

Evolución y distribución del gasto en salud reproductiva. México 2003-2010

Mtro. Julio Montañez-Hernández, Dra. Leticia Ávila-Burgos, Dra. Lucero Cahuana-Hurtado, Mtra. Belkis Aracena-Genaoⁱ

Investigadores del Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública (INSP)



Yessica Sánchez Rangel

Introducción

A pesar de su tendencia decreciente en el tiempo, el nivel de la Razón de Mortalidad Materna (RMM), indicadora de inequidad social,¹ ha sido un objetivo de política de salud en nuestro país. Por ello, como parte de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)^{ii,2,3} México se comprometió a reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, lo que significaría pasar de 89 muertes maternas por 100 mil Nacidos Vivos Estimados (NVE) en 1990 a 22 muertes en 2015,³ lo que requeriría una disminución promedio de 5.2 muertes por 100 mil NVE.

En el periodo 1990-1999, la RMM en México fue en promedio 84.3%, y su tasa de disminución

promedio fue de 1.0%.ⁱⁱⁱ En 2000, la RMM nacional era de 72.6% y la distribución de la misma estaba relacionada con la pobreza en el país.⁴ Así, en entidades de mayor pobreza, como Guerrero y Oaxaca, la RMM era de 1.6 veces el promedio nacional, mientras que en entidades con mayor desarrollo, como Nuevo León, esta razón fue 32% menor.⁴

Ante esta situación, desde el año 2000 las autoridades gubernamentales se dispusieron a reforzar y coordinar las acciones dirigidas a reducir la mortalidad materna. De este modo, en 2001 se creó el Comité Nacional del Programa de Acción Específico Arranque Parejo en la Vida (APV);⁵ se firmó en 2006 el Acuerdo del H.

ⁱ Correspondencia: julio.montanez@insp.mx; leticia.avila@insp.mx; lucero.cahuana@insp.mx; belkis.aracena@insp.mx

ⁱⁱ Quinto Objetivo del Milenio: mejorar la salud materna. Meta: reducir entre 1990 y 2015 la mortalidad materna en tres cuartas partes

ⁱⁱⁱ En 1990 la RMM era de 89 muertes por 100 mil Nacidos Vivos Estimados y en 1999 era de 81.0

Consejo Técnico del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) para la atención de mujeres sin acceso a la seguridad social⁶ y se inició el programa de Planificación Familiar y Anticoncepción 2007-2012.⁶ En 2008 se implementó la Estrategia de Embarazo Saludable,⁷ y en 2009 se firmó el Convenio Interinstitucional para la Atención de Emergencias Obstétricas.³

En paralelo, a partir de 2003, el sistema de salud mexicano vivió un proceso de reforma financiera cuyo objetivo fue aumentar el gasto en salud, reducir brechas en el gasto público para población con y sin seguridad social, así como entre entidades federativas e instituciones de salud. En 2004 entró en funcionamiento el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) cuyo brazo operativo, el Seguro Popular (SP), es dirigido a atender y expandir la cobertura de los servicios de salud, principalmente a la población de escasos recursos no cubierta por la seguridad social.⁸ Este sistema integró paulatinamente actividades relacionadas con la salud materna, que fueron cubiertas bajo sus diferentes modalidades de financiamiento, entre los que destaca el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC), en el que se incorporó la atención de recién nacidas/os complicados y de cáncer cérvico uterino en 2005,⁹ el Seguro Médico para la Nueva Generación (SMNG) en 2006 y el de cáncer de mama en 2007.¹⁰

La ejecución de las acciones antes mencionadas requirió la inversión de recursos públicos que, se presume, modificaron los niveles, composición y distribución del gasto. Por ello, el análisis de la información de estos datos es relevante para dar seguimiento financiero a las políticas y así responder a preguntas clave como: quién paga qué, en qué se gasta y quién se beneficia del gasto público y privado. Para este fin, en 2004 el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGSR) en colaboración con el Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS) del Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), inició la elaboración de las Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género (CSRyEG), esfuerzo que se ha sistematizado y convertido en un mecanismo para dar seguimiento financiero a las políticas relacionadas con el tema.

Este documento resume algunos de los principales hallazgos de los ejercicios de estimación de gasto en salud reproductiva y equidad de género realizados; y tiene como objetivo presentar la evolución y composición del gasto en salud reproductiva^{iv} (SR) según los distintos esquemas de financiamiento de la salud durante el periodo 2003-2010.

Material y métodos

Las Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género se componen de una serie de matrices que describen el flujo anual de fondos en la producción de actividades de salud reproductiva en el territorio nacional.^{11,12,13}

Entre las actividades incluidas en la definición de salud reproductiva se encuentran las relacionadas con salud materno-perinatal, planificación familiar, cáncer cérvico uterino, cáncer de mama, cáncer de próstata, violencia intrafamiliar y equidad de género, y patologías benignas de útero, mama y próstata.

Para fines de este documento, el gasto en SR fue agrupado por esquemas de financiamiento siguiendo los criterios establecidos en el Sistema de Cuentas en Salud 2011 (SHA, por sus siglas en inglés) de la Organización Mundial de la Salud (OMS).¹⁴ Los esquemas considerados y los agentes que lo incluyen se presentan en el cuadro 1.

La información que se presenta proviene de las matrices Agente financiador^v por Función^{vi} publicadas de 2003 a 2010.¹⁵ Para realizar la comparación temporal de los montos anuales de gasto, éstos se convirtieron a pesos del 2010 utilizando las tasas de inflación publicadas por el Banco de México.¹⁶

Se presenta el gasto en SR considerando dos ejes analíticos. El primero describe el gasto total, el gasto público y el privado, y su contribución en el Producto Interno Bruto (PIB). Ello permite observar la dinámica del gasto y apreciar si la misma responde a cambios en la economía del país.

^{iv} Se entiende por gasto en SR a los recursos consumidos en la ejecución de 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 personas.

^v Agentes financiadores: entidades receptoras y concentradoras de los recursos financieros suministrados por las fuentes de financiamiento, y que deciden la orientación final de los fondos.

^{vi} Funciones de salud: acciones y servicios encaminados a la producción de salud (curativos, de rehabilitación, de enfermería y auxiliares a la persona; prestación de servicios de salud a la comunidad o de salud pública, y rectoría).

Cuadro 1

Esquemas de financiamiento considerados en el cálculo del gasto en salud reproductiva y equidad de género

Sector	Esquema de financiamiento	Comprende	Agentes financiadores incluidos
Público	Planes y programas de gobierno	Gasto del gobierno para población que no tiene acceso a algún esquema de financiamiento.	Secretaría de Salud (SSA), Servicios Estatales de Salud (Sesa) y el programa IMSS Oportunidades. ^{vii, 17}
	Sistema de Protección Social en Salud (SPSS)	Esquema de afiliación voluntaria destinado principalmente a población de escasos recursos y sin seguridad social.	Regímenes Estatales de Protección Social en Salud (REPSS) y Comisión Nacional de Protección Social en Salud (CNPSS)
	Seguridad social	Gasto de los sistemas contributivos obligatorios.	Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) e Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (ISSSTE). ^{viii}
Privado	Agentes privados		Gasto de bolsillo de los hogares, ^{ix} seguros privados y organizaciones de la sociedad civil.

Fuente: Elaboración propia con base en los criterios del Sistema de Cuentas en Salud 2011, de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

Un segundo eje presenta el gasto en SR por esquemas de financiamiento y permite observar los montos erogados en cada esquema y sus variaciones en el periodo analizado. Todos los datos de gasto se expresan en miles de millones de pesos (mmdp).

Para realizar comparaciones entre los diferentes esquemas de financiamiento, el gasto fue ajustado por el número de beneficiarias, que se definen como las mujeres de 15 a 64 años, a las cuales se dirigen principalmente las acciones de salud reproductiva.^x Este gasto se expresa en pesos de 2010.

Resultados

El gasto total en SR se redujo en 4% en 2010 respecto a 2003, pasando de 45.0 a 43.2 mmdp constantes (Gráfica 1). A lo largo del

periodo, el gasto total en SR experimentó oscilaciones importantes. Los años en los que se observó mayor gasto fueron 2005 y 2007, que coinciden con la inclusión del tratamiento para cáncer cérvico uterino y de mama en el FPGC y con el lanzamiento del SMNG.

El gasto de los agentes públicos presentó, a excepción de 2006 y 2009, un incremento sostenido entre 2003 y 2010, al pasar de 25.2 mmdp a 32.3 mmdp, respectivamente. El gasto privado se redujo 45% en el mismo periodo, pasando de 19.8 mmdp en 2003 a 10.9 mmdp en 2010 (Gráfica 1).

Por otra parte, el porcentaje del Producto Interno Bruto (PIB) destinado a actividades vinculadas con SR mostró una disminución constante en el periodo, pasando de 0.49% en 2003 a 0.33% en 2010 ^{xi, 18} (Gráfica 1).

^{vii} El IMSS Oportunidades es un programa del gobierno federal que tiene como objetivo principal otorgar servicios integrales de salud gratuitamente a personas en desventaja social y económica que habitan en comunidades apartadas.

^{viii} No se incorporan en esta estimación la información proveniente de los servicios de la Secretaría de la Defensa Nacional (Sedena), Secretaría de Marina (Semar) y Petróleos Mexicanos (Pemex) debido a la dificultad de recopilar información proveniente de las mismas.

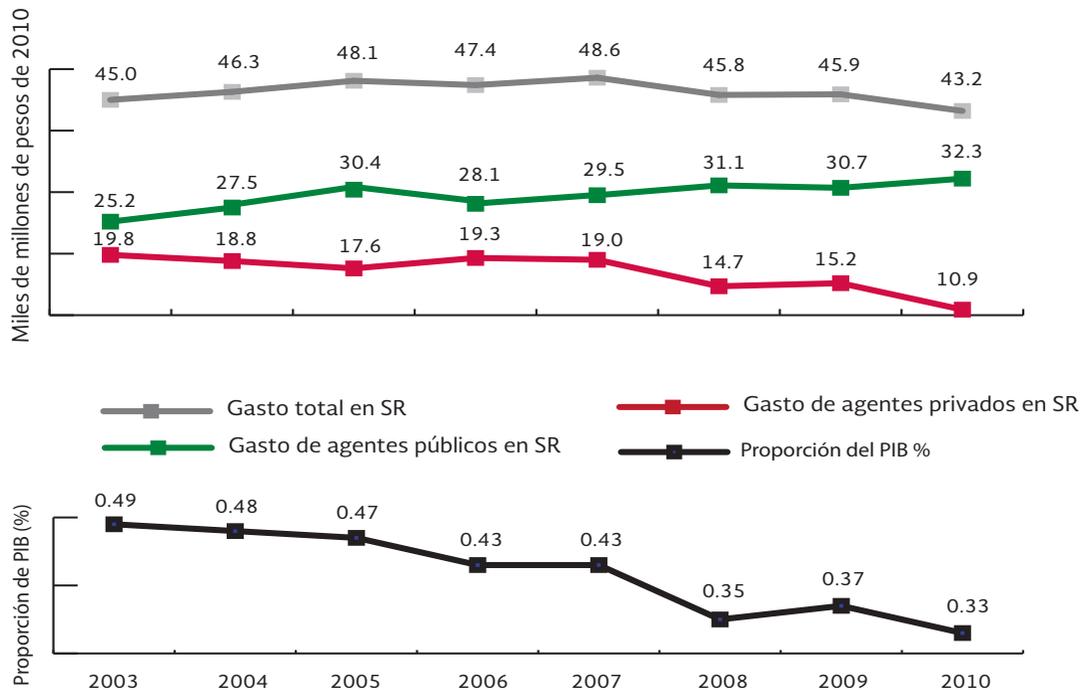
^{ix} La principal fuente de información para estimar el gasto de los hogares en salud es la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), la cual se levanta cada dos años. En la serie de gasto 2003-2010 se utilizaron las ENIGH 2002, 2004, 2006, 2008 y 2010. En los años intermedios (2003, 2005, 2007, 2009) para las estimaciones del gasto de los hogares se utilizó el gasto estimado en la última ENIGH corregida por la inflación acumulada en el año inmediato anterior.

^x Aunque se reconoce que las acciones en SR también se dirigen a los hombres, el monto desembolsado para su atención sólo representa 1.2% del gasto total.

^{xi} El PIB de 2003 fue de 10 213 mmdp y el de 2010 fue de 12 403 mmdp (precios de 2010). Es decir, en proporción del PIB, el gasto en SR se redujo debido a un crecimiento del PIB del 21.4%.

Gráfica 1

Gasto total público y privado en salud reproductiva y gasto total como proporción del PIB. México, 2003-2010. Miles de millones de pesos de 2010



Fuente: Ávila et al. Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género. Estimación 2010 y comparativo 2003-2010

El cuadro 2 presenta la composición del gasto en SR por esquemas de financiamiento. A diferencia de la tendencia decreciente del gasto total en salud reproductiva, el ejercido por los planes y programas del gobierno aumentó 62% entre 2003 y 2010. De manera similar, el gasto del SPSS se incrementó a medida que fue expandiendo su

cobertura, pasando de 0.4 mmdp en 2004 a 3.9 mmdp en 2010. El monto del gasto de la seguridad social no presentó cambios significativos en el periodo analizado. En contraste, el gasto privado se redujo en el tiempo, por lo que el monto desembolsado en 2010 representó sólo 55% del observado en 2003.

Cuadro 2

Gasto en salud reproductiva y equidad de género por esquema de financiamiento. México, 2003-2010. Miles de millones de pesos de 2010

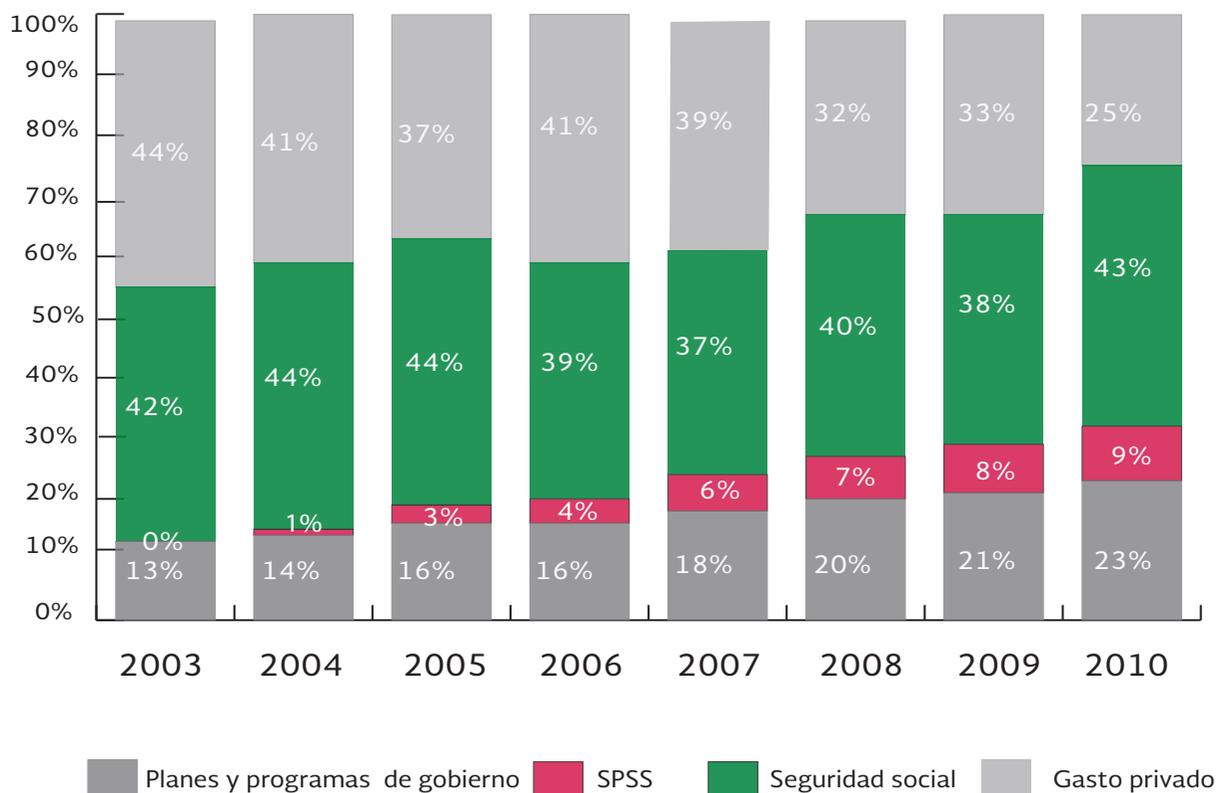
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Planes y programas de gobierno	6.1	6.6	7.9	7.6	8.7	9.4	9.5	9.9
SPSS		0.4	1.2	2.1	2.9	3.2	3.5	3.9
Seguridad social	19.1	20.6	21.3	18.4	17.9	18.5	17.7	18.5
Gasto privado	19.8	18.8	17.6	19.3	19.0	14.7	15.2	10.9
Gasto total en salud reproductiva	45.0	46.3	48.1	47.4	48.6	45.8	45.9	43.2

Fuente: Ávila et al. Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género. Estimación 2010 y comparativo 2003-2010.

La gráfica 2 muestra el comportamiento temporal de la contribución de los diversos esquemas de financiamiento en el gasto total. En 2003 el gasto privado fue el principal agente financiador, representando 44% del gasto ejercido, seguido por la seguridad social. Las reducciones del gasto privado observadas en 2008 y 2010 implicaron que este agente

sólo contribuyera con la cuarta parte del gasto en SR en 2010. Por el contrario, el incremento del gasto del SPSS y de los planes y programas del gobierno reflejó su mayor participación en el gasto. La contribución de la seguridad social mostró oscilaciones en el periodo manteniendo un promedio de 41%.

Gráfica 2
Contribución porcentual en el gasto en salud reproductiva y equidad de género por esquema de financiamiento. México, 2003-2010



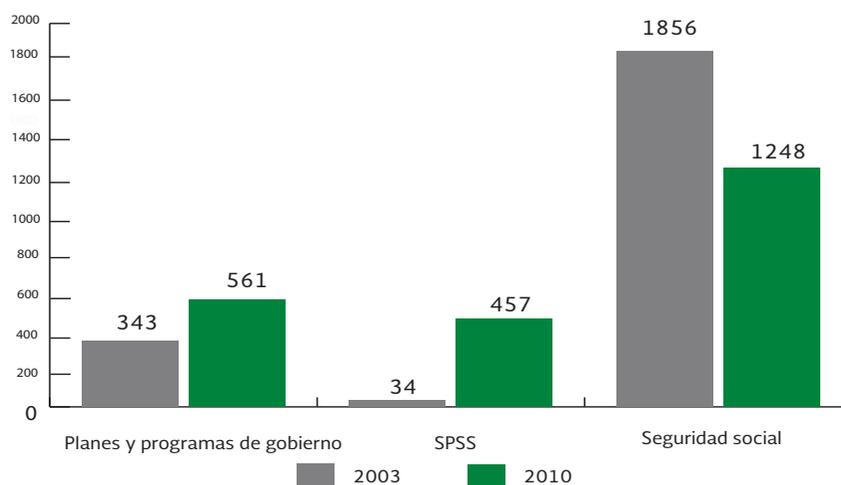
Fuente: Elaboración propia con información de Ávila et al. Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género. Estimación 2010 y comparativo 2003-2010.

La Gráfica 3 presenta la variación del gasto en SR por beneficiaria según esquema de financiamiento en los años 2003 y 2010. En el transcurso de los ocho años analizados, el gasto anual por beneficiaria de los planes y programas de gobierno aumentó en 63%, pasando de 343 a 561 pesos en el periodo 2003-2010 debido al incremento real de 70% en el presupuesto destinado para estos fines¹⁹. Por otro lado, el

monto por beneficiaria desembolsado por el SPSS^{xii} creció sostenidamente, pasando de 34 pesos en 2004 (año en el que inició operaciones) a 457 pesos en 2010, cifra comparable a la presentada por los planes y programas de gobierno en el mismo año. En el ámbito de la seguridad social, el gasto por beneficiaria disminuyó en 33%, al pasar de 1856 pesos en 2003 a 1248 en 2010.

^{xii} En el caso del SPSS, la figura 3 compara 2010 y 2004, año de inicio de este agente financiador

Gráfica 3
Gasto en salud reproductiva por mujer entre 15 y 64 años
según esquema de financiamiento. México, 2003 y 2010. Pesos de 2010



Fuente: Elaboración propia con información de Ávila et al. Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género. Estimación 2010 y comparativo 2003-2010.

Comentarios finales y recomendaciones

La comparación del gasto en SR entre el primer año del periodo analizado, 2003, y el último año, 2010, muestra un decremento de 4% en términos reales, que se explica a través de las variaciones en el gasto de los agentes públicos y privados. Los resultados obtenidos en el presente estudio muestran que el primero se comporta de manera opuesta al gasto privado: mientras el gasto público aumentó 28% en 2010 respecto a 2003, el segundo se redujo en 45%.

En cuanto a la caída del gasto privado, se explica principalmente por la reducción del gasto de los hogares. En efecto, la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH) reporta que el gasto trimestral promedio de los hogares en cuidados de la salud se redujo en 13.6% entre 2008 y 2010.^{xiii,20,21} Otra posible explicación para esta reducción, puede atribuirse al efecto protector del SP.

Así, análisis a mayor profundidad a partir de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012, muestran que el SP reduce en 36% la probabilidad de que los hogares incurran en gastos en salud equivalentes a 30% o más del gasto total del hogar, y que el efecto protector es superior en hogares con mayores necesidades de salud, al tener integrantes con diabetes, hipertensión o algún evento hospitalario.^{xiv}

En el periodo analizado, el gasto público en SR registró aumentos atribuibles principalmente al incremento constante, tanto del gasto de los programas y planes de gobierno, como del SPSS. Ello refleja la congruencia de los gobiernos con su compromiso de incrementar la inversión en acciones de salud orientadas a la reducción de la mortalidad materna y de las brechas de gasto entre esquemas de aseguramiento.

Por su parte, el incremento en el gasto del SPSS es explicado, principalmente, por el crecimiento expansivo de la afiliación.^{xv} Adicionalmente, la

^{xiii} De acuerdo al INEGI, el gasto corriente total de los hogares se redujo en 1.7% entre los años 2008 y 2010, reducción que abarcó rubros como la alimentación, vivienda y salud en 3.1%, 6.7% y 13.6% respectivamente. Adicionalmente, la caída de 12.3% del ingreso promedio trimestral por hogar, así como la caída del número de trabajadores permanentes afiliados al IMSS en 0.5% y 2.0% en los periodos 2007-2008 y 2008-2009 respectivamente, sugiere que las variaciones mencionadas pueden ser efecto de cambios en las variables macroeconómicas atribuibles a la crisis.

^{xiv} Ávila-Burgos L, Servan-Mori E, Wirtz V, Sora-Rubí S, Salinas A. Efecto del Seguro Popular sobre el gasto en salud en hogares mexicanos: ENSANUT 2012. Cartel presentado en: 15 Congreso de Investigación en Salud Pública. Cuernavaca, México 6-8 de marzo 2013.

^{xv} Es pertinente mencionar que los montos transferidos al SPSS se hacen por número de afiliados.

inclusión del cáncer cérvico uterino, de mama y de cuidados intensivos neonatales en el FPGC²², aunado al incremento paulatino en el número de casos cubiertos, se ha visto reflejado en el aumento real del gasto del FPGC de 0.161 mmdp en 2005 a 2.140 mmdp en 2010.¹⁶

El gasto de la seguridad social presentó poca variación en el periodo 2003-2010. Esta conducta es producto de los cambios en dos variables. La primera se refiere a la tasa de crecimiento del presupuesto ejercido por instituciones de seguridad social, cuyo comportamiento fue errático en el periodo, en particular, después de la reforma del IMSS de 2004.^{xvi,12,23} La segunda puede explicarse por el decremento en el número de días estancia relacionados con actividades en salud reproductiva, lo cual es reflejo de diferentes cambios implementados en los procesos de atención de las instituciones de seguridad social.¹¹ Por lo anterior, el gasto promedio de la seguridad social fue de 19 mmdp desembolsados anualmente durante el periodo de análisis.

En lo concerniente al gasto por beneficiaria, los resultados obtenidos en el presente estudio dan cuenta de un mayor gasto dirigido a la población sin acceso a la seguridad social y que es cubierta por los planes y programas de gobierno y por el SPSS, así, la tasa de aumento del gasto en mujeres sin acceso a la seguridad social fue superior al reportado en las mujeres con seguridad social.^{11,24}

En 2003, el gasto conjunto para las mujeres sin seguridad social (planes y programas del gobierno y SPSS) no representó más que la quinta parte del gasto destinado a las mujeres con seguridad social. En 2010, en cambio, el monto desembolsado para las mujeres sin seguridad social se incrementó y fue similar al gasto de la seguridad social, traduciéndose en una disminución de las brechas en el gasto de los esquemas.

El análisis de la composición del gasto por esquema de financiamiento permite observar las variaciones en la participación de diferentes agentes en el gasto total en SR que es reflejo de la ejecución de acciones dirigidas a la reducción de la mortalidad materna. De lo anterior, se podría inferir que las diversas estrategias, planes y acuerdos implementados

permitieron amortiguar una reducción mayor en el gasto en SR y reducir las brechas de gasto entre poblaciones de ambos esquemas (con y sin seguridad social). Sin embargo, debido al diseño de este análisis descriptivo, no es posible estimar la magnitud del efecto real de las diversas estrategias implementadas en SR. Estudios posteriores deberán dirigirse a analizarlo y a cuantificar la repercusión del SPSS en el gasto de los hogares relacionado con rubros como la atención del embarazo o parto.

Aún queda por explorar la relación entre el gasto por entidad federativa en SR con otros indicadores sociodemográficos y epidemiológicos, como la marginación y la RMM. Asimismo, se deberá abordar en el análisis del gasto por funciones de salud, según tipo de esquema, lo relativo a la prevención y promoción de la salud reproductiva.

A pesar de la experiencia obtenida, la estimación del gasto en salud reproductiva y equidad de género continúa con problemas de subestimación, en lo relativo al gasto de los hogares, debido a que no existe información del gasto vinculado a otros padecimientos diferentes del embarazo y parto, como la atención de los cánceres. No obstante, la continuidad de la serie y su comparabilidad a través de ocho años, ha permitido documentar cambios en el sistema como la implementación del SPSS, la cobertura de la atención del cáncer cérvico uterino y de mama a través del FPGC, el inicio de la Estrategia Embarazo Saludable y la firma del Convenio Interinstitucional para la Atención de Emergencias Obstétricas.

Se espera que la continuidad de la serie de gasto contribuya con evidencia para entender cómo diversas estrategias implementadas en salud reproductiva modifican niveles y composición del gasto. Por otra parte, el seguimiento de los avances para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio demanda ya la generación de indicadores de gasto que permitan analizar cómo se traducen las políticas en acciones concretas.²⁵



^{xvi} En pesos de 2010, las variaciones presupuestales del IMSS reportadas en porcentajes han sido las siguientes: 17.9, -3.2,-4.5, 1.3,-1.6, 5.7 y 7.4 en los años 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009 y 2010, respectivamente.

Referencias bibliográficas

- Borghi J, Somanathan A, Lissner C, Mills A. Mobilizing financial resources for maternal health. *The Lancet* [en línea]. 2006 [Consultado enero 2013];368(9545): 1457-1465. Disponible en: [http://DOI:10.1016/S0140-06736\(06\)69383-5](http://DOI:10.1016/S0140-06736(06)69383-5)
- Organización de las Naciones Unidas. *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe 2011*. New York: ONU; 2011.
- Los Objetivos de Desarrollo del Milenio en México. *Informe de Avances 2010*. [libro electrónico]. México: Presidencia de la República; 2011.
- Secretaría de Salud. *Sistema Nacional de Información en Salud*. México: Secretaría de Salud; 2013 [Consultado marzo 2013]. Disponible en http://www.sinais.salud.gob.mx/descargas/pdf/IB_2000.pdf
- Programa de Acción Específico 2007–2012. *Arranque Parejo en la Vida*. México: SPSS; 2012.
- Observatorio de la Mortalidad Materna en México. *Programas en marcha*. México: OMM; 2013 [Consultado marzo 2013]. Disponible en <http://www.omm.org.mx/index.php/programas.html>
- Secretaría de Salud. *Quinto informe de labores*. México: Secretaría de Salud; 2012 [Consultado junio 2012]. Disponible en: <http://www.dged.salud.gob.mx/contenidos/dged/publicaciones.html>
- Sistema de Protección Social en Salud. *Informe de Resultados Enero-Junio 2012*. México: Seguro Popular. Secretaría de Salud; 2013 [Consultado enero 2013]. Disponible en: <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/images/pdf/informes/informes2012.pdf>
- Secretaría de Salud. *Sistema de Protección Social en Salud: elementos conceptuales, financieros y operativos*. 2a ed. México: Fondo de Cultura Económica; 2006.
- Instituto Nacional de Salud Pública. *Evaluación del Sistema de Protección Social en Salud, 2007*. Cuernavaca: INSP/SSA; 2008.
- 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.
- 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.
- 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*. México: Fundación Mexicana para la Salud AC. Instituto Nacional de Salud Pública; 2006.
- Organisation for Economic Co-operation and Development, Eurostat, WHO (2011). *A System of Health Accounts*. European Union; OECD. Eurostat. World Health Organization; 2011.
- Ávila-Burgos L, Montañez-Hernández JC, Cahuana-Hurtado L, Aracena-Genao B. *Cuentas en salud reproductiva y equidad de género. Estimación 2010 y evolución del gasto 2003-2010*. México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2012.
- Banco de México. *Calculadora de inflación*. México: Banco de México; 2013 [Consultado enero 2013]. Disponible en: <http://www.banxico.gob.mx/polmoneinflacion/servicios/calcDelInflacion/calcDelInflac.html>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. México (Homepage en Internet): IMSS; 2013 [Consultado septiembre 2012]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/programas/Pages/index.asp>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Indicadores macroeconómicos de coyuntura [base de datos en Internet]*. México: INEGI; 2013. [Consultado marzo 2013]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/BIE/Default.aspx?Topic=0&idserPadre=1020003500700050#D1020003500700050>
- Secretaría de Salud. *Boletín de Información Estadística*. 30(4). México, DF: Secretaría de Salud; 2010 [Consultado julio, 2012]. Disponible en: http://sinais.salud.gob.mx/descargas/zip/bie30_vIV.zip
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Estadística: Población, hogares y vivienda*. México [base de datos en Internet]. México: INEGI; 2012 [Consultado noviembre 2012]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/Sistemas/temasV2/Default.aspx?s=est&c=17484>
- Instituto Mexicano del Seguro Social. *Memoria Estadística 2010 [CD-ROM]*. México: IMSS; 2011.
- Sistema de Protección Social en Salud. *Fondo de Protección contra Gasto Catastrófico 2010*. [CD-ROM]. México: SPSS; 2011.
- Instituto Mexicano del Seguro Social. *Ejercicio Fiscal 2010 [CD-ROM]*. México: IMSS; 2011.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. *Estadística: Población, hogares y vivienda. Censo de Población y Vivienda 2010 [base de datos en Internet]*. México: INEGI; 2012 [Consultado noviembre 2012]. Disponible en: <http://www.censo2010.org.mx/>
- Pan American Health Organization/World Health Organization. *Latin American Center for Perinatology and Reproductive Health. Plan of action to accelerate the reduction of maternal mortality and severe maternal morbidity: monitoring and evaluation*. Uruguay: CLAP/WR; 2012.