

Cuentas en salud reproductiva y equidad de género



Cuentas en salud reproductiva y equidad de género • 10 AÑOS DE ANÁLISIS

10 AÑOS DE ANÁLISIS

ESTIMACIÓN 2012 Y
COMPARATIVO 2003-2012

Cuentas en salud reproductiva
y equidad de género
10 AÑOS DE ANÁLISIS



Cuentas en salud reproductiva
y equidad de género

Estimación 2012 y comparativo 2003-2012



Cuentas en salud reproductiva y equidad de género

Estimación 2012 y
comparativo 2003-2012

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

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



 Instituto Nacional
de Salud Pública

Cuentas en salud reproductiva y equidad de género.
Estimación 2012 y comparativo 2003-2012

Primera edición, 2014

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

ISBN 978-607-460-469-6

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

ISBN 978-607-511-138-4

Impreso y hecho en México
Printed and made in Mexico

Citación sugerida: Ávila-Burgos L, Montañez-Hernández JC, Cahuana-Hurtado L, Aracena-Genao B. Cuentas en salud reproductiva y equidad de género. Estimación 2012 y comparativo 2003-2012. Cuernavaca, México: Instituto Nacional de Salud Pública (MX), 2014. Coeditado con la Secretaría de Salud (MX).

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. Susana Prudencia Cerón Mireles
Dra. Aurora del Río Zolezzi
Dra. Yuriria Alejandra Rodríguez Martínez
Lic. Cecilia Robledo Vera
Dr. Gustavo Adolfo Von Schmeling Gan
Act. Yolanda Varela Chávez
Dr. Marco Antonio Olaya Vargas
Dra. María del Rocío Cuevas Vargas
Dr. Mario Gómez Zepeda
Lic. José Antonio Pérez Durán
CP. Olivia Soto Pacheco
Mtro. Carlos Sosa Manzano
Mtro. Óscar 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. Sebastián Lerdo de Tejada Covarrubias
Dr. Carlos Tena Mayo
Lic. Luis Carlos Ramírez Pineda
Lic. Alfonso Becerril Zarco
Mtro. Julio César Cervantes Parra
Lic. Gloria Soto Pérez
Lic. Eusebio Cabrera Ortiz

IMSS

Mtro. Daniel Karam Toumeh
Mtro. Jorge David Esquinca Anchondo
Sr. Pedro Sánchez Sandoval
Lic. Armando Rivera Téllez
Dra. Leticia Aguilar Sánchez
Dr. Manuel Cervantes Ocampo
Dra. Lorena Patricia Ferrer Arreola
Dra. Rosalba Isabel Ojeda Mijares
Dr. Roberto Ruiz Rosas
Lic. Gloria Ruiz García
Lic. Ángel Pérez Ramírez
Lic. José Rojo Ortiz
Lic. Javier Moctezuma Santamaría
Lic. Josué Jiménez Pérez

IMSS Oportunidades

Dra. Frinné Azuara Yarzabal
Dr. Mario Munguía Ramírez
Lic. Oralia Jandette Zárate
Dr. Juan Carlos Ledesma Vázquez
Lic. Armando Olvera Infante

INSP

Lic. Érika Gutiérrez Escobedo
Lic. Dora Hilda Malpica

Índice

Presentación	11
Síntesis ejecutiva	13
1. Introducción	15
2. Situación de la salud sexual y reproductiva en 2012	17
Mortalidad en menores de cinco años	17
Mortalidad materna	17
Mortalidad por cáncer de mama	21
Mortalidad por cáncer cervicouterino	22
Mortalidad por cáncer de próstata	22
Violencia contra las mujeres	24
3. Metodología	29
Marco teórico y conceptual	29
Métodos de estimación del gasto	31
Métodos y fuentes de información utilizados	31
• Secretaría de Salud, Sesa y SPSS	31
• Programa IMSS Oportunidades	32
• Instituto Mexicano del Seguro Social	32
• Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	32
• Sector privado	33
Análisis de datos	33
Generación de la serie de tiempo del gasto	34
4. Gasto en salud reproductiva y equidad de género 2012	35
Gasto por agente financiador	36
• Secretaría de Salud, Sesa y SPSS	36
• Programa IMSS Oportunidades	39
• Instituto Mexicano del Seguro Social	39
• Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	43
• Sector privado	45

5. Evolución del gasto en salud reproductiva y equidad de género, 2003-2012	49
Gasto por agente financiador	53
• Secretaría de Salud, Sesa y SPSS	53
• Programa IMSS Oportunidades	56
• Instituto Mexicano del Seguro Social	56
• Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado	60
• Sector privado	60
6. Conclusiones y discusión	67
Anexos	73
Siglas y acrónimos	96
Referencias	97

Presentación

La necesidad de rendir cuentas a la sociedad y disponer de estimaciones confiables que contribuyeran a la toma de decisiones informadas, en materia financiera, motivó a que el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva solicitara en 2004 al Centro de Investigaciones en Sistemas de Salud del Instituto Nacional de Salud Pública, la generación de las cuentas en salud reproductiva y equidad de género (CSRyEG). Haciendo cuentas el proyecto ha madurado satisfactoriamente y a 10 años de su inicio, ha fructificado en una serie de reportes financieros sobre salud reproductiva única en el mundo. Dentro de las múltiples virtudes atribuibles a los productos generados a partir del proyecto de cuentas en salud sexual y reproductiva, destaca la de ser una herramienta para visibilizar las respuestas financieras del sistema de salud mexicano a los cambios gestados a partir de compromisos internos y externos al propio sistema de salud (tanto del ámbito local como internacional) en los aspectos relacionados con la salud sexual y reproductiva.

Una implicación obligada de los cambios previamente señalados alude a transformaciones en la composición y distribución del gasto el cual se ha redireccionado con el propósito de satisfacer las necesidades de salud sexual y reproductiva de la población excluida de la seguridad social. En este contexto, cada uno de los ejercicios contenidos en el proyecto de CSRyEG, a lo largo de sus diez años, se han enfocado en generar evidencia para entender y dar respuesta a preguntas como: ¿Cuánto se gasta en programas y acciones de salud reproductiva? ¿Quién paga qué? ¿Qué se compra? ¿Quién produce los servicios? ¿Quién se beneficia de este gasto?

Los datos generados a través de la serie de las CSRyEG contribuyen a entender mejor el sistema de salud y a tener una visión financiera integral de las reformas implantadas en el sistema de salud en esta última década. Por ello, constituyen una fuente de información útil para diseñadores de políticas y tomadores de decisiones a nivel operativo,

responsables de programa, académicos y organizaciones de la sociedad civil. A los primeros, les proporciona herramientas para mejorar el desempeño de sus programas; a los académicos así como a los responsables de programas, les permite evaluar eficiencia y equidad de la provisión de servicios; y a las organizaciones de la sociedad civil, comprometidas con la defensa de los derechos reproductivos, se les ofrece información necesaria para monitorear el cumplimiento de las metas del gobierno.

En este décimo volumen, al igual que en los reportes previos, el lector podrá encontrar los resultados de la estimación del gasto en salud reproductiva y equidad de género para el año 2012; así como un análisis detallado de los cambios en las tendencias del gasto para el periodo 2003-2012.

Nuestro reto continúa siendo impulsar 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 con el objetivo de avanzar hacia análisis del desempeño de los programas y eficiencia en el uso de los recursos públicos. Esperamos que también contribuya a la difusión de la información en un esfuerzo por favorecer la transparencia en el uso de los recursos públicos y la rendición de cuentas.

Dr. Ricardo Juan García Cavazos
Director General
Centro Nacional de Equidad
de Género y Salud Reproductiva
Secretaría de Salud

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

Síntesis ejecutiva

Antecedentes

Para dar seguimiento y documentar las repercusiones financieras de las decisiones tomadas en materia de salud reproductiva es necesario registrar información financiera de manera sistemática que detalle quién ejerce, qué acciones financian, qué proveedores son elegidos y quién se beneficia del gasto. Por ello desde 2004 la Secretaría de Salud (SSa), a través del Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva (CNEGySR), y el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), a través del Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS), han desarrollado las cuentas en salud reproductiva y equidad de género (CSRyEG). A partir de ese año se dispone de información sobre el monto gastado en los principales programas de salud sexual y reproductiva (salud materna infantil; planificación familiar; cáncer cervicouterino; cáncer de mama; cáncer de próstata; y equidad de género y violencia intrafamiliar).

Actualmente se cuenta con estimaciones anuales del gasto en acciones de salud reproductiva y de equidad de género para el periodo 2003–2012. Al ser comparable en el tiempo, entre entidades federativas y entre instituciones de salud, la información generada mediante las Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género constituye un insumo valioso para apoyar el proceso de toma de decisiones.

Material y métodos

Entendiendo la salud reproductiva como “el ejercicio de una vida sexual, reproductiva y postreproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con respeto a los derechos y a la libre decisión de las personas”, las CSRyEG calculan el gasto ejercido en los principales programas de salud reproductiva en México utilizando el marco metodológico de las cuentas en salud. Se

distingue el gasto público ejercido por la Secretaría de Salud (SSa), Servicios Estatales de Salud (Sesa), Sistema de Protección Social de Salud (SPSS) y Programa IMSS-Oportunidades, y por la seguridad social (IMSS, ISSSTE); así como el gasto privado de los hogares, aseguradoras y las organizaciones de la sociedad civil. Para la estimación del gasto público se combinó información de indicadores de producción y de presupuestos ejercidos a nivel nacional y estatal. Cuando así lo ameritaba, se utilizó información de costos por actividad, la que 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 de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares (ENIGH 2012), el gasto reportado por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS) y las cuotas de recuperación pagadas por los hogares a instituciones públicas. La estimación del gasto privado sólo se presenta para el ámbito nacional.

Para realizar comparaciones del gasto y su distribución en el tiempo, se ajustaron los montos a los precios de 2012 (año base).

Resultados

El gasto en salud reproductiva y equidad de género en 2012 fue de 50 943.9 millones de pesos corrientes, cifra equivalente a 0.33% del producto interno bruto (PIB) y 5.3% del gasto total en salud. El sector público financia cuatro quintas partes del gasto en SRyEG (SSa/Sesa/SPSS e IMSS Oportunidades cubrieron 39.4%, los agentes de la seguridad social 40.6%), y 20.0% restante fue ejercido por el sector privado (la participación de los hogares fue de 13.0%).

Gasto por funciones

- Servicios de asistencia curativa: 73.6%
- Servicios de prevención y salud pública (control prenatal, puerperio y planificación familiar, tamizaje de cáncer y acciones encaminadas a disminuir la violencia intrafamiliar): 18.1%

Gasto por proveedores

- Hospitales: 71.0%
- Servicios de atención ambulatoria y consultorios médicos: 19.3%
- Farmacias, laboratorios médicos y administración de los programas: 9.7%

Gasto por programas

- Salud materna perinatal: 66.0%
- Atención a la endometriosis y patologías benignas: 9.3%
- Planificación familiar: 7.4%
- Cáncer cervicouterino: 5.0%
- Cáncer de mama: 7.5%
- Cáncer de próstata: 1.3%
- Equidad de género: 0.7%
- Rectoría y administración: 2.8%

Evolución del gasto en SRyEG, México 2003-2012

El gasto total en SRyEG entre 2003 y 2012 tuvo un incremento promedio anual de 0.7% en términos reales. La expansión del gasto de los agentes que dan cobertura a población sin seguridad social caracteriza la dinámica del gasto público, y fue acompañado con la contracción del gasto privado en el tiempo. De este modo mientras 56.0% del gasto total en SRyEG provenía del sector público en 2003, en 2012 éste representó 80.1 por ciento.

El crecimiento del gasto en la SSa/Sesa/SPSS en el tiempo fue impulsado por la ampliación de cobertura del Sistema de Protección Social en Salud. Por el contrario, la participación porcentual de los agentes de la seguridad social en el gasto público en SRyEG ha disminuido ligeramente, y con ello su importancia relativa dentro del gasto público en SRyEG.

Los resultados muestran la importancia del gasto de los hogares en el gasto total en salud materna (SM). Así, cuando el gasto privado ha mostrado disminuciones mayores a 10% en su nivel anual, el conjunto del gasto total en SM cae a pesar del crecimiento del gasto público. En cuanto al gasto por programas, todos presentaron incrementos en el tiempo, a excepción del ejercido para salud materna perinatal, al estar fuertemente vinculado a las variaciones negativas del gasto de los hogares a partir de 2008.

Conclusiones

El análisis del comportamiento y distribución del gasto en SRyEG ejercido por los agentes de financiamiento permite dar seguimiento a los esfuerzos realizados en materia de salud reproductiva. Así, los resultados muestran que las políticas implantadas en México en la última década han reducido las brechas de gasto en SR entre población con y sin seguridad social. Adicionalmente, muestran que el incremento del gasto público en SR se da a expensas de un mayor gasto en la población sin acceso a la seguridad social y del decremento del gasto de los hogares financiando acciones de salud reproductiva.

Estos resultados hacen que las cuentas en SRyEG sean una herramienta clave para documentar las consecuencias financieras de políticas de salud, como la implantación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), o la Estrategia Embarazo Saludable. El reto continúa siendo dar mayor difusión de estos resultados entre hacedores de políticas públicas y tomadores de decisiones 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. Es necesario impulsar y desarrollar el uso de esta información relacionándola con otros indicadores como necesidades de salud, uso de servicios y avanzar hacia análisis de eficiencia en el uso los recursos, así como de seguir manteniendo su continuidad.

1. Introducción

La mejora en el estado de salud y la esperanza de vida en una sociedad es necesaria para lograr el desarrollo de un país. Por ello, indicadores como la mortalidad materna e infantil se consideran básicos para conocer el funcionamiento y avance de la economía.¹ En el marco de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) firmados en 2000, se propuso el seguimiento de estos indicadores, estableciéndose como uno de los objetivos la reducción de la mortalidad materna en tres cuartas partes entre 1990 y 2015, para lo cual se debería alcanzar la cobertura universal a los servicios de salud reproductiva (ODM 5).²

Con el fin de lograr esta meta, en la última década en México, se han implantado una serie de acciones dirigidas a incrementar el acceso al sistema de salud para todas las mujeres, 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 Realizar estos esfuerzos significó la movilización de una importante cantidad de recursos públicos; no obstante, aún no se logran los resultados esperados en materia de salud. Aunque han habido mejoras, la caída de la mortalidad materna ha sido mucho más lenta de lo esperado, mostrando un patrón irregular en los últimos años.⁴ De este modo para alcanzar el objetivo planteado en el ODM 5 actualmente se requiere una disminución promedio anual de 6.7 puntos en la reducción de la mortalidad materna hasta 2015.^{4,5}

En un contexto de alto dinamismo y mayor complejidad en el sistema de salud, como el inicio de operaciones en 2004 del Sistema de Protección Social en Salud, que impuso cambios en los patrones de gasto entre las diversas instituciones de

salud,⁶ se requiere dar seguimiento a los montos erogados en salud reproductiva. Importante es identificar el monto gastado, el origen del gasto, quién o quiénes lo ejecutan, qué servicios o programas se pagan y quiénes se benefician de él. Por ello, los ejercicios de rendición de cuentas, como el que se realiza a través de las cuentas en salud reproductiva 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. Adicionalmente, permiten explorar la congruencia entre los patrones de gasto y los objetivos centrales de las políticas, como la protección financiera de 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 periodo 2003-2012. Al igual que los ejemplares anteriores de la serie, la estructura de este documento la integran, además de ésta 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, los Servicios Estatales de Salud y el Sistema de Protección Social en Salud (SSa/Sesa/SPSS). 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 experimentado 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. La presente sección describe la situación actual de la salud reproductiva en el mundo y en México. Para ello se utiliza un conjunto de indicadores nacional e internacionalmente aceptados como la mortalidad de menores de cinco años, mortalidad materna, mortalidad por cáncer de mama y por 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, casi 75% de estas muertes fueron atribuibles a: causas neonatales, neumonía, diarrea, malaria, sarampión y VIH/sida. Alcanzar el ODM 4 requerirá de lograr 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/sida.⁷ 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 cinco años estaba por encima de la meta del ODM 4 de reducir en dos terceras partes la tasa de 1990. El análisis por regiones permite observar que el oeste del Pacífico alcanzó la meta mientras que las regiones de Euro-

pa y América están por cumplirla. Adicionalmente, se observa que el resto de las regiones, en particular África, han logrado un descenso considerable en 2012 respecto a 2005. Sin embargo, la brecha entre regiones continúa acrecentándose.

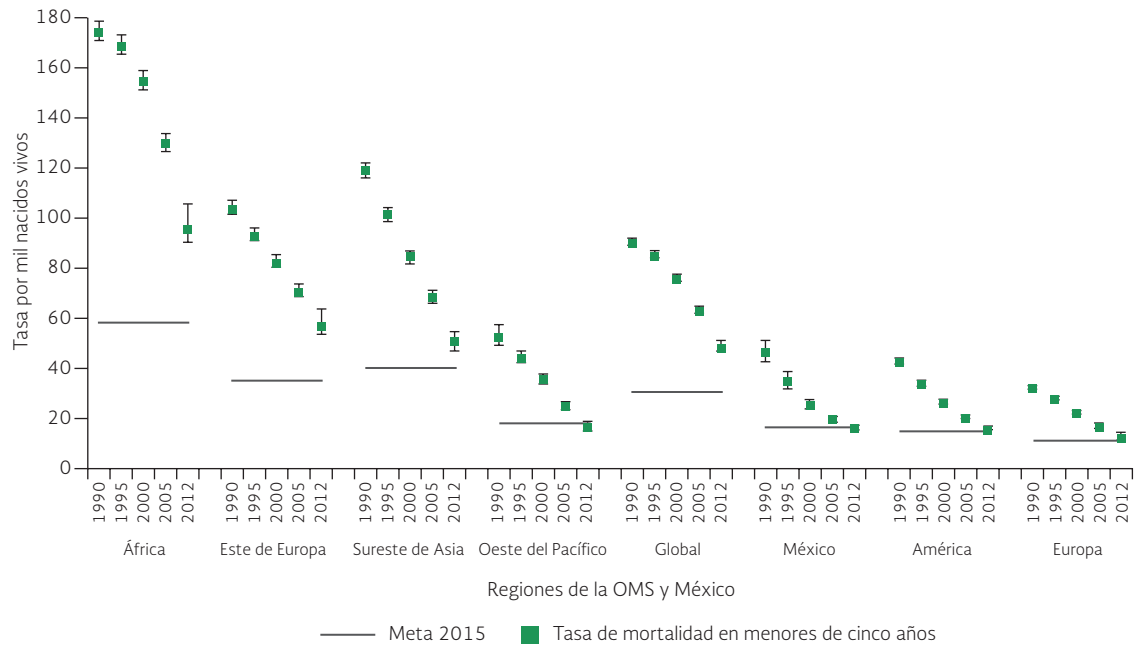
En México, la tasa de mortalidad en menores de cinco años en 2012 fue de 16.1 muertes por cada mil nacidos vivos,⁹ ya muy cerca de la meta objetivo de 15.7 para el año 2015. No obstante, al desagregarlo por entidad federativa revela una situación desfavorable para las entidades con muy alto índice de 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 Guerrero, Chiapas y Oaxaca, entidades de muy alta marginación, reportaron tasas de 19.4, 19.5 y 20.5, respectivamente. No obstante, aunque 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.

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 reducido a más de 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 usan un método anticonceptivo eficaz. Se estima

Figura 1

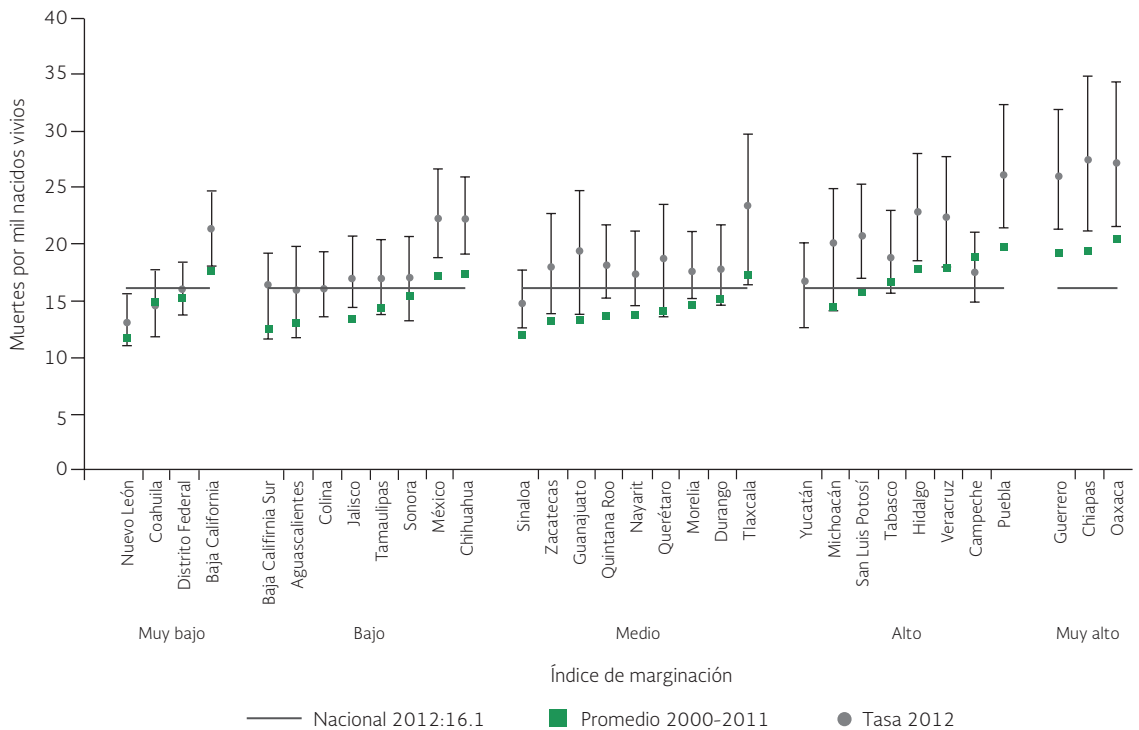
Tasa de mortalidad en niños menores de cinco años por regiones de la OMS y México: 1990, 1995, 2000, 2005, 2012 y meta 2015, máximo y mínimo de cada región (tasa por mil nacidos vivos)



Fuente: Elaboración propia con información de Banco de Datos del Observatorio de Salud Global. OMS.⁸

Figura 2

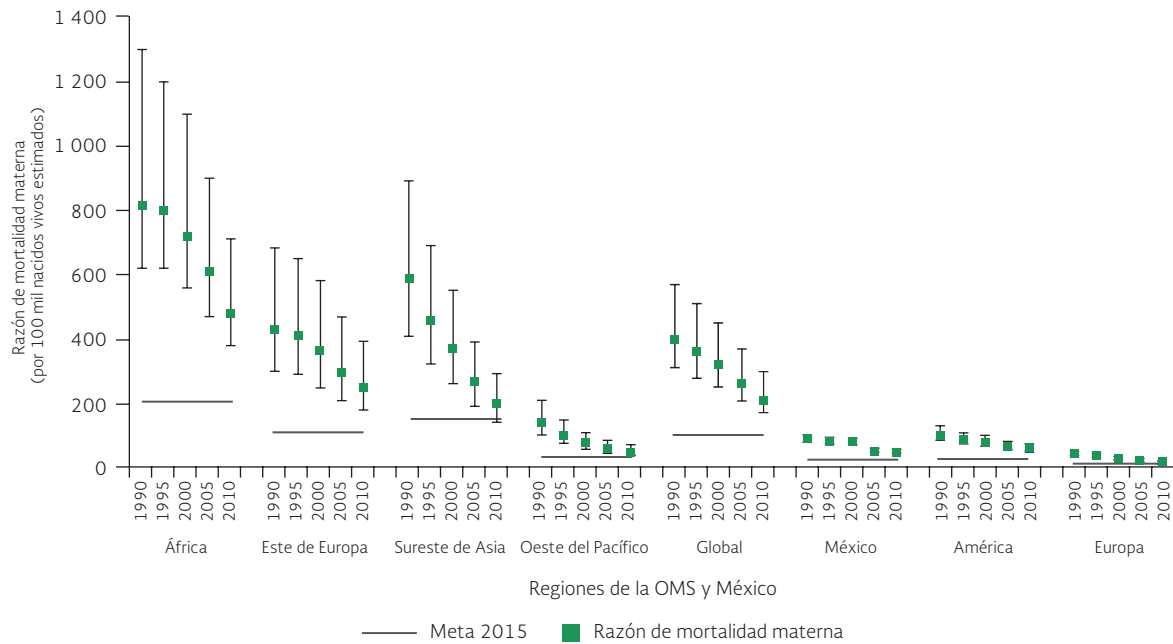
Tasa de mortalidad en niños menores de cinco años por entidad federativa en 2012; con máximo, mínimo y promedio del periodo 2000-2011. México, 2012 (tasa por mil nacidos vivos)



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

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. OMS.⁸

que la satisfacción de la necesidad de métodos de planificación familiar podría contribuir a 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 a cumplir la meta son Europa y oeste Pacífico (figura 3). En el sureste de Asia, este de Europa y África, la diferencia entre los valores mínimo y máximo aún sigue siendo amplia en comparación con el resto de las regiones.

En México, la razón de mortalidad materna (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,

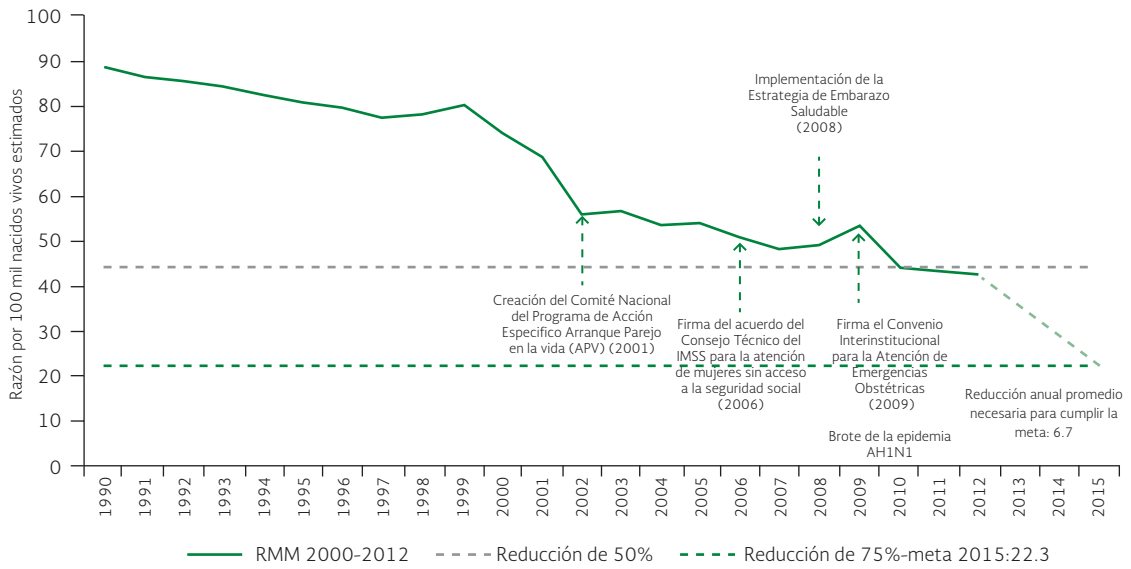
enfermedad a la que son más vulnerables las mujeres embarazadas. A pesar de las políticas de salud implantadas para mejorar la salud materna desde el 2001, en 2012 la RMM apenas está por debajo de 50% de la meta de reducción.

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

Adicionalmente, la figura 5 muestra el promedio de la RMM de cada entidad, así como su máximo y mínimo para el periodo 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 entidades están por encima del promedio nacional, ello implica que aunque la RMM nacional se redujo en 2012, esto no fue uniforme para todas las entidades, ya que

Figura 4

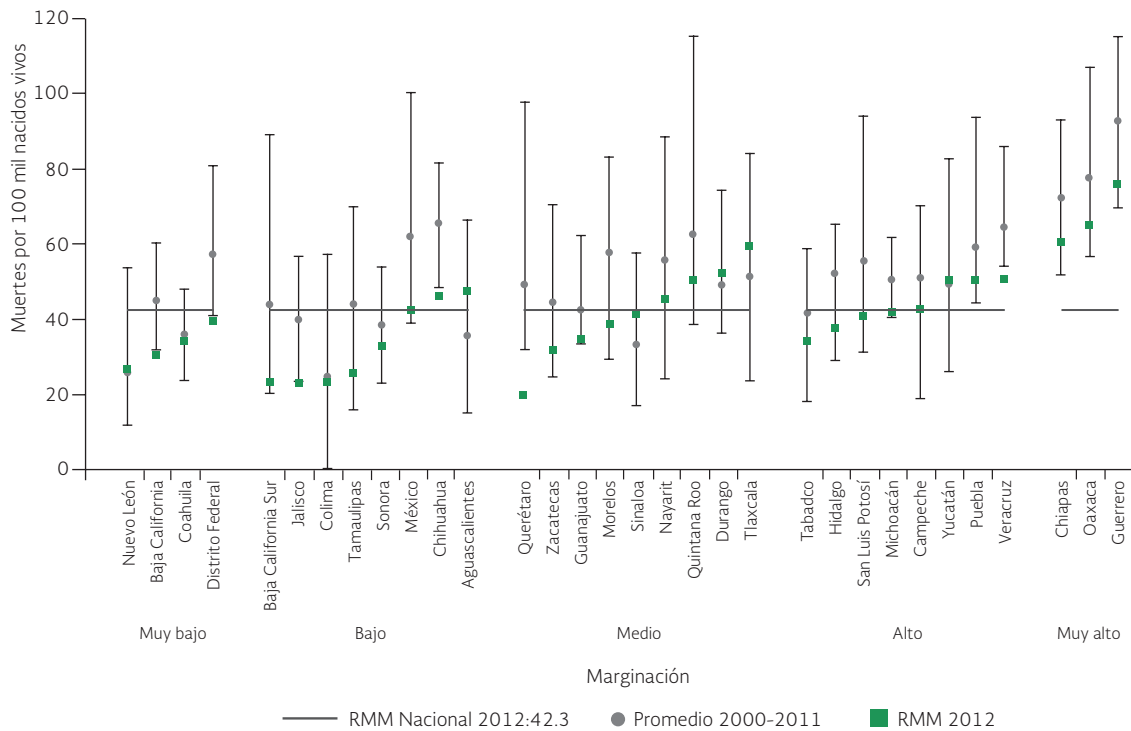
Razón de mortalidad materna. México, 1990-2012 (razón por 100 mil nacidos vivos estimados)



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

Figura 5

Razón de mortalidad materna 2012 por entidad federativa e índice de marginación; promedio, máxima y mínima razón estatal del periodo 2000-2011 (razón por 100 mil nacidos vivos estimados)



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

algunas mejoraron y otras retrocedieron, por lo que la RMM sólo disminuyó 0.7 puntos con respecto a 2011 (figuras 4 y 5).

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 (IHME 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% en 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 registró 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

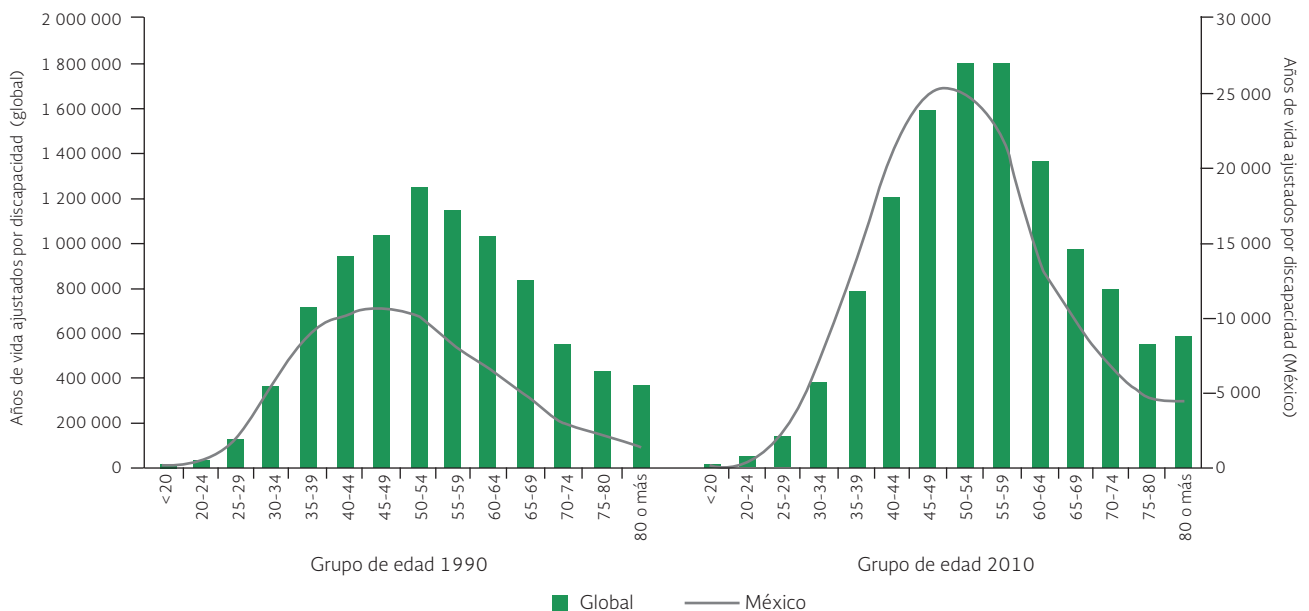
40 años, la mayor diferencia es en el grupo de 50 a 54 años al pasar de 10 044 a 24 773 años de vida saludable ajustados por discapacidad.

En México, la tasa de mortalidad por cáncer de mama en 2012 fue de 17.2 muertes por 100 mil mujeres de 25 y más años, 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. Las tasas más bajas fueron reportadas por Campeche y Quintana Roo con 7.6 y 8.7, respectivamente (figura 7).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 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

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.

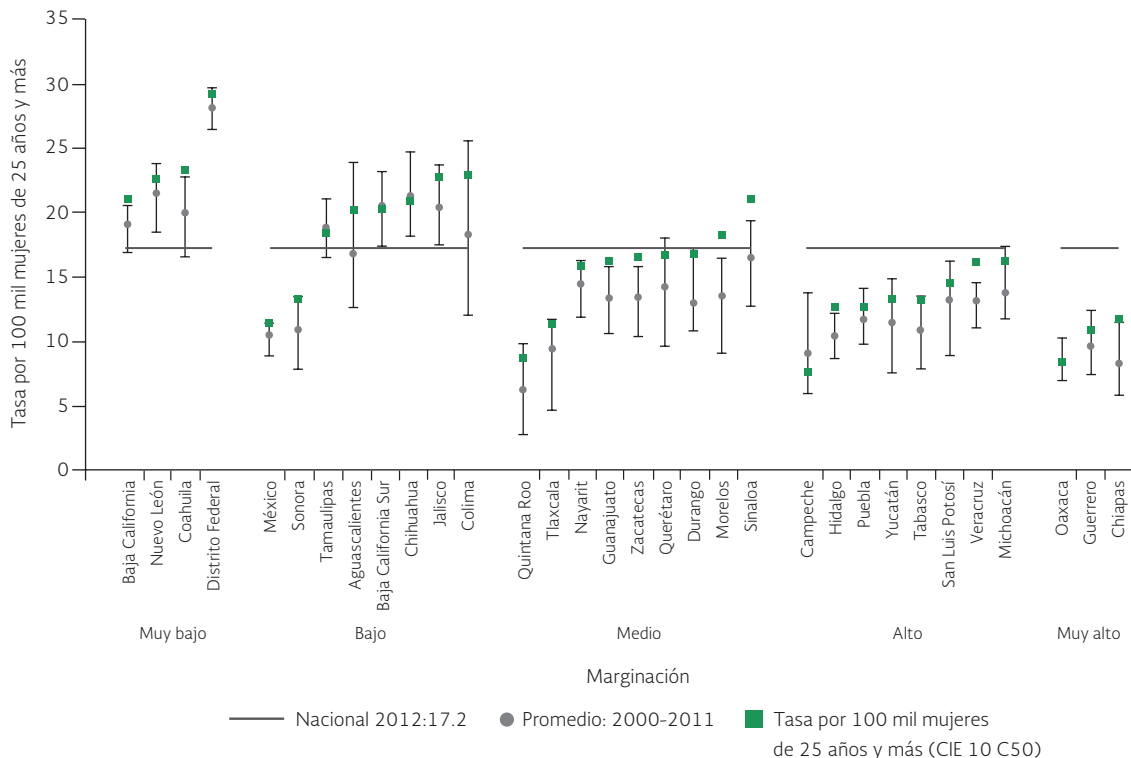
En 2012, la tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino en México fue de 11.8, lo que representa una reducción de 0.5 puntos respecto a la tasa de 2011. Catorce entidades presentaron tasas menores a las reportadas durante el periodo 2000-2011. Sin embargo, contrario al comportamiento de la tasa de mortalidad 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 periodo 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

Mortalidad por cáncer de próstata

Entre los diferentes tipos de cánceres que afectan al hombre, el de próstata es el más frecuentemente diagnosticado después del cáncer de pulmón, se-

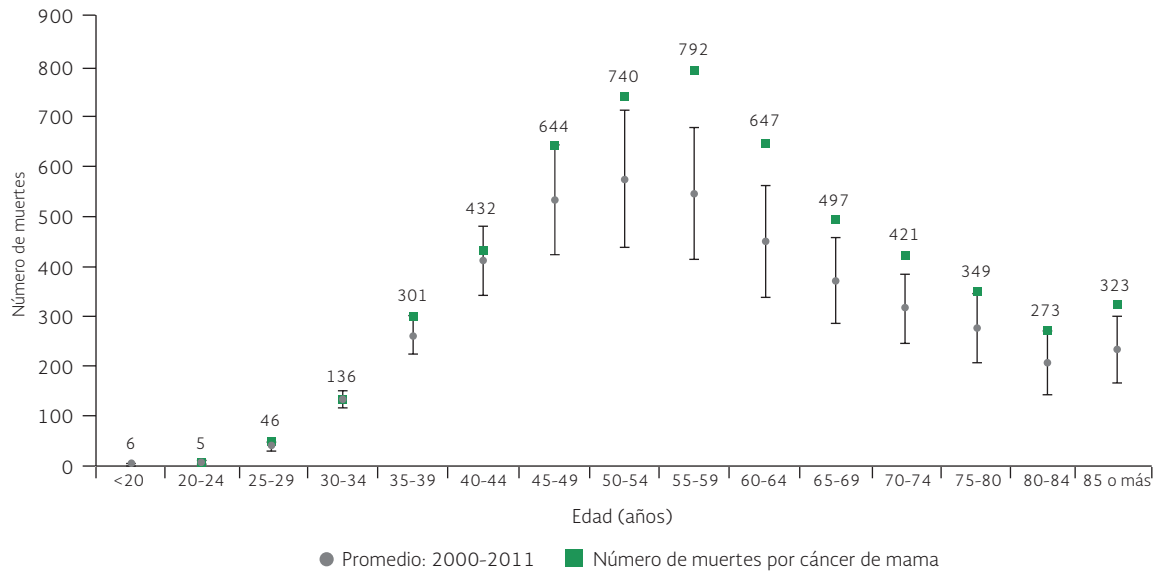
Figura 7
Tasa mortalidad por cáncer de mama por entidad federativa e índice de marginación; promedio, máxima y mínima razón estatal del periodo 2000-2011. México, 2012 (tasa por 100 mil mujeres de 25 años y más)



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

Figura 8

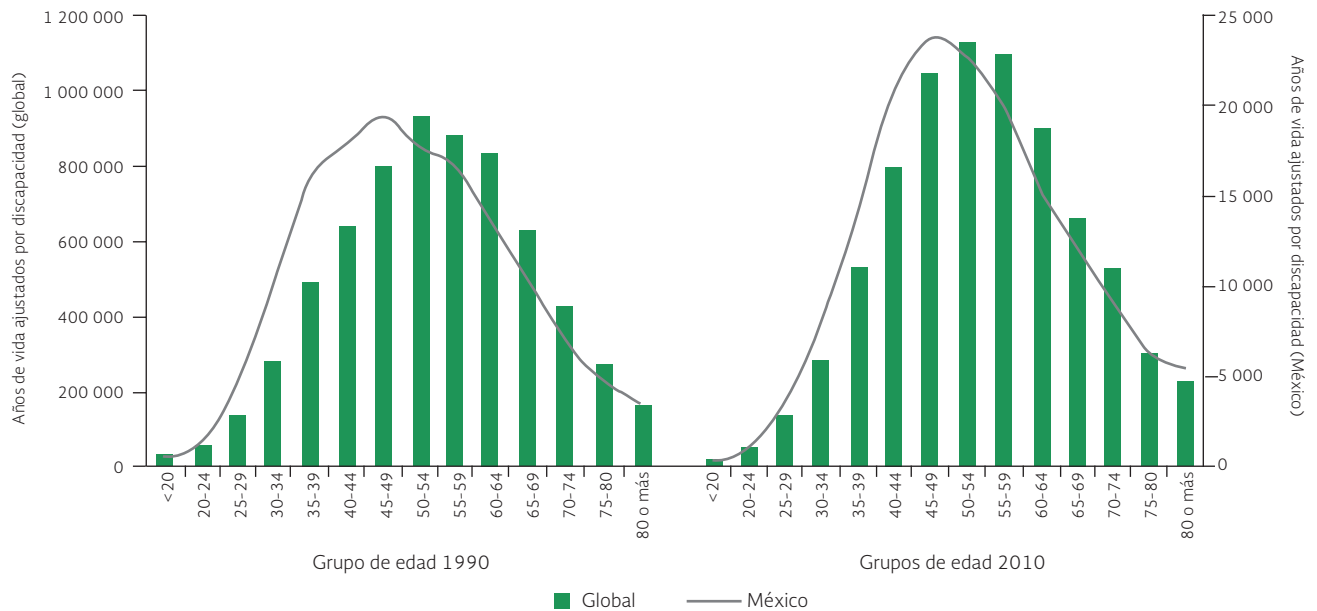
Número de muertes por cáncer de mama por grupo de edad en 2012; promedio, máximo y mínimo del periodo 2000-2011. México, 2012



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

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

gún 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%

en relación con 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.

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 la reportadas en el periodo 2000-2011.

En 2012 se reportaron 5 906 muertes por este padecimiento de las cuales 88.7% ocurrieron en

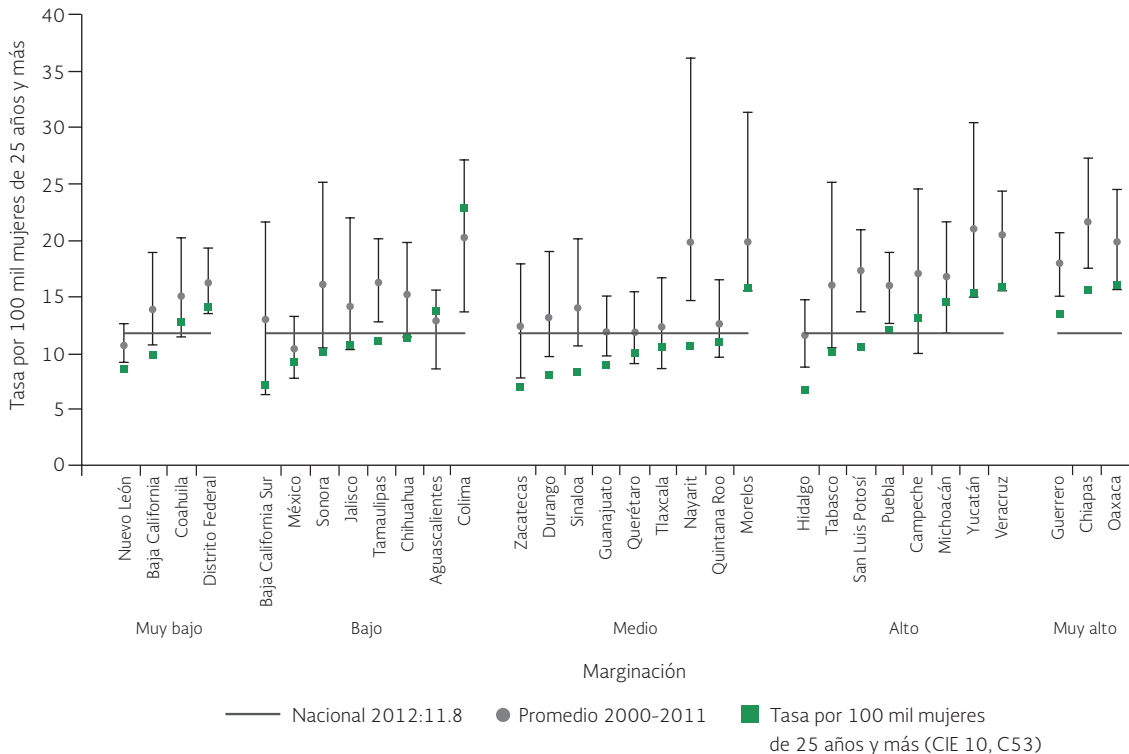
hombres de 65 años y más (figura 14).⁹ En los grupos de edad de 55 y más años se reportaron un número mayor de muertes que en cualquiera de los años comprendidos durante el periodo 2000-2011, excepto en el grupo de 70 a 74 años donde hubo 853 muertes y para el cual su valor máximo fue de 864 ocurridas en 2010.

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

Figura 10

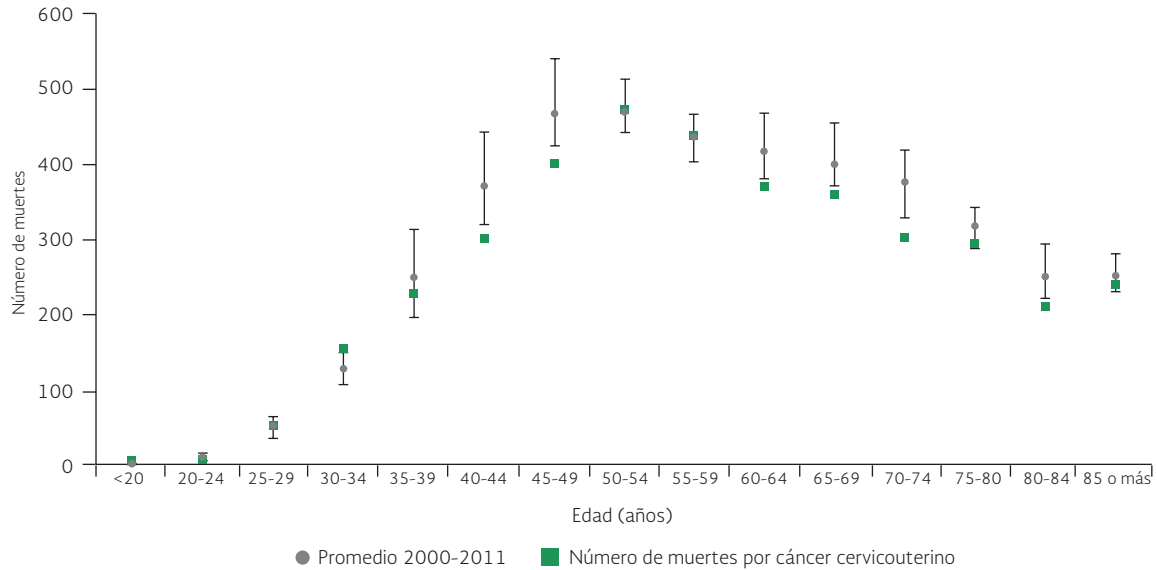
Tasa de mortalidad por cáncer cervicouterino por entidad federativa e índice de marginación, promedio, máxima y mínima tasa estatal del periodo 2000-2011. México, 2012 (tasa por 100 mil mujeres de 25 años y más)



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

Figura 11

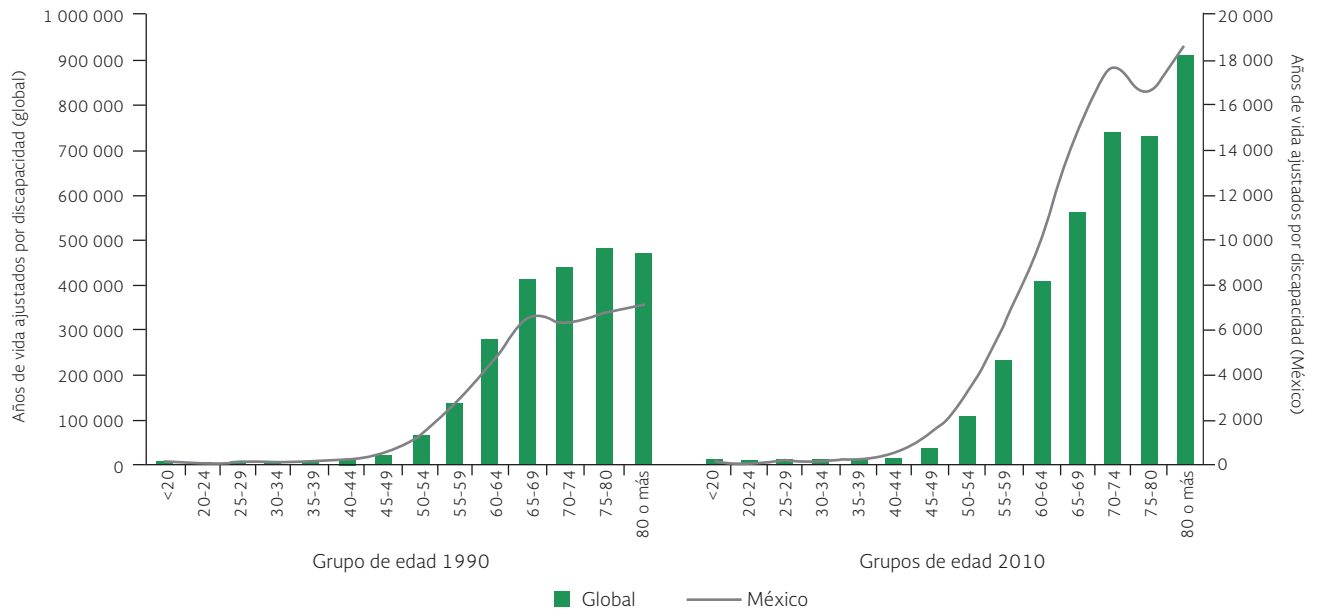
Número de muertes por cáncer cervicouterino por grupo de edad en 2012, promedio, máximo y mínimo del periodo 2000-2011. México, 2012



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

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



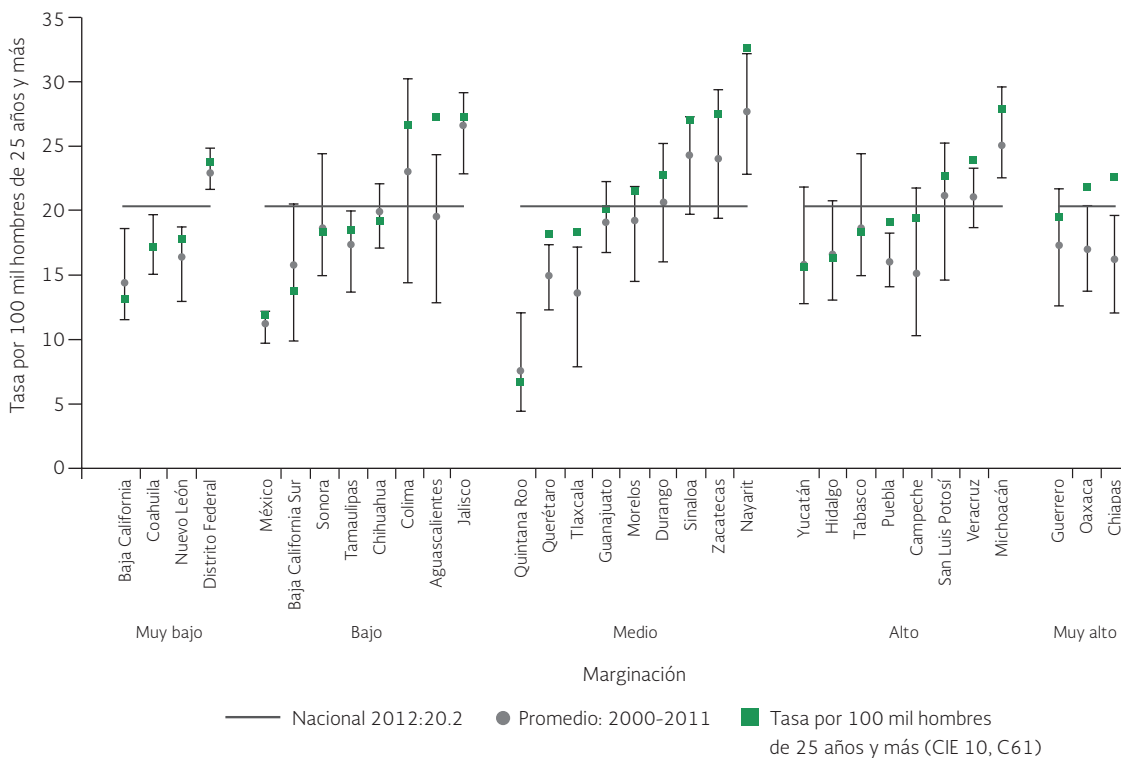
Fuente: Elaboración propia con información de Instituto de Medición y Evaluación de la Salud. Carga Global de la Enfermedad¹²

En México, de acuerdo a la Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en el Hogar 2011 (Endireh),¹⁵ aproximadamente 27 de cada cien mexicanas reportó haber sufrido algún tipo de 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 declaró haber sufrido algún tipo de violencia por parte de su pareja. A nivel nacional 27.3 por ciento de las mujeres mayores de 15

Figura 13

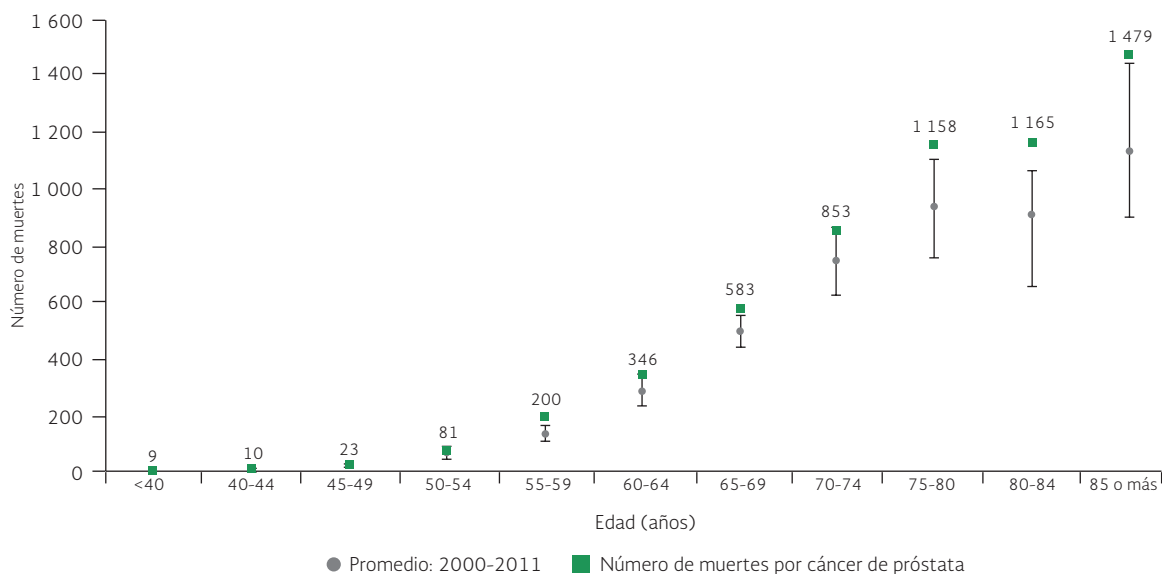
Tasa de mortalidad por cáncer de próstata por entidad federativa e índice de marginación; promedio, máxima y mínima tasa estatal del periodo 2000-2011. México, 2012 (tasa por 100 mil hombres de 25 años y más)



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

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. SSA.⁹

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. Endireh 2011. Inegi

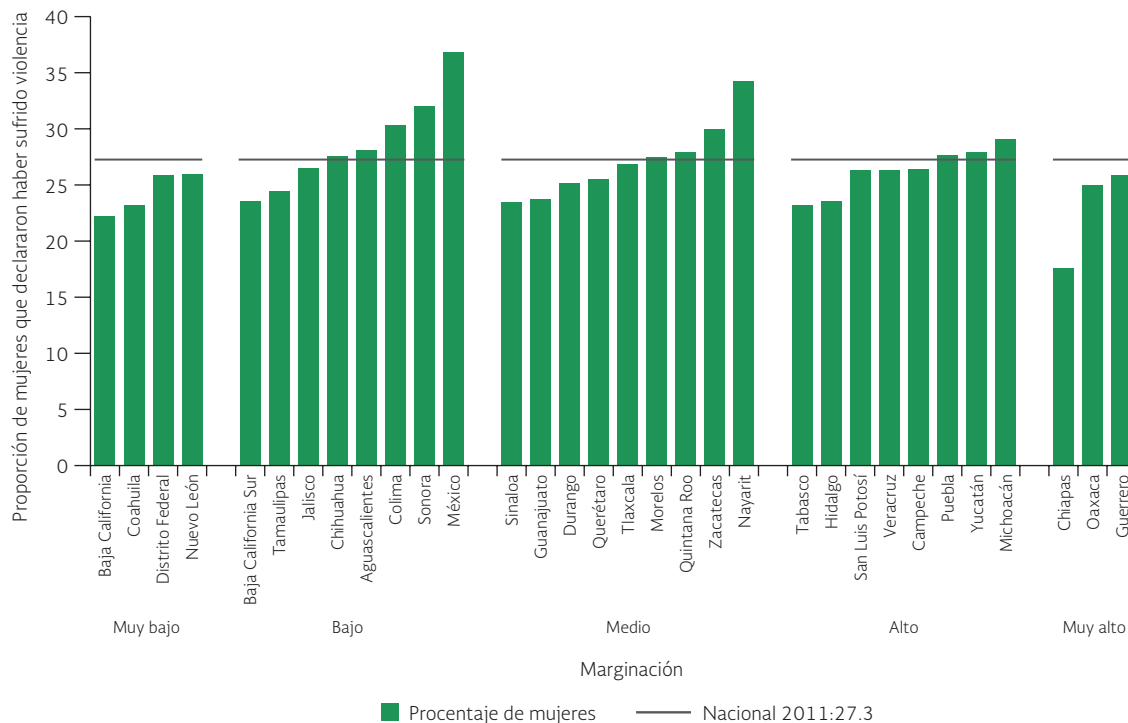
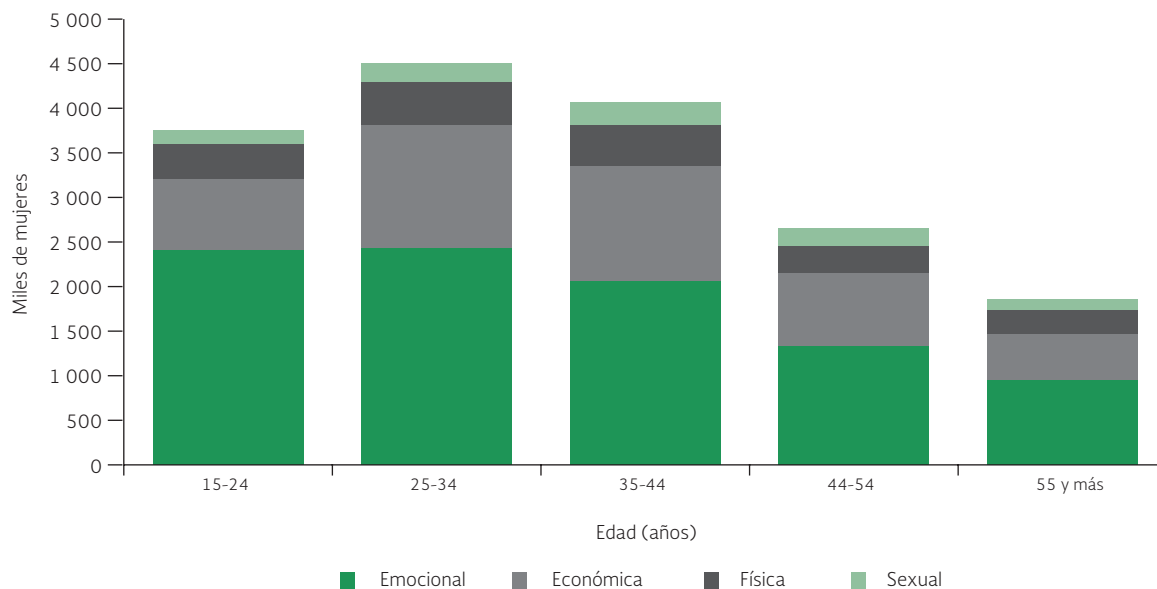


Figura 16

Mujeres de 15 años y más por grupos decenales de edad y tipo de violencia ejercida por su pareja en los últimos 12 meses. Endireh 2011. Inegi



años reportaron haber sufrido violencia por parte de su pareja. En el ámbito 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 marginación, los porcentajes de violencia contra la mujer están por debajo del porcentaje nacional.

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.

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 psicoemocional y atención médica a 161 998 mujeres mayores de 15 años, cantidad 28.7% mayor que el número atendido en el periodo 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 provisión de servicios ante este problema.⁵

3. Metodología

La metodología de cuentas en salud permite la descripción sistemática de los flujos financieros relacionados con el consumo de bienes y servicios de salud.¹⁶ 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 economía.¹⁷ Una segunda forma de contabilizar el gasto es a través de las llamadas cuentas en salud; estas recopilan la información de gasto desde la perspectiva del consumo de los bienes y servicios de salud por los residentes de un país en un periodo determinado.²¹ En México, la contabilización del gasto en salud con el enfoque de cuentas satélites es desarrollada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (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 salud.¹⁸

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.^{19,20} 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.^{22,23} 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.^{24,25}

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 Internacional²³ y ajustada para el caso mexicano,²² compila el flujo de fondos utilizados en la producción de actividades de salud por medio de tablas de doble entrada (matrices).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud y el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, las acciones en salud reproductiva comprenden las estrategias dirigidas a contribuir con el ejercicio de una vida sexual, reproductiva y postreproductiva satisfactoria, saludable y sin riesgos, con respeto a los derechos y a la libre decisión de las personas.²³ 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 del 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 10²⁶ (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 con las cuentas en salud, para el cálculo del gasto se consideraron las siguientes categorías de análisis:^{22,28}

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

- Secretaría de Salud (SSa), Servicios Estatales de Salud (Sesa), Sistema de Protección Social en Salud (SPSS), que en este año se presentan como un solo agente (SSa/Sesa/SPSS).
- Programa IMSS-Oportunidades
- Seguridad social: Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE).
- Agentes privados: pagos directos de los hogares; empresas de seguros privados; organizaciones de la sociedad civil (OSC) y resto del mundo.

Estas categorías se agruparon por sector público (SSa/Sesa/SPSS, IMSS Oportunidades, 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 (SCSM),³³ se agrupó el gasto ejercido en:

- Servicios de atención curativa ambulatoria y atención curativa 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 el número de beneficiarias, se utilizó la fórmula^{27,28} (población total x tasa bruta de natalidad)/1 000

- Planificación familiar: mujeres entre 15 y 49 años.²⁹
- Cáncer cervicouterino y mamario: mujeres de 25 años y más.^{30,31}
- Cáncer de próstata: hombres de 25 años y más.³²

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, Sesa y SPSS

En anteriores ediciones de las CSR la contabilidad del gasto buscaba discriminar el monto ejercido por cada uno de estos agentes cuya labor fue dirigida a brindar servicios a la población sin seguridad social, como la Secretaría de Salud (SSa), los Servicios Estatales de Salud (Sesa), y el Sistema de Protección Social en Salud (SPSS). Hasta 2011 era factible discriminar las personas cubiertas por cada agente, las acciones financiadas por los mismos y los montos asignados. No obstante, a partir de la ampliación de cobertura el SPSS reportó haber afiliado a 52.9 millones de personas,⁶ cifra cercana a 50% de la población mexicana para dicho año, y que además este agente tiene sólo un rol financiero y contrata como su proveedor de servicios a los Servicios Estatales de Salud, se dificulta distinguir y distribuir el gasto entre usuarios de los Sesa que son afiliados y no al Seguro Popular (SP).^{9,33} Por ello en la presente edición se calcula el gasto conjunto de la SSa, Sesa y SPSS.

El cambio propuesto implicó ajustes en la metodología de la estimación del gasto que incluyeron:

- a) Pasar de la estimación del gasto del SPSS *vía costos* por intervención a la estimación del gasto *vía ejercicio presupuestal*. Así, en 2012 para estimar el gasto en SR para el SPSS, 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 se ejerce el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (Fassa). Esta información provino del Boletín de Información Estadística de la Secretaría de Salud (v. IV: recursos financieros).³⁸
- b) Ponderación del gasto ejercido *vía Fassa*, CS, ASF y gasto estatal 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 Nacional de Información en Salud (Si-

- nais) 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)²⁶ (anexo 2). El gasto ejercido a través del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) se obtuvo de los informes de resultados anuales del Sistema de Protección Social en Salud.³⁴
- c) Reestimación del gasto en SR en años previos *vía ejercicio presupuestal*. Para mantener la comparabilidad en la serie de gasto para la SSa, los Sesa y el SPSS se restimó el gasto de manera conjunta para estos 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.

Así, a partir del 2008 se actualiza la estimación con la nueva metodología para la SSa/Sesa/SPSS, por ello, los montos reportados en el evolutivo del gasto para estos agentes del 2003 al 2012, muestran modificaciones con relación con lo reportado 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 la Unidad del Programa IMSS-Oportunidades.^{35,36} 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.³⁷ La información sobre producción de servicios ambulatorios y hospitalarios, utilizada para la ponderación del presupuesto ejercido, provino de la Memoria Estadística 2012,³⁸ la base de morbilidad³⁹ y la base de egresos hospitalarios de esta institución.⁴⁰

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

El gasto de este agente se estimó *vía ejercicio presupuestal*. La información de producción de servicios se extrajo de la base de egresos hospitalarios⁴¹ y el anuario estadístico⁴² de esta institución, y la información de gasto fue proporcionada por la Subdirección de Programación y Presupuesto.⁴³

Cuadro I

SSa/Sesa/SPSS. Diferencias en montos estimados metodología *vía* presupuestal y *vía* costos (millones pesos de 2012)

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
SSa/Sesa (<i>vía</i> 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 (<i>vía</i> 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
Nueva estimación SSa/Sesa/SPSS (<i>vía</i> 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

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) 2012,⁴⁴ realizada por Inegi. Esta encuesta tiene representatividad nacional, por lo que el gasto de bolsillo de los hogares sólo se pudo estimar a este nivel. Los rubros de gasto considerados para este agente se presentan en el cuadro II.

La estimación del gasto privado incluyó tanto el gasto monetario como el no monetario. El gasto no monetario se refiere al pago en especie que realizan los hogares a cambio de la atención. De manera similar a las estimaciones previas, también se incluyó, a través de las cuotas de recuperación, el gasto incurrido por los hogares para la atención de cáncer cervicouterino y mamario en hospitales públicos. El cálculo consideró la ponderación de las cuotas totales de recuperación por el número de días estancia destinado a la atención de estos padecimientos.³⁸

El gasto reportado por la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS),⁴⁵ también forma parte del gasto privado estimado. Se consideró el gasto realizado por los seguros médicos prepagados por concepto de siniestralidad para la atención de los embarazos, partos, cáncer cervicouterino, mamario y de próstata, endometriosis 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 se gasta y con los recursos de quién? La matriz *Gasto estimado en salud reproductiva y equidad de género de los proveedores por función de gasto*, muestra las cantidades ejecutadas por cada proveedor en los diferentes programas y funciones de salud, y atiende a la pregunta ¿Quién ejerce el gasto y en qué tipo de programas y funciones? En síntesis se brinda información sobre quién hace qué y proporciona muestras de la eficiencia en la provisión de los servicios de salud.³⁷

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

Cuadro II
Rubros de gasto seleccionados de la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares 2012. Inegi

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

salud reproductiva por beneficiaria(o) en los estados se calculó por medio de la siguiente fórmula:

$$G_b_j = (G_{SMPj} / B_{SMPj}) + (G_{PFj} / B_{PFj}) + (G_{CACUj} / B_{CACUj}) + (G_{CAMAj} / B_{CAMAj}) + (G_{CAPROj} / B_{CAPROj}) + (G_{OTROSj} / B_{OTROSj})$$

Donde:

- G_b_j : Gasto público en salud reproductiva por beneficiaria(o) para el estado j
- G_{SMPj} : Gasto público en salud materna perinatal para el estado j
- G_{PFj} : Gasto público en planificación familiar para el estado j
- G_{CACUj} : Gasto público en cáncer cervicouterino para el estado j
- G_{CAMAj} : Gasto público en cáncer mamario para el estado j
- G_{CAPROj} : Gasto público en cáncer de próstata para el estado j
- G_{OTROSj} : Gasto público en *otros padecimientos** 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 ⁴⁶
- B_{CAMAj} : Población beneficiaria del gasto en cáncer mamario en el estado j ⁴⁷
- B_{CAPROj} : Población beneficiaria del gasto en cáncer de próstata en el estado j ⁴⁸
- 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 Instituto Nacional de Estadística y Geografía (Inegi):⁴⁹

Periodo	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 lo integra la 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 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.

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

4. Gasto en salud reproductiva y equidad de género 2012

El gasto total estimado en salud reproductiva y equidad de género (SRyEG) en 2012 fue de 50 943.9 millones de pesos corrientes, equivalente a 5.3% del gasto total en salud^{9,*} y 0.33% del producto interno bruto.^{9,†} El agente con mayor participación en el gasto fue el IMSS, con 37.4% del total, seguido de SSa/Sesa/SPSS con 32.7% del total (figura 17).

Las acciones de asistencia curativa concentraron 73.6% del gasto en SRyEG, mientras que los servicios de prevención y de salud pública 18.1%. Los productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios y los servicios auxiliares de atención de la

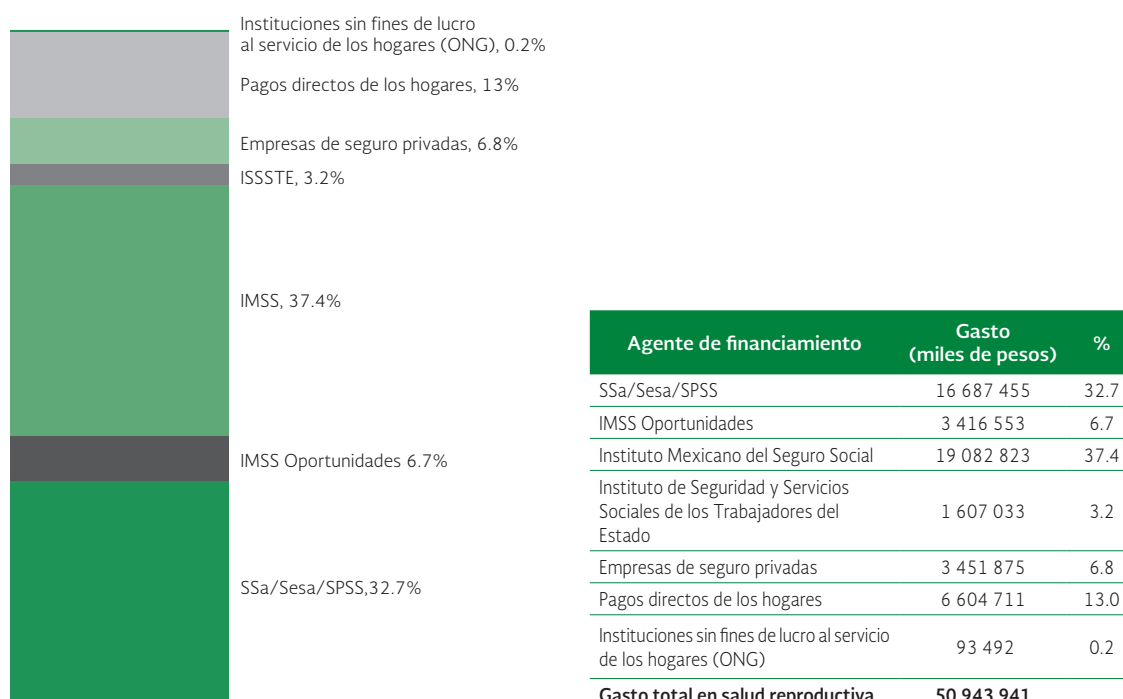
salud representaron 3.0% y 1.7%, respectivamente. El gasto en administración de la salud y los seguros médicos fue equivalente a 3.6% (figura 18).

La distribución por proveedores permite observar que más de dos terceras partes del gasto en SRyEG fue ejercida en hospitales (71.0%). Los consultorios médicos y centros de atención ambulatoria fueron responsables del 19.3% del gasto total. En tanto que, las farmacias y los laboratorios médicos y de diagnóstico abarcaron 3.0 y 1.7%, respectivamente (figura 19).

La atención de la salud materna perinatal fue el programa que concentró la mayor cantidad de

Figura 17

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



* 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.

† El producto interno bruto de 2012 ascendió a 15 503 425.8 millones de pesos corrientes.

recursos, 33 598.4 millones de pesos, equivalente a 66.0% del gasto total en SRyEG durante 2012, seguido por la atención de los cánceres más frecuentes de la mujer (cervicouterino y de mama), que en conjunto consumieron 6 365.3 millones de pesos, equivalente a 12.5% del gasto total. Por su parte, el gasto en endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata, fue equivalente a 4 746.6 millones, es decir 9.3% del total, mientras que el programa de planificación familiar requirió para sus operaciones del año de 3 787.2 millones de pesos, lo que traducido en términos porcentuales equivale a 7.4%. El remanente, esto es, 2 446.3 millones de pesos, equivalentes a 4.8% del gasto en SRyEG, 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).

Gasto por agente financiador

Secretaría de Salud, Sesa y SPSS

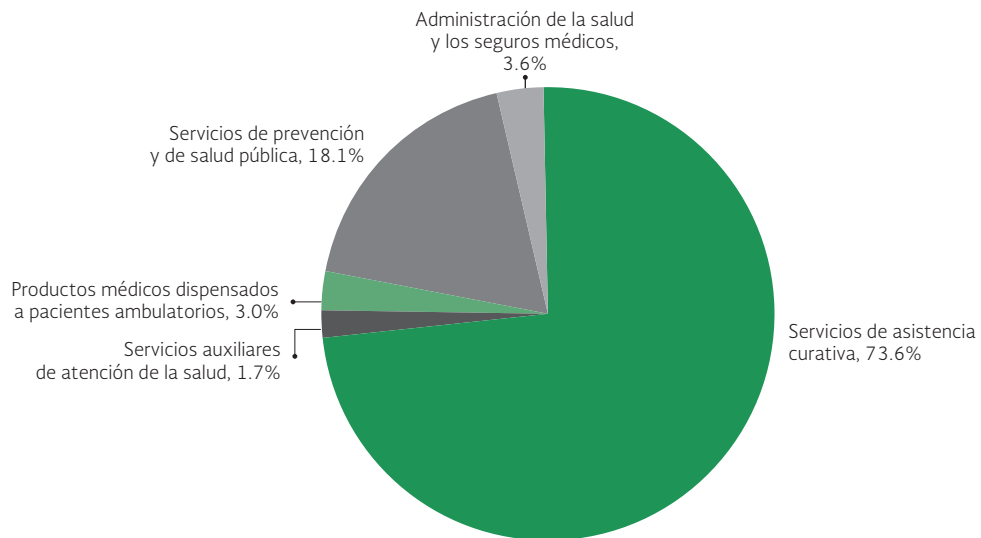
Procurando satisfacer las necesidades de salud sexual y reproductiva de los 52.9 millones de mexicanos,^{6,*} en 2012 estos agentes destinaron a la provisión de servicios de salud sexual y reproductiva 16 687.4 millones de pesos, equivalente a 8.2% de su gasto total en salud.^{9,38,‡} El desglose por programas de salud muestra que 10 869.6 millones de pesos equivalentes a 65.1% del gasto

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

‡ 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

Figura 18

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



	Gasto (miles de pesos)	%
Servicios de asistencia curativa	37 482 139	73.6
Servicios auxiliares de atención de la salud	867 608	1.7
Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	1 541 522	3.0
Servicios de prevención y de salud pública	9 242 948	18.1
Administración de la salud y los seguros médicos	1 809 724	3.6
Gasto total en salud reproductiva	50 943 941	

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).

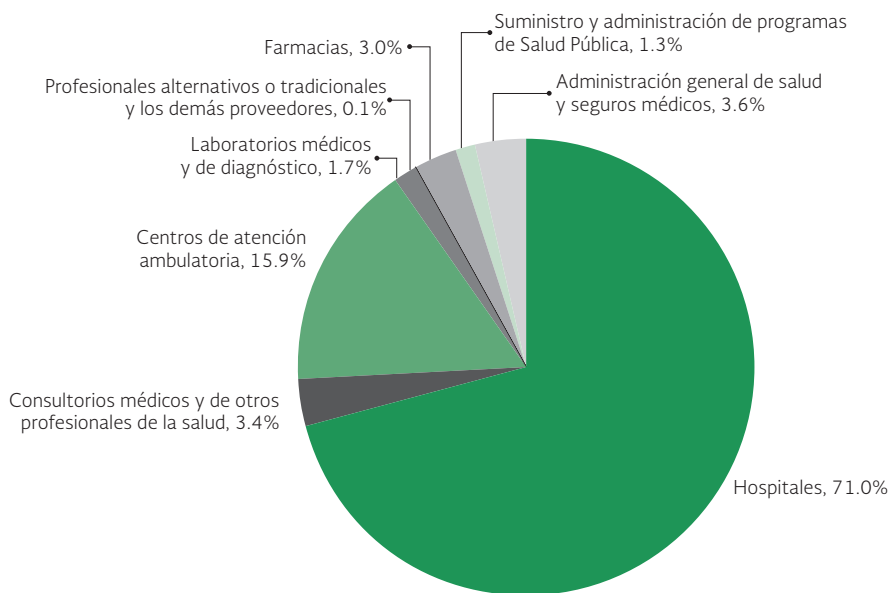
El 69.1% del gasto de estos agentes financiadores se ejerció en hospitales y 22.8% en centros de atención ambulatoria, 6.2% en suministro de programas y administración de programas de la salud pública y 1.9% en farmacias (cuadro IV).

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 Gastos Catastróficos (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

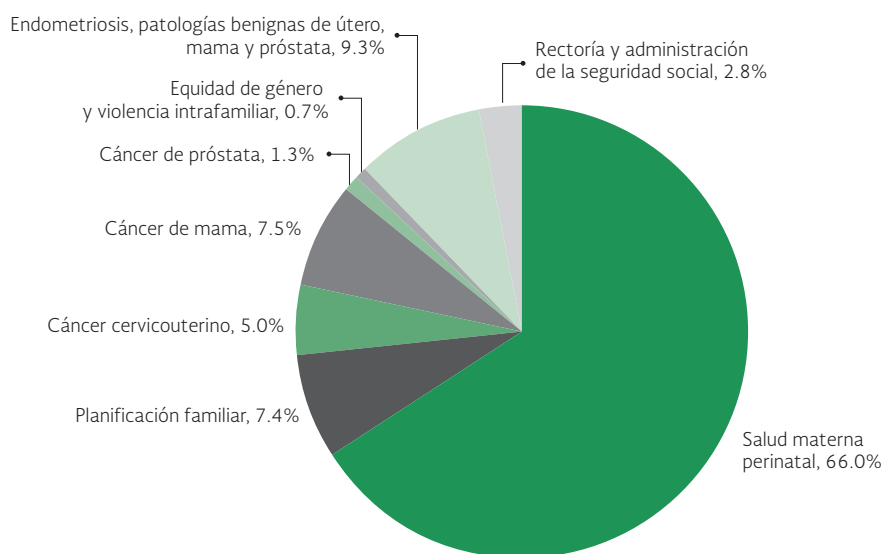
Figura 19

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



	Gasto (miles de pesos)	%
Hospitales	36 175 427	71.0
Consultorios médicos y de otros profesionales de la salud	1 756 287	3.4
Centros de atención ambulatoria	8 092 742	15.9
Laboratorios médicos y de diagnóstico	867 608	1.7
Profesionales alternativos o tradicionales y los demás proveedores	41 624	0.1
Farmacias	1 541 522	3.0
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	50 943 941	

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



	Gasto (miles de pesos)	%
Salud materna perinatal	33 598 436	66.0
Planificación familiar	3 787 208	7.4
Cáncer cervicouterino	2 542 652	5.0
Cáncer de mama	3 822 652	7.5
Cáncer de próstata	666 200	1.3
Equidad de género y violencia intrafamiliar	332 161	0.7
Endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	4 746 620	9.3
Rectoría y administración de la seguridad social	1 448 011	2.8
Gasto total en salud reproductiva	50 943 941	

Cuadro III
SSa/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
Endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata	255 899	10 219				266 118	1.6
Rectoría					8 163	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		

* Incluye el programa de Atención a adolescentes

Cuadro IV

SSa/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		

* Incluye el programa de Atención a adolescentes

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.

Programa 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”,⁴³ 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.^{9,38,*} El programa de salud materna perinatal concentró 67.1% del gasto en salud reproductiva de este agente (2 293.7 millo-

nes 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).

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 los que ejercieron las menores cantidades (6 200, 7 400 y 7 411, respectivamente).

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

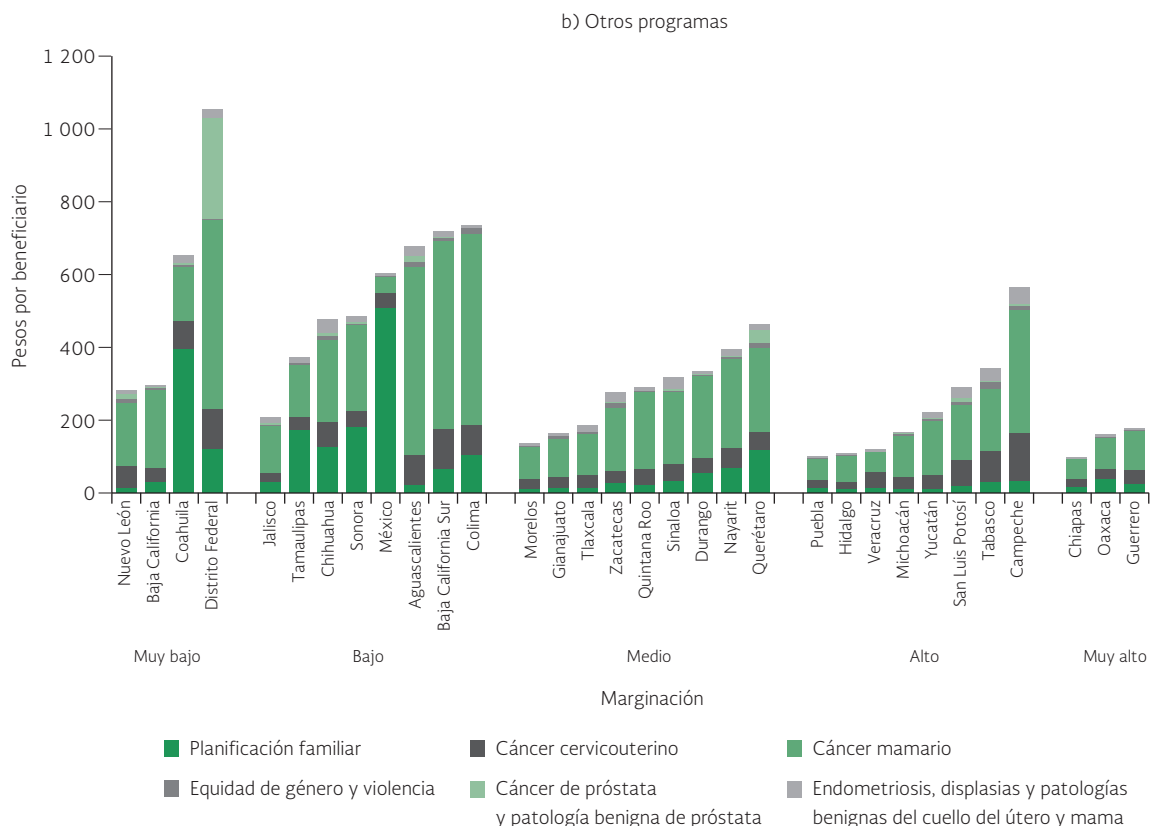
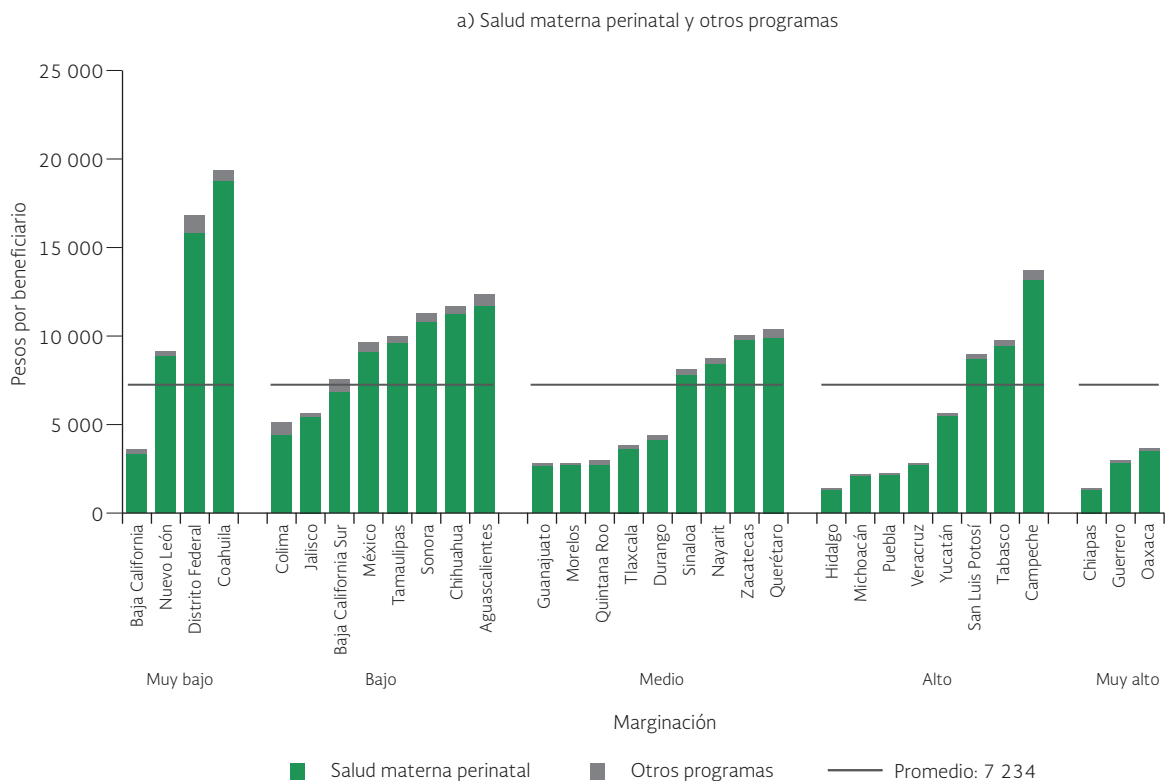
Instituto Mexicano del Seguro Social

Debido a la población que atiende, trabajadores del sector formal de la economía y sus familias, el IMSS ha sido históricamente la institución de

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

Figura 21

SSa/Sesa/SPSS. Gasto en salud reproductiva y equidad de género por beneficiaria y programa de salud, por entidad federativa. México, 2012



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			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		

salud con mayor número de derechohabientes en México. En 2012, 57.47 millones de personas fueron derechohabientes de este agente,⁴³ lo que equivale a 49.1% de la población total nacional estimada para este año.* Este agente ejerció 19 082.8 millones de pesos en actividades de salud reproductiva, esta cifra representó 9.6% de su gasto total en salud.^{9,38,†}

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 (63.2%, equivalente a 12 066.3 miles de pesos), del cual, 83.0% se ejecutó en hospitales. El gasto en endometriosis y patologías benignas de útero, mama y próstata concentró

17.5% y las acciones de planificación familiar 3.5%. 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 un gasto de 1 249.2 millones de pesos, es decir, 6.5% del total (cuadro VII).

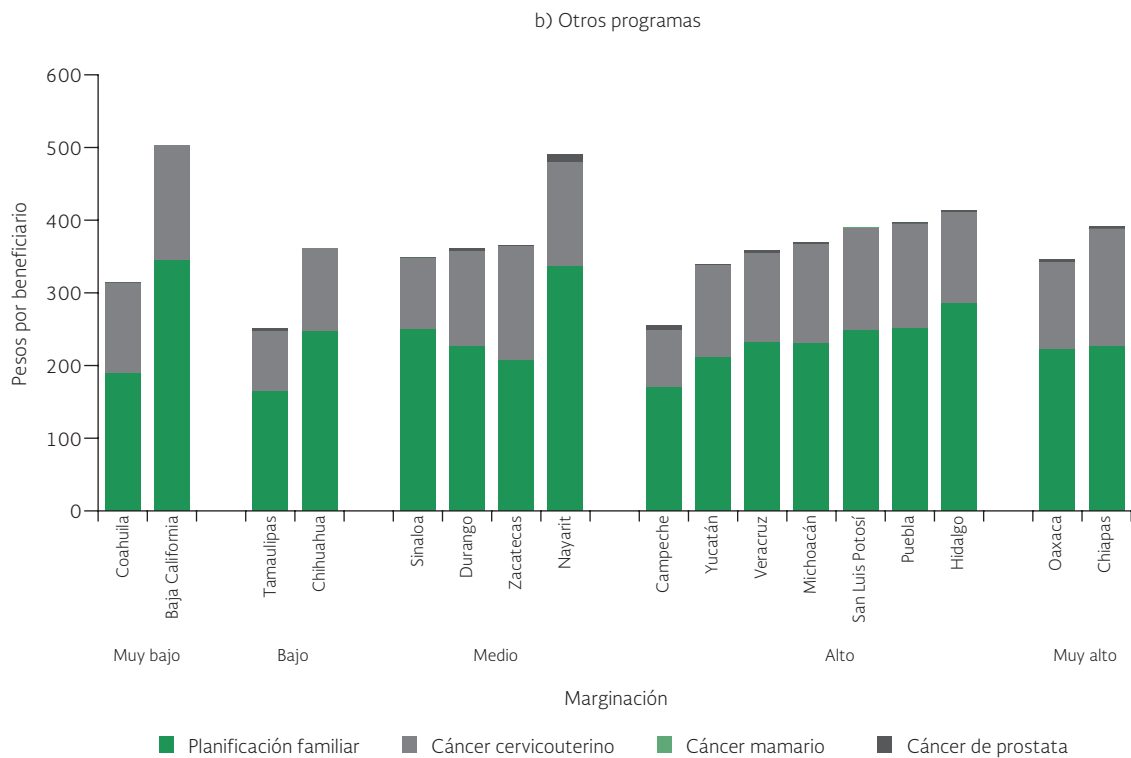
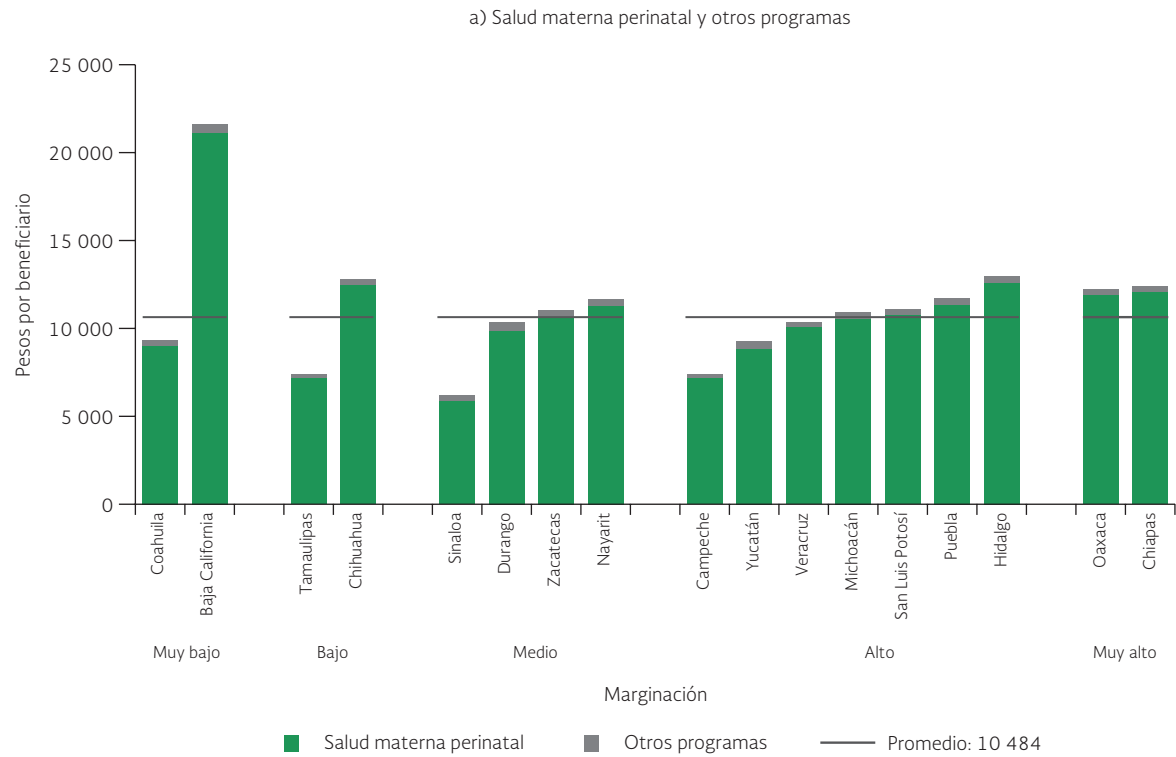
La provisión de los servicios para la atención de salud sexual y reproductiva, medida a través del gasto, se realizó mayoritariamente en el ámbito hospitalario ya que 78.7% del total se ejerció en éstos, principalmente en la realización de actividades de salud materna perinatal y la atención de patologías benignas de útero, mama y próstata. El porcentaje restante se distribuyó entre proveedores de atención ambulatoria (13.6%), farmacias (1.2%) y actividades de administración general de la salud y los seguros médicos (6.5%) (cuadro VIII).

* La población total de 2012 fue de 117 053 751 personas. Fuente: Conapo.⁹

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

Figura 22

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



Cuadro VII

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 materna perinatal	9 985 018	546 538		1 534 813		12 066 369	63.2
Planificación familiar	62 349	166 735	219 477	191 023		639 583	3.5
Cáncer cervicouterino	159 208	279 069				438 277	2.3
Cáncer de mama	503 531	453 217				956 748	5.0
Cáncer de próstata	179 090	205 094				384 184	2.0
Endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	1 019 404	2 329 021				3 304 607	17.5
Administración					1 249 238	1 249 238	6.5
Total	11 908 599	3 979 674	219 477	1 725 836	1 249 238	19 082 823	
%	62.4	20.8	1.2	9.0	6.6		

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	10 008 332	2 058 036			12 066 369	63.2
Planificación familiar	227 408	192 699	219 477		639 583	3.5
Cáncer cervicouterino	436 249	2 027			438 277	2.3
Cáncer de mama	695 682	261 065			956 748	5.0
Cáncer de próstata	326 203	57 981			384 184	2.0
Endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	3 331 886	16 540			3 348 425	17.5
Administración				1 249 238	1 249 238	6.5
Total	15 025 761	2 588 347	219 477	1 249 238	19 082 823	
%	78.7	13.6	1.2	6.5		

El análisis del gasto por beneficiaria revela que el IMSS gastó en promedio 13 748 pesos, siendo Baja California Sur la entidad federativa que erogó la mayor cantidad de dinero por derechohabiente (26 804 pesos), monto equivalente a 3.3 veces más lo gastado en Chiapas, la entidad con menor gasto por beneficiaria (8 038) (figura 23).

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

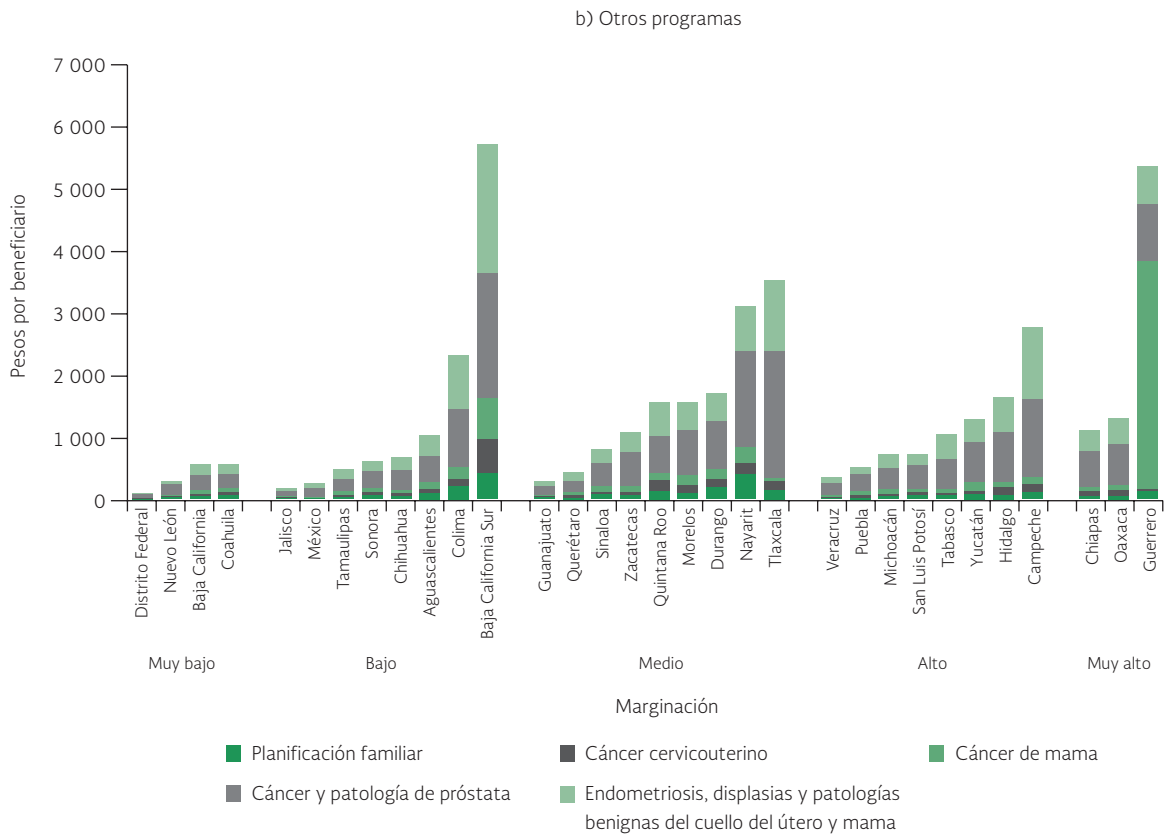
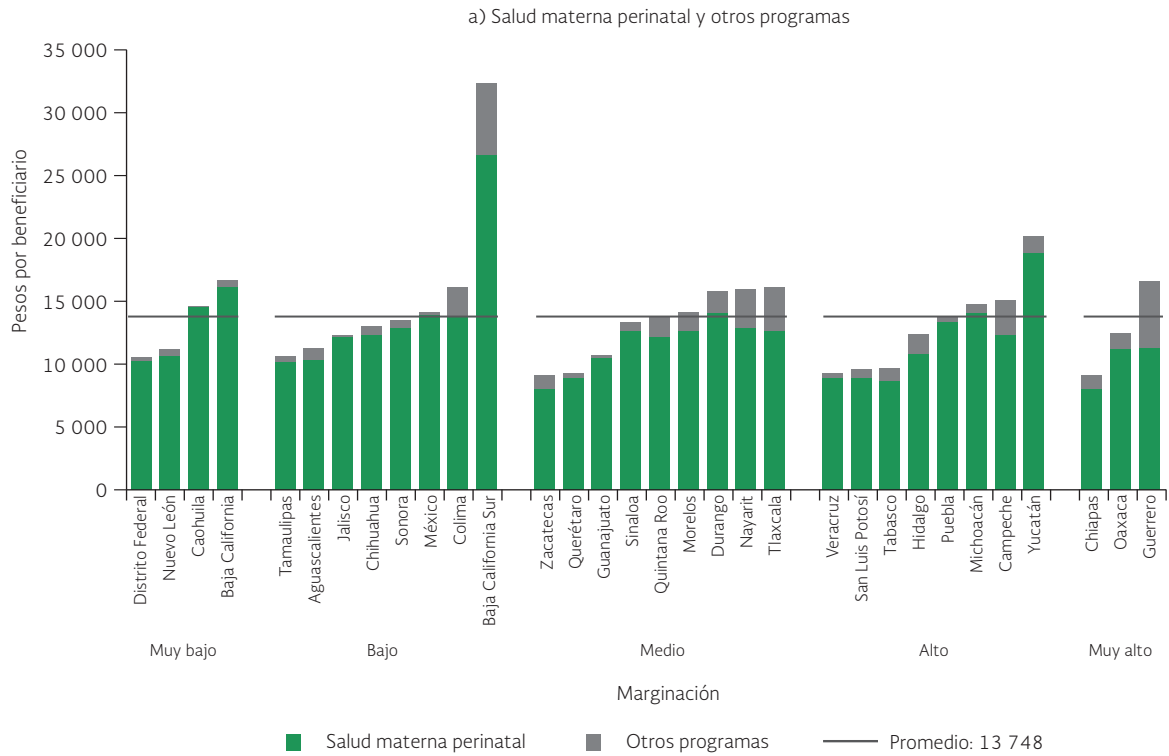
En 2012, el ISSSTE tuvo la afiliación de 12.4 millones de derechohabientes,⁴⁷ lo que representó

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.^{9,38,*} 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%;

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

Figura 23

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



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 SRyEG para este agente (cuadro IX).

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 316.7 millones (cuadro X).

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).

Sector privado

En 2012, los agentes del sector privado gastaron 10 150.0 millones de pesos en actividades relacio-

Cuadro IX

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 materna 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		

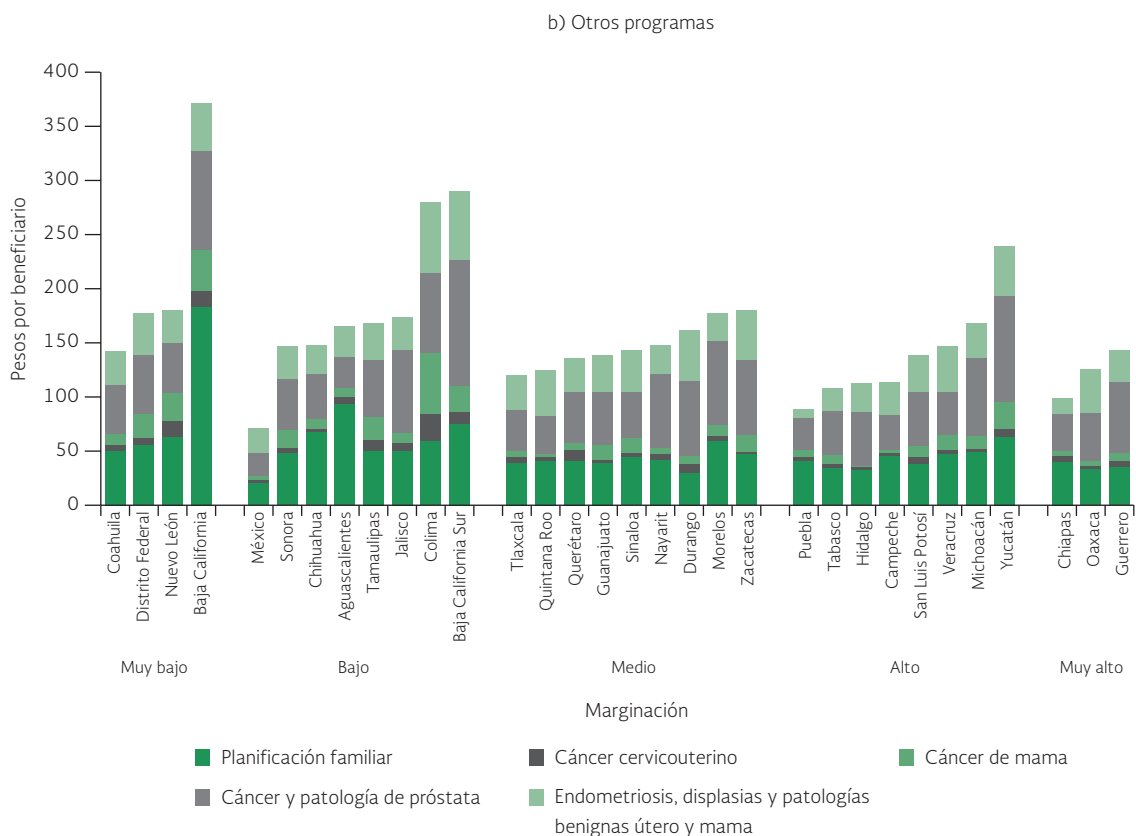
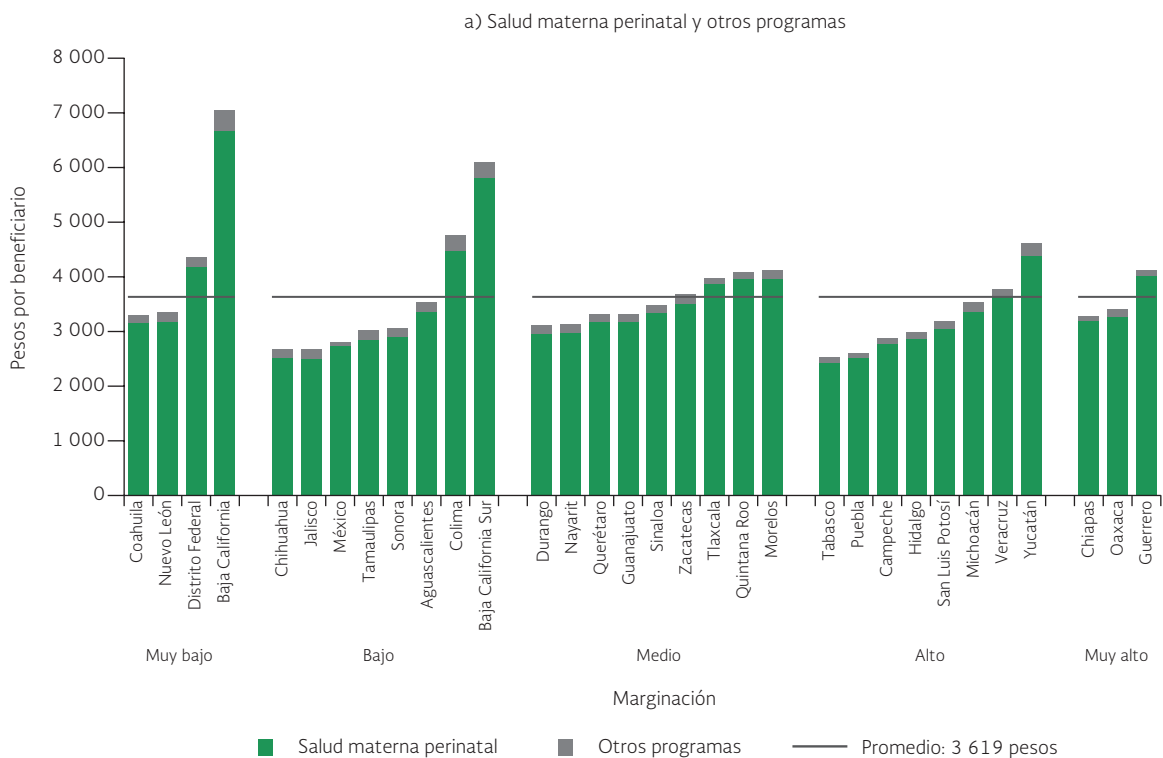
Cuadro X

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 materna 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		

Figura 24

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



nadas 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).

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 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).

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 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		

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		

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 SRyEG experimentó un aumento promedio anual de 0.7% en términos reales. No obstante, su comportamiento ha sido irregular. En cuatro momentos se observaron decrementos del gasto, siendo los más importantes los registrados entre 2008 y 2010 (cuadro XIV). Estos cambios son atribuibles a las caídas del gasto privado en 22.9 y 28.8%, respectivamente. Se observa también un decremento entre los años 2011-2012 debido a que el crecimiento de SSa/Sesa/SPSS no pudo compensar la caída de 12.9% del gasto privado y 19.4% del ISSSTE (cuadro XIV, figura 25).

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%, concluyendo con un promedio anual de -0.2%. 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 3.7 y 19.8% (cuadro XV, figura 26).

En el cuadro XVI y figura 27 se observan las oscilaciones en el gasto de los programas de

SRyEG durante el periodo estudiado. Destaca el comportamiento anual del gasto en salud materna perinatal, que se contrajo en más de cinco ocasiones como consecuencia del decremento en el gasto privado. 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 contra Gastos Catastróficos del SPSS: en el periodo 2006-2007 reportó un incremento de 59.1%, y un aumento de 8.4% durante 2011-2012.

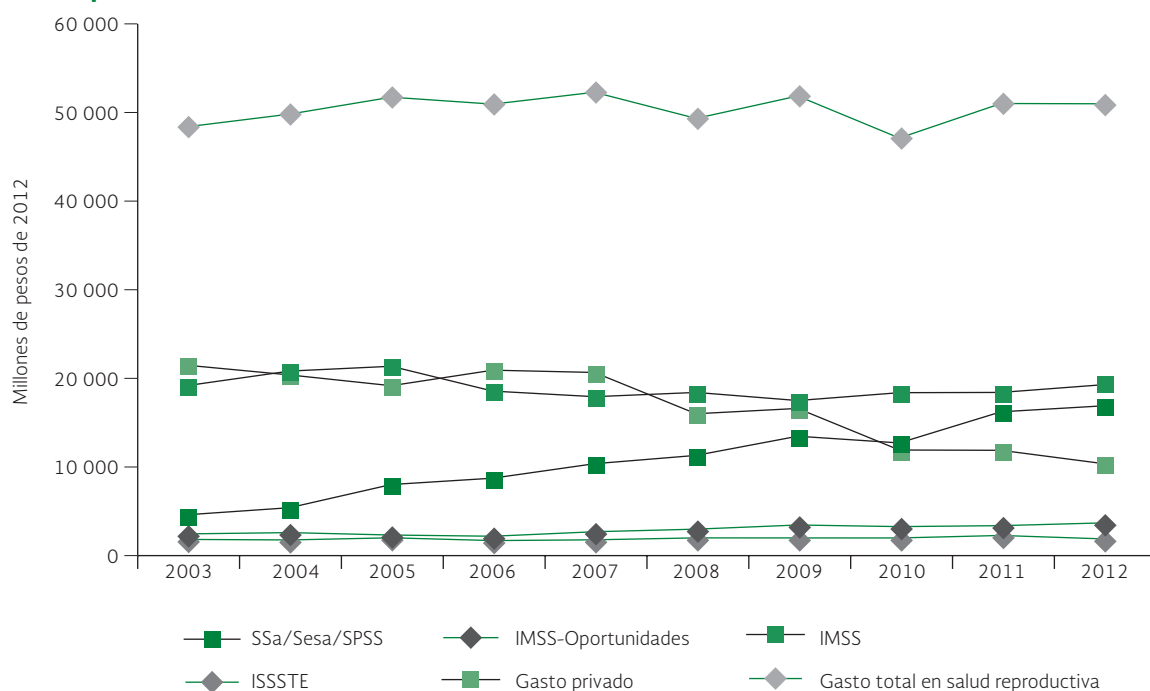
En el último periodo de análisis, 2011 - 2012, el gasto en planificación familiar aumentó en 7.5%, mientras que el gasto en padecimientos relacionados con endometriosis y patologías benignas se redujo en 1.0%. La reducción más importante correspondió al programa de cáncer cervicouterino con 10.0%, a expensas principalmente de la reducción del gasto en 30.4% para SSa/Sesa/SPSS (cuadro XVII). El programa de equidad de género aumentó su gasto en 14.7% a consecuencia del aumento de lo ejercido por SSa/Sesa/SPSS.

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	
SSa/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	4.8	0.3
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	-0.1	0.7

Figura 25
Evolución del gasto en salud reproductiva y equidad de género por agente de financiamiento. México, 2003-2012
(millones de pesos de 2012)



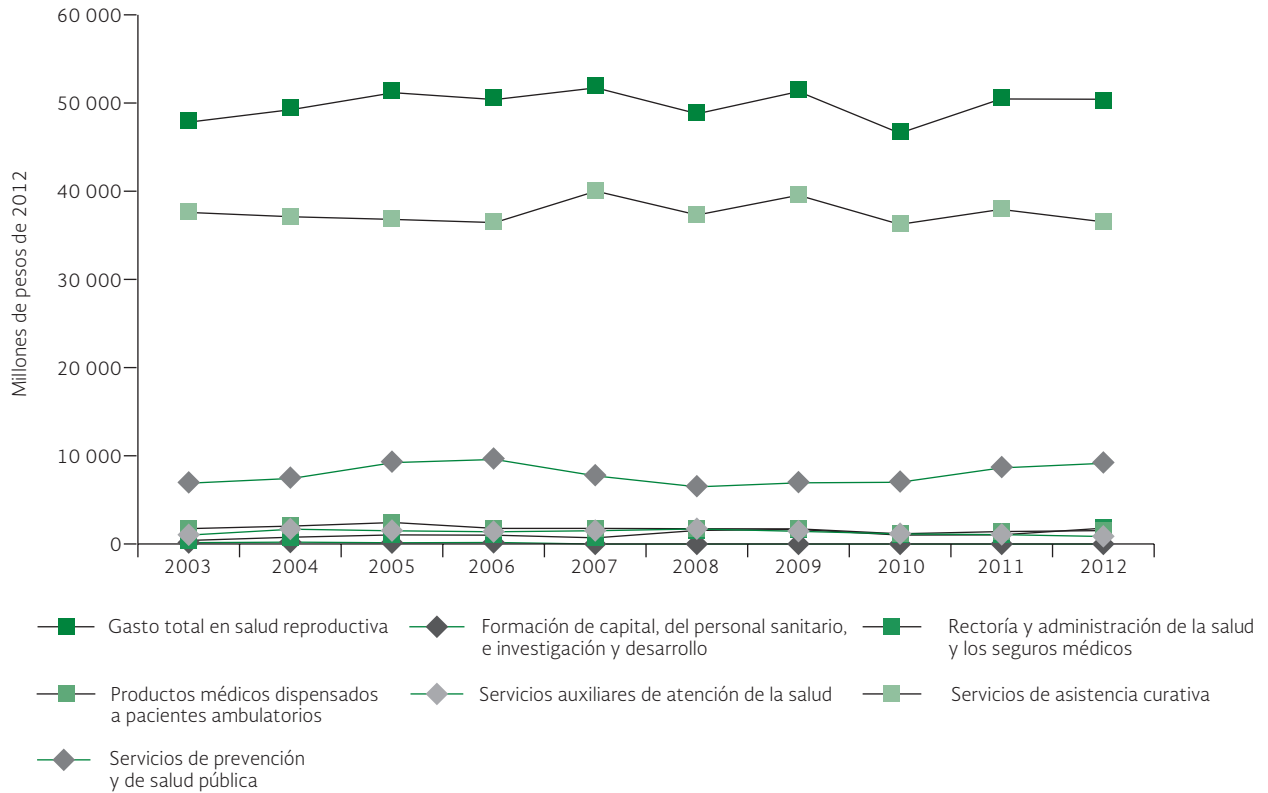
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
SSa/Sesa/SPSS	4 347.5	5 139.9	7 767.8	8 489.2	10 128.9	11 072.2	13 246.1	12 484.1	16 015.0	16 687.5
IMSS Oportunidades	2 172.3	2 316.6	2 042.2	1 905.5	2 415.4	2 708.4	3 180.0	2 997.3	3 105.4	3 416.6
IMSS	18 999.1	20 634.2	21 178.4	18 361.9	17 730.3	18 211.5	17 292.9	18 183.9	18 212.2	19 082.8
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	50 943.9

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	2011-2012	
Servicios de asistencia curativa	-1.3	-0.8	-1.0	9.8	-6.8	6.0	-8.3	4.7	-3.7	-0.2
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	-0.1	0.7

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	36 918.2
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	9 242.9
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
Gasto total en salud reproductiva	48 349.2	49 771.4	51 693.0	50 904.6	52 250.7	49 284.1	51 824.8	47 059.0	50 974.7	50 943.9

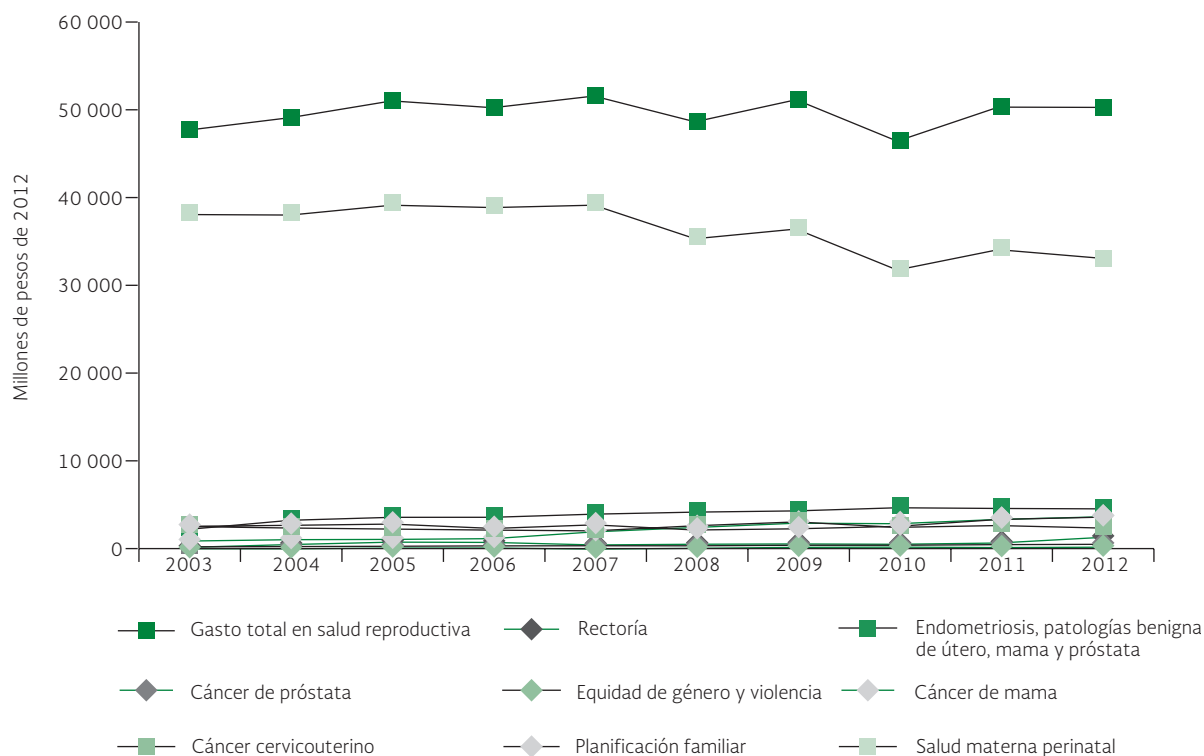
Cuadro XVI

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	-2.8	-1.3
Planificación familiar	4.1	5.0	-16.8	16.6	-20.4	5.9	11.5	28.9	7.5	4.7
Cáncer cervicouterino	-6.2	-4.7	-4.9	-3.8	26.5	15.8	-19.2	7.9	-10.0	0.1
Cáncer de mama	15.0	2.6	7.1	59.1	24.1	19.0	-1.9	16.2	8.4	16.6
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	6.1	6.7
Endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	43.1	9.9	0.1	9.5	5.7	3.3	8.0	-1.6	-1.0	8.5
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	-0.1	0.7

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	33 598.4
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	3 787.2
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	2 542.7
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	3 822.7
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	666.2
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	4 746.6
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	50 943.9

Gasto por agente financiador

Secretaría de Salud, Sesa y SPSS

Como se observa en el cuadro XVII y en la figura 28, a pesar de las oscilaciones, el gasto en SRyEG de estos agentes, experimentó un incremento promedio anual de 17.1% durante el periodo 2003-2012. Cuando se analiza la tendencia del gasto por programas de salud, se observa que en el caso de la salud materna y perinatal, el gasto creció continuamente a excepción de 2010. Destaca también el crecimiento continuo del gasto en cáncer de mama, como consecuencia de su inclusión en el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos a excepción de 2010 (cuadro XVII).

El análisis de los cambios entre 2011 y 2012 muestra que el gasto en salud materna perinatal y planificación familiar aumentó en 6.6 y 14.7%, respectivamente, mientras que 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 balance en el gasto en SR de estos agentes en este periodo fue de un aumento de 4.2% (figura 28).

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,⁶ se realiza un mayor análisis identificando el origen de las variaciones en su gasto. Las fuentes que

pueden explicar estas variaciones son: 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 Gastos Catastróficos (FPGC).

Respecto a la primera causa, se observa que en relación con 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 complicaciones por aborto, 9.5% por concepto de atención de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio y 0.2% por 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 aumentó en 13.6 y 39.9%, respectivamente (cuadro XVIII).

Por el lado de los presupuestos ejercidos por tipo de fondo, se observan incrementos en los rubros de atención curativa hospitalaria y ambulatoria así como en los servicios de prevención y de salud pública en lo que corresponde a los montos transferidos a través del Fassa, la CS y la ASF. Por su parte, el gasto estatal también

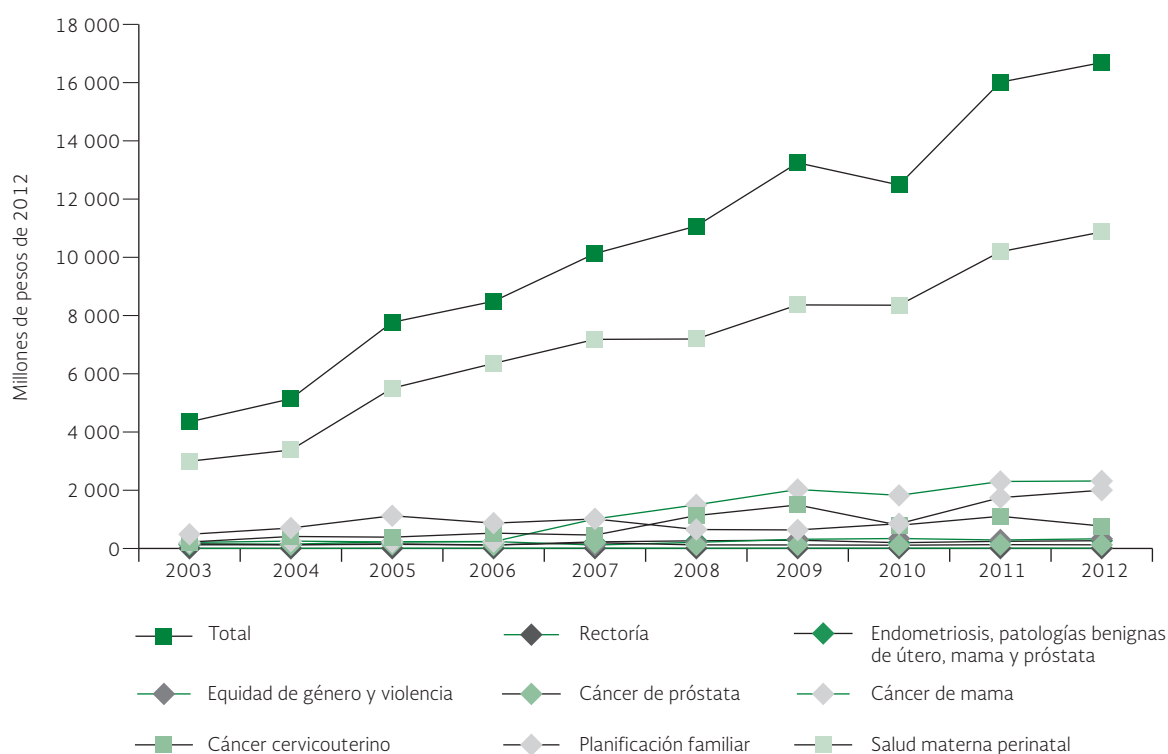
Cuadro XVII

SSa/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 y 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

SSa/Sesa/SPSS. Evolución del gasto en salud reproductiva y equidad de género. México 2003-2012



	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Salud materna 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

muestra incrementos en los rubros de servicios de prevención y salud pública y atención curativa ambulatoria, mientras que para este fondo el gasto en atención hospitalaria se redujo 4.1% (cuadro XIX).

Otro elemento importante para analizar es el ejercicio del Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos (FPGC) del SPSS. 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 de 35.7% en el número de 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

Cuadro XVIII

SSa/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
Días estancia	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

Cuadro XIX

SSa/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 Salud³⁸

Cuadro XX

SSa/Sesa/SPSS. Variación en el número de casos y montos pagados por el Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. México, 2011-2012 (miles de pesos de 2012)

	2011	2011	2012	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 Salud⁶

variaba para un mismo padecimiento según la severidad a pagos según el paquete de atención recibido por el enfermo.* 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.

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 materna 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).

Programa 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 periodo 2011-2012, el programa de salud materna perinatal mostró un incremento de 11.9%, cáncer cervicouterino y planificación familiar mostraron incrementos de 1.9 y 18.1%, respectivamente. Es notable el crecimiento del gasto en cáncer de próstata de 6.6 veces en este periodo, ello como consecuencia de un aumento en los días estancia por este padecimiento (cuadro XXI y figura 29).

Las variaciones en el gasto total en SR para este agente en 2012, tienen dos posibles explica-

ciones: 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 2011 se mantuvieron en 2012, por lo que al incorporar la inflación de 2011 a 2012, el costo de los servicios producidos se reduce en términos reales.

En relación con los cambios en la cantidad de servicios producidos, en el comparativo entre 2011 y 2012, presentado en la figura 30, se observa la reducción del número de casos pagados por aborto 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 complicaciones por abortos fue mínima dado el pequeño número de casos 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 en 18.1%.

Instituto Mexicano del Seguro Social

El análisis de la evolución del gasto en SRyEG para este agente en el periodo 2003-2012 da cuenta de un aumento promedio anual de 0.3%. Este pequeño aumento es imputable a los programas de cáncer cervicouterino y salud materna perinatal, que presentaron decrementos anuales promedio de 10.1% y 1.4%, respectivamente (cuadro XXII y figura 31). El resto de los programas reportaron incrementos al cierre del periodo: planificación familiar en 0.7%, cáncer de mama y endometriosis y patologías benignas, crecieron en 6.4%; mientras que el gasto en cáncer de próstata se incrementó en 8.1%

Al delimitar el análisis de lo gastado por el IMSS en salud reproductiva al periodo 2011-2012, se observa un aumento total de 4.8%, atribuible al aumento del gasto en cáncer cervicouterino, de mama y próstata (cuadro XXII y figura 31).

* El cambio introducido con el mecanismo de pago para los casos en 2011 consistió en 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 a partir de 2011 se empezó a pagar sólo por las fases de tratamiento que las y los pacientes recibieron durante el año.⁵⁶

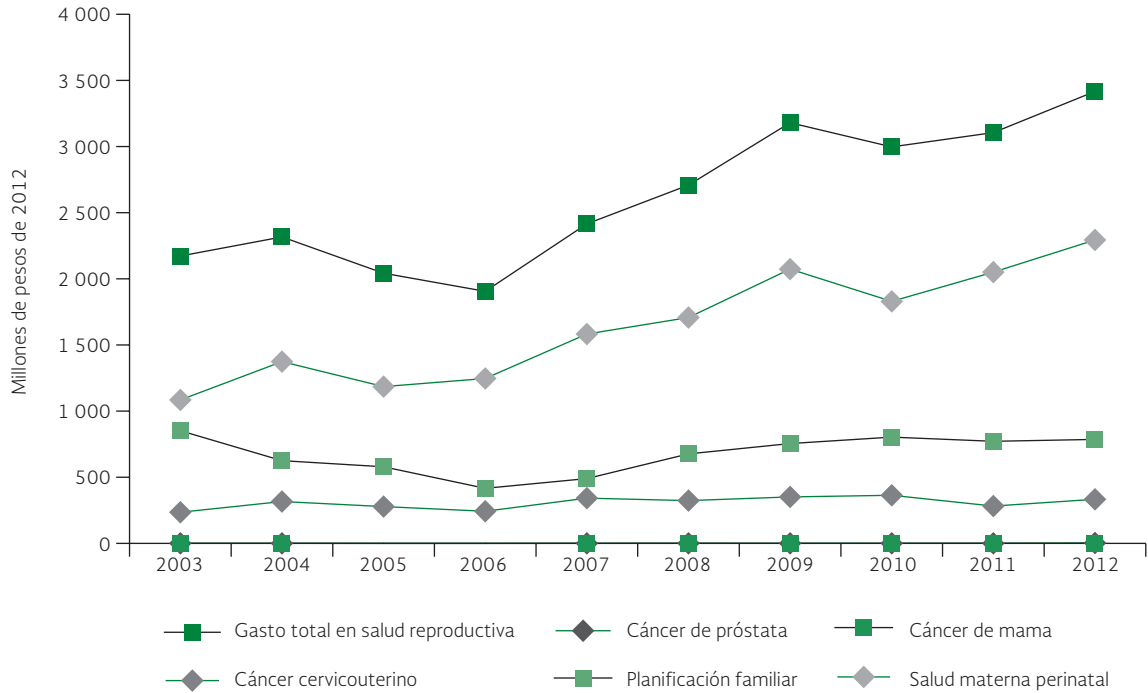
Cuadro XXI

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

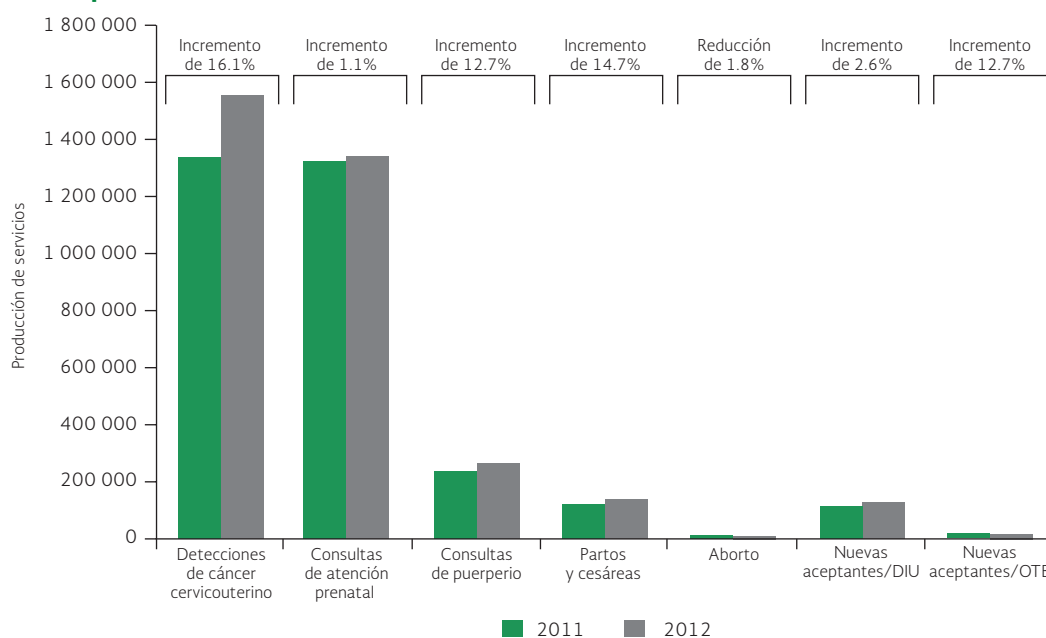
IMSS Oportunidades. Evolución del gasto en salud reproductiva y equidad de género. México, 2003-2012 (millones de pesos de 2012)



	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Salud materna 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

Figura 30

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



Fuente: Elaboración propia a partir de información de egresos hospitalarios. IMSS Oportunidades, 2012⁴¹

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	-0.3	-1.4
Planificación familiar	46.8	-15.1	-18.7	27.7	-23.1	0.9	-0.6	-9.4	-2.3	0.7
Cáncer cervicouterino	-42.3	-8.9	-9.9	-25.1	-6.0	-4.0	5.8	-0.7	-0.1	-10.1
Cáncer de mama	-1.6	-7.7	2.4	13.6	-0.7	10.4	-0.6	5.3	36.6	6.4
Cáncer de próstata	21.9	-10.9	6.6	27.7	-10.0	7.1	6.9	9.7	13.9	8.1
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	-1.8	6.4
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	4.8	0.3

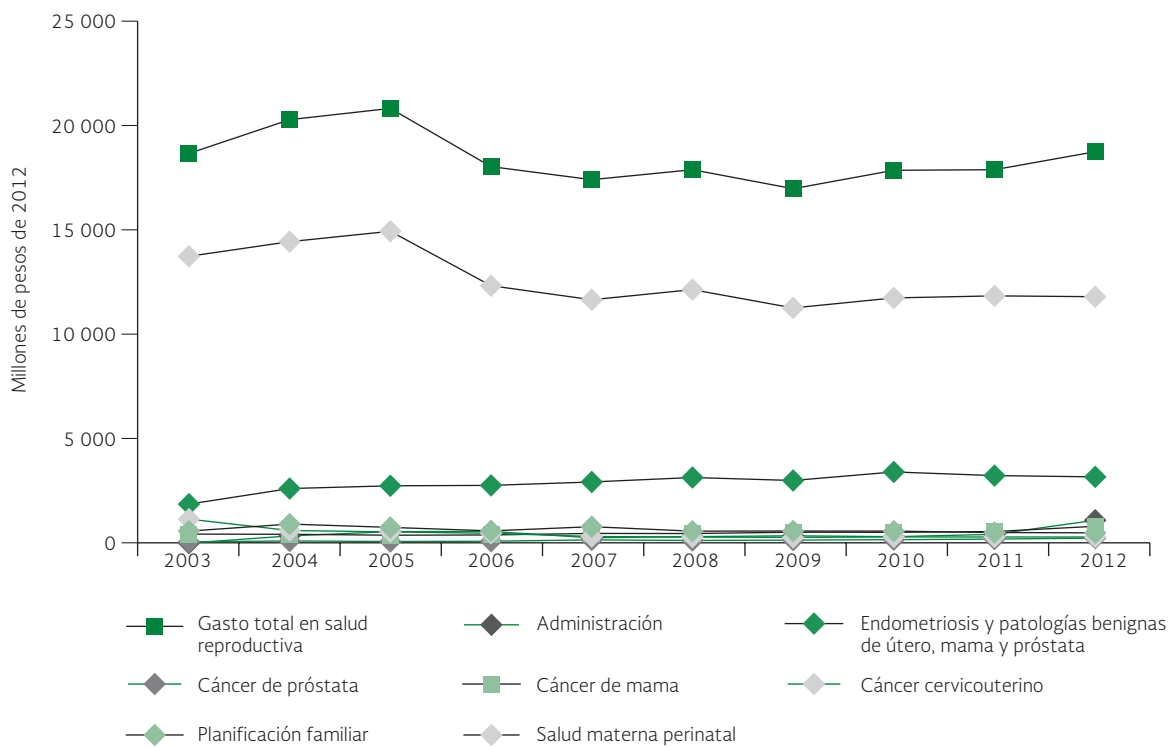
Las variaciones del gasto en SRyEG para este agente tienen dos orígenes: variaciones en su presupuesto ejercido y variaciones en su producción de servicios. En relación al presupuesto ejercido, se observa una reducción de 0.1% en términos reales, debido al decremento del gasto en el presupuesto del segundo nivel (cuadro XXIII).

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 por complicaciones en el embarazo, parto y puerperio y por complicaciones neonatales se redujo en 3.9 y 2.1%, respectivamente. El efecto combinado de estos cambios se reflejó en la reducción del gasto total de este agente.

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 materna 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	12 066.4
Planificación familiar	724.1	1 062.9	902.8	733.7	937.0	720.5	727.2	722.6	654.4	639.6
Cáncer cervicouterino	1 302.8	752.0	684.7	617.2	462.5	434.6	417.0	441.2	438.0	438.3
Cáncer de mama	577.5	568.4	524.8	537.2	610.4	605.9	668.9	665.1	700.2	956.7
Cáncer de próstata	202.0	246.3	219.4	233.8	298.7	268.8	287.8	307.6	337.4	384.2
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	3 348.4
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	19 082.8

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	20 889 428	5.5
Total	137 289 433	137 107 996	-0.1

Fuente: Elaboración propia a partir de Información de Gasto real por niveles de atención. IMSS, 2012²

Cuadro XXIV

IMSS. Cambio porcentual en los principales rubros 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 por complicaciones del embarazo, parto y puerperio	610 401	586 313	-3.9
Días estancia por complicaciones neonatales	363 963	356 176	-2.1
Días estancia por parto normal	52 616	55 428	5.3
Días estancia por cesáreas	76 959	87 550	13.8

Fuente: Elaboración propia a partir de base de egresos hospitalarios 2012. IMSS, 2012⁴⁵**Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado**

Entre 2003 y 2012 el gasto en SRyEG del ISSSTE experimentó un incremento promedio anual de 1.3%, aunque su tendencia no fue estable. En particular, las reducciones observadas en el periodo corresponden a caídas 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 una disminución de 19.4% debido a la 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).

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% por 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).

Adicionalmente, se registró una reducción en términos reales del presupuesto total en salud

ejercido³⁸ 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).

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).

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

La información del gasto de los hogares en salud reproductiva proviene de las Encuestas Nacionales de Ingreso Gasto de los Hogares, 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

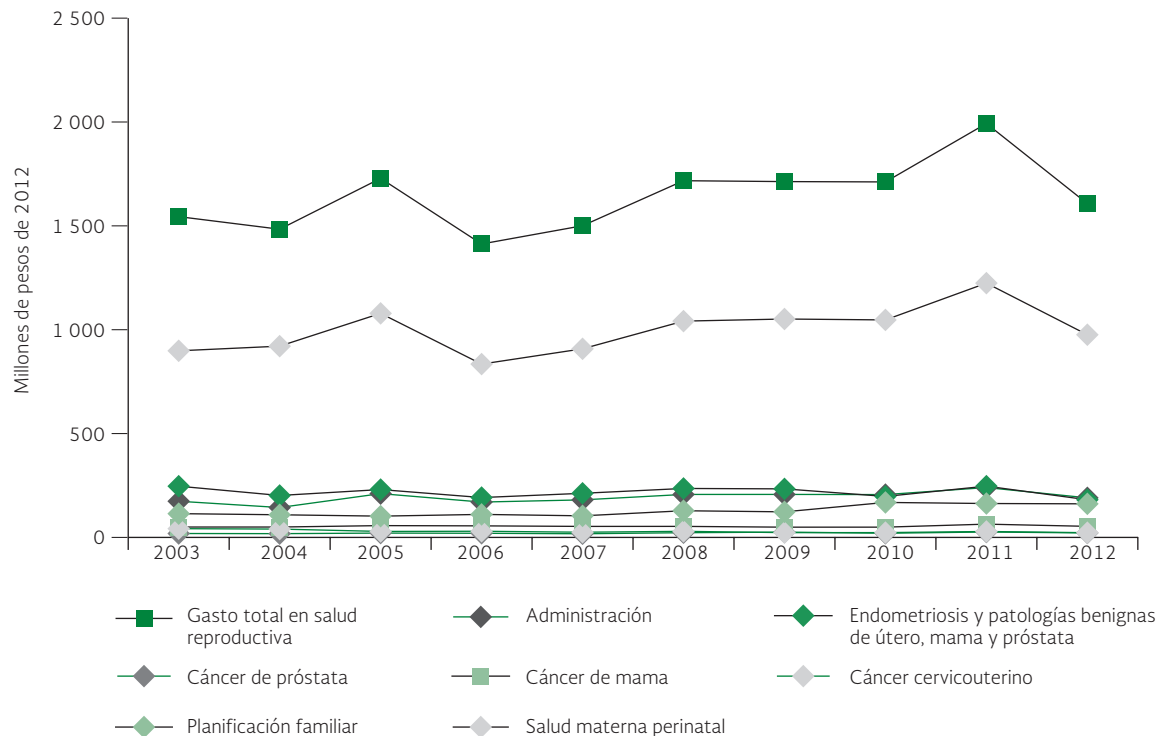
Cuadro XXV

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 materna 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

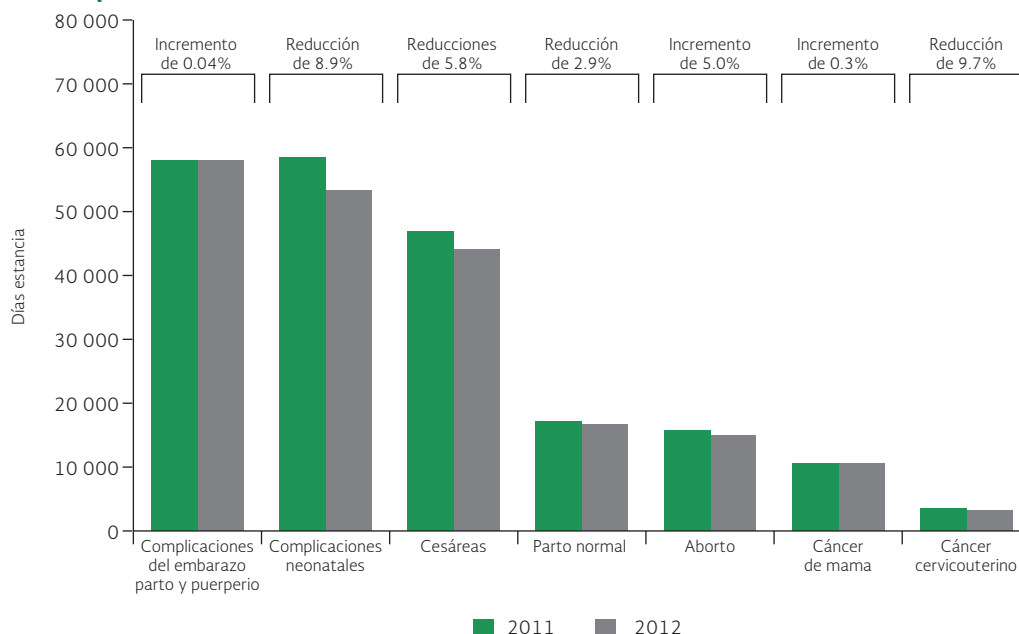
ISSSTE. Evolución del gasto en salud reproductiva y equidad de género. México, 2003-2012 (millones de pesos de 2012)



	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

Figura 33

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



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de egresos hospitalarios. ISSSTE, 2012⁴⁶

Cuadro XXVI

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

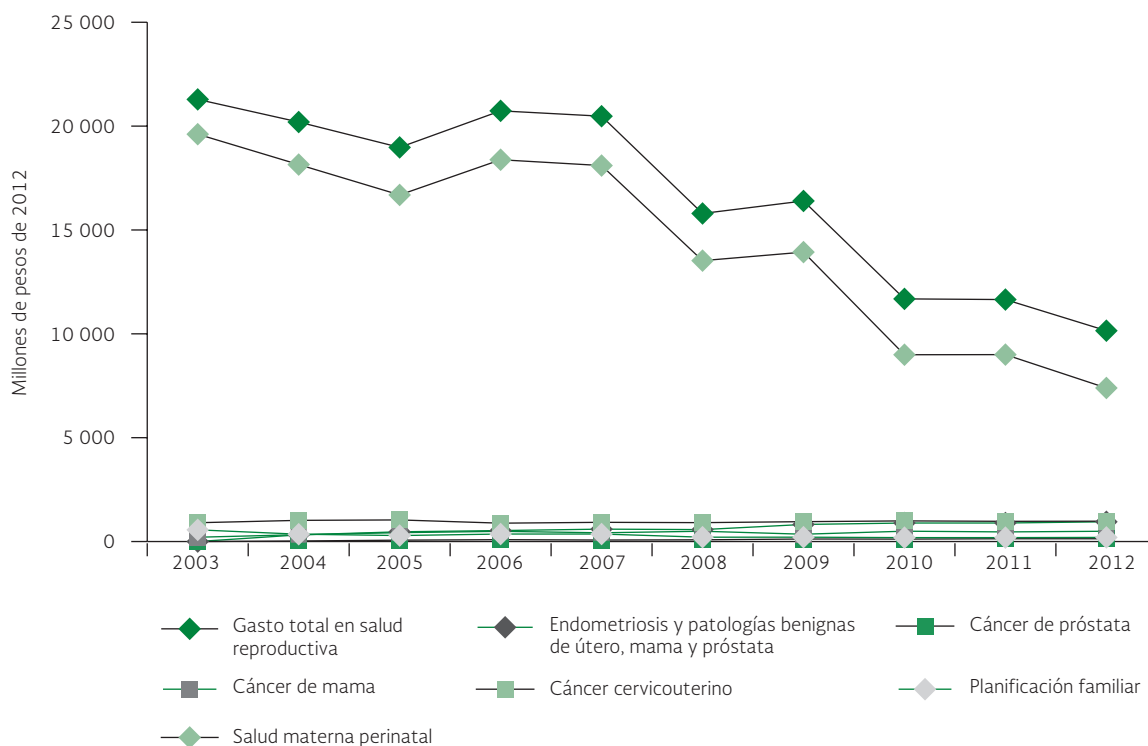
	Variación porcentual									Promedio anual
	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012	
Salud materna perinatal	-7.5	-8.1	10.2	-1.6	-25.3	3.0	-35.5	0.1	-17.8	-9.2
Planificación familiar	-37.3	-18.3	25.4	0.1	-42.1	0.4	-10.2	0.1	5.3	-8.5
Cáncer cervicouterino	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

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 salud³⁸, 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

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

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.

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

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. Inegi⁴⁹

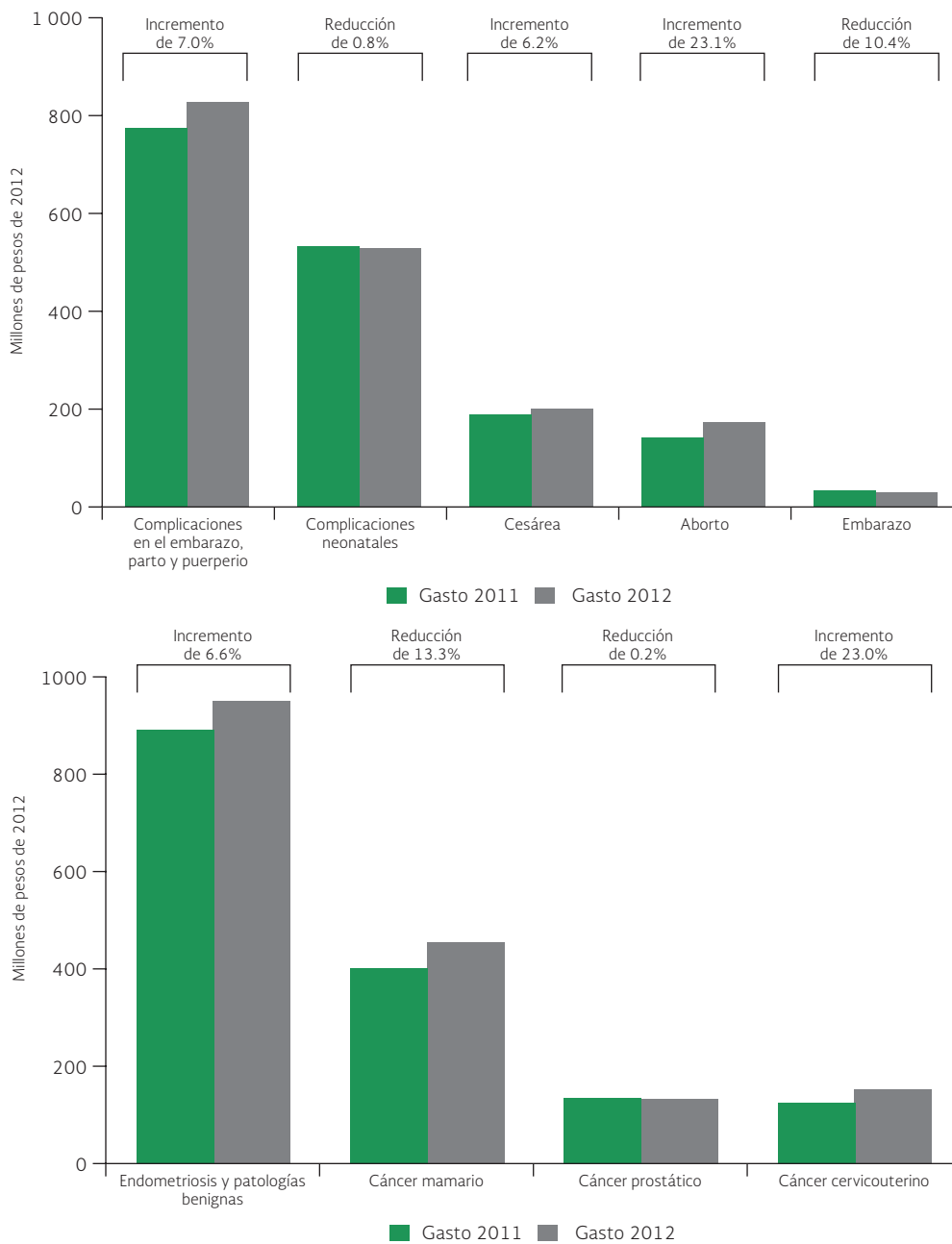
Seguros, AMIS.⁵⁰ La figura 35 muestra la evolución del gasto de las aseguradoras en el periodo 2011-2012. En lo que respecta a salud materna y perinatal, la figura 35a muestra un incremento en el gasto en complicaciones en el embarazo, parto y puerperio así como en cesáreas y complicaciones por aborto 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



Fuente: elaboración propia con información de la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, AMIS.⁵⁰

6. Conclusiones y discusión

Con la estimación de 2012, las cuentas en salud reproductiva (CSR) cumplen ya una década ininterrumpida, permitiendo con ello conocer el gasto en salud reproductiva en México. En estos diez años se implantaron importantes cambios en el sistema de salud mexicano, como la creación en 2003 del Sistema de Protección Social en Salud para 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 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 2009, orientado a eliminar las barreras de acceso y mejorar la oportunidad en la atención durante el embarazo y parto.

La puesta en marcha 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 información de las CSRyEG ha permitido documentar la creciente participación de los agentes públicos financiando el gasto en SR, pasando de 56.0% en 2003 a 80.1% en 2012. Cabe mencionarse que esta conducta es mayor que la observada para el gasto total en salud.³⁸ Por su parte, el gasto de los agentes que dan cobertura a la población sin seguridad social pasó de concentrar 24.1% del gasto público en salud reproductiva y equidad de género (SRyEG) en 2003 a 49.3% para 2012.

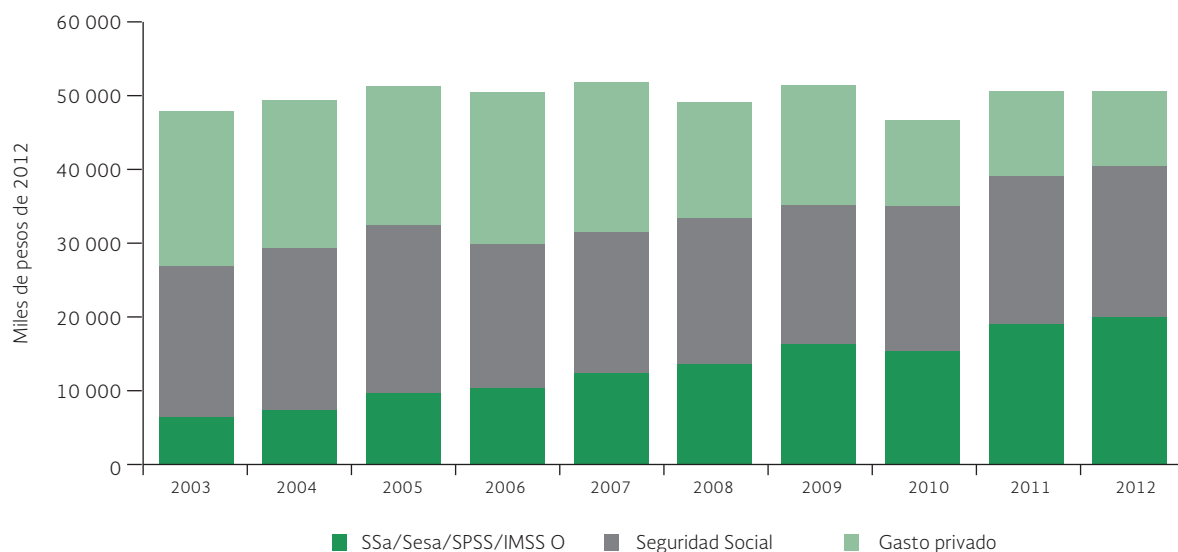
Otro resultado a analizar es el cambio de la participación de los hogares en el financiamiento de su salud, ya que el objetivo central de la creación

del SPSS fue proteger financieramente a los hogares más pobres evitándoles incurrir en gasto en salud catastrófico o empobrecedor. Los resultados muestran que el gasto privado pasó de concentrar 44% del gasto en salud reproductiva (SR) en 2003 a 19.9% en 2012, esta caída se produce a expensas de una menor participación de los hogares financiando estas actividades: en 2003 los hogares concentraban 93.6% del gasto privado y en 2012 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.

En términos de equidad financiera, la serie de gasto en SRyEG aporta 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 gastaban 42 centavos para la población sin seguridad social (gasto promedio de 13 576 y 5 713 pesos, respectivamente), para 2012 se gastaban 75 centavos en población sin seguridad social (gasto promedio de 17 368 y 13 131 pesos, respectivamente). Las figuras 37a y 37b presentan el gasto por beneficiaria por tipo de población (con y sin seguridad social) por entidad federativa, agrupando las entidades federativas por nivel de marginación.⁵⁰ Encima de cada barra se presenta el valor de cuantas veces equivale el gasto por beneficiario de la seguridad social en relación al gasto por beneficiario para la población sin seguridad social. Se puede apreciar que, en 2003 el gasto en SRyEG fue mayor en las

Figura 36

Composición del gasto total en salud reproductiva y el gasto total en salud. México 2003-2012
(miles de pesos de 2012)



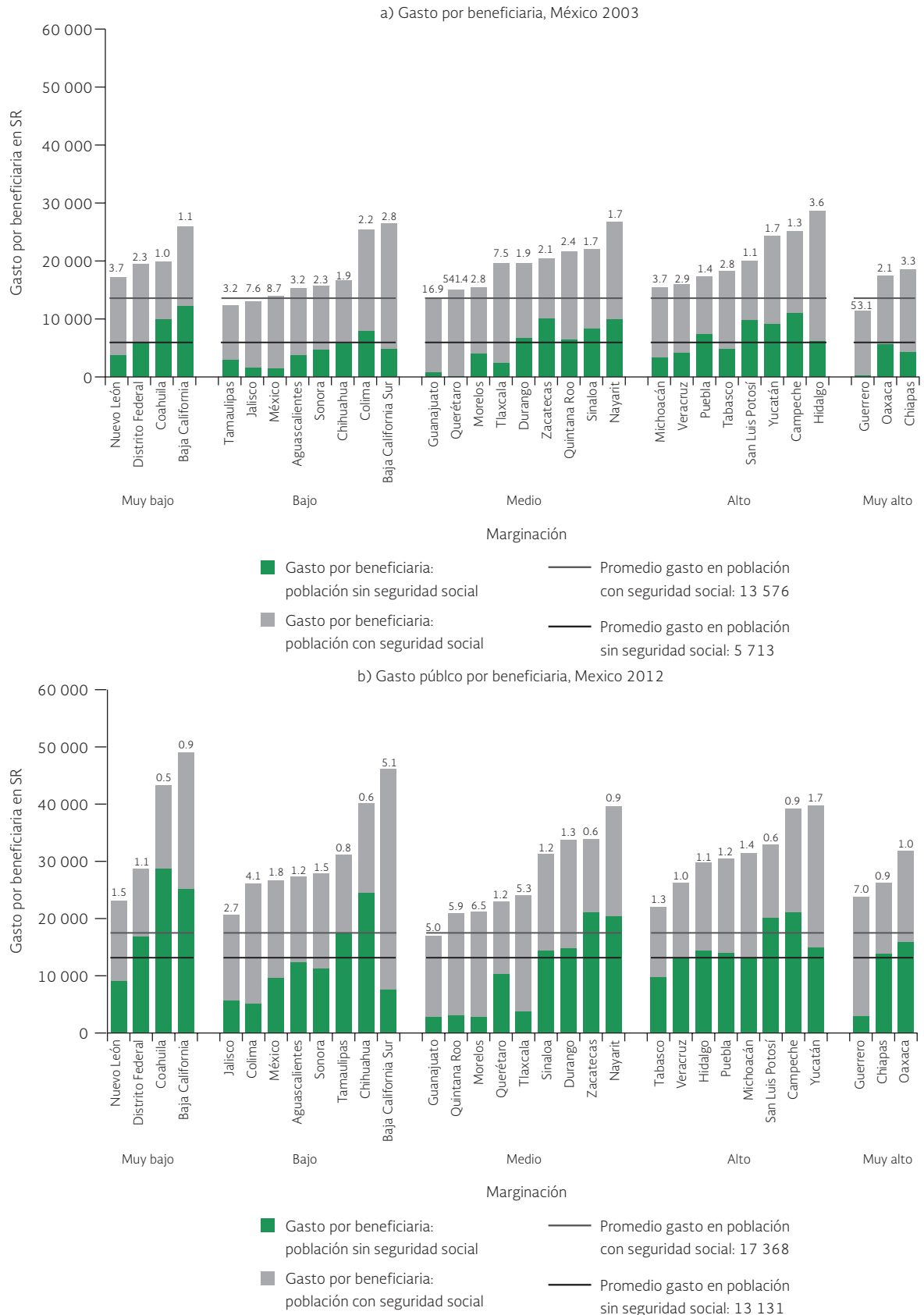
	Año	Gasto público en salud %	Gasto privado en salud %	Gasto en salud de la población no asegurada como % del gasto público en salud	Gasto de bolsillo como % del gasto privado en salud
Gasto total en salud reproductiva	2003	56.0	44.0	24.1	93.6
	2004	59.4	40.6	25.2	89.5
	2005	63.3	36.7	30.0	86.1
	2006	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	80.1	19.9	49.3	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

mujeres con seguridad social en comparación con las que no tuvieron acceso a estos esquemas para todas las entidades federativas. En cambio, en 2012 las brechas del gasto para estos dos tipos de población se redujeron en prácticamente todas las entidades, a excepción de Baja California Sur. A pesar de lo alentador de este resultado, aún hay oportunidades de mejora, ya que 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 siete veces el 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 para población con y sin seguridad social por entidad federativa y grado de marginación, México 2003 y 2012



Otro aspecto importante a evaluar 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, 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 materna perinatal y planificación familiar la tuvieron Ssa/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 que dan cobertura a población sin seguridad social.

En particular, se observa la importancia creciente del gasto en cáncer de mama en Ssa/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 que podría explicar es un mejor acceso a servicios públicos que 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).

De manera constante, las acciones vinculadas con la salud materna son las que concentran la mayor proporción del gasto en SR; aunque su importancia ha ido decreciendo en el tiempo (cuadro XXIX). Sin embargo, este comportamiento ha sido heterogéneo entre los agentes, ya que mientras que la proporción del gasto de los agentes que se enfocan en población sin acceso a seguridad social fue creciente año con año, lo de la seguridad social en general, 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.

A una década de haber iniciado con las estimaciones del gasto en SRyEG, la continuidad y la estimación sistemática del gasto ha permitido construir una serie 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 SRyEG, ello con el objetivo de reflejar mejor esta 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,⁶ hacía ya improcedente la separación del gasto entre estos agentes, dado que dan cobertura a la misma población. Ello hace que las cuentas en SRyEG sean un herramienta de análisis

Cuadro XXVIII

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

	Salud materna perinatal	Planificación familiar	Cáncer cervicouterino	Cáncer de mama	Cáncer de próstata	Endometriosis y patologías benignas	Total
SSa/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	-1.4	0.7	-10.1	6.4	8.1	6.4	0.3
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.

Cuadro XXIX

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

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
SSa/Sesa/SPSS	6.2	6.8	10.6	12.5	13.7	14.5	16.1	17.8	20.0	21.3
IMSS Oportunidades	2.2	2.8	2.3	2.4	3.0	3.5	4.0	3.9	4.0	4.5
IMSS	29.0	29.6	29.5	24.8	22.8	25.2	22.2	25.5	23.8	23.7
ISSSTE	1.9	1.8	2.1	1.6	1.7	2.1	2.0	2.2	2.4	1.9
Gasto privado	40.6	36.5	32.3	36.1	34.6	27.4	26.9	19.1	17.7	14.5
Gasto total	79.9	77.5	76.8	77.4	76.0	72.7	71.3	68.5	67.8	66.0
Gasto total en salud reproductiva	48 349	49 771	51 693	50 905	52 251	49 284	51 825	47 059	50 975	50 944

vigente y clave para documentar financieramente las consecuencias de las políticas en salud, como la implantación del Sistema de Protección Social 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 en dar continuidad a la construcción de esta serie, de la que no se tiene documentación exista otra comparable en algún otro país de 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 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

Anexo 1
Indicadores de salud reproductiva, México 2012

Entidad	Nacidos vivos estimados	Mujeres de 25 años y más	Hombres de 25 años y más	Mortalidad en menores de cinco años		Cáncer cervicouterino		Cáncer de mama		Cáncer de próstata		Muertes maternas	
				Número de muertos	Tasa observada - nacidos vivos 1/	Número de muertes	Tasa observada 2/	Número de muertes	Tasa observada 2/	Número de muertes	Tasa observada 3/	Número de muertes	Razón de mortalidad materna 4/
Aguascalientes	27 280	326 549	290 197	320	14.3	45	13.8	66	20.2	79	27.2	13	47.7
Baja California	58 135	893 604	889 718	746	13.1	88	9.8	187	20.9	117	13.2	18	31.0
Baja California Sur	12 885	182 452	189 018	133	13.6	13	7.1	37	20.3	26	13.8	3	23.3
Campeche	16 337	235 326	221 877	240	16.5	31	13.2	18	7.6	43	19.4	7	42.8
Coahuila	58 151	786 639	738 661	599	13.0	100	12.7	183	23.3	127	17.2	20	34.4
Colima	12 728	192 297	180 665	139	13.7	44	22.9	44	22.9	48	26.6	3	23.6
Chiapas	112 247	1 217 561	1 107 654	2 074	22.1	190	15.6	142	11.7	251	22.7	68	60.6
Chihuahua	68 577	993 180	925 877	847	14.6	113	11.4	208	20.9	178	19.2	32	46.7
Distrito Federal	139 491	2 944 074	2 518 825	1 597	12.5	412	14.0	862	29.3	600	23.8	56	40.1
Durango	36 180	456 244	417 591	466	16.6	37	8.1	77	16.9	95	22.7	19	52.5
Guajuato	120 609	1 529 162	1 317 215	1 646	17.1	136	8.9	249	16.3	265	20.1	42	34.8
Guerrero	73 814	890 389	781 078	1 353	22.2	120	13.5	97	10.9	152	19.5	56	75.9
Hidalgo	55 511	773 627	672 894	767	17.5	52	6.7	97	12.5	110	16.3	21	37.8
Jalisco	153 922	2 107 579	1 913 742	1 828	14.6	225	10.7	480	22.8	522	27.3	36	23.4
México	304 535	4 527 957	4 059 607	4 052	15.6	415	9.2	518	11.4	485	11.9	130	42.7
Michoacán	95 934	1 230 736	1 074 178	1 274	18.0	179	14.5	200	16.3	299	27.8	40	41.7
Morelos	33 316	535 561	464 615	408	14.5	84	15.7	98	18.3	100	21.5	13	39.0
Nayarit	21 999	312 152	298 018	264	16.1	33	10.6	50	16.0	97	32.5	10	45.5
Nuevo León	82 833	1 386 527	1 331 329	877	11.7	119	8.6	313	22.6	237	17.8	22	26.6
Oaxaca	81 216	1 065 627	903 293	1 327	20.1	170	16.0	90	8.4	197	21.8	53	65.3
Puebla	126 359	1 619 439	1 370 072	2 086	19.0	196	12.1	207	12.8	261	19.1	64	50.6
Querétaro	40 401	521 101	462 723	522	16.0	52	10.0	87	16.7	84	18.2	8	19.8
Quintana Roo	27 778	367 314	377 226	392	14.3	40	10.9	32	8.7	25	6.6	14	50.4
San Luis Potosí	53 999	720 601	643 854	782	16.9	76	10.5	105	14.6	146	22.7	22	40.7
Sinaloa	53 024	806 021	754 870	659	15.0	67	8.3	170	21.1	204	27.0	22	41.5
Sonora	51 282	761 735	744 463	585	13.7	114	15.0	172	22.6	175	23.5	17	33.2
Tabasco	49 766	620 290	572 010	647	17.2	63	10.2	83	13.4	105	18.4	17	34.2
Tamaulipas	61 622	971 701	902 937	737	13.4	107	11.0	180	18.5	167	18.5	16	26.0
Tlaxcala	26 918	331 933	287 991	375	17.1	35	10.5	38	11.4	53	18.4	16	59.4
Veracruz	141 123	2 264 286	1 981 106	2 368	18.8	360	15.9	367	16.2	473	23.9	72	51.0
Yucatán	39 953	570 627	530 798	543	16.1	87	15.2	76	13.3	83	15.6	20	50.1
Zacatecas	31 203	416 112	372 183	447	18.0	29	7.0	69	16.6	102	27.4	10	32.0
Estados Unidos Mexicanos	2 269 128	32 558 403	29 296 285	31 100	16.3	3 832	11.8	5 602	17.2	5 906	20.2	960	42.3

1/ Tasa por 1,000 nacidos vivos; Número de muertes

2/ Tasa por 100,000 mujeres de 25 y más años

3/ Tasa por 100,000 hombres de 25 y más años

4/ Razón de mortalidad materna por cada 100 000 nacimientos estimados.

Fuentes: Nacimientos estimados; Mujeres y hombres de 25 años y más: Conapo. Proyecciones de población 2005-2030

Nacidos vivos: Inegi

Número de muertes: S5a. Sistema Epidemiológico Estadístico de Defunciones (SEED) 2012

Anexo 2

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

Diagnóstico	Código CIE-10
Cáncer de mama y carcinoma <i>in situ</i> de mama	C50, D05
Cáncer cervicouterino y carcinoma <i>in situ</i> de cuello de útero	C53, D06
Cáncer de la próstata	C61
Patología benigna de mama	D24, N60-64
Patología benigna de próstata	D29, N40-42
Problemas de esterilidad	N46.X, N97 Y N98
Endometriosis	N80
Patología benigna del útero	N84-86, N88
Displasia en el cuello del útero	N87
Aborto, embarazo ectópico y embarazo molar	O00-O08
Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	O10-O75, O81, O83-O92
Parto normal	O80
Cesáreas	O82
Complicaciones en el neonato	P00-P96
Anticoncepción	Z30
Atención para la procreación	Z31
Supervisión del embarazo de alto riesgo	Z35

Fuente: elaboración propia con información de la OPS

Anexo 3
Gasto estimado en salud reproductiva y equidad de género por agente financiero por función de gasto (HF x HC) (miles de pesos de 2012)

Función de salud reproductiva	HF 1 Sector público				HF 2 Sector privado				Total general	
	Total sector público		Seguridad social		Total sector privado		Pagos directos de los hogares			
	HF 1.1.1.1 SSa/Sesa/ SPSS	HF 1.1.1.2 Oportunidades	HF 1.2.1.1 IMSS	HF 1.2.1.2 ISSSTE	HF 2.1 Empresas de seguro privadas	HF 2.2 Empresas de seguro privadas de los hogares	HF 2.3 ONG	HF 2.4 ONG		
Gasto en salud reproductiva y equidad de género	40 793 864	16 687 455	3 416 553	19 082 823	1 607 033	10 150 077	3 451 875	6 604 711	93 492	50 943 941
HC 1	29 865 494	11 122 750	1 725 851	15 888 273	1 128 620	7 616 645	3 422 462	4 157 642	36 541	37 482 139
HC 1.1	24 779 322	10 045 200	1 725 851	11 908 599	1 099 673	6 912 512	3 422 462	3 460 212	29 837	31 691 834
HC 1.1.1	18 966 989	7 240 416	1 478 412	9 496 063	752 098	4 875 654	1 556 516	3 292 424	26 714	23 842 643
HC 1.1.1.1	4 903 633	1 785 924	1 478 412	1 370 321	268 977	3 290 320	200 430	3 063 176	26 714	8 193 953
HC 1.1.1.2	65 756			65 756						65 756
HC 1.1.1.3	6 698 969	3 297 655	3 164 155	237 159	528 029	528 029	528 029	528 029		7 226 998
HC 1.1.1.4	7 298 630	2 156 837	4 895 831	245 962	1 057 305	828 057	229 248	828 057		8 355 936
HC 1.1.1.5	276 546	119 712	7 858	135 015	13 961	285 331	152 808	131 646	877	561 878
HC 1.1.2	2 435 409	1 884 843	593	503 531	46 443	490 141	453 908	36 142	91	2 925 551
HC 1.1.3	251 604	41 682	154 653	48 321	6 948	1 453	174 751	702	1 453	253 056
HC 1.1.4	986 201	392 316	81 419	446 442	66 024	174 751	174 048	797	702	1 160 951
HC 1.1.5	25 582	3 019	14 027	8 536	797	797	797	797		26 379
HC 1.1.6	217 914	14 345	2 917	179 090	21 562	133 414	133 414			351 327
HC 1.1.7	75 928	75 928								75 928
HC 1.1.8	22 929	4 822	15 326	2 781	67 528	67 528	67 528			90 456
HC 1.1.9	31 687	4 937	24 193	2 557						31 687
HC 1.1.10	934 621	171 316	650 761	112 545	179 179	179 179	179 179			1 113 800
HC 1.1.11	91 149	32 099	44 793	14 257	186 044	186 044	186 044			277 193
HC 1.1.12	407 939	47 662	308 525	51 752	517 992	517 992	517 992			925 931
HC 1.1.13	54 825	12 102	42 513	210	229	229	229			55 054
HC 1.1.14										22 217
HC 1.2										22 217
HC 1.2.1										22 217
HC 1.3	5 086 172	1 077 550	3 979 674	28 948	681 917	675 214	675 214	6 703		5 768 089
HC 1.3a	1 325 861	852 625	457 316	15 920	13 335	13 335	13 335			1 339 196
HC 1.3a	92 760	2 798	89 962							92 760
HC 1.3b	166 798	63	166 735							166 798
HC 1.3c	433 485	148 281	279 069	6 135	667 123	667 123	667 123	5 244		1 100 608
HC 1.3d	518 730	58 620	453 217	6 893	1 459	1 459	1 459			520 189
HC 1.3e	205 268	174	205 094							205 268

(continúa)

(continuación)

Función de salud reproductiva	HF 1 Sector público					HF 2 Sector privado				Total general
	Total sector público	HF 1.1.1.1		Seguridad social		Total sector privado	HF 2.2 Empresas de seguro privadas	HF 2.3 Pagos directos de los hogares	HF 2.4 ONG	
		SSA/Sesa/SPSS	IMSS	Oportunidades	HF 1.2.1.1					
			IMSS	ISSSTE						
HC 1.3g	Asistencia curativa ambulatoria - violencia									
HC 1.3f	Asistencia curativa ambulatoria - otros	2 339 240	10 219	2 329 021						2 339 240
HC 1.3.1	Servicios Médicos y diagnósticos básicos	13 028		13 028		664 337		661 878	2 459	677 364
HC 1.3.1.1	Detección oportuna de cáncer cérvicouterino	6 135		6 135		664 337		661 878	2 459	670 472
HC 1.3.1.2	Exploración mamaria	6 893		6 893						6 893
HC 1.3.3	Los demás servicios de asistencia especializada	5 073 144	1 077 550	3 979 674	15 920	17 580		13 335	4 245	5 090 724
HC 1.3.3.1	Manejo y control del embarazo complicado o de alto riesgo	1 189 527	801 788	371 819	15 920					1 189 527
HC 1.3.3.2	Atención de cáncer cérvicouterino	239 632	148 227	91 405		2 786		2 786		242 418
HC 1.3.3.3	Atención de cáncer de mama	511 837	58 620	453 217		1 459		1 459		513 296
HC 1.3.3.4	Procedimientos de fertilización asistida	166 798	63	166 735						166 798
HC 1.3.3.5	Atención de cáncer de próstata	205 268	174	205 094						205 268
HC 1.3.3.6	Atención de lesiones por violencia intrafamiliar									
HC 1.3.3.7	Endometriosis	23 135	160	22 975						23 135
HC 1.3.3.8	Displasia en el cuello del útero	187 718	54	187 664						187 718
HC 1.3.3.9	Patología benigna del útero	447 828	3 963	443 865						447 828
HC 1.3.3.10	Patología benigna de mama	904 614	1 922	902 692						904 614
HC 1.3.3.11	Patología benigna de próstata	963 663	4 174	959 489						963 663
HC 1.3.3.12	Aborto, embarazo ectópico y embarazo molar	70 016	21 460	48 556						70 016
HC 1.3.3.13	Parto normal	51 726	27 653	24 073		13 335		13 335		65 061
HC 1.3.3.14	Cesáreas	14 592	1 724	12 868						14 592
HC 1.3.3.15	Complicaciones en el neonato	96 790	7 567	89 222						96 790
HC 4	Servicios auxiliares de atención de la salud	325 416		325 416		542 192		527 388	14 804	867 608
HC 4.1	Laboratorio clínico	325 416		325 416		539 492		527 388	12 105	864 909
HC 4.1.1	Laboratorio clínico para embarazo y parto					533 988		527 388	6 600	533 988
HC 4.1.2	Citologías y biopsias de Cacu					4 922		4 922		330 338
HC 4.1.3	Estudios de laboratorio, biopsias para Cama					582		582		582
HC 4.1.4	Citologías hiperplasia de próstata									
HC 4.2	Imagenología					2 699		2 699		2 699
HC 4.2.1	Ultrasonido obstétrico									
HC 4.2.2	Mastografía					957		957		957
HC 4.2.3	Ultrasonido mamario					1 742		1 742		1 742

(continúa)

(continuación)

Función de salud reproductiva	HF 1 Sector público				HF 2 Sector privado				Total general
	Total sector público		Seguridad social		Total sector privado		ONG		
	HF 1.1.1.1	HF 1.1.2	HF 1.2.1.1	HF 1.2.1.2	HF 2.2	HF 2.3	HF 2.4		
HC 5	621 526	319 207	82 842	219 477	919 996	881 926	38 070	1 541 522	
Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios									
HC 5.1.1	280 829	212 345	19 422	49 061	910 493	881 926	28 567	1 191 321	
HC 5.1.1.1	68 483		19 422	49 061	186 481	157 914	28 567	254 964	
HC 5.1.1.2	212 345	212 345			724 012	724 012		936 357	
HC 5.1.3	340 697	106 862	63 420	170 415	9 503		9 503	350 200	
HC 5.1.3.1	157 218	106 862	13 951	36 405	9 137		9 137	166 355	
HC 5.1.3.2	4 228		2 051	2 176	366		366	4 594	
HC 5.1.3.3	104 522		47 418	57 104				104 522	
HC 5.1.3.4	36 293			36 293				36 293	
HC 5.1.3.5	386			386				386	
HC 5.1.3.6	38 051			38 051				38 051	
HC 6	8 171 703	4 875 622	1 282 443	1 725 836	1 071 244	1 037 755	4 077	9 242 948	
HC 6.1.1	4 504 632	2 094 315	733 909	1 534 813	1 070 812	1 037 755	3 645	5 575 445	
HC 6.1.1.1	3 939 386	1 856 325	559 575	1 441 675	81 811	1 037 755	2 484	5 009 037	
HC 6.1.1.2	439 944	237 990	108 816	93 137	739		739	440 683	
HC 6.1.1.3	125 303		65 518	59 785	421		421	125 724	
HC 6.1.1.4									
HC 6.1.2	2 735 378	1 849 614	548 534	191 023	432		432	2 735 810	
HC 6.1.2.1	2 735 378	1 849 614	548 534	191 023	432		432	2 735 810	
HC 6.1.2.2									
HC 6.4.1	406 258	406 258						406 258	
HC 6.4.1.1	7 202	7 202						7 202	
HC 6.4.1.2	399 056	399 056						399 056	
HC 6.4.2	358 504	358 504						358 504	
HC 6.4.2.1	208 156	208 156						208 156	
HC 6.4.2.2	150 348	150 348						150 348	
HC 6.4.3	109 604	109 604						109 604	
HC 6.9.1	1 245	1 245						1 245	
HC 6.9.2	56 082	56 082						56 082	
HC 6.9.3									
HC 7	1 809 724	369 876	1 249 238	190 611	1 809 724	1 809 724	1 809 724	1 809 724	
Rectoría y administración de la salud y los seguros médicos									

(continúa)

Anexo 4

Gasto estimado en salud reproductiva y equidad de género por proveedor de bienes y servicios por función de gasto (HP x HC) (miles de pesos de 2012)

Función de salud reproductiva	HP 1		HP 3				Proveedores de atención ambulatoria				HP 4.1	HP 5 y HP 6	Total
	Hospitales		Proveedores de atención ambulatoria		HP 3.1 HP 3.2		HP 3.3 HP 3.9		HP 3.4	HP 3.5	Farmacias	Suministro y administración de programas de salud pública; y administración general de salud	
	36 175 427	10 758 260	1 756 287	8 092 742	867 608	1 541 522	41 624	2 468 732	50 943 941				
Gasto en salud reproductiva	36 175 427	10 758 260	1 756 287	8 092 742	867 608	1 541 522	41 624	2 468 732	50 943 941				
HC1 Servicios de asistencia curativa	35 473 112	2 009 027	750 235	1 232 829	25 964	37 482 139			37 482 139				
HC.1.1 Asistencia curativa hospitalaria	30 705 141	986 693	94 344	892 349		31 691 834			31 691 834				
HC.1.1.1 Manejo binomio madre-hijo	23 327 172	515 471		515 471		23 842 643			23 842 643				
HC.1.1.1.1 Parto normal y cesáreas	7 892 466	301 487		301 487		8 193 953			8 193 953				
HC.1.1.1.2 Recién nacido normal	65 756					65 756			65 756				
HC.1.1.1.4 Manejo y terapéutica del RN complicado	7 223 153	3 845		3 845		7 226 998			7 226 998				
HC.1.1.1.5 Complicaciones en el embarazo, parto y puerperio	8 145 797	210 138		210 138		8 355 936			8 355 936				
HC.1.1.2 Atención de cáncer cérvicouterino	464 855	97 023	94 344	2 679		561 878			561 878				
HC.1.1.3 Atención de cáncer de mama	2 664 394	261 156		261 156		2 925 551			2 925 551				
HC.1.1.4 Métodos quirúrgicos de planificación familiar	249 928	3 128		3 128		253 056			253 056				
HC.1.1.5 Aborto	1 153 859	7 092		7 092		1 160 951			1 160 951				
HC.1.1.6 Procedimientos de fertilización	26 379					26 379			26 379				
HC.1.1.7 Atención de cáncer de próstata	293 347	57 981		57 981		351 327			351 327				
HC.1.1.8 Atención traumatisms por violencia intrafamiliar	75 928					75 928			75 928				
HC.1.1.9 Endometriosis	89 487	969		969		90 456			90 456				
HC.1.1.10 Displasia en el cuello del útero	31 461	225		225		31 687			31 687				
HC.1.1.11 Patología benigna del útero	1 104 877	8 923		8 923		1 113 800			1 113 800				
HC.1.1.12 Patología benigna de mama	275 135	2 057		2 057		277 193			277 193				
HC.1.1.13 Patología benigna de próstata	921 341	4 590		4 590		925 931			925 931				
HC.1.1.14 Atención del postparto	26 978	28 077		28 077		55 054			55 054				
HC.1.2 Asistencia curativa en hospitalización de día	22 217	22 217		22 217		22 217			22 217				
HC.1.2.1 Radioterapia para Cacu	22 217	22 217		22 217		22 217			22 217				
HC.1.3 Asistencia curativa ambulatoria	4 767 971	1 000 118	633 675	340 479		5 768 089	25 964		5 768 089				
HC.1.3.1 Servicios Médicos y diagnósticos básicos	677 364	633 675	633 675	31 061		677 364	12 628		677 364				
HC.1.3.1.1 Detección Oportuna de cáncer cérvicouterino	670 472	633 675	633 675	24 169		670 472	12 628		670 472				
HC.1.3.1.2 Exploración mamaria	6 893	6 893		6 893		6 893			6 893				
HC.1.3.3 Los demás servicios de asistencia especializada	4 767 971	322 753		309 418		5 090 724	13 335		5 090 724				
HC.1.3.3.1 Manejo y control del embarazo complicado o de alto riesgo	884 553	305 173		305 173		1 189 527			1 189 527				
HC.1.3.3.2 Atención de cáncer cérvicouterino	239 632	2 786		2 786		242 418			242 418				

(continúa)

(continuación)

Función de salud reproductiva	HP 1 Hospitales	HP 3 Proveedores de atención ambulatoria Total	Proveedores de atención ambulatoria				HP 4.1 Farmacias	HP 5 y HP 6 Suministro y administración de programas de salud pública; y administración general de salud	Total
			HP 3.1 Consultorios médicos y de otros profesionales de la salud	HP 3.2 Centros de atención ambulatoria	HP 3.4 Laboratorios médicos y de diagnóstico	HP 3.5 Profesionales alternativos o tradicionales y los demás proveedores			
HC 1.3.3.3	Atención de cáncer de mama	511 837	1 459						513 296
HC 1.3.3.4	Procedimientos de fertilización asistida	166 798							166 798
HC 1.3.3.5	Atención de cáncer de próstata	205 268							205 268
HC 1.3.3.6	Atención de lesiones por violencia intrafamiliar								
HC 1.3.3.7	Endometriosis	23 135							23 135
HC 1.3.3.8	Displasia en el cuello del útero	187 718							187 718
HC 1.3.3.9	Patología benigna del útero	447 828							447 828
HC 1.3.3.10	Patología benigna de mama	904 614							904 614
HC 1.3.3.11	Patología benigna de próstata	963 663							963 663
HC 1.3.3.12	Aborto, embarazo ectópico y embarazo molar	70 016							70 016
HC 1.3.3.13	Parto normal	51 726	13 335			13 335			65 061
HC 1.3.3.14	Cesáreas	14 592							14 592
HC 1.3.3.15	Complicaciones en el neonato	96 790							96 790
HC 4	Servicios auxiliares de atención de la salud	867 608	867 608						867 608
HC 4.1	Laboratorio clínico	864 909				864 909			864 909
HC 4.1.1	Para embarazo y parto	533 988				533 988			533 988
HC 4.1.2	Citologías y biopsias de Cacu	330 338				330 338			330 338
HC 4.1.3	Estudios de laboratorio, biopsias para Cama	582				582			582
HC 4.1.4	Citologías hiperplasia de próstata								
HC 4.2	Imagenología	2 699				2 699			2 699
HC 4.2.1	Ultrasonido obstétrico								
HC 4.2.2	Mastografía	957				957			957
HC 4.2.3	Ultrasonido mamario	1 742				1 742			1 742
HC 5	Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios						1 541 522		1 541 522
HC 5.1.1	Medicamentos de prescripción						1 191 321		1 191 321
HC 5.1.1.1	Anticonceptivos hormonales (orales e inyectables)						254 964		254 964
HC 5.1.1.2	Para CPN (sulfato ferroso, Ácido fólico, Micronutrientes)						936 357		936 357
HC 5.1.3	Otros productos médicos percederos						350 200		350 200
HC 5.1.3.1	Preservativos						166 355		166 355
HC 5.1.3.2	Dispositivos Intrauterinos						4 594		4 594
HC 5.1.3.3	Implantes subdérmicos						104 522		104 522

(continúa)

Anexo 9
**Gasto estimado en salud reproductiva y equidad de género por agente financiero por función de gasto (HF x HC).
Cáncer de próstata, violencia intrafamiliar y equidad de género, patologías benignas de útero, mama y próstata,
y administración y rectoría (miles de pesos de 2012)**

Función de salud reproductiva	HF 1 Sector público						HF 2 .Sector privado				Total general
	Total sector público	HF 1.1.1.1		Seguridad social		Total sector privado	HF 2.2 Empresas de seguro privadas	HF 2.3 Pagos directos de los hogares	HF 2.4 ONG		
		SSa/Sesa/SPSS	Oportunidades	IMSS	HF 1.2.1.1					HF 1.2.1.2	
				IMSS	ISSSTE						
Gasto en cáncer de próstata	532 786	124 123	2 917	384 184	21 562	133 414	133 414			666 200	
Gasto en violencia intrafamiliar y equidad de género	133 255	133 255								133 255	
Gasto en endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	3 795 878	266 118		3 348 425	181 335	950 742	950 742			4 746 620	
Rectoría	1 646 917	207 068		1 249 238	190 611					1 646 917	
HC 1e Servicios de asistencia curativa - cáncer de próstata	423 182	14 519	2 917	384 184	21 562	133 414	133 414			556 596	
HC 1f Servicios de asistencia curativa - violencia intrafamiliar	75 928	75 928								75 928	
HC 1g Servicios de asistencia curativa - otros	3 795 878	266 118		3 348 425	181 335	950 742	950 742			4 746 620	
HC 1.1e Asistencia curativa hospitalaria - cáncer de próstata	217 914	14 345	2 917	179 090	21 562	133 414	133 414			351 327	
HC 1.1f Asistencia curativa hospitalaria - violencia intrafamiliar	75 928	75 928								75 928	
HC 1.1g Asistencia curativa hospitalaria - otros	1 456 638	255 899		1 019 404	181 335	950 742	950 742			2 407 380	
HC 1.1.7 Atención de cáncer de próstata	217 914	14 345	2 917	179 090	21 562	133 414	133 414			351 327	
HC 1.1.8 Atención traumatismos por violencia intrafamiliar	75 928	75 928								75 928	
HC 1.1.9 Endometriosis	22 929	4 822		15 326	2 781	67 528	67 528			90 456	
HC 1.1.11 Patología benigna del útero	934 621	171 316		650 761	112 545	179 179	179 179			1 113 800	
HC 1.1.12 Patología benigna de mama	91 149	32 099		44 793	14 257	186 044	186 044			277 193	
HC 1.1.13 Patología benigna de próstata	407 939	47 662		308 525	51 752	517 992	517 992			925 931	
HC 1.3e Asistencia curativa ambulatoria - cáncer de próstata	205 268	174		205 094						205 268	
HC 1.3g Asistencia curativa ambulatoria - violencia											
HC 1.3f Asistencia curativa ambulatoria - otros	2 339 240	10 219		2 329 021						2 339 240	
HC 1.3.3.5 Atención de cáncer de próstata	205 268	174		205 094						205 268	
HC 1.3.3.6 Atención de lesiones por violencia intrafamiliar											
HC 1.3.3.7 Endometriosis	23 135	160		22 975						23 135	
HC 1.3.3.9 Patología benigna del útero	447 828	3 963		443 865						447 828	
HC 1.3.3.10 Patología benigna de mama	904 614	1 922		902 692						904 614	
HC 1.3.3.11 Patología benigna de próstata	963 663	4 174		959 489						963 663	

(continúa)

(continuación)

Función de salud reproductiva	HF 1 Sector público				HF 2 Sector privado				Total general
	Total sector público	HF 1.1.1.1 SSa/Sesa/ SPSS	HF 1.1.2 IMSS Oportunidades	Seguridad social HF 1.2.1.1 HF 1.2.1.2	Total sector privado	HF 2.2 Empresas de seguro privadas	HF 2.3 Pagos directos de los hogares	HF 2.4 ONG	
HC 4e Servicios Auxiliares de atención de la salud - cáncer de próstata									
HC 4.1.4 Citologías hiperplasia de próstata									
HC 6e Servicios de prevención y de salud pública - equidad y género	57 327	57 327							57 327
HC 6f Servicios de prevención y de salud pública - cáncer de próstata	109 604	109 604							109 604
HC 6.4.3 Cáncer de próstata	109 604	109 604							109 604
HC 6.9.1 Prevención de la violencia	1 245	1 245							1 245
HC 6.9.2 Centros de atención a violencia	56 082	56 082							56 082
HC 6.9.3 Programa mujer y salud y atención a la salud de las mujeres (equidad de género)									
HC 7.1.1e Rectoría y administración de la salud por administraciones públicas (excepto seguridad social) - Equidad de Género y Violencia	198 905	198 905							198 905
HC 7.1.1f Rectoría - Centro Nacional de Equidad de Género y Violencia	8 163	8 163							8 163
HC 7.1.2 Actividades de administración, funcionamiento y apoyo de las administraciones de seguridad social	1 439 849		1 249 238	190 611					1 439 849

Anexo 10
**Gasto estimado en salud reproductiva y equidad de género por proveedor de bienes y servicios por función de gasto (HP x HC).
Salud materno perinatal (miles de pesos de 2012)**

Función de salud reproductiva	HP 1		HP 3		Proveedores de atención ambulatoria						HP 6	Total		
	Hospitales		Proveedores de atención ambulatoria		HP 3.1		HP 3.4		HP 3.5				HP 4.1	HP 5
	HP 1	HP 3	HP 3.1	HP 3.2	HP 3.4	HP 3.5	HP 3.9.3	HP 3.9.9	HP 4.1	HP 5				
Gasto en salud materna perinatal	26 177 884	6 426 183	1 006 052	4 857 147	533 988	28 996	936 357	58 011	33 598 436					
HC 1 Servicios de asistencia curativa	25 625 486	869 149	855 813	550 640	13 335				26 494 634					
HC 1.1 Asistencia curativa hospitalaria	24 508 009	550 640	550 640						25 058 648					
HC 1.1.1 Manejo binomio madre-hijo	23 327 172	515 471	515 471						23 842 643					
HC 1.1.1.1, 1.1.1.2 Parto normal y cesáreas	7 892 466	301 487	301 487						8 193 953					
HC 1.1.1.3 Recién nacido normal	65 756								65 756					
HC 1.1.1.4 Manejo y terapéutica del RN complicado	7 223 153	3 845	3 845						7 226 998					
HC 1.1.1.5 Complicaciones en el embarazo, parto y puerperio	8 145 797	210 138	210 138						8 355 936					
HC 1.1.5 Aborto	1 156 859	7 092	7 092						1 435 986					
HC 1.1.14 Atención del postparto	26 978	28 077	28 077						55 054					
HC 1.3 Asistencia curativa ambulatoria	1 117 477	318 509	305 173			13 335			1 435 986					
HC 1.3.3.1 Manejo y control del embarazo complicado o de alto riesgo	884 353	305 173	305 173						1 189 527					
HC 1.3.3.1.2 Aborto, embarazo ectópico y embarazo molar	70 016								70 016					
HC 1.3.3.1.3 Parto normal	51 726	13 335				13 335			65 061					
HC 1.3.3.1.4 Cesáreas	14 592								14 592					
HC 1.3.3.1.5 Complicaciones en el neonato	96 790								96 790					
HC 4 Servicios auxiliares de atención de la salud		533 988	533 988	533 988					533 988					
HC 4.1.1 Laboratorio clínico para embarazo y parto		533 988	533 988						533 988					
HC 5 Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios				936 357					936 357					

(continúa)

**Gasto estimado en salud reproductiva y equidad de género por proveedor de bienes y servicios por función de gasto (HP x HC).
Cáncer de mama (miles de pesos de 2012)**

Función de salud reproductiva	HP 1		HP 3		Proveedores de atención ambulatoria				HP 6	Total					
	Hospitales		Proveedores de atención ambulatoria Total		HP 3.1		HP 4.1				HP 5				
	HP 1	HP 3	HP 3.1	HP 3.2	HP 3.4	HP 3.5	HP 3.9.3	HP 3.9.9							
		Consultorios médicos y otros profesionales de la salud		Centros de atención ambulatoria		Laboratorios médicos y de diagnóstico		Farmacias		Profesionales alternativos o tradicionales y los demás proveedores		Suministro y administración de programas de salud pública; y administración general de salud		Administración general de la salud y los seguros médicos	
Gasto en cáncer de mama	3 176 231	480 945	477 664	3 281	477 664	3 281	150 348	15 129	3 822 653						
HC 1 Servicios de asistencia curativa	3 176 231	269 508	269 508		269 508				3 445 739						
HC 1.1 Asistencia curativa hospitalaria	2 664 394	261 156	261 156		261 156				2 925 551						
HC 1.1.3 Atención de cáncer de mama	2 664 394	261 156	261 156		261 156				2 925 551						
HC 1.3 Asistencia curativa ambulatoria	511 837	8 352	8 352		8 352				520 189						
HC 1.3.1.2 Exploración mamaria		6 893	6 893		6 893				6 893						
HC 1.3.3.3 Atención de cáncer de mama	511 837	1 459	1 459		1 459				513 296						
HC 4 Servicios Auxiliares de atención de la salud		3 281		3 281		3 281			3 281						
HC 4.1.3 Estudios de laboratorio, biopsias para Cama		582	582		582				582						
HC 4.2.2 Mastografía		957	957		957				957						
HC 4.2.3 Ultrasonido mamario		1 742	1 742		1 742				1 742						
HC 6 Servicios de prevención y de salud pública		208 156	208 156		208 156		150 348		358 504						
HC 6.4.2.1 Tamizaje		208 156	208 156		208 156				208 156						
HC 6.4.2.2 Promoción de la salud (Cama)							150 348		150 348						
HC 7.1.1d Administraciones públicas (excepto seguridad social)								15 129	15 129						
HCR 1 Formación de capital de instituciones proveedoras de atención de la salud															
HCR 2 Formación del personal sanitario															
HCR 3 Investigación y desarrollo															

Anexo 14

**Gasto estimado en salud reproductiva y equidad de género por proveedor de bienes y servicios por función de gasto (HP x HC).
Cáncer de próstata, violencia intrafamiliar y equidad de género, patologías benignas de útero, mama y próstata, y administración y rectoría
(miles de pesos de 2012)**

Función de salud reproductiva	HP 1	Proveedores de atención ambulatoria						Total	
	Hospitales	HP 3	HP 3.1			HP 4.1	HP 5		HP 6
		Proveedores de atención ambulatoria Total	HP 3.1	HP 3.2	HP 3.3	HP 3.4	HP 3.5		HP 3.9.3
Gasto en cáncer de próstata	498 615	57 981	57 981	57 981	57 981	57 981	109 604	198 905	666 200
Gasto en violencia intrafamiliar y equidad de género	75 928	57 327	57 327	57 327	57 327	57 327			332 161
Gasto en endometriosis, patologías benignas de útero, mama y próstata	4 730 081	16 540	16 540	16 540	16 540	16 540			4 746 620
Rectoría								1 448 011	1 448 011
HC 1e Servicios de asistencia curativa - cáncer de próstata	498 615	57 981	57 981	57 981	57 981	57 981			556 596
HC 1f Servicios de asistencia curativa - violencia intrafamiliar	75 928								75 928
HC 1g Servicios de asistencia curativa - otros	4 730 081	16 540	16 540	16 540	16 540	16 540			4 746 620
HC 1.1e Asistencia curativa hospitalaria - cáncer de próstata	293 347	57 981	57 981	57 981	57 981	57 981			351 327
HC 1.1f Asistencia curativa hospitalaria - violencia intrafamiliar	75 928								75 928
HC 1.1g Asistencia curativa hospitalaria - otros	2 390 840	16 540	16 540	16 540	16 540	16 540			2 407 380
HC 1.1.7 Atención de cáncer de próstata	293 347	57 981	57 981	57 981	57 981	57 981			351 327
HC 1.1.8 Atención traumatismos por violencia intrafamiliar	75 928								75 928
HC 1.1.9 Endometriosis	89 487	969	969	969	969	969			90 456
HC 1.1.11 Patología benigna del útero	1 104 877	8 923	8 923	8 923	8 923	8 923			1 113 800
HC 1.1.12 Patología benigna de mama	275 135	2 057	2 057	2 057	2 057	2 057			277 193
HC 1.1.13 Patología benigna de próstata	921 341	4 590	4 590	4 590	4 590	4 590			925 931
HC 1.3e Asistencia curativa ambulatoria - cáncer de próstata	205 268								205 268
HC 1.3f Asistencia curativa ambulatoria - otros	2 339 240								2 339 240
HC 1.3g Asistencia curativa ambulatoria - violencia									
HC 1.3.3.5 Atención de Cáncer de Próstata	205 268								205 268
HC 1.3.3.6 Atención de lesiones por violencia intrafamiliar									
HC 1.3.3.7 Endometriosis	23 135								23 135

(continúa)

(continuación)

Función de salud reproductiva	HP 1 Hospitales	HP 3 Proveedores de atención ambulatoria Total	Proveedores de atención ambulatoria						HP 6 Administración general de la salud y los seguros médicos	Total
			HP 4.1		HP 5 Suministro y administración de programas de salud pública; y administración general de salud	HP 6 Administración general de la salud y los seguros médicos	HP 7 Seguros médicos	HP 8 Administración general de la salud		
			HP 3.1	HP 3.2						
			HP 3.1 Consultorios médicos y de otros profesionales de la salud	HP 3.2 Centros de atención ambulatoria	HP 3.3 Profesionales alternativos o tradicionales y los demás proveedores	HP 3.4 Laboratorios médicos y de diagnóstico	HP 3.5 Farmacias	HP 5 Suministro y administración de programas de salud pública; y administración general de salud	HP 6 Administración general de la salud y los seguros médicos	Total
HC 1.3.3.9	Patología benigna del útero	447 828								447 828
HC 1.3.3.10	Patología benigna de mama	904 614								904 614
HC 1.3.3.11	Patología benigna de próstata	963 663								963 663
HC 4e	Servicios Auxiliares de atención de la salud - cáncer de próstata									
HC 4.1.4	Citologías hiperplasia de próstata									
HC 6e	Servicios de prevención y de salud pública - equidad y género									
HC 6f	Servicios de prevención y de salud pública - cáncer de próstata		57 327	57 327				109 604		57 327
HC 6.4.3	Cáncer de próstata							109 604		109 604
HC 6.9.1	Prevención de la violencia		1 245	1 245						1 245
HC 6.9.2	Centros de atención a violencia		56 082	56 082						56 082
HC 6.9.3	Programa mujer y salud y atención a la salud de las mujeres (equidad de género)									
HC 7.1.1e	Rectoría y administración de la salud por administraciones públicas (excepto seguridad social) - Equidad de Género y Violencia								198 905	198 905
HC 7.1.1f	Rectoría - Centro Nacional de Equidad de Género y Violencia								8 163	8 163
HC 7.1.2	Actividades de administración, funcionamiento y apoyo de las administraciones de seguridad social								1 439 849	1 439 849

Siglas y acrónimos

AMIS:	Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros
ASF:	aportación solidaria federal
AVAD:	años de vida saludable ajustados por discapacidad
Causes:	Catálogo Universal de Servicios de Salud
CIE:	Clasificación Internacional de Enfermedades
CISS:	Centro de Investigación en Sistemas de Salud
CNEGySR:	Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
CNPSS:	Comisión Nacional de Protección Social en Salud
Conapo:	Consejo Nacional de Población
CS:	cuota social
CSR:	cuentas en salud reproductiva
DGIS:	Dirección General de Información en Salud
DIU:	dispositivo intrauterino
ENIGH:	Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto de los Hogares
Envim:	Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres
Fassa:	Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud
FPGC:	Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos
IARC:	Agencia Internacional para la Investigación en Cáncer (por sus siglas en inglés).
IMSS:	Instituto Mexicano del Seguro Social
INCan:	Instituto Nacional de Cancerología
Inegi:	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
INSP:	Instituto Nacional de Salud Pública
ISSSTE:	Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
NVE:	nacidos vivos estimados
ODM:	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ONG:	organizaciones no gubernamentales
OSC:	organizaciones de la sociedad civil
OTB:	oclusión tubaria bilateral
Prosesa:	Programa Sectorial de Salud
REPSS:	Régimen Estatal de Protección Social en Salud
RMM:	razón de mortalidad materna
SCSM:	Sistema de Cuentas en Salud en México
Sesa:	Servicios Estatales de Salud
SIGGC:	Sistema de Gestión de Gatos Catastróficos
Sinais:	Sistema Nacional de Información en Salud
Sinerhías:	Subsistema de Información de Equipamiento, Recursos Humanos e Infraestructura para la Atención de la Salud
SPSS:	Sistema de Protección Social en Salud
SR:	salud reproductiva
SRyEG:	salud reproductiva y equidad de género
SSa:	Secretaría de Salud
VIH/sida:	virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida

Referencias

1. OPS. 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. ONU. 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 [consultado: septiembre de 2011]. Disponible en: <http://www.objetivosdesarrollodelmilenio.org.mx/cgi-win/ODM.exe/OBJODM0050>
4. Quinto informe de gobierno. Presidencia de la República. Disponible en: www.presidencia.gob.mx
5. SSA, Sexto informe de labores. México, 2012. SSA [consultado: septiembre 2013]. Disponible en: http://portal.salud.gob.mx/contenidos/transparencia/rendicion_de_cuentas/rendiciondecuentas.html
6. SSA. SPSS. Informe de resultados 2011 [consultado mayo de 2014]. Disponible en <http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/index.php/transparencia/viii-rendicion-de-cuentas/13-transparencia/112-cifras>
7. WHO. MDG 4: reduce child mortality [consultado: septiembre 2013]. Disponible en: http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/child_mortality/en/ Última revisión: abril de 2014.
8. WHO. Global Health Observatory Data Repository. Disponible en: <http://apps.who.int/ghodata/>
9. DGIS. SSA. México, 2013 [consultado: septiembre 2013]. Disponible en <http://http://dgis.salud.gob.mx/cubos/>
10. WHO. 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 [consultado febrero de 2012]. Disponible en: <http://www.iarc.fr/en/websites/researchprg.php>
12. Institute for Health Metrics and Evaluation [consultado octubre de 2013] IHME. Disponible en <http://www.healthmetricsandevaluation.org/gbd/visualizations/gbd-cause-patterns>
13. Moreno MF. La violencia en pareja. Rev Panam Salud Publica 1999;5:245-58.
14. Ellsberg M. Confitos en el infierno: prevalencia y características de la violencia conyugal. Managua: Asociación de Mujeres por la Democracia, 1996.
15. Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares 2011 (Endireh). Inegi 2014, México, DF [consultado mayo 2014]. Disponible en : <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/soc/sis/microdatos/>
16. OECD, WHO, Eurostat. A System of Health Accounts 2011(SHA 2011). Disponible en: http://www.who.int/nha/sha_revision/en/
17. 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. Disponible en: www.paho.org/Spanish/AD/GE/chile06-ferran.pdf
18. SSA. 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>
19. WHO. Reproductive health [who.int]. Ginebra, Suiza: WHO; 2008 [consultado: septiembre de 2008]. Disponible en: http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/
20. Ávila-Burgos L, Cahuana-Hurtado L, Pérez-Núñez R, Aracena-Genao B, Vázquez-Meseguer V. Desarrollo de subanálisis de cuentas en salud. El caso de las cuentas en salud reproductiva y equidad de género en México.
21. 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: WHO; 2003.
22. 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.
23. WHO. Reproductive health [who.int]. Ginebra, Suiza: WHO; 2008 [consultado: septiembre de 2008]. Disponible en: http://www.who.int/topics/reproductive_health/en/
24. Ávila L, Cahuana L, Pérez R, Cuentas nacionales en salud reproductiva y equidad de género. Cuernavaca, México: SSA/INSP, 2005
25. 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. Cuernavaca, México: SSA/INSP, 2013
26. OPS. Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud. 10ª ed. Washington, DC: OPS; 1995.

27. Rannan-Eliya Ravi P. Revision of the System of Health Accounts. SHA Revision Unit 11: Classification by beneficiary/ recipient characteristics, marzo 2009.
28. WHO. Mother-baby package costing spreadsheet. Versión 1.01 [CD-ROM]. Ginebra, Suiza: WHO; 1999.
29. SSA. 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.
30. SSA. 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.
31. SSA. 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.
32. SSA. Programa de Acción: cáncer de próstata. México, DF: SSA; 2001 [consultado: septiembre 2008]. Disponible en: www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_3/cancer_prostata.pdf
33. SSA. Boletín de Información Estadística México, DF: SSA; 2012:32(4) [consultado: septiembre de 2012]. Disponible en: http://sinais.salud.gob.mx/descargas/zip/bie32_vIV.zip
34. CNPSS. Informe final de resultados 2012 [consultado: septiembre de 2013]. Disponible en: http://www.seguro-popular.salud.gob.mx/contenidos/transparencia/transparencia_2sem11.html
35. IMSS Oportunidades. Coordinación de Atención Integral a la Salud. Informe integral total (ámbito rural con módulos urbanos), por delegación (CD-ROM). México, DF: IMSS Oportunidades, 2012.
36. IMSS Oportunidades. Coordinación de Atención Integral a la Salud. Egresos hospitalarios 2012 (CD-ROM). México: IMSS Oportunidades, 2012.
37. IMSS. Coordinación de presupuesto e información programática. Gasto real por niveles de atención 2012 (CD-ROM). México, DF: IMSS, 2012.
38. IMSS. Coordinación de presupuesto e información programática. Memoria estadística 2012 (CD-ROM). México, DF: IMSS, 2012.
39. IMSS. Coordinación de presupuesto e información programática. Morbilidad 2012. México (CD-ROM). México: IMSS, 2012.
40. IMSS. Coordinación de presupuesto e información programática. Egresos hospitalarios 2012. México (CD-ROM). México, DF: IMSS.
41. ISSSTE. Dirección de Finanzas. Egresos Hospitalarios 2012 (CD-ROM). México, DF: ISSSTE, 2012.
42. ISSSTE. Dirección de Finanzas. Anuario Estadístico 2012. México (CD-ROM). México: ISSSTE, 2012.
43. ISSSTE. Dirección de Finanzas. Presupuesto ejercido 2012 (CD-ROM). México: ISSSTE.
44. Inegi. ENIGH 2012. México, DF. Inegi 2014 [consultado junio 2013]. Disponible en : <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/espanol/soc/sis/microdatos/>
45. AMIS. Gastos médicos mayores. Por tipo de plan, rango de edad y sexo. México, 2012.
46. SSA. 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.
47. SSA. 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.
48. SSA. Programa de acción: cáncer de próstata. México, DF: SSA, 2001 [consultado: septiembre 2008]. Disponible en: www.salud.gob.mx/docprog/estrategia_3/cancer_prostata.pdf
49. Inegi. Calculadora de inflación [consultado: mayo de 2014]. Disponible en: <http://www.inegi.org.mx/>
50. Conapo. Índices de marginación [consultado: mayo de 2014]. Disponible en: http://www.conapo.gob.mx/en/CONAPO/Indices_de_Marginacion_Publicaciones

Cuentas en salud reproductiva y equidad de género.
Estimación 2012 y comparativo 2003-2012

La edición estuvo al cuidado de la
Subdirección de Comunicación Científica y Publicaciones
del Instituto Nacional de Salud Pública

