



uenta **S**
en **Salud en**
México, 2001-2005

FINANCIAMIENTO INGRESO PER CÁPITA
CUENTAS GASTO PRIVADO ESTATALES
GASTO PÚBLICO FEDERALES INVERSIÓN
RAMO 33 FLUJOS RAMO 12 CAPÍTULO

Secretaría de Salud
Subsecretaría de Innovación y Calidad
Dirección General de Información en Salud

LAS CUENTAS EN SALUD
EN MÉXICO 2001-2005

México, 2006

Edición 2006 © Secretaría de Salud

Dirección General de Información en Salud

Av. Paseo de la Reforma No. 450, 11° Piso
Col. Juárez
06600 México, D. F.

La Secretaría de Salud pone a disposición de los usuarios en la dirección electrónica del Sistema Nacional de Información en Salud: <http://sinais.salud.gob.mx/>

Las Cuentas en Salud en México, 2001-2005

ISBN 970-721-349-3

Reservados todos los derechos.

Se autoriza la reproducción parcial o total de la información contenida en esta publicación, siempre y cuando se cite la fuente.

Cita recomendada:

*Vázquez VM., Merino MF., Lozano R, Las Cuentas en Salud en México, 2001-2005.
México, D. F., Dirección General de Información de Salud, Secretaría de Salud. 2006.*

El cuidado editorial de esta publicación estuvo a cargo de María Victoria Castro Borbonio y Juan Carlos Riveros Alva

Impreso en México – *Printed in México*

Directorio Institucional

Dr. Julio Frenk Mora
Secretario de Salud

Dr. Enrique Ruelas Barajas
Subsecretario de Innovación y Calidad

Dr. Roberto Tapia Conyer
Subsecretario de Prevención y Protección de la Salud

Lic. María Eugenia de León-May
Subsecretaria de Administración y Finanzas

Lic. Juan Antonio García Villa
Comisionado Federal para la Protección Contra Riesgos Sanitarios

Act. Juan Antonio Fernández Ortíz
Comisionado Nacional de Protección Social en Salud

Dr. Carlos Tena Tamayo
Comisionado Nacional de Arbitraje Médico

Dr. Jaime Sepúlveda Amor
Coordinador General de los Institutos Nacionales de Salud

Dr. Gabriel García Pérez
Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social

Dr. Eduardo González Pier
Titular de la Unidad de Análisis Económico

Dr. Renato Iturriaga de la Fuente
Titular de la Unidad de Control de Gestión de Programas Prioritarios

Lic. Adriana Cuevas Argumedo
Directora General de Comunicación Social

Dirección General de Información en Salud

Dr. Rafael Lozano Ascencio
Director General

Mtro. Luis Humberto Ramírez Ramírez
Director de Información de Recursos para la Salud

Mtro. Alejandro Suárez Valdés Ayala
Director de Sistemas de Información
de Servicios de Salud

Dr. Francisco Franco Marina
Director de Información sobre Necesidades
de Salud y Población

Mtra. Vanessa Ma. Vázquez Meseguer
Subdirectora de Información Financiera

Lic. María Victoria Castro Borbonio
Subdirectora de Integración y Difusión
de la Información

Mtro. Carlos Lino Sosa Manzano
Subdirector de Información de Infraestructura
Física para la Salud

Act. Daniel Castro Carrillo
Subdirector de Información Hospitalaria

Dra. Noemí Lam Osnaya
Subdirectora de Información Institucional

Dr. Luis Manuel Torres Palacios
Subdirector de Clasificaciones de
la Información en Salud

Lic. Blanca Villa Contreras
Subdirectora de Información de Necesidades en Salud

Dra. Patricia Nilda Soliz Sánchez
Subdirectora de Información sobre Estudios de Salud

Los autores agradecen a las siguientes personas e instituciones que aportaron datos, opiniones, sugerencias, propuestas de contenidos y comentarios:

Patricia Hernández, Jean-Pierre Poullier, Sergio Sesma, Carlos Gracia, Fermín Juárez, Maluín Alarcón y Erik Peñaloza.

A los miembros del Comité de Conducción Estratégica: Beatriz Zurita, Carlos Cruz, Fernando Chacón, Felicia Knaul, Mariana Barraza.

Secretaría de Salud:

- Servicios de Salud de las Entidades Federativas
- Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud
- Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva
- Comisión Nacional de Protección Social en Salud
- Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto
- Hospitales Federales de Referencia
- Institutos Nacionales de Salud
- Instituto Nacional de Salud Pública

Otras Instituciones:

- Instituto Mexicano del Seguro Social
- Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
- Petróleos Mexicanos
- Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C.
- Fundación Mexicana para la Salud, A.C.

Finalmente, en la elaboración de este documento también participaron Beatriz Escobedo de la Peña y Lourdes Santos Coy.

Contenido

Introducción	vii
I. Antecedentes	1
1.1 Reseña histórica del Sistema de Salud en México y el financiamiento	1
1.2 Financiamiento del sector salud	3
1.3 Contexto internacional	3
II. Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal en México: SICUENTAS	5
2.1 ¿Qué es el SICUENTAS?	5
2.2 Institucionalización del SICUENTAS	5
2.3 Principales conceptos utilizados en el SICUENTAS	6
2.3.1 Definición de gasto en salud	7
2.3.2 Límites espaciales	8
2.3.3 Límites temporales	8
2.4 Sistema de Cuentas en Salud y las Cuentas Satélite en Salud	8
2.5 Fuentes de información	9
2.6 Flujos financieros del SICUENTAS	9
III. El Gasto en Salud en México	11
3.1 Gasto público en salud de 2001 a 2005	12
Gasto del Ramo 12	13
Gasto del IMSS-Oportunidades	15
Gasto del Ramo 33	15
Gasto Estatal	15
Gasto del IMSS	17
Gasto del ISSSTE	17
Gasto de PEMEX	18
Gasto Privado	18
3.2 Gasto en salud por funciones del sistema	20
3.3 Utilización del SICUENTAS	21
3.3.1 Gasto en salud y producto interno bruto	21
3.3.2 Gasto en salud y cobertura efectiva	23
3.3.3 Subanálisis: Cuentas en salud reproductiva	23
3.3.4 Gasto en salud y la reforma financiera del sector salud	25
3.4 Limitaciones y retos del SICUENTAS	26
Anexo estadístico	29
Referencias	47

Introducción

El *Programa Nacional de Salud 2000–2006* establece como uno de los retos lograr un sistema de salud con equidad financiera. El desarrollo de un sistema de información financiera sobre los recursos invertidos, los flujos que siguen y cuáles son los principales proveedores es el vehículo que permite no solo obtener la evidencia para determinar la magnitud del problema sino para dar seguimiento a las medidas correctivas.

Para tal efecto se plantea la creación de un Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS). El principal objetivo de la conformación de SICUENTAS es generar información que ilustre el origen y uso de los recursos financieros, que permita dar seguimiento y oriente el desempeño del sector salud, a la vez que se convierte en un instrumento que define las dimensiones monetarias de los diferentes tipos de servicios. A través del análisis financiero agregado y sistemático se busca alcanzar una mayor *efectividad* en la inversión de los recursos en el sector, una mayor *equidad* en su asignación y una mayor *eficiencia* en su uso.

Este instrumento gerencial fue diseñado a través de un ejercicio en el que participaron centros académicos de diversos países, algunas agencias consultoras y varias organizaciones multilaterales, incluyendo de manera destacada la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico.

La puesta en marcha del SICUENTAS permite configurar un componente de información sobre los flujos financieros a nivel estatal y nacional, complementar las estadísticas del sistema y crear la información necesaria para el análisis del gasto en salud. Del mismo modo, debe contribuir a evaluar el desempeño del sistema y coadyuvar a la rendición de cuentas en lo que se refiere al uso de los recursos financieros.

Las Cuentas en Salud rastrean sistemáticamente todos los recursos que fluyen en el Sistema de Salud de un lugar determinado, en un momento dado. Permiten identificar quién paga, cuánto paga, cuáles son los intermediarios de ese dinero, en qué se gasta y quiénes son los beneficiarios. Es una herramienta útil para los tomadores de decisiones en materia de salud pues les facilita entender la complejidad de las interacciones que ocurren desde el momento que los recursos financieros son asignados al sistema de salud, hasta que estos encuentran un beneficiario. Es

importante recalcar que a pesar de toda la evidencia que construye esta herramienta, es aún insuficiente; siempre existe un remanente de información financiera que proviene de otras fuentes o un conjunto de decisiones de política que se toman de manera discrecional y no bajo la racionalidad que ofrece el uso de las cuentas en salud.

El empleo de las cuentas en salud facilita a los gobiernos u organismos rectores de la salud, a monitorear el impacto de sus políticas, a medir el efecto de las reformas y fundamentalmente para fines de transparencia y rendición de cuentas. Es útil también, para hacer comparaciones internacionales que ayudan a responder preguntas sobre el desempeño del sistema de salud o facilitan los apoyos financieros de agencias internacionales que solicitan transparencia en el uso de los recursos.

Aunque la Dirección General de Información en Salud tradicionalmente emitía datos de recursos financieros, la evolución de esta información ha sido importante, así tenemos que en el año 2000 los datos presentados correspondían a limitados rubros que se reducían a 40 hojas dentro del Boletín de Información Estadística, Volumen I; y es hasta el año 2002 cuando se prepara un volumen especial de dicho Boletín con 236 páginas, mismo que aumenta a 360 hojas al año siguiente; esto significa un esfuerzo importante por contar con un documento cada vez más completo sobre este tema.

Este trabajo denominado *Las Cuentas en Salud en México 2001-2005* es una expresión de lo que anualmente se publica, así como una síntesis de los resultados

obtenidos en cinco años de experiencia, desde el diseño institucional, la conformación de grupos de trabajo y posteriormente el desarrollo de un manual.

El libro está organizado en cuatro partes. La primera contiene una breve reseña histórica del sistema de salud en México y el financiamiento y el contexto internacional de la cuentas en salud; de ella se desprende que el tema no es nuevo, pero que hasta ahora se está tratando sistemáticamente y de manera estandarizada. Además sienta las bases para entender la importancia de contar con evidencia para la toma de decisiones. La segunda sección está dedicada a la metodología que subyace a las cuentas en salud; ahí se explicitan las definiciones, los criterios y los aspectos útiles para la medición del gasto, evidentemente se trata de un resumen, por lo que se recomienda a los interesados en los métodos, acudir a los manuales referidos. En la tercera sección del documento se muestran los resultados más relevantes, todos en pesos constantes, esto es, controlando los efectos de la inflación. Finalmente, se añade un anexo estadístico con cuadros por entidad federativa que pretende facilitar el acceso a la información financiera en salud.

El contar con un sistema de registro de recursos financieros le da a la Secretaría de Salud un buen nivel de madurez por la importancia de esos datos para el Sistema Nacional de Salud, además de que le permite rendir cuentas a la población y atender las necesidades de información en el marco de la transparencia y acceso a la información pública gubernamental.

I. Antecedentes

1.1 Reseña histórica del Sistema de Salud en México y el financiamiento

Mientras en Europa se libraban batallas propias de la II Guerra Mundial, en nuestro país se cimentaban los pilares del sistema de salud actual. Durante el periodo presidencial del Gral. Manuel Ávila Camacho se experimentaron cambios importantes en busca del bienestar económico y social postrevolucionario en México.

En 1941 se registró un presupuesto asignado al Departamento de Salubridad de 27 millones de pesos. En ese entonces las presiones de gasto se ubicaban, entre otras, en los salarios para el personal de los servicios coordinados, obras de saneamiento para la campaña antipalúdica en Baja California, Mazatlán, Acapulco, e incluso en las ciudades de Guadalajara y Monterrey. Aunado a lo anterior la lucha contra la viruela, el tifo exantemático, la oncocercosis, la tuberculosis y la introducción de agua potable absorben la mayor parte del presupuesto.

En aquellos años se inaugura el hospital de Huipulco (hoy sede del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias) que se construye usando recursos públicos y privados. Se aprueba un impuesto adicional al azúcar y éste se destina a la construcción del hospital para tuberculosos. Esta cantidad, se suma a los fondos obtenidos del comercio y la industria privada, para el Comité de la Lucha contra la Tuberculosis. La mezcla de financiamiento ascendió a 4 millones de pesos.

Durante 1943, se registran dos acontecimientos fundamentales en la historia del Sistema de Salud actual. El 19 de enero se promulgó la Ley del Seguro Social que da origen al Instituto Mexicano del Seguro Social y el 15 de octubre se expidió el decreto que crea la Secretaría de Salubridad y Asistencia, mediante la fusión de la Secretaría de Asistencia y el Departamento de Salubridad Pública. Al formarse la nueva Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), el primer presupuesto anual asignado en 1944, según el doctor Alfonso Pruneda, fue de 58.5 millones de pesos, o sea, 5.31% del presupuesto general.¹

En materia de atención a la salud, la distribución de la población bajo la responsabilidad de cada institución fue lo que caracterizó la principal preocupación del sistema de salud de esa época. El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) se encargaría de la naciente población obrera y la SSA de los campesinos. Con la creación del

ISSSTE se cubre la demanda de atención de la población trabajadora al servicio del estado y siempre quedaría una parte de la población que acudiría a resolver sus problemas de salud en el sector privado.

La inversión se mantiene en la contención de las enfermedades transmisibles y la construcción de una incipiente planta hospitalaria en las áreas rurales, para atender a la gran masa de campesinos que hicieron posible el triunfo de la revolución. En esa época como ahora, el financiamiento del Sistema de Salud provenía fundamentalmente de tres fuentes: el gasto público asignado a la atención a salud o seguridad social, las cuotas obrero-patronales y el gasto directo de los usuarios del servicio.

Entre 1970 y 1976 ocurrieron tres acontecimientos clave en el desarrollo del Sistema de Salud en México: a) en 1973 se actualizó el Código Sanitario, posibilitando la entrada de las campañas de planificación familiar en México, b) ese mismo año se reformó la Ley del IMSS en la que se incorporó el concepto de solidaridad social para "...brindar un mínimo de protección a aquellos grupos que habían permanecido al margen del desarrollo social, y que, debido a su condición no tenían capacidad contributiva suficiente para incorporarse al IMSS..." y, c) como resultado de la primera y hasta ahora única Convención Nacional de Salud se formuló un Plan Nacional de Salud para los siguientes 10 años.

Por esa razón se presentó un importante crecimiento del gasto en salud de todas las instituciones en México. Entre 1970 y 1976 se registró un aumento de 45% corrigiendo los efectos de la inflación y devaluaciones. Según Valdez² a pesos constantes de 1980, el gasto público en salud se modificó de 59.5 mil millones de pesos a 86 mil millones de pesos.

Según establece el Programa Nacional de Salud 2001-2006,³ hacia finales de los setentas surge la *segunda generación de reformas*, que busca construir el Sistema Nacional de Salud moderno. El modelo de atención diseñado para el control de epidemias y basado en hospitales rurales llegó a sus límites, al no contar con infraestructura suficiente, muchas familias no tenían acceso a servicios básicos de salud.

Con la introducción de programas de atención primaria como el de IMSS-COPLAMAR o el de Atención a la Población Marginada en Grandes Urbes a finales de los años 70s y principios de los años 80s, se generó una política de extensión de la cobertura, para contener la demanda interna y al mismo tiempo responder a las presiones internacionales. Valdez-Olmedo² establece que la bonanza económica basada en el petróleo planteo al país el reto de hacer uso inteligente de los recursos económicos que "...llegaban a raudales a la Nación..."

A pesar de encarar los problemas de salud ofertando más servicios, la Presidencia de la República creó la oficina para la Coordinación de Servicios de Salud, ya

que antes se contaba con dos mecanismos paralelos, con propósitos similares. Las tesis y acciones fundamentales de esta oficina se publicaron en un documento titulado "Hacia un Sistema Nacional de Salud"³ en el cual se definieron las estrategias que caracterizan el cambio estructural en salud, a saber: a) mejorar la calidad del servicio; b) atenuar las desigualdades sociales; c) modernizar el sistema de salud; d) descentralizar y consolidar la coordinación de los servicios de salud.

A principios de los ochentas la Secretaría de Salud y Asistencia, las instituciones del sector salud y los gobiernos de los estados llevaron a cabo diversas acciones para avanzar en la consolidación del Sistema Nacional de Salud. Así la reforma se constituyó de tres elementos básicos: a) la modificación del Artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, que dió entrada al derecho a la protección a la salud y en consecuencia una Ley General de Salud (ley reglamentaria); b) el llamado Sistema Nacional de Salud y c) el Programa Nacional de Salud como un producto derivado del Plan Nacional de Desarrollo.

Sin embargo, el cambio estructural, "...se enfrentó a la resistencia de quienes habían sido sus principales beneficiarios de la segregación entre derechohabientes de la seguridad social y el resto de la población. Uno de los efectos más lamentables de dicha resistencia sumado al de los recortes presupuestales durante la crisis de los años ochenta, fue que la descentralización de los servicios de salud quedó trunca..."⁴ En materia de gasto en salud la década de los ochenta es una década perdida, pues de alcanzar el máximo en 1981, inició un descenso que en 1987 tocó fondo, incluso en cifras por debajo de las registradas en 1970.

Durante los años 90s se empiezan a sentar las bases de la recomposición financiera y se concluye el proceso interrumpido de descentralización. Surgen trabajos muy influyentes alrededor de la reformas de los Sistemas de Salud, tanto a nivel internacional como nacional. Destaca entre otros el Informe Mundial de Desarrollo de 1993: Invertir en Salud,⁵ o Economía y Salud: Propuesta del avance de salud en México que publicó Fundación Mexicana para la Salud.⁶ Ante la crisis financiera del IMSS, se reformó la Ley y se modificó el componente de pensiones. Se mantuvo el programa de extensión de cobertura a través de un importante financiamiento del Banco Mundial y se lograron acuerdos de funcionamiento nacional a través del Consejo Nacional de Salud y el Consejo de Salubridad General.

En materia de salud pública, el sistema de salud mexicano enfrentó, durante los noventas, tres importantes epidemias: la de sarampión, con más de 5 mil defunciones en menores de cinco años; la de cólera y el inicio de la epidemia de SIDA. Saliendo airoso ante todos estos problemas mediante la mezcla de actividades

técnico—administrativas y políticas que favorecieron la coordinación intersectorial.

A partir del año 2000, el sistema de salud mexicano encaró una nueva reforma. Una reforma que a pesar de que se ubicó más en el terreno financiero, buscó hacer operativo, lo que la Constitución Política Mexicana establece como el Derecho a la Protección a la Salud. En los primeros años de este siglo se gestaron muchos cambios organizativos y legales alrededor del derecho a la protección a la salud. Algunos de ellos en beneficio directo de los pobres, como es el seguro popular, el fideicomiso en contra de gastos catastróficos y otros que se extienden a toda la sociedad.

1.2 Financiamiento del sector salud

El financiamiento del Sistema de Salud en México se sustenta en los impuestos, las contribuciones de obreros y patrones, el pago de bolsillo de los hogares y el pago de primas de seguros privados.

El problema del financiamiento del sistema de salud en México ya había sido objeto de análisis detallados desde la segunda mitad de la década de los años ochenta.^{7 8 9} Sin embargo, la preocupación por dimensionar en forma ortodoxa problemas relacionados con la sustentabilidad económica de los servicios, la equidad, las repercusiones de la forma de financiamiento, el empobrecimiento causado por los gastos de bolsillo y las bases para mejorar la asignación de recursos y la colaboración pública y privada, fue plenamente sustentada en la década de los años noventa, al ser México uno de los primeros países del mundo en desarrollar un Sistema de Cuentas Nacionales de Salud.^{10 11}

El estudio del financiamiento y del gasto en salud ha demostrado ser de gran importancia, porque además de valorar la sustentabilidad financiera de los sistemas de salud, ha permitido verificar el grado de equidad de los mismos, aspecto de gran interés dentro de las políticas de cualquier nación. Las cuentas de salud contribuyeron a una mejor comprensión sobre cómo los recursos se usan para producir servicios de salud proporcionando así información de interés y utilidad a los responsables de la política y los investigadores de los sistemas de salud.

1.3 Contexto internacional

La planeación y evaluación de los programas de seguro médico en Estados Unidos y del incremento del gasto en otros países de la OECD condujeron a estudios de gasto en salud en los años sesenta. Progresivamente se inició un enfoque colectivo de la OECD en 1977 para realizar estimaciones comparables en los países miembros y tomar decisiones basadas en información que cubriera un panorama geográfico amplio y de contenido detallado al

generarse una base de datos común, Eco-Salud OCDE (en 2006 se celebra el aniversario 15 de su publicación).

Esto sirvió de base a las decisiones en la optimización del gasto con base en un análisis conjunto. Los desarrollos graduales se sistematizaron en la propuesta del Sistema de Cuentas de Salud publicado en 2000 por la OECD,¹² complementada en 2003 por la Guía del Productor de Cuentas Nacionales de Salud de la OMS y una versión europea de EUROSTAT. La construcción de cuentas satélite de salud como un marco alternativo ha generado un manual publicado por OPS en 2005.

La importancia de la medición del gasto y el análisis de su distribución se reconoce como un componente básico del sistema de información y gerencia de todo sistema de salud. La publicación anual de un conjunto básico de indicadores de gasto para los estados miembros de la OMS desde el año 2000 ha permitido constatar un crecimiento sostenido del gasto y la importancia de la contribución del gasto de hogares en el financiamiento de la salud.

Los principales componentes del gasto, centrados en un número relativamente reducido de ellos, han llevado a proponer un número creciente de detalle en las mediciones. Por ejemplo, de los recursos estratégicos (humanos, fármacos), de servicios (hospitalarios) y actualmente, de programas relevantes, características de los beneficiarios y, en general, a un mayor refinamiento y transparencia de las estimaciones.

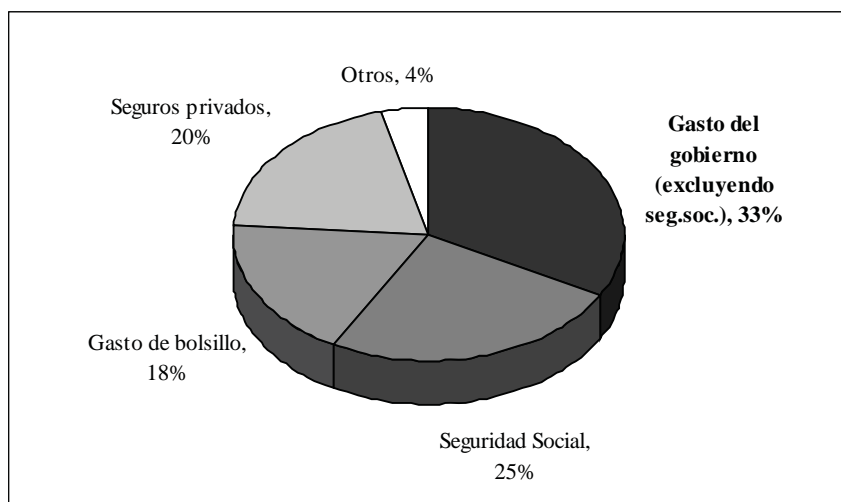
Más de 70 países han liberado reportes de cuentas de salud con diversos niveles de detalle. Actualmente 192 países miembros de la OMS cuentan con información sobre gasto en salud del período de 1999 a 2003 (*ver figura 1*).

Algunos países han llevado a cabo ejercicios específicos que tratan de responder a las características particulares de cada uno de ellos, pero todos con el objetivo de contribuir con la elaboración de políticas de salud.

En Tanzania, por ejemplo, los resultados revelaron que las contribuciones de los donantes eran sumamente importantes y que una gran parte de ellas no se captaban de manera adecuada por parte del gobierno. Por ello existía una inadecuada distribución de estos recursos y poco control del gobierno sobre la administración de los recursos del sector salud. Con ello se logró conseguir el apoyo de los donantes para lograr una asignación eficiente de los recursos.

En el Líbano, los resultados indicaron un gasto elevado en atención a la salud (12.5% del PIB), en comparación con otros países de ingresos y características socioeconómicas semejantes. Lo anterior se debió a que un alto porcentaje de estos servicios eran proporcionados por el sector privado, pero pagados por el gobierno contra paga de honorarios, por lo que los costos eran muy elevados. El gobierno tomó medidas para introducir reformas relativas al pago de proveedores y los procedimientos médicos que disminuyeran los costos de la atención.¹³

Figura 1. Composición del gasto en salud en el mundo, 2003



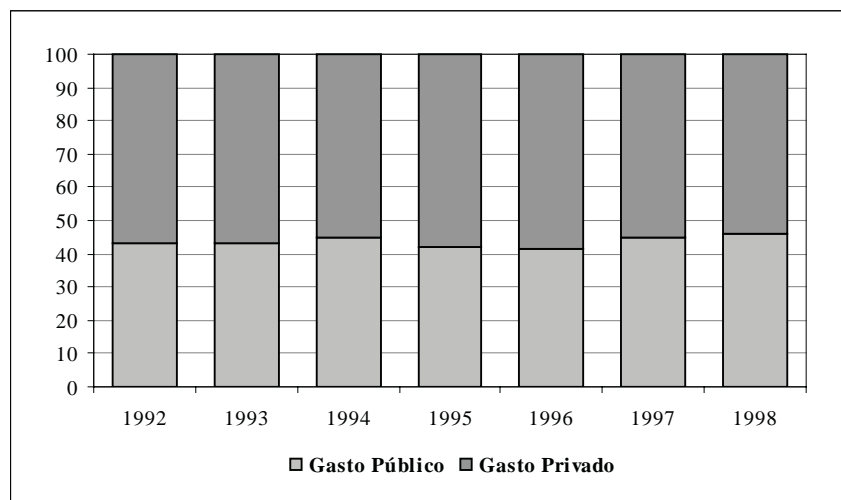
Fuente: Organización Mundial de la Salud, http://www.who.int/nha/Pie_2003_Large_n.gif

En México, la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD) en el año de 1994 realizó, dentro del Programa de Economía y Salud, el primer ejercicio para estimar las Cuentas Nacionales de Salud en México.¹⁴ Asimismo integró las Cuentas Nacionales para el periodo 1992-1998 (ver figura 2).

Las contribuciones más relevantes de las estimaciones de Cuentas Nacionales de Salud que realizó FUNSALUD en la década de los años noventa fueron:

- a) la corrección del subregistro (que históricamente ubicaba al gasto en salud como porcentaje del PIB, en un 3.2%, estimando una nueva cifra de 5.7%);
- b) la estimación del gasto privado en salud, la cual representaba cerca de la mitad del gasto total en salud;
- c) el análisis del gasto privado de salud en tanto gasto de bolsillo y su categorización como “gasto catastrófico” en el sentido de consumir el patrimonio y el acervo familiar y hundir a la población en una trampa de pobreza; y
- d) el establecimiento de una metodología ortodoxa para la estimación de las Cuentas Nacionales de Salud, que posibilitó el desarrollo de estimaciones.

Figura 2 Gasto público y privado en salud como porcentaje del PIB, 1992-1998



Fuente: Fundación Mexicana para la Salud, A.C. Las Cuentas Nacionales de Salud y el Financiamiento de los Servicios, Economía y Salud

II. Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal en México: SICUENTAS

2.1 ¿Qué es el SICUENTAS?

El Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS) es un conjunto de información financiera y de seguimiento a los recursos tanto públicos como privados, que se invierten y consumen en la producción de servicios de salud en México. La información financiera es básica para la gestión de los recursos porque permite analizar el comportamiento de los servicios ante las necesidades, el nivel de eficiencia de las instituciones, las prioridades de atención y los recursos que se consumen así como el apoyo financiero destinado a ciertos grupos de población.¹⁵

Todas las instituciones de salud cuentan con información sobre los servicios que prestan y los recursos que se destinan a ello. Sin embargo, hasta hace poco, no existía una integración de esta información que permitiera realizar un análisis financiero agregado y sistemático para alcanzar una mayor efectividad en la inversión, una mayor equidad en su asignación y una mayor eficiencia en su uso.

Es por eso que la presupuestación de los recursos se hacía solamente utilizando criterios históricos; sumando la inflación esperada el siguiente año, y no bajo criterios de eficiencia. De este modo los recursos seguían concentrándose en las mismas actividades sin que se permitiera realizar una reasignación de los recursos hacia actividades y programas con un mayor costo-efectividad.

En respuesta a estas necesidades se desarrolla el SICUENTAS, a través del cual se facilita el acceso a la información financiera necesaria para llevar a cabo los procesos de análisis, evaluación y planeación que permitan mejorar la gerencia del sector salud.

2.2 Institucionalización del SICUENTAS

La institucionalización es el proceso consistente en llevar a cabo estudios de Cuentas en Salud (CS) de manera regular y consta de tres elementos clave:

- a) *Recurrencia*: se refiere a la repetición del ejercicio de CS por un país, preferentemente sobre una base anual. La recurrencia de los estudios de CS es frecuentemente necesaria para procesos de planeación financiera continuos, como la evaluación presupuestaria y es

vital para la generación de datos de tendencias y para que los ejecutores de políticas puedan supervisar el estado financiero de su sistema de salud a través del tiempo.

- b) *Utilización política:* para maximizar el apoyo de los niveles superiores a la elaboración de un estudio de CS, sus resultados deben integrarse al proceso político de salud y no terminar en las repisas polvorizadas de alguna institución académica o pública. La utilización política es un aspecto importante de la institucionalización y no debe confundirse con la recurrencia. Por ejemplo, la información generada por FUNSALUD se utilizó en la elaboración de una propuesta de política de salud presentada en el Programa Nacional de Salud 2001-2006 y ha contribuido apoyando las decisiones en el proceso de descentralización.
- c) *Control gubernamental:* en última instancia, el interés del Estado en disponer de esta herramienta es lo que genera una demanda por las CS en el proceso de política de salud a largo plazo. Este interés de los ejecutores de políticas más importantes debe manifestarse por los recursos humanos y financieros asignados a la actividad de CS de forma permanente.

Más allá de crear un instrumento que facilitara el análisis del gasto en salud, la Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Información en Salud (DGIS), se comprometió a crear un proceso sustentable de recolección, procesamiento y difusión de datos financieros, provenientes del gasto en salud. No solo dentro de la propia Secretaría, sino que de todo el sistema de salud, incluyendo los gastos derivados del sector privado.

El Programa Nacional de Salud (2001-2006)¹⁶ permitió que en 2001, se establecieran oficialmente las Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), como un instrumento gerencial diseñado para compilar la información financiera de todo el sector salud y así apoyar en la toma de decisiones, la rendición de cuentas, la planeación de políticas y la evaluación del desempeño.

El proceso de institucionalización de SICUENTAS inicia con su inclusión dentro del Sistema Nacional de Información en Salud (SINAIS), su incorporación a la estructura de la DGIS creando una subdirección encargada de operarlos y estableciendo una partida específica en la apertura programática. Adicionalmente, la institucionalización implicó el uso de una metodología homogénea internacionalmente reconocida, que en los últimos seis años se ha estandarizado cada vez más, especialmente con la publicación del Sistema de Cuentas en Salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).¹⁷

Este proceso se llevó a cabo en diferentes ámbitos; en el técnico que implica la recopilación, el análisis y la difusión de la información y en lo organizacional

que consiste en establecer redes de cooperación. En el SICUENTAS participan diversos grupos de trabajos. El trabajo principal se lleva a cabo con el grupo del Sub-sistema de Información Financiera y cuenta con el apoyo del Grupo Interinstitucional de Información en Salud, y el Grupo de Conducción Estratégica, integrado por expertos nacionales en el tema.

Un aliado muy importante en este proceso ha sido el Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (INEGI), institución encargada de realizar la cuenta pública y en particular la cuenta satélite en salud. Además, se han establecido vínculos con instituciones extranjeras y con los ministerios de salud de otros países que tienen experiencia en las cuentas en salud.

El proceso no ha concluido, el reto más importante es lograr una transición entre administraciones sin sufrir demasiadas modificaciones; para ello se requiere contar con un interlocutor académico que mantenga en constante revisión las definiciones, el alcance de los instrumentos, la actualización de estándares y la elaboración de estudios específicos alrededor del tema de gasto en salud. Hasta ahora el Instituto Nacional de Salud Pública, a través del Centro de Investigación en Servicios de Salud ha desarrollado este papel. Las publicaciones sobre cuentas en salud reproductiva y sobre los accidentes son ejemplos de esta vocación.

2.3 Principales conceptos utilizados en el SICUENTAS

El SICUENTAS está basado en el Manual de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económicos (OCDE), la cual contiene la Clasificación Internacional de las Cuentas de Salud (ICHA) que representó un gran esfuerzo por establecer estándares internacionales para una contabilidad nacional de la salud, aunque está dirigido principalmente a países desarrollados. Por esta razón, la metodología se complementa con la Guía para la Producción de Cuentas Nacionales de Salud: con implicaciones especiales para los países en desarrollo,¹⁸ que incluye en la clasificación el concepto de fuentes de financiamiento y una clasificación de factores de producción.

Las cuentas en salud analizan sistemáticamente todos los recursos que fluyen a través del sistema de salud de un país en un año determinado. Este análisis se realiza identificando quién paga los servicios de salud, cuánto paga por estos servicios, a través de quién se paga, qué tipo de servicios se pagan y quiénes son los beneficiarios.¹⁹

El análisis de estos flujos se realiza mediante cuatro dimensiones que son: fuentes de financiamiento, agentes financiadores, proveedores y funciones del sistema de salud.

- *Las fuentes de financiamiento* son las entidades o instituciones que proporcionan los recursos

financieros al sistema de salud para que éste realice las funciones que le corresponden tanto de atención médica personal como de atención colectiva. Dichas fuentes provienen tanto del sector público como del privado y su identificación permite diseñar alternativas o estrategias financieras que permitan solventar las acciones que requiere el sistema.

- *Los agentes financiadores* son aquellas entidades o instituciones que reciben los recursos financieros proporcionados por las fuentes de financiamiento, éstos los acumulan y determinan los montos y destino de dichos recursos hacia los proveedores de salud. Esta categoría incluye además, a quiénes pagan de forma directa y con recursos propios servicios de salud, tales como los hogares y las empresas, quienes en ese caso operan como fuentes y agentes financiadores.
- *Los proveedores de salud* son las unidades o los establecimientos que proporcionan los bienes y servicios a la población, incluye hospitales, consultorios, farmacias, proveedores de productos médicos, entre otros. Esta clasificación permite vincular el gasto en salud con la producción.
- *Las funciones* son los tipos y bienes de servicio que prestan los proveedores. De acuerdo con el marco conceptual de la OMS², existen cuatro funciones básicas del sistema de salud:
 - a) Rectoría. Tarea del Gobierno Federal, que incluye acciones de emisión de marcos normativos y de regulación sanitaria de los productos, bienes y servicios que tienen impacto sobre la salud, definición de políticas de salud y generación y operación de los sistemas de información y evaluación.
 - b) Prestación de Servicios de Salud a la Persona. Procesos asociados a acciones de salud otorgados en las unidades médicas.
 - c) Prestación de Servicios de Salud a la Comunidad. Procesos asociados a acciones de salud colectivos.
 - d) Generación de Recursos para la Salud. Acciones con impacto en la salud, infraestructura, capacitación al personal en salud y a la población, investigación y desarrollo.

Finalmente, *los beneficiarios* que son aquellos que reciben los bienes y servicios que produce el sistema de salud.

Lograr el registro y desagregación del gasto por funciones del sistema ha sido uno de los principales resultados, para el SICUENTAS ya que históricamente dicho registro se realizaba de acuerdo a la clasificación económica del gasto o de acuerdo a una estructura programática para todo el sector público que clasificaba por

planes, proyectos o programas. Los primeros años, 2001 a 2003, se usaron traductores, y a partir de 2004 se capta directamente el gasto por funciones del sistema de salud. En el capítulo III El Gasto en Salud en México se muestran algunos resultados de esta aproximación pero para mayor detalle se recomienda consultar el Boletín de Información Estadístico, Volumen IV: Recursos Financieros.^{20 21}

2.3.1 Definición de gasto en salud

En la complejidad del mundo de hoy, resulta difícil definir qué es la salud y cuáles son sus componentes y sus límites, es decir, dónde empieza y dónde termina. De las necesidades infinitas del hombre, la salud es sin duda una de las más importantes. Es un bien deseable que proporciona utilidad a los individuos, ya que les permite ser más productivos, derivan más utilidad de otros bienes al sentirse saludables y, junto con la educación, son la base del capital humano y la productividad económica.²²

En 1947, la OMS la definió así: “*La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia*”. Para lograr lo anterior el sistema de salud debe llevar a cabo actividades no sólo de atención directa a la salud, tratamientos médicos, uso de medicamentos, así como la atención domiciliar de los enfermos; sino también de todas las actividades relacionadas con la salud pública como la promoción de la salud y la prevención de enfermedades y otras intervenciones que benefician a la salud.²³

Por lo tanto, gasto en salud se define como todas las erogaciones de las actividades cuyo objetivo esencial es el restablecimiento, el mantenimiento, el mejoramiento y la protección de la salud en un país o entidad federativa durante un período de tiempo definido.

El SICUENTAS Salud tiene como variable única el *gasto en salud*. El gasto en salud es equivalente al presupuesto ejercido, por lo que es importante señalar que el ejercicio de cuentas se basa en el presupuesto ejercido y no en el presupuesto autorizado ni modificado. El gasto refleja los costos que se derivan de las intervenciones, mientras que el presupuesto se determina a partir de necesidades.²⁴

La definición de gasto en salud es funcional, es decir, considera todas las actividades que se han mencionado independientemente de la institución que las financia o provee. Sin embargo, es necesario establecer claramente cuáles de ellas se consideran dentro del gasto en salud y para ello conviene utilizar el criterio de cuál es el objetivo esencial de la actividad que estamos analizando, ya que existen actividades que aunque están relacionadas con la salud no tienen como objetivo principal reestablecer, mantener o mejorar la salud.

Un ejemplo es la provisión de desayunos escolares ya que se trata de programas generales de subsidio, a

diferencia de un programa de asesoría en nutrición y alimentación suplementaria para reducir la malnutrición infantil –como la papilla proporcionada por el programa Oportunidades– en cuyo caso sí se incluye dentro del gasto en salud.

2.3.2 Límites espaciales ²⁵

Las cuentas capturan el gasto en salud de un país, región, estado, municipio o institución, pero esta medida no se limita a las actividades que tienen lugar dentro de determinadas fronteras. Dicho de otra manera, el gasto en salud debe incluir los desembolsos hechos por los ciudadanos y residentes que se encuentren temporalmente fuera del país, región, estado, municipio o institución a la que pertenezcan.

Por otro lado, de acuerdo con los criterios internacionales, el gasto en atención médica de los no residentes de un país, estado o municipio debería excluirse. Sin embargo, el gasto que registran las entidades federativas no puede excluir el gasto de los foráneos. Para poder identificar a la población que utiliza los servicios médicos de un estado que no es el de su residencia, se propone que las entidades federativas empaten el sistema contable con el sistema de egresos de preconsulta, consulta y hospitalarios, de esta manera se facilitará la identificación del gasto en salud que corresponde únicamente a la entidad y el tipo de atención que se está proporcionando.

También se incluye el gasto de los donantes (nacionales o extranjeros), ya sea en dinero o en especie, cuyo objetivo esencial es el mantenimiento, restablecimiento, mejoramiento y protección de la salud, pero se excluye el gasto que los donantes realizan para la planificación y administración de dicho apoyo a la salud. La forma de registrar las donaciones en especie es a través de estimaciones o apreciaciones. Por ejemplo, una de las actividades que desempeña la Administración del Patrimonio de la Beneficiencia Pública (PBP) es la donación de sillas de ruedas; se debe calcular entonces el valor monetario de las sillas y registrar el valor como gasto en salud.

2.3.3 Límites temporales ²⁶

El límite temporal se compone de dos elementos:

1. Se debe especificar un período de tiempo, ya sea un año fiscal o bien un año calendario.
2. El gasto en salud se debe registrar de acuerdo con el método devengado, esto es, el gasto se abona en el período en que el valor económico del bien o servicio fue generado, a diferencia del método contable, en el que el gasto se registra cuando el desembolso del dinero tuvo lugar, independientemente de la fecha en que ocurrió la actividad.

2.4 Sistema de Cuentas en Salud y las Cuentas Satélite en Salud

Las cuentas o sistemas satélites son una herramienta que se realiza a partir del trabajo del Sistema de Cuentas Nacionales y que proporciona elementos adicionales en apoyo a la capacidad analítica del sistema contable de otros sectores de la economía, principalmente el de las áreas de interés social. En México, las cuentas satélite se relacionan con el turismo y la ecología (medio ambiente), y actualmente se llevan a cabo las cuentas que llevan por nombre *indicadores macroeconómicos del sector público*. Las cuentas satélite constituyen una opción para enriquecer el Sistema de Cuentas Nacionales de México en función de requerimientos sobre temas prioritarios para el país sin recargarse en el sistema central.²⁷

La contabilidad satélite busca ampliar a nivel de la función el desglose de las transacciones sobre las que se construye el sistema central, en virtud de que el sistema central es limitado en subfunciones, resulta una clasificación funcional reducida.

La contabilidad funcional, en la propuesta de SICUENTAS, tiene en cambio, una clasificación más rica en las subfunciones de salud, pero una desagregación en las clasificaciones económicas reducida. Siguiendo los principios de la contabilidad nacional, en México ²⁸ se ha realizado una cuenta de salud satélite compatible con el Sistema de Cuentas en Salud utilizando su clasificación de funciones. La metodología empleada representa un ejercicio pionero en el mundo, partiendo de una delimitación del gasto basada en la selección exógena de los productos de salud, se realizó un recorrido sistemático de los flujos pertinentes en el sistema de salud. Con ello se alcanzó una optimización de ambos enfoques: dado que existe coincidencia en la definición de productos incluidos, existe compatibilidad en la cobertura de ambas estrategias contables.

Dentro de la contabilidad satélite se estima el uso final de los productos, esto es, el consumo final de los hogares y el consumo intermedio de las empresas. Independientemente de la forma de presentación, las categorías pueden ser compatibilizadas por productor, por agente financiero y reestructurar los consumos intermedios seleccionados, para una presentación compatible con la esperada en el Sistema de Cuentas Nacionales en Salud.

Idealmente se busca lograr un reporte internacional armonizado y dentro del país, para el uso complementario de los varios registros existentes. Para este fin, el acuerdo es que se conserve la vinculación con el sistema de contabilidad nacional central en todos los enfoques contables de salud, y que se conserve la consistencia y estandarización, lo que significa que todos los conceptos y definiciones utilizadas sean compatibles.

Hablar de gasto total en salud debe representar para todos los contadores y usuarios un mismo concepto y debe existir un contenido equivalente para asegurar las posibilidades de comparación, tanto en el tiempo como a nivel internacional. La articulación de ambos sistemas permitirá optimizar los esfuerzos contables en el país. Otros países de América Latina han trabajado en este enfoque y sus cuentas satélite en salud serán liberadas próximamente, entre ellos se encuentra Chile,²⁹ y con un enfoque similar también en Noruega.

Es importante señalar, las cuentas en salud no son ni pretenden sustituir las cuentas satélites, cada vez convergen más pero definitivamente no pueden equipararse. La cuenta en salud esta dirigida a tomadores de decisiones en el sistema de salud en aspectos relacionados con él.

2.5 Fuentes de información

Para garantizar los resultados en un ejercicio de cuentas en salud, es necesario tener un sistema de registro que permita obtener datos financieros veraces y oportunos revisando detalladamente los datos en virtud de las diversas fuentes de las que provienen. Dicha revisión permitirá conocer la utilidad, la confiabilidad y la periodicidad con la que se obtiene, la metodología que las sustenta y las áreas o instituciones responsables de su integración y difusión.

Una vez revisada la información se procede a integrar una base de datos que relacione los objetos de gasto con los montos asignados a cada uno de ellos. Para la elaboración de bases de datos, tablas y cuadros se utilizan las siguientes fuentes de información:

Tema	Fuente	Desagregación	Periodicidad
Gasto Público	Cuenta Pública Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Subsecretaría de Egresos	Entidad federativa	Anual
	Presupuesto de Egresos Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Subsecretaría de Egresos	Entidad federativa	Anual
	Informes Presupuestales Estatales Secretaría de Hacienda y Crédito Público. Subsecretaría de Egresos	Entidad federativa	Anual
	Informe de Gobierno Secretaría de Hacienda y Crédito Público	Entidad federativa	Anual
	Boletín de Información Estadística, Vol. IV Recursos Financieros Secretaría de Salud, Dirección General de Información en Salud	Entidad federativa	Anual
	Informes anuales del presupuesto por institución IMSS, ISSSTE, SSA, PEMEX	Entidad federativa	Anual
Gasto privado	Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto (ENIGH) INEGI	Nacional	Bianual
	Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED) Secretaría de Salud	Entidad federativa	Única
	Sistema de Cuentas Nacionales INEGI	Nacional	Anual
	Seguro de Accidentes y Enfermedades Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros	Entidad federativa	Anual

Es conveniente mencionar que en la obtención de las primeras cifras de gasto en salud, se detectaron algunas limitaciones debido al poco o nulo desarrollo de sistemas financieros de registro; la diversidad de criterios entre entidades e instituciones para el registro administrativo y diferentes cifras para un mismo concepto. Por lo anterior fue necesario, en algunos casos, recurrir a estimaciones, aunque no es precisamente el principal interés del instrumento.

2.6 Flujos financieros del SICUENTAS

Como se menciona en el primer capítulo, el Sistema Nacional de Salud (SNS) está constituido por los sectores público y privado (con o sin fines de lucro). Dichos sectores son las principales fuentes de financiamiento y cubren

a dos tipos de población, la asegurada y la no asegurada. Uno de los principales resultados que se han obtenido del Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud, es conocer la dirección y magnitud de los recursos financieros de dichos sectores.

La población asegurada financia los servicios a través de la seguridad social, ésta está constituida por cinco tipos de instituciones (IMSS, ISSSTE, PEMEX, SEDENA y SEMAR), las cuales se financian principalmente por contribuciones de los trabajadores y de los patrones. Por ejemplo: El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), cubre a los trabajadores del sector formal de la economía. Su forma de financiamiento es tripartita, es decir, financiado por las contribuciones de los trabajadores, los patrones y el gobierno federal. Éste aporta un monto fijo e igual por cada asegurado titular, lo que corresponde a 13.9%

de un salario mínimo del Distrito Federal.³⁰ Mientras que el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), cubre a los servidores públicos; su financiamiento depende de las contribuciones del gobierno federal como patrón, con un monto fijo, así como de los trabajadores; finalmente PEMEX, presta servicios médicos a sus trabajadores financiados con recursos de la empresa paraestatal.

Por su parte, la población no asegurada recibe servicios principalmente en los establecimientos públicos de la Secretaría de Salud y los Servicios Estatales de Salud, por lo tanto su financiamiento es a través de transferencias ya sea del gobierno federal –a través de ramos generales– o de los gobiernos estatales.

El ramo general es el conjunto de recursos destinados a cumplir con las funciones del gobierno federal y cuya asignación se encuentra en el Presupuesto de Egresos de la Federación y se transfieren a través de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), dichos recursos pueden o no corresponder al gasto directo de las dependencias del gobierno. Por ello el ejercicio de dichos recursos puede estar a cargo de ellas o en ocasiones, de los gobiernos de los estados y municipios.

El ramo 12 es el ramo administrativo mediante el cual la se transfieren recursos para el cumplimiento de sus funciones a la Secretaría de Salud, y ésta a su vez hacia los Servicios Estatales de Salud, las Unidades Centrales de la Secretaría, los Órganos Desconcentrados y los Organismos Descentralizados.

El ramo 33 son las aportaciones federales para entidades federativas y municipios; incluye varios fondos uno de los cuales, el Fondo de Aportaciones para los Servicios de Salud (FASSA), se destina al financiamiento de servicios de salud en las entidades federativas. Estos recursos

se transfieren directamente de la SHCP a las Secretaría de Finanzas Estatales quiénes a su vez las hacen llegar a los Servicios Estatales de Salud o a sus Organismos Públicos Descentralizados (OPD).

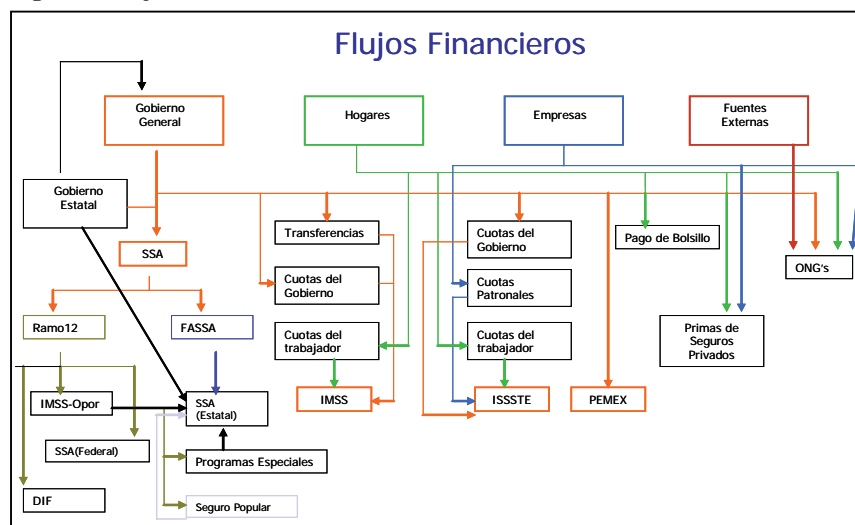
El gasto estatal son los recursos que de su presupuesto total, los gobiernos de cada estado destina al financiamiento de la salud, por lo que dicha asignación compite con otros ámbitos como educación, vivienda, entre otros; y generalmente se realiza a través de transferencias de la Secretaría de Finanzas a los Servicios Estatales de Salud o bien a los OPD y son éstos quiénes determinan a que actividades se destinan.

Adicionalmente se considera dentro del gasto en salud, **el gasto destinado al programa IMSS-Oportunidades** que es un programa del gobierno federal desconcentrado de la Secretaría de Salud y administrado por el Instituto Mexicano del Seguro Social, que atiende a población que no cuentan con acceso a los servicios de seguridad social. De 2001 a 2003 los recursos fueron transferidos a través del ramo 12, a partir de 2004 el presupuesto de IMSS-Oportunidades fue transferido a través de Aportaciones a Seguridad Social (ramo 19), aunque, se considera como gasto en salud.

Dentro del sector privado existen tres tipos de financiamiento: el pago directo al momento de utilizar los servicios, mejor conocido como el gasto de bolsillo; el prepago de seguros médicos y las transferencias en efectivo o en especie que realizan empresas sin fines lucrativos denominadas donaciones.

Por último se encuentra el financiamiento a través de recursos externos, el cuál se conforma principalmente de donaciones que dan empresas o instituciones extranjeras con fines no lucrativos, así como gobiernos a través de convenios o agencias bilaterales y organismos multinacionales.

Figura 3. Flujos financieros del sistema de salud en México



Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2006.

III. El Gasto en Salud en México

El Gasto en Salud en México esta compuesto por lo que la sociedad aporta a través de los impuestos y lo que proviene directamente de su bolsillo. El primero también puede ser clasificado como gasto público y proviene de todas las instituciones públicas que componen el Sistema de Salud; el segundo es el gasto privado, que equivale al desembolso que las familias hacen para el cuidado de su salud.

Para fines de presentación se muestra en primer lugar el gasto total en salud y posteriormente se hace un desglose detallado de los componentes del gasto público (ver anexos del 1 al 5) y del gasto privado.

Como se aprecia en el cuadro 3.1 el gasto en salud en México presenta una tendencia ascendente. Controlando el efecto de la inflación, la inversión que hace la sociedad mexicana en materia de salud aumentó de 2000 a 2005, 146 mil millones de pesos (38%), lo que representa un crecimiento en 0.6 puntos porcentuales del PIB. Al inicio de la presente administración la inversión era muy baja en comparación con otros países de la región y aunque se ha incrementado a niveles del promedio de América Latina, sigue estando por debajo de las necesidades de la población.

Cuadro 3.1. Gasto en Salud en México, 2000-2005
(Miles de millones de pesos constantes)

Años	Gasto Público	Gasto privado	Gasto Total	PIB	Gasto Total como % del PIB
2000	177.3	203.5	380.8	6,849.1	5.6
2001	185.9	228.2	414.1	6,940.3	6.0
2002	191.4	244.8	436.3	7,078.5	6.2
2003	209.7	265.5	475.2	7,491.1	6.3
2004	238.7	274.8	513.5	7,965.8	6.4
2005	243.8	282.7*	526.5	8,219.8	6.4

Fuentes:

Gasto Público. Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2006.

Gasto Privado. INEGI. Sistema de Cuentas Nacionales de México, 2004.

Seguro de Accidentes y Enfermedades. Estadística 2001. Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros, A.C.

Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS). México 2006.

* Estimado.

3.1 Gasto público en salud de 2001 a 2005

El gasto público en salud está compuesto por los recursos que origina el gobierno para población sin seguri-

dad social (ramo 12, ramo 33, IMSS-Oportunidades y gasto estatal) y el gasto para población que cuenta con algún esquema de seguridad social (IMSS, ISSSTE y PEMEX).

Cuadro 3.2. Evolución del Gasto Público en Salud 2001-2005
(Miles de millones de pesos)

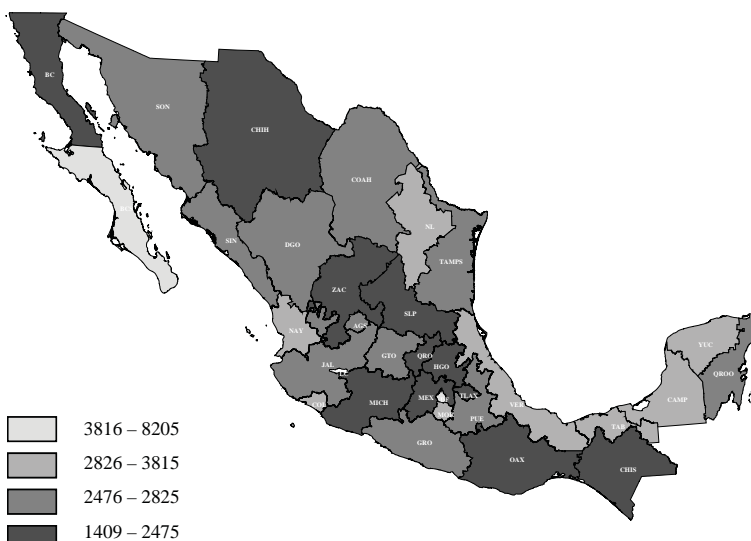
Concepto	2001	2005	Cambio Absoluto	Cambio Relativo %
Gasto Público	185.9	243.8	57.9	31.20
Ramo 12	16.9	33.7	16.8	99.70
IMSS-Oportunidades	4.8	5.1	0.3	6.90
Ramo 33	30.8	38.7	7.9	25.60
Gasto Estatal	9.5	15.1	5.6	59.50
IMSS	100.7	122.3	21.6	21.50
ISSSTE	17.1	21.2	4.1	23.80
PEMEX	6.2	7.7	1.5	25.00

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2006.

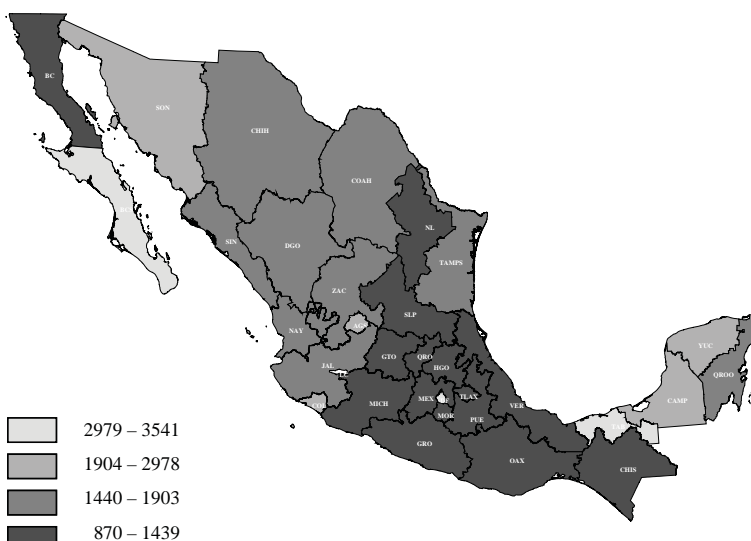
Como se muestra en el cuadro 3.2, el gasto público en salud aumentó alrededor de 58 mil de millones de pesos, en cinco años (31.2%). Los componentes que más contribuyen a este crecimiento en términos absolutos son los casi 22 mil millones de pesos que aumentó el gasto en salud del IMSS y los casi 17 mil millones que creció el presupuesto del ramo 12. Conviene aclarar que este incremento en gran medida se explica por los 12 mil millones de pesos que en 2005 le otorgaron al Seguro

Popular. Por su parte, el gasto asignado a la población no derechohabiente incrementa 50% (de 61.9 a 92.6 mdp) y el asignado a la población con seguridad social 22% (de 124 a 151.2). Si se analiza el gasto per cápita para estas dos poblaciones se observa una disminución de uno de los desequilibrios financieros que dieron origen a la Reforma de la Ley General de Salud en 2008. La brecha en el gasto per cápita entre asegurados y no asegurados bajo de 2.4 a 2.

Gasto de la seguridad social per cápita, 2005



Gasto en salud en población no asegurada per cápita, 2005



Gasto del Ramo 12

Una vez que la Secretaría de Salud recibe de la Secretaría de Hacienda y Crédito Público los recursos del ramo 12, se realizan transferencias a las entidades federativas a través de programas nacionales de salud como Arranque Parejo en la Vida, Comunidades Saludables, Cruzada Nacional por la Calidad, Cáncer Cérvico Uterino y Mamario, Desarrollo de la Infraestructura Física, entre otros (*ver anexo 6*). El resto de dicho ramo corresponde al gasto de las Unidades Centrales de la Secretaría de Salud, los Organismos Descentralizados y los Órganos Desconcentrados.

Entre los Organismos Descentralizados se encuentran los Institutos Nacionales de Salud y los Hospitales Federales de Referencia que obtienen sus recursos directamente del gasto de administración federal. Una característica en común es que estas unidades hospitalarias con excepción del Instituto Nacional de Salud Pública que está en

Cuernavaca y no otorga servicios de atención médica, se ubican en el Distrito Federal y en consecuencia reciben una demanda mayor de los residentes del Distrito Federal y del Estado de México por razones de cercanía.

Si bien la vocación de estos establecimientos es nacional, los egresos hospitalarios varían según el lugar de residencia de los pacientes. En el cuadro 3.3 se presentan los egresos de las 16 unidades hospitalarias en 2005. En dicho cuadro se observa que ese año se registraron 148 mil egresos, de los cuales 53% corresponden a residentes del Distrito Federal; 35% residen en el Estado de México y 12% en otras entidades federativas. Observándose que hay unidades hospitalarias que prácticamente atienden solo pacientes residentes del Distrito Federal, como es el caso del Hospital Gea González y otros que reciben fundamentalmente pacientes que no residen en el Valle de México como sucede en el Hospital Infantil de México o el Instituto Nacional de Cancerología.

Cuadro 3.3. Distribución de los egresos hospitalarios por lugar de residencia, Hospitales Federales de Referencia e Institutos Nacionales de Salud, 2005

Hospitales e Institutos Nacionales	Residencia			Total
	Distrito Federal	Estado de México	Otros Estados	
Hospital Juárez de México	38.1	54.8	7.1	19,538
Hospital Dr. Manuel Gea González	87.3	8.4	4.3	17,982
Hospital de la Mujer	45.8	53.4	0.8	13,317
Hospital General de México	49.5	40.3	10.2	41,444
Hospital Juárez del Centro	64.8	33.4	1.9	3,294
Hospital Nacional Homeopático	81.2	18.7	0.1	6,262
Hospitales Federales	55.9	37.6	6.4	101,837
Instituto Nacional de Pediatría	44.5	28.7	26.8	6,491
Centro Nacional de Rehabilitación	59.5	27.0	13.4	5,890
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias	51.7	29.9	18.4	4,546
Instituto Nacional de Cancerología	25.2	21.0	53.8	7,036
Instituto Nacional de Nutrición	53.1	22.5	24.4	6,508
Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía	38.8	27.3	33.9	2,566
Instituto Nacional de Perinatología	58.6	37.1	4.3	13,312
Hospital Infantil de México "Federico Gómez"	23.2	0.3	76.5	7,391
Instituto Nacional de Cardiología	45.0	22.7	32.3	5,590
Instituto Nacional de Psiquiatría	78.4	11.9	9.7	531
Institutos Nacionales de Salud	47.0	29.5	23.5	46,349
Total	53.1	35.1	11.8	148,186

Fuente: Secretaría de Salud. DGIS. Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios, 2005.

Dado que los recursos financieros empleados en estas unidades benefician la atención a la salud de los residentes de diferentes entidades federativas se redistribuyen los recursos asignados a cada uno de ellos dependiendo de la proporción de egresos para cada entidad federativa. Por ejemplo, el gasto asignado al Hospital General en 2005 fue de 1.5 mil millones de pesos, siguiendo la distribución de egresos según la residencia de los pacientes se repartió ese presupuesto en 50% para el Distrito Federal, 40% para el Estado de México y 10% para el resto. Al multiplicar estas cantidades por el gasto ejercido se le añaden al gasto de cada una de las entidades.

Es muy importante aclarar la redistribución no es para mostrar el gasto ejercido por las entidades federativas, sino lo que en todo caso sería el gasto relacionado con atención de tercer nivel o tratamientos de alta especialidad en el caso de los Institutos Nacionales en cada uno de los 32 estados, haciendo con ello más equitativa la comparación.

Distinguir el lugar de residencia de los pacientes es posible gracias al Subsistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) que desde 1999 funciona regularmente en las unidades de la Secretaría de Salud (ver cuadro 3.3). Desafortunadamente esta reasignación no ha sido posible realizarla en las instituciones de la seguridad social en donde también la alta especialidad está concentrada en tres estados del país, Distrito Federal, Jalisco y Nuevo León.

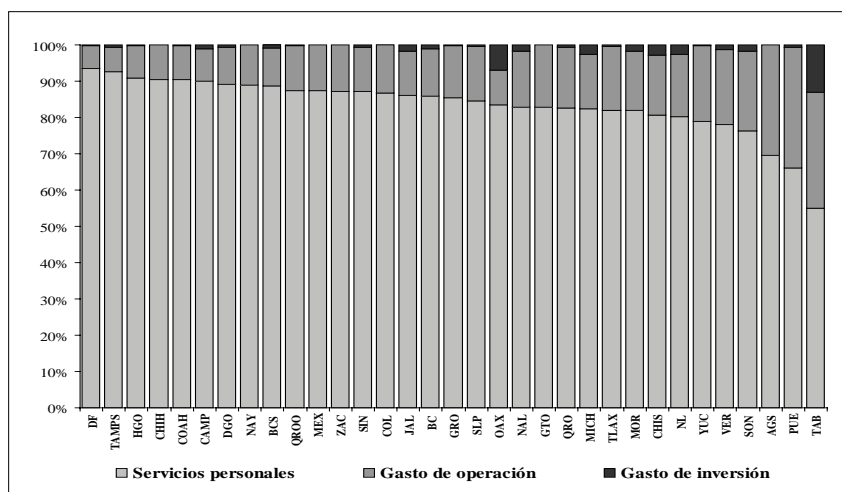
Durante el período 2001-2005 el ramo 12, que es el componente del gasto que más contribuye al crecimiento, aumentó de 16.9 a 33.7 miles de millones de pesos lo que representa un incremento de 100% (el doble). El gasto de los programas de salud sólo en el último año, prácticamente se duplicó, mientras que en 2004 correspondieron a este rubro 10.1 miles de millones de pesos, en 2005 el gasto se elevó a 19.9 miles de millones de pesos (96% de incremento).

Las componentes con más contribución al incremento, en términos absolutos son:

- Seguro Popular (cuota federal) que aumentó de 3.1 miles de millones de pesos a 6.4 miles de millones. Las entidades que mayor transferencia presentan con respecto al total son: Jalisco (10.3%), Tabasco (8.7%), Puebla (7.6%), Tamaulipas (6.9%) y Guanajuato (6.8%). No hay que olvidar que estos incrementos son directamente proporcionales al aumento en la afiliación del número de familias al Seguro Popular.
- Desarrollo de Infraestructura que aumentó de 0.95 a 5.2 de miles de millones de pesos, es decir, creció casi cinco veces.

Las entidades que mayor transferencia recibieron en este rubro son: Oaxaca (11.7% del total), Yucatán (11% del total), Chiapas (7.5% del total), Michoacán (7.4% del total) y Tabasco (5.8% del total).

Figura 4. Gasto de ramo 33 por capítulo de gasto, 2005



Nota: El gasto en servicios personales incluye el gasto del capítulo 1000, el gasto de operación los capítulos 2000,3000, 4000, 7000 y el gasto de inversión los capítulos 5000, 6000, 9000.
 Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2006.

Gasto del IMSS-Oportunidades

El gasto destinado a IMSS-Oportunidades mostró un crecimiento de 6.9% de 2001 a 2005, lo que representa 0.300 millones de pesos. Cabe mencionar que estos recursos sólo se transfirieron a 18 entidades federativas, y tan sólo Chiapas, Oaxaca, Veracruz, Puebla y Michoacán recibieron 53% del total de los recursos.

La distribución de los recursos se realizó de 2001 a 2003 a través de la Secretaría de Salud (ramo 12) y a partir de 2004 dichos recursos fueron transferidos a través de Aportaciones a Seguridad Social (ramo 19), aunque dicho gasto sigue siendo considerado como gasto en salud.

Gasto del Ramo 33

El ramo 33 aumentó de 2001 a 2005 en 25.6% lo que representó 7.9 mil millones de pesos. Las entidades federativas que más recursos obtuvieron en este rubro son Tabasco, Puebla, Oaxaca, Hidalgo y Chihuahua mientras las que menos recibieron fueron Morelos, Sinaloa, Coahuila, Quintana Roo y Aguascalientes.

En 2005 las entidades que mostraron mayores transferencias eran: México (11% del total), Jalisco (6.6% del total), Veracruz (6% del total), DF (5.2% del total) y Guerrero (5.1% del total). Cabe señalar que en tan sólo 10 entidades federativas se concentró el 55% del total del gasto de este ramo administrativo (ver anexo 7).

Como se observa en la figura 4, del total del gasto en este ramo las entidades federativas destinan el mayor porcentaje a gasto en servicios personales, que representa

83% en promedio (32 mil millones de pesos). Cabe señalar que el pago del personal administrativo, incluye al personal médico en contacto con los pacientes, por lo que no todo este recurso puede considerarse gasto administrativo.

El gasto destinado a la operación de los servicios de salud, es decir gasto como materiales y suministros y servicios generales representa 15% del total, y finalmente, el gasto en inversión tanto en bienes muebles e inmuebles como en obra pública asciende a sólo el 2% del total, lo que representa alrededor de 700 millones de pesos.

Se observan casos atípicos como el de Tabasco en el que el gasto en servicios personales representa alrededor del 55% del total; mientras que el gasto de operación ascendió a 32%, por lo que el gasto de inversión en infraestructura física o equipamiento en ese año fue el más alto de todas las entidades federativas con 13%. También hay casos como los de Aguascalientes, Guanajuato, Nayarit y Zacatecas en los que la inversión para la infraestructura proveniente de este ramo fue nula.

Gasto Estatal

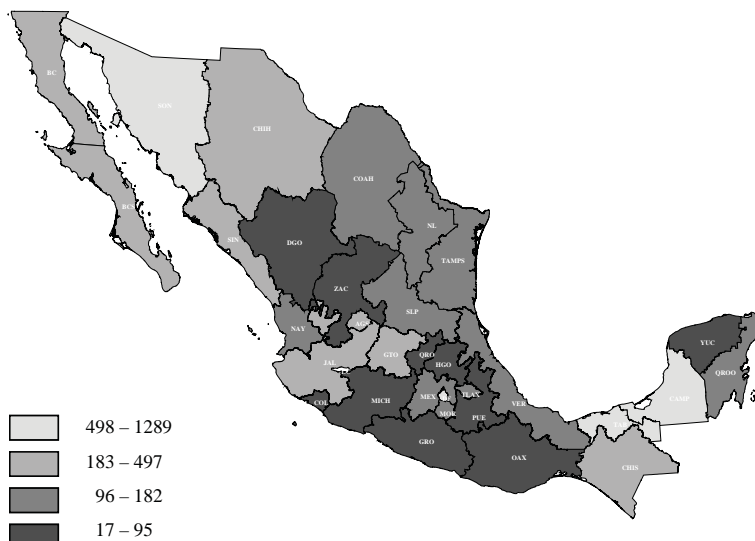
El gasto estatal destinado a salud pasó de 9.5 mil millones de pesos a 15.1 mil millones de pesos, esto representa un incremento de 59.5%. Las entidades que de sus presupuestos aumentaron los recursos del rubro de salud fueron: Chiapas, Estado de México, Guerrero, Michoacán y San Luis Potosí, mientras que las que presentaron menores incrementos fueron Durango, Tamaulipas, Puebla, Aguascalientes y Coahuila.

El gasto estatal registra grandes cambios por entidad federativa, lo cual se explica porque en la mayoría de los casos estos recursos se destinan al gasto de inversión en infraestructura y equipamiento lo que hace que los cambios de un año a otro se magnifiquen, dado que dicho gasto no se mantiene constante. Como ejemplo, se puede mencionar el caso de Guerrero que de 2004 a 2005 presenta un incremento de 326%, debido a que en el último

año el gobierno estatal destinó recursos a la construcción y mejoramiento de dos hospitales en la entidad.

Adicionalmente existen grandes diferencias entre las entidades que más inviertan en salud y las que menos lo hacen, por ejemplo el Distrito Federal y Tabasco en 2005 gastaron 3.6 y 1.8 mil millones de pesos respectivamente, comparadas con entidades como Durango y Colima cuyo gasto estatal fue 20 millones de pesos.

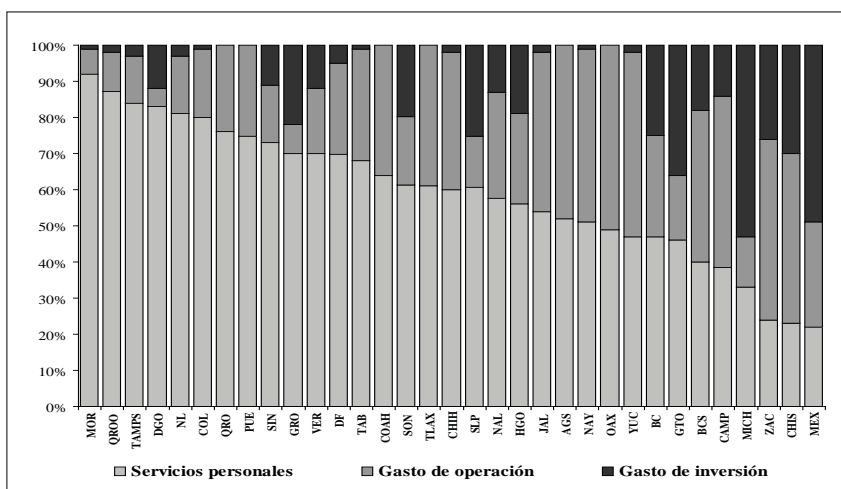
Gasto estatal per cápita, 2005



Otro de los argumentos presentados para justificar la reforma financiera fue el desequilibrio en la inversión estatal en salud. Esta brecha a inicios de la administración

fue de 102 a 1, entre la entidad con más gasto per cápita y la que menos gastaba, y cinco años después desciende de 77 a 1.

Figura 5. Gasto estatal por capítulo de gasto, 2005

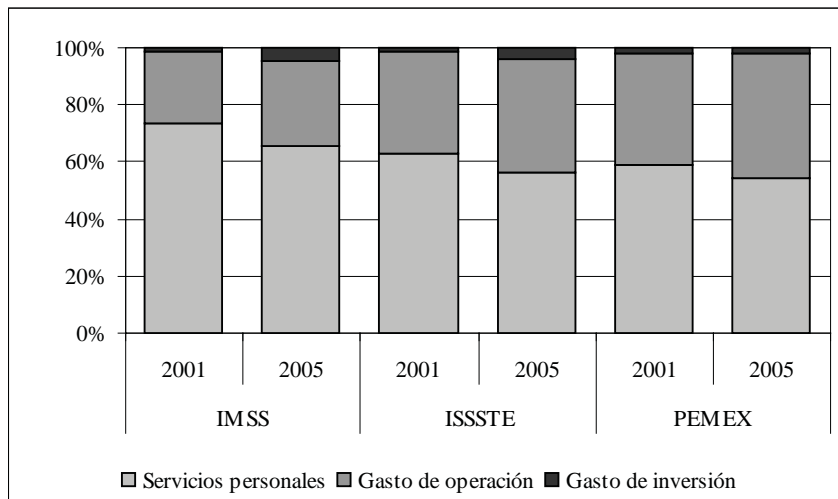


Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2006.

Al observar la figura 5, la composición del gasto estatal por capítulos de gasto y entidad federativa lo primero que se destaca es que es diferente a la que sigue el ramo 33. Si bien, en la mayoría de las entidades federativas la mayor parte de los recursos se destinó a servicios personales; en promedio este gasto fue de 57%, es decir, casi 9 mil millones de pesos, mientras que el gasto de operación era del 29%. En lo que se refiere al gasto estatal, la inversión asciende a 2 mil

millones de pesos, lo que representó el 13% del total. En el caso de Michoacán, México, Guanajuato y Chiapas el gasto en inversión fue mayor a 30%. La composición del destino que se le dió a los recursos provenientes del gobierno estatal fue muy variada en un extremo está el caso de Morelos en que la mayoría se destina a servicios personales (92%) y en el otro el Estado de México en donde el gasto de inversión representó casi la mitad del total.

Figura 6. Gasto de la seguridad social por capítulo de gasto 2001-2005



Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2006

Gasto del IMSS

En cinco años, el gasto en salud del IMSS ha tenido un incremento de 21.5% que representa 21.6 mil millones de pesos, siendo Tabasco, Campeche, Guerrero y Oaxaca las entidades que presentaron un mayor incremento mientras que Michoacán, Nayarit y México son las que mostraron menores incrementos.

Adicionalmente cabe mencionar que sólo en cinco entidades se concentra poco más de 50% del gasto total, éstas son Distrito Federal, México, Jalisco, Nuevo León y Veracruz. En el caso del Distrito Federal (23.7%) está considerado el gasto de los Hospitales de Especialidades que atienden a población de todas las entidades federativas y como se mencionó anteriormente, atienden población que reside en otros lugares del país.

Una de las tareas a resolver en la siguiente administración consiste en convencer a las autoridades del IMSS a separar la utilización de los centros médicos por lugar de residencia de tal manera que se pueda redistribuir el gasto de los hospitales de especialidad. Al realizar ejercicios de residencia se evitaría lo que hasta ahora es artificial, como es

el caso del Distrito Federal que aparece como la entidad más ineficiente pues concentra muchos recursos y no muestra tan buenos resultados. Por ello es indispensable buscar un método que permita corregir la distribución del gasto del IMSS por entidad federativa que permita reflejar lo que realmente se destina a la población de cada una de éstas.

En 2001, del total del gasto del IMSS, la mayor proporción se destinó al gasto en servicios personales, 73% que significó alrededor de 62 miles de millones de pesos, mientras que el 25% del gasto fue para la operación del instituto y sólo el 1% para inversión. Ya en 2005 se observa una disminución del gasto en servicios personal con un incremento en el gasto de inversión de casi cuatro puntos porcentuales.

Gasto del ISSSTE

El gasto en salud del ISSSTE pasó de 17.1 mil millones de pesos en 2001 a 21.2 mil millones en 2005, lo que representa un incremento de 23.8%. Alrededor del 53% del gasto total se destinó sólo a dos entidades federativas que son el Distrito Federal y Veracruz. Al igual que el IMSS y la Secretaría de Salud, el ISSSTE concentra sus centros médicos de referencia en la capital del país.

A pesar de ser el Distrito Federal el que recibe la mayor proporción del gasto de este instituto junto con Baja California, Michoacán y Sonora presentan los menores incrementos; mientras que Yucatán, Jalisco, Puebla y Nuevo León se encuentran en el extremo opuesto, con menos del 1% del gasto total.

En cuanto al destino de los recursos se observa que 60% se destinó a cubrir gastos en servicios personales, mientras que 35% –que implica 5 mil millones de pesos en 2001– fue para el gasto de operación y el resto para gasto inversión que de 2001 a 2005 presentó un incremento de 1% a 4%, respectivamente.

Gasto de PEMEX

El incremento del gasto en salud de PEMEX fue de mil quinientos millones de pesos de 2001 a 2005 lo que significó un incremento de 25%. Las entidades que presentaron mayores incrementos son Aguascalientes, Quintana Roo y Morelos, mientras que existen algunas entidades como Zacatecas, Nayarit y Guerrero con disminución de gasto para este mismo período.

El 60% del gasto total se encuentra distribuido entre el Distrito Federal, Veracruz y Tamaulipas, mientras que existen entidades que en 2005 mostraron gasto nulo como Baja California, Tlaxcala y Quintana Roo.

Los recursos que PEMEX gastó para proporcionar servicios de salud a sus trabajadores, son significativamente menores, que las dos anteriores instituciones de seguridad social, pero tienen una composición, en cuanto al destino de los recursos similar, si bien tuvieron incrementos de 2001 a 2005, no se observa una gran variación en dicha composición.

Gasto Privado

Para construir el gasto privado en salud es necesario recopilar información de: seguros médicos privados, gasto de empresas, gasto de organismos no gubernamentales y el denominado gasto de bolsillo (*ver anexo 12*).³¹ No se dispone de información de gasto privado por entidad federativa, ya que actualmente el SICUENTAS, sólo capta información a nivel nacional.

Aunque el gasto privado muestra una tendencia ascendente es conveniente aclarar que sólo se tiene información hasta 2004 y lo que aparece en el cuadro para 2005 es una estimación siguiendo una proyección lineal y añadiendo el efecto de la inflación.

Evidentemente esta estimación es débil pues no está considerado el posible efecto en sentido opuesto que pudiera estar generando la presencia del Seguro Popular. Si bien en 2004, con la reforma a la Ley General de Salud inició la operación de este programa, sólo se habían afiliado 1.5 millones de familias, pero en 2005 la cantidad de familias se duplicó, colocando al Seguro Popular con más afiliados que el ISSSTE. Aunque habrá que esperar la publicación de las cifras de 2005 del Sistema de Cuentas Nacionales, que hará INEGI para evitar especulaciones.

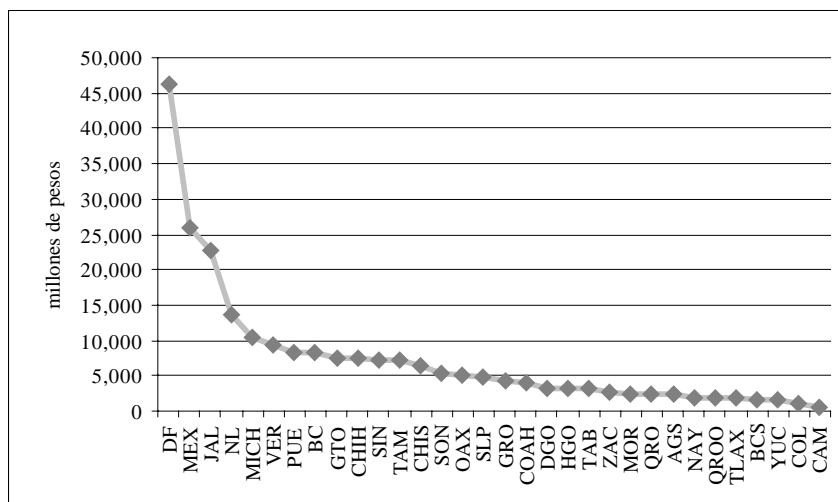
El gasto privado de 2000 a 2004 aumentó en términos reales 71 mil millones de pesos, esto es, 35% de incremento. Este gasto se puede descomponer en tres apartados: gasto en productos medicinales y farmacéuticos, servicios médicos ambulatorios y servicios médicos de hospitalización. Añadiéndose lo que corresponde a cuotas de recuperación y primas de seguro que el SICUENTAS recolecta anualmente.

La contribución de cada uno de estos rubros es más o menos constante; un tercio del gasto privado fue para medicamentos, prácticamente la mitad en servicios ambulatorios, 15% se destinó a servicios hospitalarios, mientras que alrededor de 7% correspondió a primas de seguros.

En términos absolutos, las cantidades que registró el Sistema de Cuentas Nacionales no son menores, ya que el gasto en medicamentos a nivel privado es muy parecido al gasto que destinó el IMSS a toda la población derechohabiente.

En 2002-2003 se llevó a cabo la Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño (ENED), que incluía preguntas sobre gasto privado. Con los datos obtenidos de esta encuesta y con los gastos de los hogares reportados por el Sistema de Cuentas Nacionales de INEGI, la Dirección General de Evaluación del Desempeño llevó a cabo un análisis del gasto privado por entidad federativa como se puede observar en la figura 7.

Figura 7 Gasto privado en salud por entidad federativa, 2002

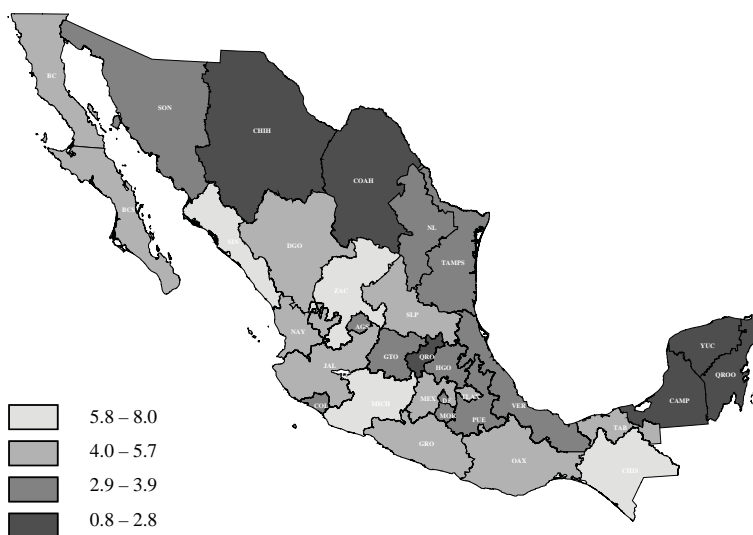


Fuente: Secretaría de Salud. DGED. Encuesta Nacional de Evaluación del Desempeño. Gasto privado en salud por entidad federativa en México, México, 2005

Los resultados de dicho análisis mostraron que el gasto privado en salud para 2002 fue de 234.6 miles de millones de pesos, que representó el 3.3% del PIB. Adicionalmente los resultados mostraron importantes diferencias entre entidades federativas. El 55% del total se concentraba en seis entidades: Distrito Federal (19.7%), Estado de México (11.1%), Jalisco (9.7%), Nuevo León (5.8%), Michoacán (4.5%) y Veracruz (4.0%).

El gasto privado mostró un predominio en el gasto total –más del 55%–, las entidades con mayor proporción de gasto privado fueron Baja California, Jalisco y Michoacán. Mientras que sólo seis estados presentaron gasto público mayor al gasto privado; estas entidades fueron Hidalgo, Veracruz, Coahuila, Yucatán, Tabasco y Campeche.³²

Gasto privado en salud como porcentaje del PIB, 2002



Ante la falta de un registro regular, es conveniente valorar la necesidad de realizar encuestas con represen-

tatividad estatal que permitan conocer la distribución del gasto privado por entidad federativa.

3.2 Gasto en salud por funciones del sistema

Como se mencionó en párrafos anteriores, uno de los logros del SICUENTAS es haber organizado la recolección, procesamiento y difusión de los recursos financieros ejercidos por funciones del sistema de salud.

Tal vez lo más complicado consistió en desarrollar primero un conjunto de equivalentes en 2003, y luego, a partir de la aprobación de la nueva Ley General de Salud seguir lo establecido en el artículo 77 BIS. La adaptación y adecuación del marco de referencia publicada por la OMS es otro de los logros de la presente administración y podemos afirmar que muy pocos países lo han hecho, es más, pocos lo han intentado (*ver anexo 14*).

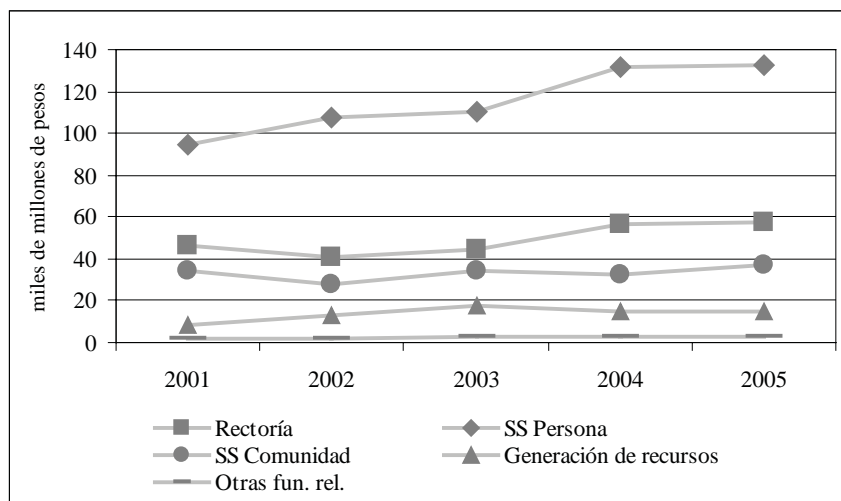
A partir de presentar los gastos por funciones no sólo se modifica la forma tradicional de presentar el gasto, sino que además se abre otra posibilidad analítica sobre el desempeño del sistema de salud en México.

Para los años 2001 y 2002 con los datos disponibles se realizaron estimaciones del gasto en salud por funciones y a partir de 2003 como resultado del trabajo conjunto con entidades federativas, Institutos Nacionales de Salud, y Hospitales Federales de Referencia se lleva a cabo el registro regular de esta información.

Como era de esperarse, la mayor proporción del gasto en salud fue el destinado a los Servicios de Salud a la Persona, en 2005 representó 54.3% del total, mientras que la menor proporción 1.1% del total, correspondió a la generación de recursos.

El mayor crecimiento en el período de 2001 a 2005 se dio en el gasto destinado a la inversión en infraestructura y equipamiento, formación de capital humano, investigación y desarrollo tecnológico, y producción de bienes para la salud, que pasó de 8.3 a 14.6 mil millones de pesos, ello significó un incremento de 75.6% (*ver figura 8*).

Figura 8 Gasto en salud por funciones para población responsabilidad de la Secretaría de Salud, 2000-2005

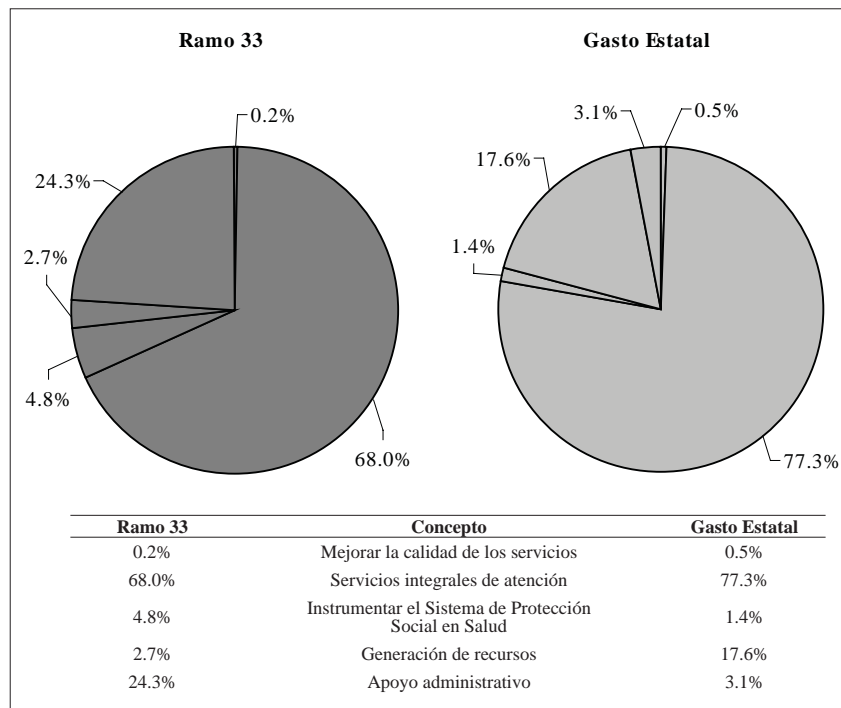


Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2006

En la figura 9 se observa que cada una de las funciones del sistema de salud se pueden clasificar en subfunciones para lograr un mayor detalle del análisis, por ejemplo en el gasto de ramo 33 para servicios de salud a la persona, la prestación de servicios integrales de salud representó alrededor del 68%, mientras que para el gasto estatal este porcentaje se redujo a 77%.

En lo que corresponde a la generación de recursos asociada a la prestación de servicios de salud a la persona —que puede incluir actividades tales como capacitación al personal médico, infraestructura hospitalaria, investigación y desarrollo— en el caso del gasto estatal se destinó el 17.6%, mientras que en el ramo 33 representó apenas alrededor del 3%.

Figura 9. Composición del gasto en servicios de salud a la persona, 2005



Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2006

3.3 Utilización del SICUENTAS

Los resultados de salud de la población depende de muchos factores y el gasto en salud es uno de ellos y constituye un componente que contribuye al éxito de un sistema de salud. Adicionalmente la información del gasto en salud nos permite determinar si los recursos se están destinando de manera eficiente y efectiva.

La forma en la que se presentan e interpretan los datos hace posible identificar problemas puntuales y facilitar el proceso de elaboración de políticas en todas las etapas: análisis, planeación, programación y evaluación.

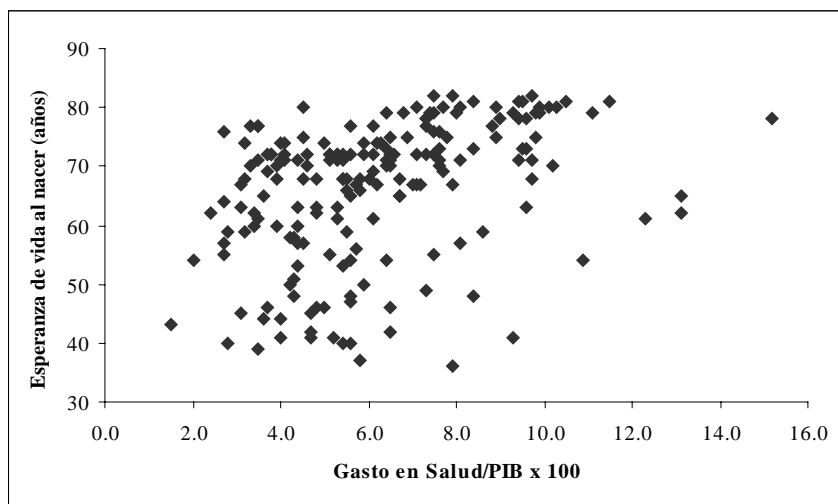
3.3.1 Gasto en salud y producto interno bruto

El Producto Interno Bruto (PIB) es el valor total de la producción corriente de bienes y servicios finales dentro del territorio nacional durante un período de tiempo determinado. Es un indicador que permite medir la riqueza de un país o estado. A su vez, el gasto en salud como porcentaje del PIB permite medir la importancia relativa del sector salud en la economía tanto de un país como de un estado.

Si bien no existe una relación directa entre el gasto en salud y los resultados del sistema de salud, se supone que los resultados debieran ser mejores entre más recursos destinemos a la salud, ya que se cubre una mayor parte de las necesidades de cada país o entidad federativa. No obstante, en ocasiones, amplias intervenciones también muestran problemas de ineficiencia.

En la figura 10 se presenta justamente esta relación en los 191 países miembros de la Organización Mundial de la Salud. Como se puede apreciar la variación del gasto en salud es grande y va desde Guinea Ecuatorial o Congo que destinaron menos de 2% de su riqueza a salud, hasta los Estados Unidos que consignó 15.2%. El hecho de que se gaste más, no significa que se logre mejor resultado. Por ejemplo, si se coloca la media como un punto arbitrario de comparación para las dos medidas, se observa que aquellos países que caen en el cuadrante superior izquierdo lograron más con menos y los que se ubican en el cuadrante inferior derecho, obtuvieron menos con más inversión. Destacan por sus buenos resultados, Omán o los Emiratos Árabes en Medio Oriente; China en Asia; Venezuela y Chile en Latinoamérica o Eslovaquia en Europa del Este. En sentido opuesto están Sudáfrica, Zimbabwe o Haití, entre otros.

Figura 10. Relación entre la esperanza de vida y el gasto en salud como porcentaje del PIB en el mundo, 2004



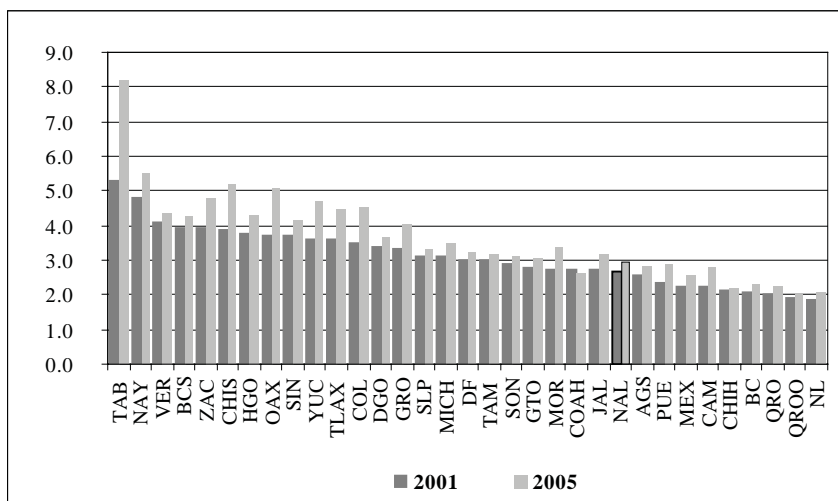
Fuente: OMS. Informe Mundial de la Salud, 2006. Anexos estadísticos

Al dividir los componentes de gasto, es posible analizar las variaciones entre 2001 y 2005 por entidad federativa sólo del gasto público (ver anexo 11).

El crecimiento entre 2001 y 2005 del gasto público en salud como porcentaje del PIB fue de 0.3, con dife-

rencias importantes entre entidades, mientras estados como Nayarit, Chiapas y Oaxaca destinaron más de 5% de su riqueza a la salud, entidades como Baja California, Chihuahua, Nuevo León, Querétaro y Quintana Roo destinaron menos de 2.5% (ver figura 11).

Figura 11. Gasto público en salud como porcentaje del PIB, 2001 y 2005

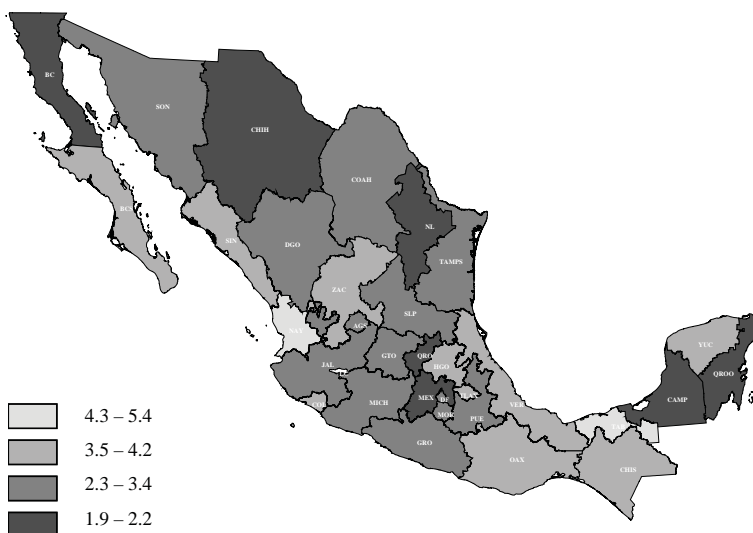


Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2006.

El mayor nivel de inversión y de crecimiento en este período corresponde a Tabasco, estado que en 2001 destinó 5.3% del PIB a salud y en 2005 este porcentaje lo incrementó a 8.2%; en entidades federativas como Oaxaca, Yucatán y Zacatecas también tuvieron notables incrementos. La única entidad en la que se observa una disminución es en Coahuila, 0.1% menos.

En el anexo 13 se presenta el gasto total como porcentaje del PIB por entidad federativa. En México se registra una variación que va de 3% en Campeche a estados con más del 10% como Chiapas, Michoacán y Zacatecas. La falta de actualización del gasto privado a nivel estatal no permite avanzar en el análisis y se recomienda tomar estas cifras con cautela.

Gasto público en salud como porcentaje del PIB, 2002



3.3.2 Gasto en salud y cobertura efectiva

La relación entre cobertura efectiva y el gasto en salud aporta información acerca del nivel del alcance de resultado intermedio logrado por el sistema de salud en cualquier nivel de insumos. Para explorar esta relación se utiliza el indicador compuesto de cobertura efectiva del sistema de salud, con el gasto público per cápita por entidad federativa.

La relación entre la cobertura efectiva del sistema de salud y el gasto en salud indica que la expansión del gasto en salud puede mejorar la cobertura efectiva en México. En la figura 12 puede observarse una frontera en la cobertura efectiva del sistema de salud total, esta frontera representa el nivel máximo en el logro de la meta para cada nivel de gasto en salud. En cada entidad federativa, la distancia entre el nivel de cobertura del sistema de salud, medido en el eje vertical, y la frontera, puede interpretarse como una medida de ineficiencia. La evidencia preliminar que se presenta indica que, para cualquier nivel dado de gasto en salud, existen variaciones en el desempeño del sistema de salud por entidad federativa en México, en particular en lo relacionado con los niveles bajos de gasto en salud, donde la variación de la eficiencia es cercana a 20%.³³

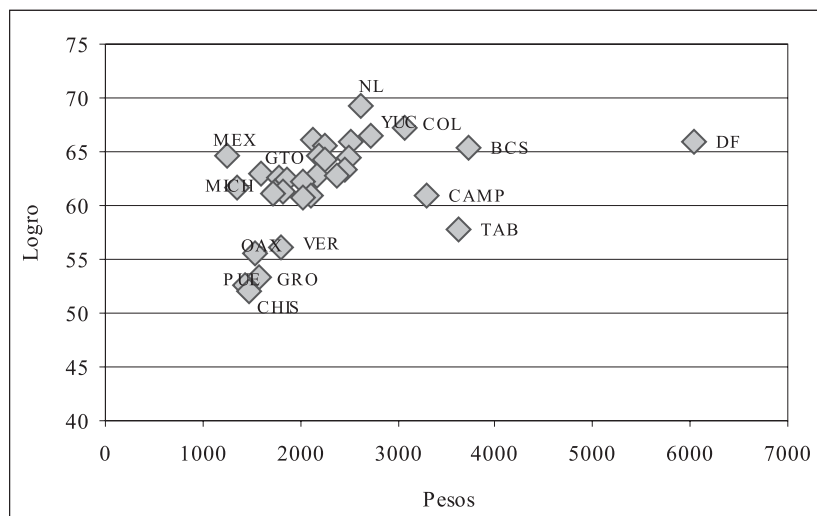
Así se puede observar que en términos de eficiencia destacan entidades federativas como México, Michoacán y Guanajuato quienes con menos de 1600 pesos per cápita logran coberturas entre 60% y 65%, mientras que entidades federativas como Campeche, el Distrito Federal se ubican en el mismo rango de cobertura pero con un gasto per cápita mayor a 3500 pesos.

3.3.3 Subanálisis: Cuentas en salud reproductiva

Si bien el SICUENTAS ha logrado integrar información de gasto del sector salud de manera desagregada no logra ser exhaustivo, por lo que genera el interés para realizar estudios específicos. Ahora bien, el objetivo de estos estudios debe ser el lograr un mejor apoyo a la toma de decisiones, la planeación, implementación y evaluación de políticas en materia financiera y sobre temas puntuales, todo ello en el actual proceso de reforma administrativa y financiera que tiende hacia la transparencia y rendición de cuentas en el país.

Por ello el Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, consideró importante realizar junto con el Instituto Nacional de Salud Pública, el primer ejercicio de Cuentas Nacionales y Estatales en Salud

Figura 12. Cobertura efectiva del sistema de salud y gasto público per cápita , 2005



Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2006

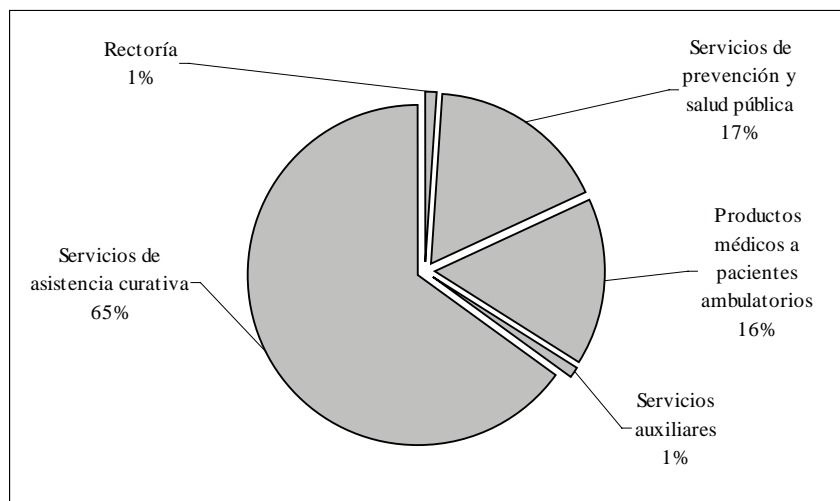
Reproductiva y Equidad de Género, con el objetivo de conocer si los recursos se estaban asignando de acuerdo a las prioridades establecidas, y con el objetivo de evaluar y dar seguimiento a los programas nacionales de salud en esta materia. Y sobre todo como herramienta para la formulación de políticas públicas a favor de la equidad de género y salud reproductiva.³⁴

Los primeros resultados mostraron que el gasto en salud reproductiva para 2003 fue de 23.5 miles de millones de pesos, que representa cerca del 6% del gasto en salud en México en el mismo año. El 59% de dicho gasto

fue público y el principal agente financiador fue la seguridad social. El gasto privado representó el 41% restante, y de éste, 91% provino del bolsillo de los hogares.

Respecto a las funciones de salud, se observó que 65% del gasto en salud reproductiva está destinado a la asistencia curativa, seguido del gasto en servicios de prevención y salud pública con 17% –rubro que incluye consulta a embarazadas y planificación familiar–. Además, 16% destinado a productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios y 1% a servicios auxiliares de atención (ver figura 13).

Figura 13. Distribución del gasto en salud reproductiva en funciones del sistema de salud, 2003



Fuente: Secretaría de Salud. INSP. Cuentas nacionales de salud reproductiva y equidad de género, México 2005

Las Cuentas en Salud Reproductiva y Equidad de Género son un buen ejercicio que promete ser una herra-

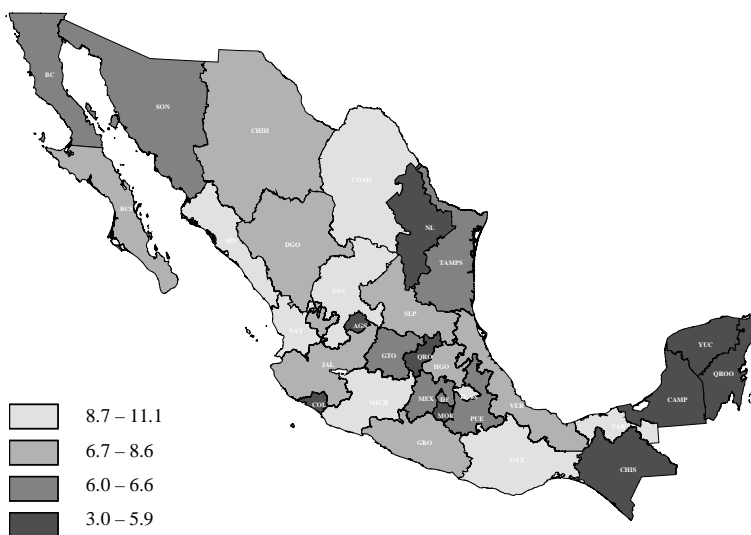
amienta útil para los tomadores de decisiones y para evaluar los programas y padecimientos de la salud reproductiva.

3.3.4 Gasto en salud y la reforma financiera del sector salud

En México el SICUENTAS permitió integrar información de recursos financieros para la salud mostrando la asignación estatal de los fondos federales, la contribución que hacen las entidades federativas, los flujos que siguen estos recursos y cuales son los principales proveedores de servicios que utilizan dichos recursos.

Sin embargo, la contribución más importante fue identificar los desequilibrios del sector salud en cuanto al bajo nivel de inversión, el origen de los fondos con predominio del gasto privado sobre el público, la gran diferencia en la distribución de los recursos entre entidades, la falta de corresponsabilidad de algunas entidades federativas y el destino del gasto con una tendencia a la baja, de la inversión.

Gasto total en salud como porcentaje del PIB, 2002



Estos desequilibrios financieros sirvieron como sustento para la Reforma a la Ley General de Salud y dio como resultado la creación del Sistema de Protección Social en Salud (SPSS) cuyo brazo operativo es el Seguro Popular. Se trata de un seguro público de afiliación voluntaria, que tiene como objetivo principal brindar protección financiera a todos aquellos trabajadores que no cuentan con ningún tipo de aseguramiento y garantizar el acceso integral a los servicios públicos de salud bajo un sistema de aseguramiento universal en salud.

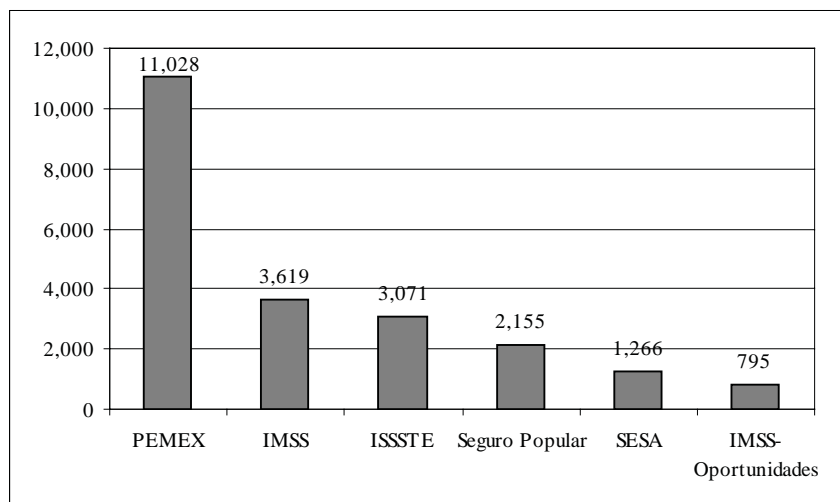
El Seguro Popular se financia de manera tripartita:³⁵

- a) *cuota familiar*, que es la aportación del afiliado, proporcional a su capacidad de pago;
- b) *cuota social*, que tiene como fuente el gasto federal (ramo 12);
- c) *aportación solidaria*, que se divide en aportación solidaria estatal (ASE) y es financiada por las entidades federativas con recursos propios y la aportación solidaria federal (ASF) que se distribuye a las entidades federativas mediante el Fondo de Aportaciones a los Servicios de Salud a la Persona (FASP) mismo que proviene del FASSA (ramo 33).

Adicionalmente hay un recurso complementario a la ASF (ASFc) que se justifica por los ajustes administrativos presupuestales derivados de la implantación gradual del SPSS, dicho recursos provienen del gasto federal (ramo 12).

El SICUENTAS realiza un seguimiento de los desequilibrios financieros, pero aún cuando se tienen todos los elementos del flujo de recursos financieros al Seguro Popular, existe una parte del gasto de los Servicios Estatales en recursos materiales, humanos e infraestructura que beneficia de manera directa a los afiliados a dicho seguro y por otro lado el gasto que realiza la Secretaría de Salud en Servicios de Salud a la Comunidad y que se realiza en beneficio de toda la población independientemente de su condición de afiliación, que es importante cuantificar.

Además, anualmente se realiza un ejercicio del gasto per cápita institucional que sirve de insumo a uno de los cuadros que se publican en el informe para la rendición de cuentas que presenta el Secretario de Salud anualmente. En el informe México Salud 2001-2005 se publicó la siguiente gráfica que se muestra en la figura 14.

Figura 14. Gasto en salud per cápita por institución, 2005

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS), México 2006

En 2005 el gasto público en salud ascendió a 244 mil millones de pesos, lo que equivale a 2,289 pesos por mexicano. Esta cifra representó un incremento de alrededor de 100 pesos per cápita con relación al gasto de 2004.

El análisis por instituciones, muestra que la población amparada por PEMEX sigue siendo la que recibe el mayor gasto, con más 11,000 pesos per cápita en el último año. Las dos grandes instituciones de seguridad social del país, el IMSS y el ISSSTE, son las que le siguen en la magnitud del gasto per cápita recibiendo en ambos casos cifras superiores a los 3,000 pesos, con una diferencia de más de 500 pesos a favor de los derechohabientes del IMSS.

Por otro lado, dentro de la población cuya atención es responsabilidad de la Secretaría de Salud o de los Servicios Estatales (SESA), hay 11.4 millones de personas que se encuentran afiliados al Seguro Popular y que, por tanto, pueden exigir el cumplimiento de los servicios contenidos en el Catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES). El gasto per cápita disponible en 2005, para los beneficiarios de este sistema de aseguramiento fue de 2,156 pesos.

Finalmente, a la población sin seguridad social que acude a resolver sus problemas de salud a las unidades de los SESA se le destinaron 1,266 pesos per cápita en el último año, mientras que las personas que atienden los servicios de salud del programa IMSS-Oportunidades recibieron 795 pesos.

Aunque las diferencias en la magnitud del gasto entre las instituciones de seguridad social y las instituciones que atienden a población sin seguridad social son notables, se puede afirmar que la puesta en marcha y consolidación

del Seguro Popular ha disminuido en gran medida la brecha entre estos dos subsistemas. En el último año, la diferencia en el gasto per cápita entre el ISSSTE y el Seguro Popular fue de 42%, mientras que la diferencia entre el ISSSTE y los servicios que otorgan los SESA para población sin Seguro Popular fue de 142%.³⁶

3.4 Limitaciones y retos del SICUENTAS ³⁷

Básicamente, las cuentas de salud consolidan y sintetizan la información disponible en los sistemas de salud. Son resultado de la disponibilidad de información y de la calidad de las cifras obtenidas y procesadas. La calidad del SICUENTAS como producto final, considera la perspectiva tanto del usuario como del productor: las cifras son plausibles y útiles para la toma de decisiones.

Aún resta mucho por avanzar, dado que es difícil lograr todos los atributos de la calidad de manera simultánea, la ponderación de los problemas y la concentración en una selección de soluciones es una decisión necesaria que involucra elementos de política, recursos y factibilidad.

Si bien se han cubierto las necesidades de información de los usuarios a nivel de los agregados principales, los retos que aún deben enfrentarse son ampliar la información en el nivel de detalle y en cobertura geográfica.

Las mediciones existentes hasta ahora son comparables, ya que son equivalentes en el marco conceptual y permiten evaluar el significado de las estadísticas en el tiempo y entre entidades geopolíticas. Las estimaciones estatales que pudieran complementar otras entidades podrán beneficiarse del marco desarrollado, del material y guías existentes, asegurando una taxonomía común y articulada al marco conceptual utilizado. Los resultados

alcanzados y sus ampliaciones futuras, podrán ser complementarias y acumulativas en la capacidad del análisis ofrecido.

La representación cuantitativa de los resultados corresponde con la percepción intuitiva del sistema: han sido validadas, los resultados obtenidos son consistentes con otra evidencia disponible, el contenido de los agregados es homogéneo ya que pueden generarse indicadores de mayor complejidad sin perder la confiabilidad de las estimaciones originales. Los vectores pertinentes se han documentado en forma completa y se explora la ampliación de la medición de los factores de producción, la distribución del gasto según diversos programas estratégicos y diferentes características de los beneficiarios, como son su epidemiología, y su edad y sexo.

Entre los retos a cubrir figura el fortalecimiento de algunos segmentos y componentes de la estimación, como es el gasto privado (hogares, empresas y ONG principalmente) y algunos componentes del sector público, en particular los externos a la Secretaría de Salud. La consolidación de la aproximación satélite con el SICUENTAS ofrece una referencia ampliada para las estimaciones a nivel nacional y sus componentes estatales.

Una gran parte de los registros y las encuestas que nutren al SICUENTAS han avanzado en los métodos y la operacionalización de las propuestas; sin embargo, se espera reducir al máximo, tanto los errores muestrales y no muestrales (cobertura, medición, procesamiento, no respuesta, supuestos utilizados). Es importante trabajar en las estimaciones de gasto privado por entidad federativa, para obtener cifras que permitan conformar una visión más amplia del financiamiento del sector salud y que contribuyan a la medición del impacto de Seguro Popular.

La disseminación de información es transparente, de manera que las cifras son accesibles a los varios usuarios, son de uso fácil y están adecuadamente documentadas, frecuentemente vinculadas a los procesos de toma de decisiones. La oportunidad con que se liberan las cifras del gasto en general resulta hasta ahora ejemplar, aunque se aspira cubrir la liberación temprana para un número creciente de indicadores, se cumple además con la publicación de las cifras según las fechas de publicación comprometidas.

El costo de las estimaciones y la carga de trabajo para el sistema de información debieran ser mejorados a través de intervenir los sistemas de registro primario y de agilizar la comunicación de los procesos para acercarlos a la toma de decisiones de los diversos niveles de usuario.

Las cuentas en salud se han considerado una herramienta básica en la toma de decisiones para fines de planeación, evaluación y monitoreo. En México las cuentas han contribuido a los procesos de rectoría y optimización financiera desarrollados por la Secretaría de Salud.

Los beneficios de dicho sistema de análisis han cubierto a un grupo de gobiernos estatales: con el SICUENTAS se ha orientado el proceso de descentralización en el país, al tiempo que se consolida la toma de decisiones informada a nivel estatal. El proceso de descentralización requiere de un avance comparativo en el conjunto de las entidades participantes, cuya cobertura por el SICUENTAS ha facilitado el diálogo, la cuantificación y la percepción común e informada de las necesidades del proceso en materia de flujos de financiamiento de la salud. La guía del proceso, su evaluación y la comunicación dentro del mismo, son todos elementos claves en la gestión financiera en transición.

Las bases para la planeación y el monitoreo del Sistema de Protección Social en Salud, así como los programas que promueven la justicia financiera corresponden a la plataforma de clasificaciones del SICUENTAS, que podrá contribuir dichos procesos una vez que se logre la difusión necesaria que incentive su utilización. Asimismo, la complementación con otras herramientas, tales como la medición de las necesidades, ha permitido evaluar la magnitud de los recursos faltantes y las vías para su posible cobertura.

La contribución del SICUENTAS en el fortalecimiento de la política del sistema de salud no ha sido agotada. Una vez que el conjunto de las entidades hayan consolidado sus síntesis, se enriquecerá la utilización de los resultados para fines de análisis comparativo de la efectividad, equidad y de eficiencia.

Anexo Estadístico

1. Gasto público en salud por entidad federativa, 2001
2. Gasto público en salud por entidad federativa, 2002
3. Gasto público en salud por entidad federativa, 2003
4. Gasto público en salud por entidad federativa, 2004
5. Gasto público en salud por entidad federativa, 2005
6. Gasto en salud en programas especiales por entidad federativa, 2005
7. Gasto federal en salud per cápita por entidad federativa, 2001-2005
8. Gasto estatal en salud per cápita por entidad federativa, 2001-2005
9. Gasto en salud de seguridad social per cápita por entidad federativa, 2001-2005
10. Gasto público en salud per cápita por entidad federativa, 2001-2005
11. Gasto público en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto, 2001-2005
12. Gasto privado en salud por entidad federativa, 2002
13. Gasto total, público y privado en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto, 2001-2005
14. Gasto en salud por funciones de atención a la salud, 1999-2004

Gasto público en salud por entidad federativa, 2001
(miles de pesos de 2005)

Anexo 1

Entidad Federativa	Gasto Público	Ramo 12 1/	IMSS-Oport 2/	Ramo 33	Gasto Estatal	IMSS	ISSSTE	PEMEX
Estados Unidos Mexicanos	185 892 704.4	16 880 483.3	4 761 666.6	30 795 417.8	9 450 769.4	100 684 247.8	17 146 957.9	6 173 161.7
Aguascalientes	2 011 555.1	15 156.5	0.0	478 220.9	168 209.7	1 215 896.2	126 802.0	7 269.8
Baja California	4 544 719.1	9 292.7	46 265.9	674 996.9	0.0	3 485 897.4	306 358.6	21 907.6
Baja California Sur	1 445 333.2	6 017.4	0.0	343 161.3	40 126.9	849 994.7	202 278.9	3 754.1
Campeche	1 670 965.0	48 681.8	71 182.8	467 833.9	80 000.6	643 980.0	117 417.4	241 868.6
Cochula de Zaragoza	5 280 899.2	16 320.7	143 872.1	602 505.7	142 783.2	4 010 519.9	343 475.9	21 421.7
Colima	1 183 014.4	13 954.2	0.0	343 033.0	14 390.4	681 517.8	120 640.1	9 478.8
Chiapas	4 036 703.0	382 697.3	655 057.1	1 408 502.5	29 638.2	1 200 091.3	313 125.1	47 591.6
Chihuahua	5 894 109.1	93 906.4	235 000.8	827 231.9	343 353.2	3 982 837.1	350 590.7	61 188.9
Distrito Federal	42 361 091.7	2 981 984.5	145 410.3	1 748 675.9	3 298 817.6	23 124 677.7	9 608 925.7	1 452 599.9
Durango	2 675 525.6	55 203.6	195 729.5	643 482.2	19 292.5	1 455 689.2	282 053.4	24 075.4
Guanajuato	5 944 716.1	428 883.1	0.0	1 154 161.1	392 759.0	3 386 301.0	259 460.1	323 151.9
Guerrero	3 736 487.8	412 234.5	0.0	1 532 117.6	24 330.1	1 339 475.1	419 948.3	8 382.2
Hidalgo	3 091 983.0	359 475.7	314 436.5	834 083.7	43 999.7	1 210 793.4	203 827.0	125 367.0
Jalisco	11 205 267.2	124 846.7	0.0	2 022 178.3	1 239 422.3	7 626 477.7	138 457.7	53 884.6
México	14 015 174.1	1 735 778.5	0.0	3 600 568.4	180 989.3	8 139 996.5	325 074.6	32 766.7
Michoacán de Ocampo	4 294 449.9	271 186.3	352 763.7	1 083 829.2	61 477.6	2 015 028.9	494 664.4	15 499.9
Morelos	2 472 372.7	118 275.4	0.0	573 096.2	125 689.6	1 386 029.7	259 825.9	9 455.9
Nayarit	1 737 971.5	42 816.4	78 862.8	443 738.4	47 862.2	945 396.7	175 890.6	3 404.4
Nuevo León	8 098 936.3	16 465.5	0.0	923 441.6	79 655.1	6 748 028.4	133 659.9	197 685.7
Oaxaca	3 624 093.7	394 379.8	588 007.4	1 246 563.3	32 060.0	1 004 264.8	194 431.7	164 386.6
Puebla	5 545 238.1	367 234.4	391 762.7	981 421.8	313 382.5	3 289 608.9	115 414.5	86 413.2
Querétaro de Arteaga	2 207 597.5	102 419.2	0.0	577 120.8	44 125.3	1 340 818.6	131 243.2	11 870.4
Quintana Roo	1 847 203.4	23 384.6	0.0	511 431.0	81 725.3	1 090 436.8	140 225.7	0.0
San Luis Potosí	3 235 951.5	153 398.1	290 166.3	638 023.9	68 176.7	1 769 303.3	248 577.9	68 305.4
Sinaloa	4 416 755.9	87 609.8	160 853.9	757 166.5	272 081.8	2 845 410.5	252 552.0	41 081.3
Sonora	4 847 299.7	26 908.8	0.0	915 509.2	402 924.6	3 111 345.5	343 903.8	46 707.8
Tabasco	4 171 959.9	87 106.0	0.0	884 446.5	1 180 157.6	1 052 575.5	162 974.8	804 699.5
Tamaulipas	5 755 366.1	31 241.3	119 352.0	1 110 140.3	234 821.8	2 859 771.5	535 556.3	864 482.8
Tlaxcala	1 265 845.7	51 977.5	0.0	425 374.3	38 227.5	657 196.9	90 976.9	2 092.7
Veracruz de Ignacio de la Llave	10 390 296.4	478 623.3	532 481.3	1 955 769.0	355 393.6	5 131 934.3	542 401.4	1 393 693.4
Yucatán	3 303 967.8	89 500.2	197 623.4	671 791.8	39 923.8	2 246 854.7	34 061.1	24 212.7
Zacatecas	1 823 057.4	96 725.9	242 837.9	415 800.8	54 971.7	836 097.7	172 162.3	4 461.2
No distributable	7 756 797.3	7 756 797.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

1/ A partir de 2002, se incluye el presupuesto del Seguro Popular.

2/ Para los años de 2001 a 2003 las transferencias del gasto de este programa se realizaron a través del ramo 12 y a partir de 2004 a través del ramo 19.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS). México 2005.

Gasto público en salud por entidad federativa, 2002
(miles de pesos de 2005)

Anexo 2

Entidad Federativa	Gasto Público	Ramo 12 1/	IMSS-Oport 2/	Ramo 33	Gasto Estatal	IMSS	ISSSTE	PEMEX
Estados Unidos Mexicanos	191 444 917.3	18 010 948.9	4 736 737.4	31 047 483.9	11 302 297.8	102 869 811.8	17 067 526.9	6 410 110.6
Aguascalientes	2 100 693.4	54 158.2	0.0	483 565.5	167 711.5	1 254 634.2	128 431.5	12 192.5
Baja California	4 724 863.2	79 264.4	39 174.1	680 612.8	9 955.8	3 586 856.4	302 315.5	26 684.2
Baja California Sur	1 472 648.2	33 462.7	0.0	340 373.9	29 841.5	860 030.5	205 170.8	3 768.8
Campeche	1 829 242.9	103 073.7	58 663.7	477 292.0	88 196.5	699 007.6	138 390.4	264 619.0
Coahuila de Zaragoza	5 375 134.5	69 171.8	134 923.3	613 739.3	116 099.7	4 076 887.3	344 960.1	19 352.9
Colima	1 262 617.0	52 097.8	0.0	381 373.6	20 361.8	671 883.4	123 530.9	13 369.5
Chiapas	4 432 654.2	462 831.6	653 466.9	1 463 794.5	234 996.9	1 261 836.2	304 336.4	51 391.6
Chihuahua	5 775 679.9	98 270.7	203 664.4	669 645.0	318 007.8	4 083 598.1	354 019.2	48 474.7
Distrito Federal	43 088 620.0	3 597 979.9	297 467.4	1 798 107.4	3 131 956.3	24 886 784.0	7 905 632.9	1 470 692.1
Durango	2 781 651.7	92 882.0	191 775.0	703 179.7	22 405.9	1 473 026.1	269 203.7	29 179.3
Guanajuato	5 940 449.2	243 999.6	0.0	1 088 705.2	524 875.4	3 376 653.3	396 314.9	309 900.9
Guerrero	3 814 402.2	417 503.2	0.0	1 573 144.2	20 068.0	1 385 657.5	409 900.2	8 129.1
Hidalgo	3 193 438.4	363 340.9	292 510.2	898 327.1	56 624.0	1 229 544.7	205 799.6	147 291.9
Jalisco	12 088 211.6	180 010.5	0.0	2 124 718.4	1 679 098.1	7 582 165.9	472 462.4	49 756.3
México	13 738 458.6	2 212 907.0	0.0	3 581 271.9	117 728.9	7 438 306.1	344 288.7	43 956.0
Michoacán de Ocampo	4 326 085.9	280 802.3	346 442.0	1 100 425.2	124 834.7	1 972 930.2	478 704.3	21 947.3
Morelos	2 475 476.3	183 425.1	0.0	565 995.2	103 811.4	1 354 212.4	256 652.2	11 380.0
Nayarit	1 808 711.6	72 967.2	83 336.1	463 751.9	67 843.8	941 238.4	176 216.3	3 357.9
Nuevo León	8 842 487.2	79 419.7	0.0	938 776.7	165 296.8	7 001 937.3	421 867.9	235 188.7
Oaxaca	4 164 594.1	555 873.1	578 823.1	1 315 229.3	134 734.4	1 033 882.6	376 571.5	169 480.2
Puebla	5 881 664.7	366 452.9	380 654.7	989 506.8	343 871.1	3 358 147.3	340 560.5	102 471.3
Querétaro de Arreaga	2 241 107.7	134 161.8	0.0	620 578.9	41 658.6	1 297 083.1	132 026.0	15 599.3
Quintana Roo	1 915 121.2	63 351.3	0.0	520 650.6	81 445.7	1 103 974.3	145 699.3	0.0
San Luis Potosí	3 374 243.3	137 023.0	277 835.8	671 103.7	259 972.5	1 687 314.7	251 715.5	89 278.0
Sinaloa	4 693 118.4	132 365.5	120 724.9	761 530.3	242 308.1	2 941 996.0	452 725.7	41 467.9
Sonora	5 103 002.6	80 432.8	0.0	970 246.0	430 610.2	3 231 829.3	331 920.1	57 964.1
Tabasco	4 293 637.1	182 896.8	0.0	841 010.2	1 252 971.6	1 049 054.9	161 144.6	806 558.9
Tamaulipas	5 819 809.5	88 350.0	115 868.8	1 120 760.7	223 859.7	2 873 203.5	525 213.1	872 553.6
Tlaxcala	1 377 535.8	89 565.4	0.0	479 970.9	46 970.6	670 277.8	89 100.8	1 650.3
Veracruz de Ignacio de la Llave	11 091 218.2	477 967.2	510 395.2	1 691 645.0	1 128 298.0	5 285 635.7	553 100.2	1 444 177.0
Yucatán	3 728 883.8	136 817.0	210 317.9	638 299.7	72 043.8	2 342 263.8	296 593.1	32 548.4
Zacatecas	1 960 485.2	159 154.0	240 694.0	480 152.4	43 838.7	857 958.8	172 958.6	5 728.9
No distribuable	6 728 969.9	6 728 969.9	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

1/ A partir de 2002, se incluye el presupuesto del Seguro Popular.

2/ Para los años de 2001 a 2003 las transferencias del gasto de este programa se realizaron a través del ramo 12 y a partir de 2004 a través del ramo 19.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS). México 2005.

Gasto público en salud por entidad federativa, 2003
(miles de pesos de 2005)

Anexo 3

Entidad Federativa	Gasto Público	Ramo 12 1/	IMSS-Oport 2/	Ramo 33	Gasto Estatal	IMSS	ISSSTE	PEMEX
Estados Unidos Mexicanos	209 734 945.0	18 771 675.0	5 068 574.9	34 390 793.0	11 124 533.4	113 647 082.8	19 415 947.9	7 316 338.0
Aguascalientes	2 315 813.6	74 490.9	0.0	512 431.8	152 660.3	1 406 843.5	138 717.6	30 669.5
Baja California	5 168 637.9	142 634.6	44 570.7	735 011.5	5 575.9	3 885 766.5	325 919.8	29 158.9
Baja California Sur	1 628 252.2	42 894.9	0.0	358 446.5	30 240.7	966 894.1	228 770.1	1 005.9
Campeche	1 929 914.1	102 501.2	64 959.2	521 054.8	71 966.7	739 829.4	141 566.4	288 036.4
Coahuila de Zaragoza	5 756 861.9	63 626.6	145 912.6	651 975.4	65 115.0	4 425 987.5	379 854.7	24 390.0
Colima	1 532 310.2	169 871.7	0.0	391 529.9	16 235.0	803 781.1	148 581.3	2 311.2
Chiapas	4 819 058.9	457 500.2	704 396.9	1 638 337.7	305 041.0	1 309 232.3	349 076.1	55 474.6
Chihuahua	6 579 673.8	92 599.2	219 070.6	962 542.4	391 293.1	4 469 422.7	394 325.3	50 420.5
Distrito Federal	48 045 974.8	4 061 024.0	350 942.0	1 966 131.1	2 937 282.2	27 596 768.5	9 334 056.8	1 799 770.2
Durango	3 043 369.1	76 955.9	202 375.1	746 033.1	30 368.8	1 637 046.9	318 455.8	32 133.6
Guanajuato	6 636 387.2	566 072.9	0.0	1 194 200.2	378 437.0	3 764 623.0	428 396.0	304 658.1
Guerrero	4 282 348.4	460 260.0	0.0	1 787 828.3	23 978.1	1 541 290.3	467 912.8	1 078.9
Hidalgo	3 518 283.9	396 626.5	297 989.4	1 025 776.2	58 585.8	1 353 284.6	232 683.6	153 337.7
Jalisco	12 933 883.7	274 607.4	0.0	2 304 365.2	1 446 681.0	8 318 739.8	526 780.3	62 709.9
México	14 943 241.7	2 083 829.3	0.0	3 936 010.0	54 835.2	8 445 028.2	355 547.6	67 991.5
Michoacán de Ocampo	4 858 355.1	302 121.7	357 609.3	1 237 320.3	190 421.7	2 198 483.3	530 255.8	42 143.0
Morelos	2 784 345.8	217 110.0	0.0	614 617.7	128 631.4	1 507 416.3	285 555.7	31 014.6
Nayarit	1 917 572.6	76 138.3	91 195.3	496 912.4	55 025.3	1 011 478.6	186 145.9	676.7
Nuevo León	9 606 785.3	124 497.8	0.0	1 003 396.3	134 420.1	7 595 306.3	485 703.8	263 461.0
Oaxaca	4 380 715.4	498 373.3	618 322.5	1 380 120.0	140 876.4	1 148 194.8	403 763.4	191 065.0
Puebla	6 719 665.5	490 450.1	407 986.9	1 251 760.0	375 673.8	3 719 437.6	373 986.3	100 370.9
Querétaro de Arteaga	2 548 297.4	130 787.5	0.0	668 778.6	52 079.8	1 548 977.8	142 752.3	4 921.4
Quintana Roo	2 072 897.2	81 505.0	0.0	548 943.8	78 942.0	1 205 156.4	158 350.0	0.0
San Luis Potosí	3 615 739.5	249 929.5	271 333.8	729 946.6	58 476.3	1 944 856.1	284 147.8	77 049.3
Sinaloa	5 336 216.0	315 905.1	157 233.4	808 642.9	311 194.6	3 190 226.0	493 422.5	59 591.5
Sonora	5 463 576.2	90 805.3	0.0	1 022 412.2	474 643.9	3 448 512.1	362 511.3	64 691.4
Tabasco	4 907 870.2	310 780.1	0.0	863 557.6	1 470 219.0	1 219 427.3	175 675.2	868 211.0
Tamaulipas	6 751 851.4	193 132.7	120 684.9	1 206 964.6	379 972.7	3 270 179.6	562 914.4	1 018 002.4
Tlaxcala	1 490 363.2	102 398.3	0.0	478 551.8	60 251.1	750 622.2	98 306.4	233.4
Veracruz de Ignacio de la Llave	12 307 692.9	582 049.2	568 921.8	2 096 612.0	1 115 601.9	5 706 879.9	600 280.4	1 637 347.5
Yucatán	4 045 918.7	142 293.5	196 619.3	745 669.7	62 006.0	2 540 265.6	305 581.8	53 482.7
Zacatecas	2 243 109.9	247 940.8	248 451.0	504 912.3	67 801.4	977 124.7	195 950.3	929.3
No distribuido	5 549 961.4	5 549 961.4	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

1/ A partir de 2002, se incluye el presupuesto del Seguro Popular.

2/ Para los años de 2001 a 2003 las transferencias del gasto de este programa se realizaron a través del ramo 12 y a partir de 2004 a través del ramo 19.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS). México 2005.

Gasto público en salud por entidad federativa, 2004
(miles de pesos de 2005)

Entidad Federativa	Gasto Público	Ramo 12 1/	IMSS-Oport 2/	Ramo 33	Gasto Estatal	IMSS	ISSSTE	PEMEX
Estados Unidos Mexicanos	238 693 232.9	24 483 039.0	5 090 036.8	35 611 233.7	12 754 008.7	133 960 772.2	19 570 525.0	7 223 617.5
Aguascalientes	2 607 741.9	127 930.6	0.0	520 074.5	173 620.7	1 611 286.7	135 881.0	38 948.4
Baja California	5 998 249.2	267 217.8	39 523.8	782 860.6	82 070.9	4 469 896.7	325 036.9	31 642.5
Baja California Sur	1 824 916.5	50 806.2	0.0	378 832.9	67 526.2	1 112 575.8	215 142.6	32.9
Campeche	2 175 586.6	136 574.1	68 952.4	555 524.8	108 992.5	858 392.3	136 723.8	310 426.7
Coahuila de Zaragoza	6 529 588.7	90 168.1	134 188.1	680 799.0	68 644.2	5 158 655.2	371 902.9	25 231.3
Colima	1 797 365.7	136 463.8	0.0	411 438.2	18 278.1	1 041 980.8	188 684.4	520.5
Chiapas	5 664 772.4	908 631.4	729 969.2	1 717 147.5	308 557.2	1 616 392.2	323 041.1	61 033.7
Chihuahua	7 397 452.4	103 637.0	182 286.8	1 033 852.8	437 713.1	5 200 081.2	391 447.1	48 434.3
Distrito Federal	55 021 893.8	5 479 071.5	356 088.9	1 883 022.8	3 200 819.2	32 964 962.8	9 524 771.9	1 613 156.8
Durango	3 400 119.3	92 926.5	198 404.4	790 820.7	27 555.1	1 954 511.7	299 479.8	36 421.0
Guanajuato	7 663 796.5	464 429.8	0.0	1 305 739.9	607 607.3	4 531 893.6	439 442.8	314 683.2
Guerrero	4 711 223.9	424 577.8	0.0	1 921 234.2	30 909.1	1 844 442.6	489 686.0	374.1
Hidalgo	3 849 784.8	411 626.4	305 383.8	1 065 289.2	108 807.8	1 574 282.1	227 785.0	156 610.5
Jalisco	14 497 369.0	433 760.7	0.0	2 336 498.8	1 389 711.8	9 707 981.6	562 943.1	66 473.0
México	17 297 129.0	2 225 132.4	0.0	4 003 561.5	295 298.0	10 365 694.6	349 635.8	57 806.7
Michoacán de Ocampo	5 385 696.1	397 269.8	359 252.8	1 293 191.3	191 893.0	2 605 584.8	501 512.8	36 991.7
Morelos	3 216 151.4	252 719.2	0.0	619 532.6	121 414.8	1 917 221.0	267 171.8	38 092.0
Nayarit	2 145 794.0	109 977.6	81 816.3	504 866.4	86 970.1	1 177 293.5	184 662.7	207.6
Nuevo León	10 807 492.2	127 898.7	0.0	1 079 056.3	144 833.8	8 709 559.6	476 177.8	269 966.0
Oaxaca	5 096 347.4	175 522.0	625 436.9	1 531 169.7	174 955.8	1 400 659.8	438 056.8	210 546.4
Puebla	7 931 245.2	599 942.6	416 135.5	1 527 281.0	603 034.1	4 256 734.1	427 738.4	100 379.4
Querétaro de Arteaga	2 917 807.2	132 405.7	0.0	746 453.0	68 573.1	1 802 124.8	149 856.1	18 394.4
Quintana Roo	2 284 608.5	83 102.1	0.0	555 034.9	90 152.7	1 404 581.2	151 737.5	0.0
San Luis Potosí	4 160 746.8	352 495.4	282 105.7	752 994.5	96 754.6	2 286 826.2	287 921.4	101 649.0
Sinaloa	5 968 524.9	409 222.8	151 872.6	830 207.4	344 712.7	3 670 697.0	495 677.7	66 134.8
Sonora	6 080 319.4	132 935.8	0.0	1 027 825.8	512 711.4	3 998 693.3	338 531.1	69 622.0
Tabasco	5 738 451.4	728 128.9	0.0	932 675.8	1 587 813.3	1 408 825.0	182 055.5	898 952.8
Tamaulipas	7 311 384.9	390 523.1	127 697.1	1 244 417.7	264 947.1	3 785 983.3	519 836.9	977 979.7
Tlaxcala	1 671 803.7	112 412.6	0.0	507 119.4	55 667.5	902 905.8	93 698.4	0.0
Veracruz de Ignacio de la Llave	13 240 914.3	734 986.6	583 399.2	1 801 448.5	1 283 339.3	6 659 383.9	580 896.9	1 597 459.7
Yucatán	4 674 538.2	429 264.3	205 183.5	761 848.8	68 722.5	2 836 353.7	297 909.5	75 255.9
Zacatecas	2 540 416.1	337 275.9	242 339.8	509 413.4	131 401.6	1 124 315.1	195 479.8	190.4
No distribuable	7 084 001.6	7 084 001.6	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

1/ A partir de 2002, se incluye el presupuesto del Seguro Popular.

2/ Para los años de 2001 a 2003 las transferencias del gasto de este programa se realizaron a través del ramo 12 y a partir de 2004 a través del ramo 19.
Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS). México 2005.

Gasto público en salud por entidad federativa, 2005
(miles de pesos de 2005)

Anexo 5

Entidad Federativa	Gasto Público	Ramo 12 1/	IMSS-Oport 2/	Ramo 33	Gasto Estatal	IMSS	ISSSTE	PEMEX
Estados Unidos Mexicanos	243 812 611.5	33 705 489.1	5 088 034.8	38 667 187.3	15 074 986.1	122 331 830.2	21 230 768.6	7 714 315.4
Aguascalientes	2 628 337.0	265 649.8	0.0	536 092.0	159 322.2	1 472 440.7	150 456.3	44 376.1
Baja California	5 995 066.7	433 852.2	43 111.5	789 356.1	247 865.4	4 113 681.6	333 460.4	33 739.5
Baja California Sur	1 871 607.8	103 188.6	0.0	408 201.4	60 143.0	1 065 826.5	234 248.4	0.0
Campeche	2 553 148.6	361 996.7	72 646.6	604 806.7	211 464.8	855 468.6	144 915.5	301 849.7
Coahuila de Zaragoza	6 364 783.9	209 581.7	124 652.1	685 868.5	80 688.1	4 833 818.3	398 069.4	32 105.7
Colima	1 809 884.9	286 943.7	0.0	432 357.6	21 193.0	855 178.4	214 110.6	101.7
Chiapas	6 469 008.9	1 252 791.9	727 938.9	1 803 755.2	808 806.6	1 455 307.0	357 925.4	62 483.8
Chihuahua	7 210 910.4	198 350.0	202 288.4	1 079 508.0	622 011.0	4 632 690.9	416 394.0	59 668.1
Distrito Federal	53 293 809.2	5 853 396.8	313 717.4	2 014 686.5	3 656 702.4	29 011 491.0	10 558 346.0	1 885 469.1
Durango	3 502 763.6	313 712.2	203 949.2	818 081.2	20 419.0	1 786 721.1	317 129.8	42 751.0
Guanajuato	8 053 879.1	1 025 575.3	0.0	1 353 680.0	631 280.0	4 240 041.1	470 916.4	332 386.4
Guerrero	5 142 432.0	824 709.8	0.0	1 988 407.7	117 549.6	1 729 985.4	481 703.1	76.4
Hidalgo	4 173 467.5	816 160.7	308 242.3	1 119 436.4	82 635.3	1 451 415.4	243 827.0	151 750.4
Jalisco	14 954 961.6	1 176 806.0	0.0	2 505 074.5	1 669 680.2	8 951 061.6	587 054.8	65 284.5
México	18 324 917.1	2 898 370.4	0.0	4 261 606.3	1 413 742.7	9 331 940.4	380 214.3	39 042.9
Michoacán de Ocampo	5 721 558.5	869 588.9	324 304.6	1 372 761.7	235 182.7	2 334 769.1	535 112.6	49 838.9
Morelos	3 475 270.0	606 491.8	0.0	656 569.0	160 175.0	1 721 312.5	288 937.6	41 784.0
Nayarit	2 243 239.2	279 149.5	80 259.3	519 596.3	71 101.9	1 094 172.5	198 935.2	24.5
Nuevo León	11 096 363.2	489 223.0	0.0	1 075 437.7	185 819.2	8 560 545.9	498 783.4	286 554.0
Oaxaca	5 738 987.3	1 400 262.1	674 935.9	1 693 892.7	47 061.9	1 284 590.5	433 295.1	204 949.1
Puebla	7 894 885.7	1 141 081.0	388 168.2	1 578 685.9	313 618.7	3 931 785.8	435 289.7	106 256.4
Querétaro de Arteaga	2 932 570.4	243 550.6	0.0	736 318.8	74 131.8	1 668 262.1	153 663.3	56 643.9
Quintana Roo	2 379 244.2	162 700.2	0.0	581 232.7	90 151.7	1 378 948.3	166 211.2	0.0
San Luis Potosí	4 289 880.3	585 105.3	267 045.3	812 199.8	181 237.3	2 066 084.2	307 418.2	70 790.2
Sinaloa	5 911 137.2	611 242.4	154 291.1	866 107.2	356 753.2	3 341 696.9	509 958.6	71 087.9
Sonora	6 102 942.8	338 329.7	0.0	1 052 496.4	514 680.0	3 772 724.0	361 872.5	62 840.3
Tabasco	7 518 621.3	1 212 675.8	0.0	1 877 994.1	1 768 799.4	1 545 330.8	199 795.9	914 025.2
Tamaulipas	1 835 020.5	332 078.2	0.0	525 761.6	74 036.6	795 005.2	108 138.8	0.0
Tlaxcala	13 165 059.1	1 185 229.2	595 515.9	2 319 579.7	787 791.7	5 981 433.0	631 173.9	1 664 335.7
Veracruz de Ignacio de la Llave	4 932 476.2	793 838.0	210 851.9	798 959.3	85 654.3	2 658 315.4	309 572.9	75 284.4
Yucatán	2 648 689.3	570 993.5	239 972.5	521 150.9	84 298.1	1 019 682.6	212 567.2	24.5
Zacatecas	6 059 004.1	6 059 004.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
No distribuable								

1/ A partir de 2002, se incluye el presupuesto del Seguro Popular.

2/ Para los años de 2001 a 2003 las transferencias del gasto de este programa se realizaron a través del ramo 12 y a partir de 2004 a través del ramo 19.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS). México 2005.

Gasto en salud en programas especiales por entidad federativa, 2005
Secretaría de Salud (ramo 12)
(miles de pesos)

Anexo 6
1a. parte

Entidad Federativa	Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud	Comunidades Saludables	Desarrollo de la Infraestructura Física 1/	Atención de la Infancia y Adolescencia	Vigilancia Epidemiológica	Prevención de VIH/SIDA
Estados Unidos Mexicanos	54 680.0	31 804.8	5 163 814.4	247 160.6	95 636.1	286 564.0
Aguascalientes	1 657.1	993.9	7 000.0	2 267.0	1 052.7	1 562.2
Baja California	1 376.5	993.9	25 230.0	5 412.2	913.5	13 168.7
Baja California Sur	637.5	993.9	35 939.6	960.5	647.6	893.6
Campeche	952.5	993.9	144 165.1	1 524.3	691.9	1 721.0
Coahuila de Zaragoza	1 486.9	993.9	66 537.2	4 380.6	2 003.0	2 545.9
Colima	629.2	993.9	26 000.0	1 035.4	528.9	1 278.0
Chiapas	2 616.0	993.9	386 113.1	17 602.1	2 364.6	10 835.7
Chihuahua	2 266.5	993.9	41 000.0	4 986.7	3 320.0	9 051.2
Distrito Federal	898.2	993.9	284 821.2	21 768.1		46 884.5
Durango	983.5	993.9	210 378.9	2 649.0	2 207.3	1 535.5
Guanajuato	1 846.0	993.9	146 100.0	11 516.3	3 422.5	8 090.9
Guerrero	2 375.7	993.9	204 136.8	11 856.7	2 206.7	10 650.1
Hidalgo	1 951.8	993.9	204 820.5	5 740.3	4 811.5	2 967.3
Jalisco	2 406.9	993.9	102 752.2	14 156.7	3 603.5	32 529.2
México	2 118.3	993.9	84 062.0	49 655.7	16 760.6	21 756.9
Michoacán de Ocampo	1 816.6	993.9	382 000.0	6 193.6	3 293.7	6 839.6
Morelos	1 722.5	993.9	171 346.0	3 909.1	2 255.9	7 564.1
Nayarit	2 367.6	993.9	34 000.0	1 855.7	2 398.4	3 136.5
Nuevo León	2 424.2	993.9	262 347.3	5 993.2	2 845.5	4 093.5
Oaxaca	3 156.7	993.9	601 591.7	10 059.2	1 704.8	7 211.1
Puebla	1 908.9	993.9	29 088.5	13 265.4	11 215.6	29 834.6
Querétaro de Arteaga	1 898.8	993.9	17 626.0	4 747.7	1 484.3	3 381.0
Quintana Roo	950.8	993.9	38 894.6	1 426.7	836.6	1 066.3
San Luis Potosí	657.2	993.9	27 800.0	3 530.9	7 092.1	2 989.3
Sinaloa	1 957.4	993.9	43 491.6	3 930.9	1 466.6	4 095.3
Sonora	1 956.3	993.9	128 223.1	4 394.0	2 743.1	2 223.0
Tabasco	1 506.9	993.9	298 477.6	6 536.2	1 332.5	7 328.5
Tamaulipas	1 257.6	993.9	122 227.9	5 551.0	2 147.7	4 518.6
Tlaxcala	1 929.7	993.9	103 400.0	2 133.2	2 221.6	2 900.6
Veracruz de Ignacio de la Llave	2 014.1	993.9	70 452.5	12 979.4	5 320.0	22 956.9
Yucatán	1 097.7	993.9	566 988.1	3 085.5	1 607.9	9 611.8
Zacatecas	1 854.4	993.9	296 803.1	2 057.7	1 135.5	1 342.6

1/ No incluye 50 millones de pesos asignados para operación de Tapachula.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP). México 2006.

Gasto en salud en programas especiales por entidad federativa, 2005
Secretaría de Salud (ramo 12)
(miles de pesos)

Anexo 6
2da. parte

Entidad Federativa	Desarrollo Humano Oportunidades ^U	Arranque Parejo en la Vida	Mujer y Salud	Salud Reproductiva	Cáncer Cérvico-Uterino (CaCu)
Estados Unidos Mexicanos	3 767 053.7	27 711.9	50 368.5	28 436.0	60 176.0
Aguascalientes	19 836.5	517.1	3 358.9	276.9	887.9
Baja California	11 600.2	617.6	799.8	791.6	931.7
Baja California Sur	8 445.2	274.1	799.8	140.5	676.6
Campeche	57 402.6	375.4	1 559.5	200.1	733.6
Coahuila de Zaragoza	31 595.9	472.7	2 999.0	669.3	1 318.8
Colima	17 410.7	337.3	799.8	162.0	2 139.7
Chiapas	404 110.0	1 372.4	2 519.2	1 138.5	1 708.8
Chihuahua	48 246.2	517.2	2 999.0	893.9	1 751.4
Distrito Federal	34 268.7	1 955.4	3 052.4	2 511.9	11 769.5
Durango	46 937.0	514.0	1 559.5	407.7	2 579.4
Guanajuato	156 127.3	1 214.8	1 999.3	1 363.1	2 477.2
Guerrero	268 578.8	1 670.3	799.8	805.8	2 424.2
Hidalgo	171 003.3	917.8	799.8	632.3	794.8
Jalisco	86 032.5	1 581.2	1 559.5	1 803.9	3 001.1
México	279 214.3	2 380.1	799.8	4 047.5	2 077.0
Michoacán de Ocampo	206 624.6	853.4	2 759.0	1 138.8	1 912.4
Morelos	55 437.1	657.2	3 158.9	453.2	533.1
Nayarit	42 846.6	525.0	3 158.9	254.1	1 596.0
Nuevo León	30 275.0	822.4	3 105.6	1 141.3	1 033.4
Oaxaca	311 257.3	1 053.7	1 199.6	942.3	2 080.1
Puebla	268 349.5	1 039.5	1 319.6	1 445.6	1 427.4
Querétaro de Arteaga	75 987.8	618.2		430.4	1 287.3
Quintana Roo	33 865.5	456.0	1 919.4	288.3	694.4
San Luis Potosí	144 819.8	775.5	1 319.6	618.1	860.6
Sinaloa	80 327.2	612.9	2 132.6	723.3	1 575.0
Sonora	45 863.4	605.3		649.4	1 172.7
Tabasco	133 894.3	1 006.0	132.0	558.4	1 871.9
Tamaulipas	49 060.8	846.6	1 599.5	862.9	2 024.3
Tlaxcala	36 805.4	480.5	839.7	286.3	490.3
Veracruz de Ignacio de la Llave	409 392.2	1 626.2		1 952.0	3 816.0
Yucatán	104 744.2	448.5		473.1	1 988.9
Zacatecas	96 693.8	567.6	1 319.0	373.6	540.5

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP). México 2006.

Gasto en salud en programas especiales por entidad federativa, 2005
Secretaría de Salud (ramo 12)
(miles de pesos)

Anexo 6
3a. parte y última

Entidad Federativa	Atención a Población con Discapacidad (DIF)	Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS)	Atención a Población en Desamparo (DIF)	Medidas de fin de año	Centros de Integración Juvenil
Estados Unidos Mexicanos	289 602.5	46 124.3	652 815.1	367 008.4	355 248.0
Aguascalientes		1 686.2	5 956.1	9 000.0	3 004.9
Baja California	4 191.0	1 069.3	5 180.3	3 000.0	23 149.0
Baja California Sur	4 424.3	1 067.7	3 712.3	10 000.0	3 338.8
Campeche	5 817.5	1 307.3	4 986.8	10 000.0	667.8
Coahuila de Zaragoza	7 571.1	1 004.5	7 065.8	10 000.0	8 013.1
Colima	3 285.8	1 125.1	4 087.1	10 000.0	3 672.7
Chiapas		1 754.0	5 751.6	35 500.0	3 895.3
Chihuahua	6 333.2	1 370.4	6 816.6	10 000.0	8 569.6
Distrito Federal	147 269.2	943.4	441 093.4	13 000.0	153 807.2
Durango	5 957.5	1 240.5	6 560.7		3 227.5
Guanajuato	3 490.0	1 309.4	7 144.1		8 013.1
Guerrero	4 865.9	1 251.8	12 290.8	9 200.0	5 119.5
Hidalgo		1 324.9	6 747.8	13 000.0	4 117.8
Jalisco	4 937.7	1 396.1	6 906.9		30 383.1
México	8 650.5	1 363.3	8 476.0	13 900.0	23 149.0
Michoacán de Ocampo	5 501.3	1 175.2	6 140.2	10 000.0	1 001.6
Morelos	9 085.2	1 039.6	20 217.4	10 000.0	3 004.9
Nayarit	5 800.6	1 091.2	7 694.4	12 000.0	556.5
Nuevo León	5 775.4	1 158.1	7 132.5	10 000.0	16 916.6
Oaxaca	8 134.1	1 455.3	15 377.2	42 408.4	445.2
Puebla	8 591.5	1 366.7	8 453.4	9 000.0	5 787.2
Querétaro de Arteaga	3 267.4	1 143.9	4 187.4	9 000.0	2 671.0
Quintana Roo	4 648.8	1 429.0	6 664.3	10 000.0	4 006.6
San Luis Potosí	4 381.3	1 272.0	4 636.0	10 000.0	3 004.9
Sinaloa		1 250.9	5 551.6	9 000.0	9 793.8
Sonora	3 745.2	1 365.0	4 348.9	3 000.0	7 901.8
Tabasco	3 701.3	1 205.5	3 875.5	9 000.0	445.2
Tamaulipas	4 673.9	1 441.3	5 365.9	12 000.0	5 787.2
Tlaxcala		1 138.1	2 540.2	15 000.0	
Veracruz de Ignacio de la Llave	5 228.6	6 766.1	7 620.9	30 000.0	5 787.2
Yucatán	5 770.0	1 362.1	5 033.4	10 000.0	3 561.4
Zacatecas	4 504.2	1 250.4	5 199.6	10 000.0	2 448.5

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Programación, Organización y Presupuesto (DGPOP). México 2006.

**Gasto federal en salud per cápita por entidad federativa, 2001-2005
(pesos de 2005)**

Anexo 7

Entidad Federativa	2001	2002	2003	2004	2005
Estados Unidos Mexicanos	942.2	955.3	1 022.4	1 132.1	1 331.4
Aguascalientes	1 257.2	1 345.8	1 443.8	1 568.1	1 909.6
Baja California	729.5	773.3	865.9	993.7	1 122.7
Baja California Sur	2 083.7	2 166.4	2 260.7	2 354.5	2 728.5
Campeche	1 504.3	1 604.7	1 697.4	1 843.3	2 474.7
Coahuila de Zaragoza	1 229.3	1 298.5	1 348.3	1 397.2	1 553.8
Colima	1 352.5	1 619.6	2 069.2	1 992.7	2 582.2
Chiapas	732.2	759.7	811.8	958.5	1 065.7
Chihuahua	996.2	820.5	1 055.6	1 073.1	1 182.1
Distrito Federal	1 299.8	1 516.8	1 698.0	2 053.3	2 175.1
Durango	1 280.7	1 406.2	1 452.0	1 525.2	1 874.6
Guanajuato	525.0	437.5	572.4	570.5	760.6
Guerrero	804.5	818.5	919.4	954.9	1 140.5
Hidalgo	968.2	987.9	1 083.2	1 112.0	1 387.8
Jalisco	653.2	693.9	768.8	818.2	1 077.8
México	736.8	785.9	802.6	816.7	923.9
Michoacán de Ocampo	581.3	584.9	639.2	687.8	858.0
Morelos	691.4	739.7	810.7	839.9	1 202.0
Nayarit	1 006.0	1 094.2	1 163.1	1 210.7	1 516.7
Nuevo León	822.8	875.8	953.8	1 004.1	1 281.1
Oaxaca	820.0	893.7	903.6	1 031.7	1 344.6
Puebla	463.7	457.0	559.2	654.0	790.6
Querétaro de Arteaga	930.8	1 012.9	1 052.0	1 134.5	1 241.7
Quintana Roo	1 195.3	1 253.1	1 300.7	1 267.7	1 425.0
San Luis Potosí	786.7	784.1	897.7	990.0	1 181.4
Sinaloa	869.0	867.4	1 084.8	1 166.2	1 355.1
Sonora	1 096.8	1 201.1	1 250.9	1 282.7	1 512.4
Tabasco	745.3	774.9	877.3	1 225.0	2 251.9
Tamaulipas	1 010.2	1 039.8	1 169.7	1 329.6	1 656.2
Tlaxcala	736.0	862.8	865.1	907.3	1 235.9
Veracruz de Ignacio de la Llave	631.0	567.4	684.6	655.2	858.1
Yucatán	1 130.0	1 144.6	1 242.1	1 577.0	2 009.5
Zacatecas	829.7	963.7	1 093.7	1 187.0	1 449.4

Nota: El gasto federal incluye: ramo 12, ramo 33 e IMSS-Oportunidades.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS). México 2005.

**Gasto estatal en salud per cápita por entidad federativa, 2001-2005
(pesos de 2005)**

Anexo 8

Entidad Federativa	2001	2002	2003	2004	2005
Estados Unidos Mexicanos	169.8	200.7	195.3	221.5	259.1
Aguascalientes	428.6	419.7	375.5	420.1	379.5
Baja California	n.d.	9.6	5.2	74.8	219.8
Baja California Sur	239.4	172.9	170.3	370.0	320.9
Campeche	204.8	221.5	177.4	264.0	503.5
Coahuila de Zaragoza	230.1	184.3	101.9	106.0	122.9
Colima	54.5	76.1	59.8	66.5	76.1
Chiapas	8.9	69.2	88.4	88.1	227.7
Chihuahua	295.8	268.6	324.1	355.9	496.7
Distrito Federal	879.4	834.4	782.0	851.5	972.1
Durango	27.6	31.9	43.0	38.8	28.7
Guanajuato	130.2	172.3	123.0	195.8	201.8
Guerrero	10.1	8.3	9.8	12.6	47.7
Hidalgo	28.2	36.0	36.9	67.9	51.1
Jalisco	377.1	505.5	431.3	410.5	488.8
México	25.0	16.0	7.3	38.7	182.4
Michoacán de Ocampo	20.9	42.3	64.2	64.4	78.6
Morelos	125.7	102.5	125.4	116.9	152.4
Nayarit	85.2	119.7	96.3	151.1	122.7
Nuevo León	69.7	142.2	113.7	120.5	152.1
Oaxaca	11.8	49.1	51.0	62.8	16.8
Puebla	83.5	90.5	97.7	155.1	79.8
Querétaro de Arteaga	60.4	55.9	68.5	88.5	93.9
Quintana Roo	182.7	174.8	162.9	179.1	172.7
San Luis Potosí	49.6	187.7	42.0	69.0	128.7
Sinaloa	235.1	207.2	263.4	288.9	296.3
Sonora	468.9	492.3	533.3	566.6	559.7
Tabasco	905.3	948.3	1 098.3	1 171.2	1 288.8
Tamaulipas	188.1	175.7	292.3	199.9	178.4
Tlaxcala	58.9	71.2	89.7	81.5	106.7
Veracruz de Ignacio de la Llave	75.6	238.9	235.2	269.5	164.9
Yucatán	47.0	83.7	71.0	77.6	95.4
Zacatecas	60.4	48.0	74.1	143.2	91.7

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS). México 2005.

Gasto en salud de seguridad social per cápita por entidad federativa, 2001-2005
(pesos de 2005)

Anexo 9

Entidad Federativa	2001	2002	2003	2004	2005
Estados Unidos Mexicanos	2 685.5	2 704.1	2 970.5	3 365.0	3 133.8
Aguascalientes	2 304.4	2 341.5	2 602.7	2 904.1	2 671.2
Baja California	2 351.3	2 341.6	2 462.9	2 725.2	2 462.2
Baja California Sur	3 732.5	3 672.7	4 000.3	4 322.2	4 124.6
Campeche	3 016.1	3 254.4	3 395.0	3 728.5	3 660.7
Coahuila de Zaragoza	2 446.0	2 447.8	2 626.3	2 981.8	2 790.2
Colima	2 725.9	2 681.7	3 126.2	3 983.0	3 418.8
Chiapas	1 892.7	1 935.5	2 025.2	2 336.4	2 166.6
Chihuahua	2 166.3	2 169.6	2 333.4	2 631.1	2 343.1
Distrito Federal	6 754.8	6 772.8	7 658.7	8 724.2	8 203.7
Durango	2 124.3	2 125.8	2 375.4	2 727.4	2 548.2
Guanajuato	2 111.9	2 153.7	2 353.8	2 746.6	2 603.4
Guerrero	2 249.8	2 286.6	2 541.0	2 944.4	2 785.6
Hidalgo	2 052.1	2 091.8	2 281.3	2 550.6	2 389.0
Jalisco	2 379.1	2 443.2	2 662.5	3 064.7	2 825.5
México	1 306.8	1 183.9	1 320.3	1 579.5	1 408.7
Michoacán de Ocampo	2 063.8	2 015.0	2 251.1	2 548.9	2 363.1
Morelos	2 594.1	2 513.0	2 794.4	3 369.1	3 079.2
Nayarit	2 757.9	2 729.8	2 899.9	3 276.6	3 092.9
Nuevo León	2 496.8	2 656.4	2 847.8	3 177.3	3 093.5
Oaxaca	1 523.3	1 754.9	1 925.5	2 252.7	2 104.5
Puebla	2 258.4	2 433.4	2 658.7	3 005.7	2 785.7
Querétaro de Arteaga	1 965.9	1 877.3	2 164.2	2 468.8	2 313.6
Quintana Roo	2 510.0	2 449.7	2 573.0	2 831.2	2 713.6
San Luis Potosí	2 123.9	2 052.8	2 322.5	2 684.4	2 442.9
Sinaloa	2 075.1	2 249.9	2 428.8	2 722.9	2 503.2
Sonora	2 382.0	2 422.0	2 550.0	2 854.3	2 677.9
Tabasco	3 029.3	2 988.8	3 316.7	3 609.3	3 814.8
Tamaulipas	2 532.9	2 489.9	2 774.8	2 967.1	2 780.3
Tlaxcala	2 108.2	2 104.6	2 312.3	2 673.4	2 387.8
Veracruz de Ignacio de la Llave	2 833.4	2 911.2	3 167.9	3 516.8	3 287.9
Yucatán	2 666.2	3 049.2	3 266.7	3 570.7	3 343.9
Zacatecas	2 039.6	2 085.0	2 359.3	2 651.6	2 475.5

Nota: El gasto en seguridad social incluye el gasto en salud de IMSS, ISSSTE y PEMEX.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS). México 2005.

Gasto público en salud per cápita por entidad federativa, 2001-2005
(pesos de 2005)

Anexo 10

Entidad Federativa	2001	2002	2003	2004	2005
Estados Unidos Mexicanos	1 825.6	1 858.0	2 012.6	2 265.7	2 290.4
Aguascalientes	2 056.3	2 110.3	2 288.1	2 536.0	2 517.5
Baja California	1 732.3	1 746.3	1 854.6	2 091.7	2 033.7
Baja California Sur	3 208.2	3 176.4	3 415.9	3 726.8	3 723.7
Campeche	2 310.2	2 482.6	2 573.0	2 851.2	3 291.1
Coahuila de Zaragoza	2 192.0	2 199.1	2 323.1	2 600.3	2 502.7
Colima	2 106.2	2 218.1	2 657.0	3 077.3	3 060.6
Chiapas	969.0	1 047.4	1 121.8	1 300.1	1 464.5
Chihuahua	1 848.2	1 776.2	1 985.9	2 192.9	2 100.8
Distrito Federal	4 807.0	4 889.4	5 451.5	6 242.5	6 045.9
Durango	1 751.3	1 811.2	1 972.4	2 194.6	2 252.7
Guanajuato	1 214.5	1 202.0	1 330.9	1 524.5	1 590.0
Guerrero	1 166.7	1 184.3	1 323.2	1 449.8	1 577.2
Hidalgo	1 339.7	1 370.7	1 496.7	1 623.9	1 746.3
Jalisco	1 704.6	1 820.9	1 930.4	2 144.9	2 194.5
México	1 019.6	982.5	1 051.0	1 197.3	1 248.9
Michoacán de Ocampo	1 031.9	1 034.6	1 157.1	1 278.1	1 353.6
Morelos	1 509.4	1 492.5	1 658.6	1 893.8	2 023.7
Nayarit	1 792.0	1 850.8	1 948.1	2 165.0	2 248.5
Nuevo León	2 036.1	2 185.6	2 335.9	2 586.7	2 615.5
Oaxaca	1 003.1	1 143.6	1 194.1	1 379.8	1 544.1
Puebla	1 046.4	1 096.9	1 239.2	1 447.1	1 425.8
Querétaro de Arteaga	1 486.7	1 479.6	1 650.5	1 855.2	1 831.6
Quintana Roo	1 969.9	1 961.8	2 043.0	2 169.4	2 179.8
San Luis Potosí	1 372.8	1 421.9	1 514.9	1 734.6	1 780.5
Sinaloa	1 654.2	1 740.1	1 959.8	2 172.4	2 133.1
Sonora	2 080.9	2 153.1	2 267.2	2 482.9	2 453.9
Tabasco	2 117.2	2 151.1	2 428.4	2 805.4	3 633.0
Tamaulipas	1 964.4	1 946.7	2 214.9	2 353.6	2 376.4
Tlaxcala	1 260.3	1 348.3	1 434.7	1 583.7	1 711.3
Veracruz de Ignacio de la Llave	1 443.8	1 535.0	1 697.3	1 820.1	1 804.4
Yucatán	1 928.6	2 146.7	2 297.9	2 619.9	2 728.7
Zacatecas	1 295.8	1 390.1	1 587.4	1 795.0	1 869.4

Nota: El gasto público incluye gasto en población asegurada y en no asegurada.

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS). México 2005.

Gasto público en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto, 2001-2005

Anexo 11

Entidad Federativa	2001	2002	2003	2004	2005
Estados Unidos Mexicanos	2.7	2.7	2.8	3.0	3.0
Aguascalientes	2.5	2.6	2.7	2.9	2.8
Baja California	2.1	2.2	2.3	2.4	2.3
Baja California Sur	3.9	3.9	4.0	4.2	4.3
Campeche	2.2	2.2	2.3	2.4	2.8
Coahuila de Zaragoza	2.7	2.6	2.6	2.7	2.6
Colima	3.5	3.6	4.2	4.7	4.5
Chiapas	3.9	4.1	4.2	4.6	5.2
Chihuahua	2.1	2.1	2.2	2.4	2.2
Distrito Federal	3.0	2.9	3.1	3.5	3.2
Durango	3.4	3.4	3.5	3.6	3.7
Guanajuato	2.8	2.6	2.7	3.0	3.1
Guerrero	3.3	3.4	3.7	3.9	4.0
Hidalgo	3.8	3.8	4.0	4.1	4.3
Jalisco	2.7	2.9	3.0	3.2	3.1
México	2.2	2.2	2.3	2.5	2.5
Michoacán de Ocampo	3.1	3.1	3.3	3.4	3.5
Morelos	2.7	2.8	2.9	3.2	3.4
Nayarit	4.8	4.9	5.2	5.5	5.5
Nuevo León	1.8	1.9	2.0	2.0	2.1
Oaxaca	3.7	4.1	4.1	4.7	5.1
Puebla	2.3	2.5	2.7	3.1	2.9
Querétaro de Arteaga	2.0	2.0	2.2	2.4	2.3
Quintana Roo	1.9	1.9	1.9	1.9	2.0
San Luis Potosí	3.1	3.1	3.1	3.2	3.3
Sinaloa	3.7	3.8	4.1	4.2	4.1
Sonora	2.9	3.1	3.1	3.2	3.1
Tabasco	5.3	5.4	5.8	6.4	8.2
Tamaulipas	3.0	2.9	3.1	3.0	3.1
Tlaxcala	3.6	4.0	4.0	4.1	4.5
Veracruz de Ignacio de la Llave	4.1	4.2	4.4	4.4	4.4
Yucatán	3.6	4.1	4.2	4.6	4.7
Zacatecas	3.9	4.1	4.4	4.7	4.8

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS). México 2005.

Gasto privado en salud por entidad federativa, 2002
 (miles de pesos de 2005)

Anexo 12

Entidad Federativa	Total	Gasto de bolsillo 1/	Seguros Privados	Cuotas de recuperación	Otros fondos 2/
Estados Unidos Mexicanos	244 818 723.3	228 997 619.7	12 611 664.8	3 161 350.0	48 088.9
Aguascalientes	2 296 073.9	2 208 642.8	48 487.0	35 638.9	3 305.1
Baja California	8 197 469.7	7 925 011.7	216 135.4	56 195.0	127.5
Baja California Sur	1 613 071.1	1 556 082.4	16 025.2	40 913.0	50.5
Campeche	621 694.7	588 847.2	6 564.3	21 900.7	4 382.5
Coahuila de Zaragoza	4 054 595.1	3 813 225.0	178 293.9	62 901.9	174.4
Colima	1 195 502.0	1 132 217.8	41 368.5	21 915.6	0.0
Chiapas	6 483 124.5	6 389 287.4	51 352.6	42 203.4	281.1
Chihuahua	7 389 792.2	6 914 622.5	396 940.7	77 957.8	271.2
Distrito Federal	46 319 293.9	39 330 205.0	6 595 413.2	393 675.7	0.0
Durango	3 255 058.3	3 167 719.2	21 452.5	65 836.1	50.5
Guanajuato	7 506 682.2	7 115 519.1	123 488.0	267 675.0	0.0
Guerrero	4 312 007.0	4 149 830.0	15 777.3	146 095.6	304.1
Hidalgo	3 145 515.1	3 007 517.3	24 091.7	108 325.6	5 580.5
Jalisco	22 833 788.5	22 024 989.9	732 121.7	76 219.3	457.6
México	25 995 943.2	25 063 499.2	625 815.5	306 528.6	99.9
Michoacán de Ocampo	10 495 968.5	10 278 788.8	49 504.6	166 755.1	920.1
Morelos	2 492 747.3	2 361 548.2	74 117.8	53 379.4	3 701.9
Nayarit	1 975 967.2	1 916 432.7	8 707.4	46 925.5	3 901.5
Nuevo León	13 680 474.2	11 554 146.0	2 046 461.5	79 547.0	319.7
Oaxaca	5 006 149.3	4 912 355.4	9 241.9	84 265.6	286.4
Puebla	8 236 091.8	7 925 227.6	230 515.1	80 249.2	99.9
Querétaro de Arteaga	2 378 690.9	2 153 089.5	136 657.2	88 893.6	50.5
Quintana Roo	1 939 158.1	1 841 901.3	47 317.1	49 889.2	50.5
San Luis Potosí	4 914 581.0	4 811 008.1	55 912.1	47 421.6	239.1
Sinaloa	7 231 207.1	7 049 197.4	52 574.4	129 135.7	299.6
Sonora	5 229 063.5	4 766 211.9	326 319.1	136 139.1	393.4
Tabasco	3 127 220.1	3 015 167.6	23 809.9	80 492.6	7 750.0
Tamaulipas	7 193 646.9	6 889 845.4	214 757.9	88 857.0	186.6
Tlaxcala	1 861 403.7	1 808 563.0	9 236.5	43 604.1	0.0
Veracruz de Ignacio de la Llave	9 399 408.4	9 104 161.7	79 948.4	201 111.7	14 186.6
Yucatán	1 525 977.0	1 356 559.0	140 367.9	28 432.2	617.9
Zacatecas	2 751 178.0	2 706 020.5	12 888.4	32 269.1	0.0

1/ La suma de las entidades federativas no coincide con el total nacional ya que éste corresponde a un dato actualizado por el INEGI.

2/ Incluyen donativos de Fundación TELMEX (ONG's); JICA y USAID (Resto del Mundo).

Fuentes: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS). México 2005.
 Sesma Vázquez S, Pérez Rico R, et al. Gasto privado en salud por entidad federativa en México, México: 2005, Secretaría de Salud.

Gasto total, público y privado en salud como porcentaje del Producto Interno Bruto, 2001-2005

Anexo 13

Entidad Federativa	Total	Público	Privado
Estados Unidos Mexicanos	6.2	2.7	3.5
Aguascalientes	5.6	2.6	3.0
Baja California	6.2	2.2	4.0
Baja California Sur	8.4	3.9	4.5
Campeche	3.0	2.2	0.8
Coahuila de Zaragoza	4.6	2.6	2.0
Colima	7.1	3.6	3.5
Chiapas	10.2	4.1	6.2
Chihuahua	4.9	2.1	2.8
Distrito Federal	6.1	2.9	3.2
Durango	7.6	3.4	4.2
Guanajuato	6.0	2.6	3.4
Guerrero	7.3	3.4	4.0
Hidalgo	7.7	3.8	3.9
Jalisco	8.6	2.9	5.7
México	6.5	2.2	4.3
Michoacán de Ocampo	11.1	3.1	8.0
Morelos	5.8	2.8	3.0
Nayarit	10.5	4.9	5.6
Nuevo León	5.0	1.9	3.1
Oaxaca	9.4	4.1	5.2
Puebla	6.1	2.5	3.6
Querétaro de Arteaga	4.2	2.0	2.2
Quintana Roo	4.0	1.9	2.0
San Luis Potosí	7.9	3.1	4.8
Sinaloa	9.9	3.8	6.1
Sonora	6.4	3.1	3.3
Tabasco	9.5	5.4	4.1
Tamaulipas	6.6	2.9	3.7
Tlaxcala	9.5	4.0	5.6
Veracruz de Ignacio de la Llave	8.0	4.2	3.7
Yucatán	5.9	4.1	1.7
Zacatecas	10.2	4.1	6.1

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal (SICUENTAS). México 2005.

Gasto en salud por funciones de atención a la salud, 1999-2004
(millones de pesos de 2005)

Código ICCHA-HC	Funciones de atención a la salud	1999	2000	2001	2002	2003	2004
HC.1.2	Servicios de asistencia curativa y rehabilitación	208 779.2	231 284.5	274 558.2	283 310.7	326 200.4	339 895.0
HC.1.1:2.1	Asistencia curativa y rehabilitación hospitalaria	125 601.7	141 933.5	172 646.5	142 110.3	171 837.8	192 704.0
HC.1.2:2.2	Asistencia curativa y rehabilitación en hospitalización de día						
HC.1.3:2.3	Asistencia curativa y rehabilitación ambulatoria	83 177.5	89 351.1	100 971.6	139 950.8	153 047.7	145 250.8
HC.1.4:2.4	Servicios de asistencia curativa y rehabilitación a domicilio			940.0	1 249.6	1 315.0	1 940.2
HC.3	Servicios de atención de larga duración						
HC.4	Servicios auxiliares de atención a la salud			562.5	529.6	800.8	810.4
HC.5	Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios	64 899.1	74 047.4	80 965.1	92 492.8	102 482.0	101 996.3
HC.5.1	Productos farmacéuticos y otros productos perecederos	64 899.1	74 047.4	80 965.1	92 477.1	102 477.8	101 972.3
HC.5.2	Dispositivos médicos y otros productos médicos no perecederos				15.7	4.2	24.0
HC.6	Servicios de prevención y salud pública	2 443.1	2 196.7	12 149.6	10 252.4	14 654.2	14 482.6
HC.7	Administración de la salud y seguro médicos	29 489.5	26 667.0	38 145.0	40 614.4	19 623.5	48 031.4
	Gasto corriente en salud	305 610.9	334 195.6	406 380.4	427 199.9	463 760.9	505 215.7
HC.R.1	Formación de capital de instituciones proveedoras de atención a la salud	4 088.9	6 716.8	3 908.5	3 254.4	4 263.2	4 991.8
	Gasto Total en Salud	349 230.6	380 765.9	414 142.0	436 263.6	475 240.8	514 656.8
<i>Funciones relacionadas con la salud</i>							
HC.R.2	Formación de personal sanitario	2 130.5	2 364.0	2 565.0	2 937.8	4 544.2	2 444.2
HC.R.3	Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud	155.8	150.2	726.7	2 479.9	1 525.6	1 129.1
HC.R.4	Control sanitarios de alimentos, higiene y agua potable	42.2	46.2	504.9	391.6	723.5	710.9
HC.R.5	Salud ambiental	68.1	68.5	56.5		409.5	165.1
HC.R.8	Producción de otros bienes para la salud						13.9
	Gasto no distributable	37 134.2	37 224.6				

Fuente: Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. Sistema de Cuentas en Salud a Nivel Federal y Estatal, México 2006.

Referencias

1. Bustamante M. La Salud Pública en México, 1959-1982. Secretaría de Salubridad y Asistencia. México 1982. p 80.
2. Valdez-Olmedo C. Bonanza, Crisis, ...¿Recuperación?. Financiamiento de la Salud; 1970-1990. Una prospectiva hacia el año 2000. FUNSALUD. México 1991.
3. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. México 2001.p 58
4. Soberón G., Ruiz P, et al. Hacia un Sistema Nacional de Salud. México DF. Facultad de Medicina, UNAM, 1983.
5. Soberón G., Ruiz P, et al. Hacia un Sistema Nacional de Salud. México DF. Facultad de Medicina, UNAM, 1983.
6. Banco Mundial. Informe Mundial de Desarrollo 1993: Invertir en Salud. Washington DC 1993.
7. Frenk J, Lozano R, González-Block MA et al. Economía y Salud: propuestas para el avance del sistema de salud en México. Informe Final. México, D.F. Fundación Mexicana para la Salud, 1994.
8. Soberón G, Kumate J, Laguna J. La salud en México: Testimonios 1988. Fundamentos del cambio estructural. México D.F. Fondo de Cultura Económica, 1988: vol. I.
9. Cruz C, Lozano R, Querol J. The impact of economic crisis and adjustment on health care in México. Innocenti Occasional Papers. UNICEF, Vol 13, 1991: 1-35.
10. Cruz C, Álvarez F, Frenk J, Knaul F, Valdés C, Ramírez R, Las Cuentas Nacionales de Salud y el Financiamiento de los Servicios, Economía y Salud 7, Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 1994.
11. Hernández P, Zurita B, Ramírez R, Álvarez F, Cruz C. Las Cuentas Nacionales de Salud. En Frenk, J. Observatorio de la Salud . México, DF. FUNSALUD, 1997.
12. Arzo J, Knaul F. Inequidad en el gasto del gobierno en salud, en Caleidoscopio de la Salud, Fundación Mexicana para la Salud, México, 2003.
13. OECD. A System of health accounts. OECD. Paris, 2000. Traducido al español por el BID: OECD. Un Sistema de cuentas de salud. BID. Washington, 2002.
14. USAID, PHRplus, Cuentas Nacionales de Salud, Manual del Instructor, 2004.
15. Ibid Cruz C., Álvarez F., Hernández P, Cruz C, Zurita B, et al. El Sistema de Cuentas Nacionales de Salud en México, Economía y Salud 15, Fundación Mexicana para la Salud, A.C., 1997.
16. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001-2006. México, DF. Secretaría de Salud, 2001.
17. OCDE. Sistema de Cuentas Nacionales de Salud, Washington, DC, 2002.
18. Banco Mundial (BM), Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Agencia Internacional de Desarrollo de Estados Unidos (USAID), 2003.
19. Poullier JP, Hernández P, Kawabata K, National Health Accounts: Concepts, Data Sources, and Methodology. Health systems performance assessment: debates, methods and empiricism, World Health Organization, 2003.

20. Secretaría de Salud. Boletín de Información Estadística No 22 Vol IV Recursos Financieros, 2004.
21. Secretaría de Salud. Boletín de Información Estadística No 23 Vol IV Recursos Financieros, 2005.
22. Comisión sobre Macroeconomía y Salud. Macroeconomía y salud: invertir en salud en pro del desarrollo económico. Informe de la Comisión sobre Macroeconomía y Salud. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 2001.
23. Ibid, Organización Mundial de la Salud.
24. El costo es la valorización monetaria de la suma de recursos y esfuerzos que han de invertirse para la producción de un bien o servicio. El gasto es toda aquella erogación que llevan a cabo los entes económicos para adquirir los medios necesarios para la realización de sus actividades de producción de bienes y/o servicios, ya sean públicos o privados. El costo es el precio que se paga por producir y el gasto es el precio que se paga por el producto (bien final).
25. Merino Juárez, Alarcón Gómez, Lozano Ascencio. Manual de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud. México, D.F. Dirección General de Información en Salud, Secretaría de Salud, 2004.
26. Op cit.
27. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Historia del Sistema de Cuentas Nacionales de México (1938-2000), México, DF: INEGI, 2003: 66.
28. Reséndiz JL. Las cuentas Satélite en salud. INEGI. México, 2005.
29. OPS ha impulsado una iniciativa de cuentas satélite en salud, propiciando un enfoque satélite en busca de una mayor comparabilidad en los resultados. Ver. OPS. Manual de Cuentas Satélite de Salud. Washington 2005.
30. Frenk J, Knaul F, Gómez-Dantés O, et.al. Financiamiento justo y protección social universal: La reforma estructural del Sistema de Salud en México. México: Secretaría de Salud. 2004.
31. Erogaciones directas de los hogares en actividades cuyo objetivo esencial es el restablecimiento, el mantenimiento, el mejoramiento y la protección de la salud.
32. Sesma Vázquez S, Pérez Rico R, et al, Gasto privado en salud por entidad federativa en México, México: 2005, Secretaría de Salud.
33. Secretaría de Salud, México. Cobertura efectiva del sistema de salud en México 2000-2003.
34. Ávila L, Cahuana L, Pérez R. Cuentas nacionales de salud reproductiva y equidad de género. Ciudad de México/Cuernavaca, México: Secretaría de Salud/Instituto Nacional de Salud Pública, 2005.
35. Secretaría de Salud (2005) Sistema de Protección Social en Salud. Elementos conceptuales, financieros y operativos. 1ª edición. Secretaría de Salud; México.
36. Secretaría de Salud. Salud México 2001-2005: Información para la rendición de cuentas. México, 2006.
37. Hernández Patricia, Organización Mundial de la Salud, 2006.



Cuenta en Salud en México, 2001-2005

Dirección
General de
Información
en Salud