ El crecimiento del gasto público se ha dado a expensas de un mayor gasto en la población sin acceso a la seguridad social, así el gasto de los agentes que dan cobertura a esta población pasó de concentrar 24.1% del gasto público en SR en 2003 a 50.5% para 2012.

A diez años de la implementación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) otro resultado que es interés analizar es cómo ha cambiado la participación de los hogares financiando su salud, ya que el objetivo central de éste es proteger financieramente a los hogares más pobres evitándoles incurrir en gasto en salud, ya que para ellos puede ser catastrófico o empobrecedor. Los resultados muestran que el gasto privado pasó de concentrar 44% del gasto en SR en 2003 a poco más de 20% en 2012, esta caída se da a expensas de una menor participación de los hogares financiando estas actividades, en 2003 los hogares concentraban 93.6% del gasto privado, en 2015 esta proporción es de 65.1%. La caída del gasto de los hogares financiando acciones de SR es mayor que la observada para el gasto total en salud (figura 36). Ello sugiere que el efecto de políticas enfocadas en SR como la Estrategia Embarazo Saludable ha potenciado el efecto de otras más generales como la puesta en marcha del Seguro Popular, lo que ha favorecido que las mujeres excluidas de la seguridad social hagan ahora un mayor uso de servicios públicos de salud durante el embarazo y parto.

Figura 36
Composición del gasto total en salud reproductiva y el gasto total en salud. México 2003–2012



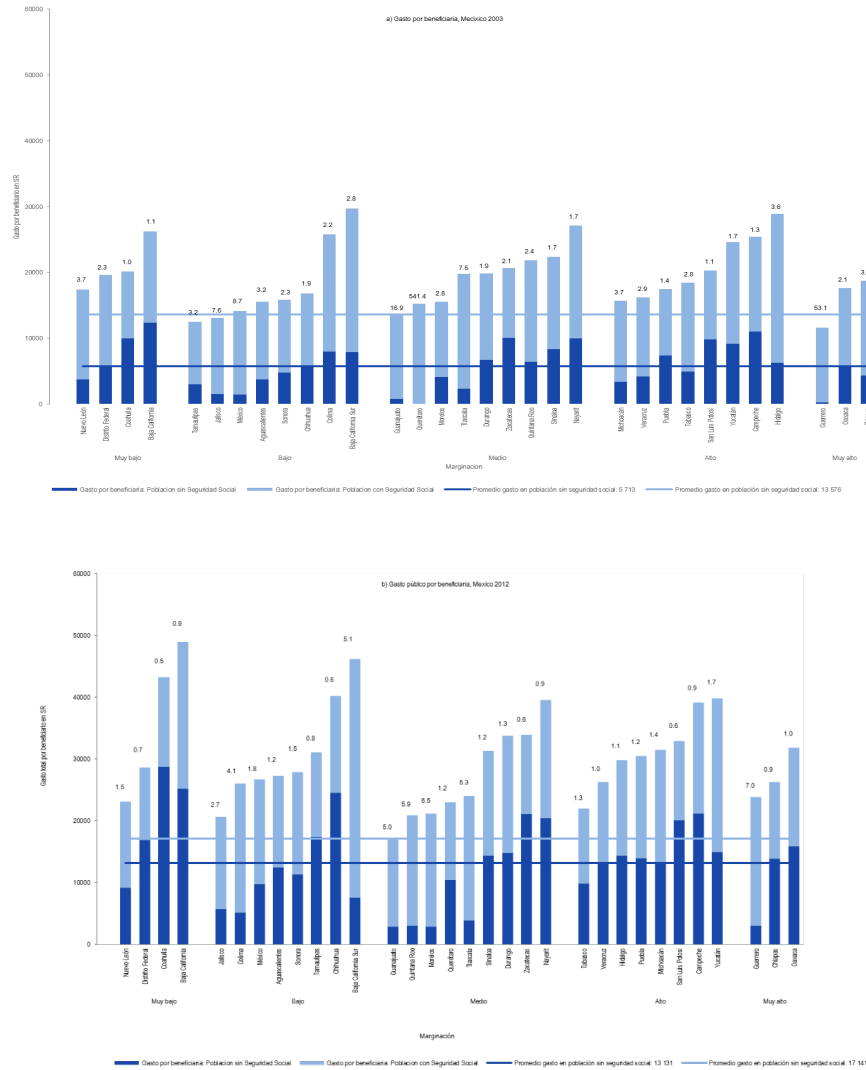
Año	Gasto público en salud %	Gasto privado en salud %	Gasto en salud de la población no asegurada como % del gasto público en salud	Gasto de bolsillo como % del gasto privado en salud
-----	--------------------------	--------------------------	---	---

Gasto total en salud reproductiva	2003	56.0%	44.0%	24.1%	93.6%
	2004	59.4%	40.6%	25.2%	89.5%
	2005	63.3%	36.7%	30.0%	86.1%
	2006	59.3%	40.7%	34.5%	87.0%
	2007	60.8%	39.2%	39.5%	88.1%
	2008	68.0%	32.0%	40.9%	84.5%
	2009	68.4%	31.6%	46.4%	81.2%
	2010	75.2%	24.8%	43.8%	71.4%
	2011	77.1%	22.9%	48.6%	71.6%
	2012	79.7%	20.3%	50.5%	65.1%
Gasto total en salud	2003	44.2%	55.8%	66.9%	93.3%
	2004	45.2%	54.8%	67.3%	93.4%
	2005	45.0%	55.0%	62.0%	92.7%
	2006	45.2%	54.8%	60.2%	92.2%
	2007	45.4%	54.6%	58.9%	91.6%
	2008	47.0%	53.0%	55.2%	91.7%
	2009	48.2%	51.8%	54.6%	91.2%
	2010	49.0%	51.0%	55.4%	90.9%
	2011	50.3%	49.7%	55.7%	90.4%
	2012	51.8%	48.2%	55.1%	90.4%

En términos de equidad financiera, la serie de gasto en SR da evidencia que permite señalar que como resultado de las políticas implantadas en México se han reducido las brechas de gasto en SR entre población con y sin seguridad social. Así, a nivel nacional en 2003, por cada peso que se gastaba en acciones de salud reproductiva en la población con seguridad social, se gastaba 42 centavos para la población sin seguridad social (gasto promedio de 13 576 y 5 713 pesos, respectivamente), para 2012 se gastaban 76 centavos en población sin seguridad social (gasto promedio de 17 141 y 13 131 pesos, respectivamente). Las Figuras 37a y 37b presentan apilado el gasto por beneficiaria por tipo de población (con y sin seguridad social) por entidad federativa, las entidades se agrupan por el nivel de marginación reportado por Conapo.⁵⁷ Encima de cada barra se presenta el valor de cuantas veces equivale el gasto por beneficiario de la seguridad social con relación al gasto por beneficiario para la población sin seguridad social. En la figura 37a se observa que en 2003, en todas las entidades federativas el gasto en acciones de salud reproductiva fue mayor en las mujeres que tenían seguridad social en comparación con las no tuvieron acceso a estos esquemas. Para 2012 estas brechas del gasto entre estos dos tipos de población se redujeron en prácticamente todas las entidades, la única excepción fue Baja California Sur. Sin embargo, a pesar de este avance, aún hay oportunidades de mejora, ya que

en estados como Guerrero, Morelos, Quintana Roo y Guanajuato presentan aún brechas importantes. Así en Guerrero, estado de muy alta marginación, el gasto en una mujer derechohabiente de la seguridad social es 7 veces es de una mujer sin seguridad social, para Morelos, Quintana Roo y Guanajuato estas proporciones fueron de 1 a 6.5, 1 a 5.9 y 1 a 5 respectivamente.

Figura 37
Gasto público por beneficiaria en población con y sin seguridad social por entidad federativa y grado de marginación, México 2003 y 2012



Otro aspecto importante para evaluar para la política pública en salud es la relación entre el gasto en acciones preventivas y curativas, y cómo éstas han evolucionado en el tiempo. Los resultados muestran que en 2003, el gasto en acciones curativas era 4.4 veces más alto que el gasto en acciones preventivas. En 2012, el gasto en acciones curativas es casi tres veces más que para acciones preventivas, lo cual es el reflejo de un efecto combinado, por un lado la reducción del gasto en acciones curativas en 5% en 2012 con relación a 2003, y por la otra el crecimiento en 32% del gasto en acciones preventivas. Este es un resultado alentador, ya que este gasto está relacionado con la atención prenatal y los programas de planificación familiar y consultas durante el puerperio, y el gasto en estas acciones se han documentado que son costo-efectivas para reducir la mortalidad materna e infantil. Hay sin embargo, también oportunidades para mejorar la eficiencia de gasto incrementando el gasto en estas acciones y monitoreando su cobertura principalmente entre poblaciones indígenas y en entidades de alta marginación, que es la población más vulnerable.

La información generada permite documentar también que el crecimiento del gasto entre agentes ha sido heterogénea. Destaca el crecimiento en el gasto en todos los programas en los agentes que dan cobertura a la población sin seguridad social (cuadro XXVIII). El mayor crecimiento para los programas de salud materno-perinatal y planificación familiar la tuvieron SS/SESA/SPSS, mientras que por el contrario, los decrementos más importantes se observaron en el sector privado. Con relación al gasto en cánceres cervicouterino, mamario y prostático y patologías benignas, los mayores incrementos se observan de nuevo en los agentes dan cobertura a población sin seguridad social.

En particular, se observa la importancia creciente del gasto en cáncer de mama en SS/SESA/SPSS, IMSS Oportunidades y el gasto de las aseguradoras. Ello podría ser el reflejo de varios factores, uno de los más importantes la inclusión de este padecimiento en el FPGC, así como el incremento en la prevalencia y mortalidad por este padecimiento en los últimos años (figuras 7 y 8, cuadro XXVIII).⁹ Otro

factor podría ser explicado por a que debido a que un mejor acceso a servicios públicos se realiza una mayor identificación de casos y por lo tanto, un mayor uso de servicios asociados a la atención de las mujeres con este padecimiento. Por el contrario, se observa una reducción del gasto en cáncer cervicouterino en los agentes de la seguridad social, lo que podría ser un reflejo de un menor número de casos entre 2012 con relación a 2011 (figuras 11 y 12, cuadro XXVIII).

Llama la atención el incremento del gasto de los seguros médicos privados prepagados en la atención de los cánceres, en particular para cáncer de prostático. La continuidad de la serie de gasto permitirá analizar si la incorporación de este padecimiento al FGPC modifica los niveles y la composición del gasto para este padecimiento (cuadro XXVIII).

Cuadro XXVIII

Crecimiento promedio del gasto en los programas de salud por agente financiador. México, 2003 - 2012

	Salud materna perinatal	Planificación familiar	Cáncer cervicouterino	Cáncer de mama	Cáncer de próstata	Endometriosis y patologías benignas	TOTAL
SS/SESA/SPSS	16.6	23.8	27.0	49.7	1.0	8.8	13.0
IMSS Oportunidades	9.6	1.1	5.9	10.4	111.2	-	5.8
IMSS	-2.2	0.6	-10.6	5.6	7.6	6.2	-0.4
ISSSTE	2.0	4.8	-5.2	1.4	3.1	-1.9	1.3
Gasto privado*	-9.2	-8.5	1.1*	13.3*	29.6*	15.8*	-7.1
Total	-1.6	4.7	0.1	16.5	6.4	8.4	0.5

* Debido a que la información del gasto de los hogares que proviene de las ENIGH no permiten detallar el gasto en atención para estos padecimientos, la información del gasto privado en estos padecimientos proviene de los seguros médicos privados prepagados.

En estos 10 años de análisis, las acciones vinculadas con la salud materna siguen siendo preponderantes y son las que continúan concentrado la mayor proporción del gasto en SR; aunque la importancia de estas acciones ha ido decreciendo en el tiempo pasando de concentrar casi 80% del gasto en SR en 2003 a 65.5% en 2012 (cuadro XXIX). Sin embargo, este comportamiento también ha sido heterogéneo entre los agentes, ya que mientras que la proporción del gasto de los agentes que se enfocan en población fue creciente año con año, para los agentes de la seguridad social se redujo (en el IMSS se ha reducido y en el ISSSTE se ha mantenido estable). El incremento del gasto en salud materna perinatal para la población sin seguridad social coincide con la puesta en marcha y expansión del Seguro Popular

a un mayor número de entidades federativas y, en particular, con el inicio en 2008, de la Estrategia Embarazo Saludable.

Cuadro XXIX

Participación porcentual del programa de salud materna perinatal en el gasto en total salud reproductiva por agente financiador. México, 2003-2012

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
SS / SESA / SPSS	6.2	6.8	10.6	12.5	13.7	14.5	16.1	17.8	20.0	21.8
IMSS Oportunidades	2.2	2.8	2.3	2.4	3.0	3.5	4.0	3.9	4.0	4.6
IMSS	29.0	29.6	29.5	24.8	22.8	25.2	22.2	25.5	23.8	22.4
ISSSTE	1.9	1.8	2.1	1.6	1.7	2.1	2.0	2.2	2.4	2.0
Gasto privado	40.6	36.5	32.3	36.1	34.6	27.4	26.9	19.1	17.7	14.8
Gasto total	79.9	77.5	76.8	77.4	76.0	72.7	71.3	68.5	67.8	65.5
Gasto total en SR	48 349	49 771	51 693	50 905	52 251	49 284	51 825	47 059	50 975	49 930

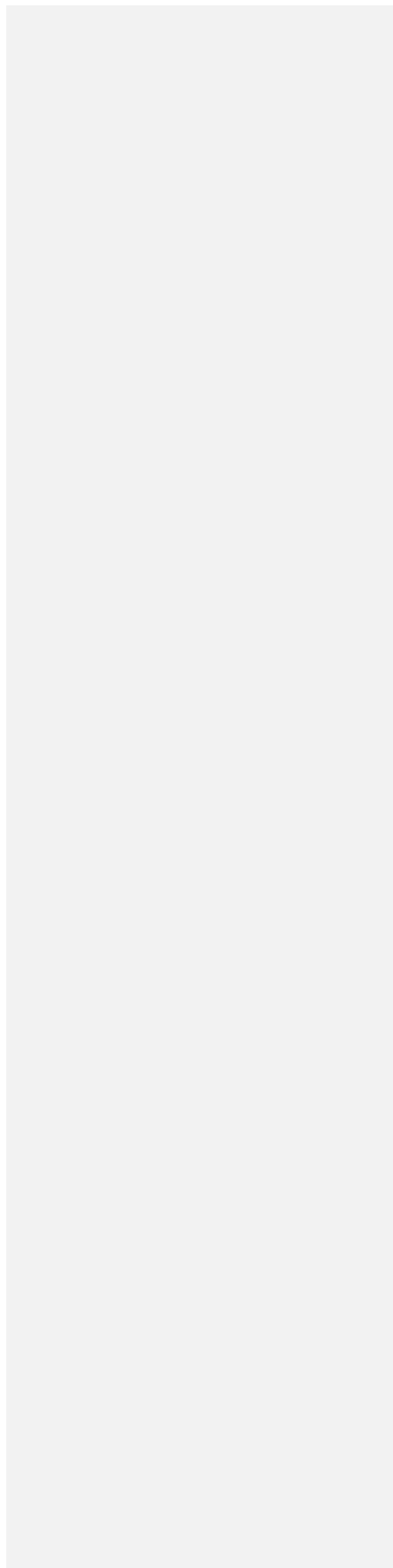
A una década de haber iniciado con las estimaciones del gasto para SR, la continuidad y la estimación sistemática del gasto ha permitido construir una serie de diez puntos en el tiempo, comparable en el plano estatal y nacional. La cambiante realidad del sistema de salud mexicano, ha llevado a la necesidad de introducir cambios en la estimación del gasto en SR y EG, ello con el objetivo de reflejar mejor esta compleja realidad. Así en la estimación del 2012 se introduce como cambio la agrupación del gasto de la Secretaría de Salud, los SESA y el SPSS, ya que la creciente población afiliada al Seguro Popular (principal brazo operativo del SPSS) que en 2011 alcanzó según reportes oficiales los 52.9 millones de mexicanos,³⁸ hacía ya impropio la separación del gasto entre estos agentes, dado que dan cobertura a la misma población. Ello hace que las cuentas en SR y EG sean un herramienta de análisis vigente y clave para documentar financieramente las consecuencias de las políticas en salud, como la implantación del Sistema de Protección en Salud (SPSS), o la Estrategia Embarazo Saludable, en la modificación de 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.

Es pertinente reconocer el interés y el apoyo de las autoridades en salud en México, y concretamente del CNEGySR para dar continuidad a la construcción de esta serie, de la que no se tiene documentación

exista otra comparable en algún otro país, al menos para la Región de América Latina y del Caribe. El reto continúa siendo lograr su institucionalización, y que su generación esté incluida entre los reportes anuales que el Gobierno Federal se compromete a generar. Se requerirá impulsar y desarrollar el uso de esta información relacionándola no sólo con indicadores de necesidades de salud, sino también con indicadores de cobertura o uso de servicios. Ello porque no basta con incrementar el monto de recursos públicos, se requiere también conocer con qué eficiencia se ha manejado este incremento de los recursos públicos, para responderlas habrá que avanzar en análisis de desempeño del sistema de salud, así como promover el uso de esta información en los procesos de toma de decisión de las autoridades del sector salud.

|

ANEXOS



Referencias

¹ 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

² Organización de las Naciones Unidas. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/maternal.shtml>

³ Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México. Informe de Avances 2010. INEGI. Disponible en: <http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/cgi-win/ODM.exe/OBJJODM0050> [consultado: Septiembre de 2011].

⁴ Secretaría de Salud. Sistema de Protección Social en Salud. Informe de Resultados 2011. Disponible en <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php/transparencia/viii-rendicion-de-cuentas/13-transparencia/112-cifras> [consultado mayo de 2014].

⁵ Quinto informe de Gobierno. Presidencia de la República. Disponible en: www.presidencia.gob.mx

⁶ Secretaría de Salud, Sexto Informe de Labores. México, 2012. Disponible en: http://portal.salud.gob.mx/contenidos/transparencia/rendicion_de_cuentas/rendiciondecuentas.html [Consultado: septiembre 2013].

⁷ World Health Organization. MDG 4: reduce child mortality. Disponible en: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/en/ Última revisión: abril de 2014.

⁸ World Health Organization. Global Health Observatory Data Repository. Disponible en: <http://apps.who.int/ghodata/> [Consultado: septiembre 2013].

⁹ Dirección General de Información en Salud. Secretaría de Salud. México, 2013. Disponible en <http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>. [Consultado: septiembre 2013].

¹⁰ World Health Organization. Trends in Maternal Mortality 1990 to 2013. Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World bank and the United National Population Division.

¹¹ Agencia Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer [www.iarc.fr] © IARC 2012. Disponible en: <http://www.iarc.fr/en/websites/researchprg.php> [consultado febrero de 2012].

¹² Institute for Health Metrics and Evaluation. Disponible en <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-cause-patterns>. [consultado octubre de 2013].

¹³ Moreno MF. La violencia en pareja. Rev Panam Salud Publica 1999;5:245-58,

¹⁴ Rodgers K. Wife assaults: the findings of a National Survey. Juristat Service Bulletin Statistics Canada 1994;9:14-89.

-
- ¹⁵ Mooney J. The hidden figure: domestic violence in north of London. London: Middlesex University, School of Sociology and Social Policy, 1995;
- ¹⁶ 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.
- ¹⁷ Flynn C. Relationship violence by women: issues and implications. *Family Relations* 1990;39:194-8.
- ¹⁸ 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.
- ¹⁹ Ellsberg M. Confitos en el infierno: prevalencia y características de la violencia conyugal. Managua: Asociación de Mujeres por la Democracia, 1996.
- ²⁰ Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011 (ENDIREH). Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Derechos reservados © 2014 INEGI. México, DF. Disponible en : <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/soc/sis/microdatos/> [consultado mayo 2014]
- ²¹ OECD, WHO, Eurostat. A System of Health Accounts 2011(SHA 2011). Disponible en: http://www.who.int/nha/sha_revision/en/
- ²² Ferran 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. En: www.paho.org/Spanish/AD/GE/chile06-ferran.pdf
- ²³ 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>
- ²⁴ World Health Organization. Reproductive health [who.int]. Ginebra, Suiza: WHO; 2008. Disponible en: http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/ [consultado: septiembre de 2008].
- ²⁵ Ávila-Burgos L, Cahuana-Hurtado L., Pérez-Nuñez 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.
- ²⁶ Ávila L, Cahuana L, Pérez R, Cuentas Nacionales en Salud Reproductiva y Equidad de Género. Ciudad de México/Cuernavaca, México: Secretaría de Salud/Instituto Nacional de Salud Pública, 2005
- ²⁷ Ávila-Burgos L, Montañez-Hernández JC, Cahuana-Hurtado L, Aracena-Genao Belkis. Cuentas en salud reproductiva y equidad de género. Estimación 2011 y comparativo 2003-2011. Ciudad de México/Cuernavaca, México: Secretaría de Salud/Instituto Nacional de Salud Pública, 2013
- ²⁸ 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.

-
- ²⁹ 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.
- ³⁰ World Health Organization. Reproductive health [who.int]. Ginebra, Suiza: WHO; 2008. Disponible en: http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/ [consultado: septiembre de 2008].
- ³¹ 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.
- ³² Ravi P. Rannan-Eliya. Revision of the System of Health Accounts. SHA Revision Unit 11: Classification by beneficiary/recipient characteristics. Marzo 2009.
- ³³ World Health Organization. Mother-baby package costing spreadsheet. Versión 1.01. [CD-ROM]. Ginebra, Suiza: WHO; 1999.
- ³⁴ Secretaría de Salud. Resolución por la que se modifica la Norma Oficial Mexicana NOM-005-SSA2-1993. De los servicios de planificación familiar. Diario Oficial de la Federación. México; 21 de enero de 2004.
- ³⁵ Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino. Diario Oficial de la Federación. México; 6 de marzo de 1998.
- ³⁶ Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002. Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Diario Oficial de la Federación. México; 17 de septiembre de 2003.
- ³⁷ Secretaría de Salud. Programa de Acción: Cáncer de Próstata. México, DF: Secretaría de Salud; 2001. Disponible en: www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_3/cancer_prostata.pdf [consultado: septiembre 2008].
- ³⁸ Sistema de Protección Social en Salud. Informe de resultados 2012. Disponible en www.seguro-popular.gob.mx
- ³⁹ Secretaría de Salud. Boletín de Información Estadística 32(4). México, DF: Secretaría de Salud; 2012. Disponible en: http://sinais.salud.gob.mx/descargas/zip/bie32_vIV.zip [consultado: septiembre de 2012].
- ⁴⁰ Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Informe final de resultados 2012. Disponible en: http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/contenidos/transparencia/transparencia_2sem11.html [consultado: septiembre de 2013].
- ⁴¹ IMSS Oportunidades. Coordinación de Atención Integral a la Salud. Informe Integral Total (Ámbito rural con módulos urbanos) Por delegación. Enero-diciembre 2012. México (CD-ROM). México: IMSS Oportunidades.
- ⁴² IMSS Oportunidades. Coordinación de Atención Integral a la Salud. Egresos Hospitalarios 2012. México (CD-ROM). México: IMSS Oportunidades

-
- ⁴³ IMSS. Coordinación de presupuesto e información programática. Gasto real por niveles de atención 2012. México DF: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2012. México (CD-ROM). México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- ⁴⁴ IMSS. Coordinación de presupuesto e información programática. Memoria estadística 2012. México DF: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2012. México (CD-ROM). México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- ⁴⁵ IMSS. Coordinación de presupuesto e información programática. Morbilidad 2012. México (CD-ROM). México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- ⁴⁶ IMSS. Coordinación de presupuesto e información programática. Egresos Hospitalarios 2012. México (CD-ROM). México: Instituto Mexicano del Seguro Social.
- ⁴⁷ ISSSTE. Dirección de Finanzas. Egresos Hospitalarios 2012. México (CD-ROM). México: Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores del Estado.
- ⁴⁸ ISSSTE. Dirección de Finanzas. Anuario Estadístico 2012. México (CD-ROM). México: Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores del Estado.
- ⁴⁹ ISSSTE. Dirección de Finanzas. Presupuesto ejercido 2012. México (CD-ROM). México: Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores del Estado.
- ⁵⁰ Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2012 (ENIGH). Instituto Nacional de Estadística y Geografía, Derechos reservados © 2014 INEGI. México, DF. Disponible en : <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/soc/sis/microdatos/> [consultado junio 2013]
- ⁵¹ Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros. Gastos Médicos Mayores. Por tipo de plan, rango de edad y sexo. México, 2012.
- ⁵² Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-014-SSA2-1994. Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer cervicouterino. Diario Oficial de la Federación. México; 6 de marzo de 1998.
- ⁵³ Secretaría de Salud. Norma Oficial Mexicana NOM-041-SSA2-2002. Para la prevención, diagnóstico, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama. Diario Oficial de la Federación. México; 17 de septiembre de 2003.
- ⁵⁴ Secretaría de Salud. Programa de Acción: Cáncer de Próstata. México, DF: Secretaría de Salud, 2001. Disponible en: www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_3/cancer_prostata.pdf [consultado: Septiembre 2008].
- ⁵⁵ Instituto Nacional de Estadística y Geografía. INEGI Calculadora de inflación. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/> [consultado: mayo de 2014].
- ⁵⁶ Secretaría de Salud/Instituto Nacional de Salud Pública. Evaluación Externa del Fondo de Protección Contra Gastos Catastróficos del Sistema de Protección Social en Salud 2013. Disponible en:

http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/evaluacion_programas/descargas/spss/IF_EESPSS2013.pdf
[consultado: mayo de 2014].

⁵⁷ Consejo Nacional de Población. Índices de Marginación. Disponible en:
http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Indices_de_Marginacion_Publicaciones [consultado: mayo de 2014].