



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ECONOMÍA

**“IMPLANTACIÓN DE LA CUENTA SATÉLITE
DEL SECTOR SALUD EN MÉXICO”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN ECONOMÍA

P R E S E N T A

JOSÉ LUIS RESÉNDIZ JACINTO

ASESOR: DOCTOR MANUEL MORALES HERNÁNDEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

*A mis padres, Ana Judith[†] y José,
en especial a mi querida madre quien a base
de significativos esfuerzos me guió con los
valores de honradez, lealtad y
responsabilidad.*

*A mi esposa Amparo, con cariño y
amor, ser que con su comprensión y apoyo ha
soportado los sinsabores propios en parte de mi
trayectoria.*

*A Ernesto y Haydée, con amor
profundo y respeto, hijos que al parecer míos
también me sirven de ejemplo.*

*A mis pocos, queridos y nunca bien
ponderados hermanos: Marina, Víctor,
Humberto, Sergio, Cecilia, Marcela,
María Dolores, César y Martín.*

ÍNDICE

| | Pág. |
|---|------------|
| Proemio | v |
| Introducción | vii |
| Capítulo 1. Evolución de la estadística de salud en el Mundo y en México | 1 |
| 1.1 Antecedentes conceptuales | 2 |
| 1.2 Desarrollo de las estadísticas de salud en el mundo | 3 |
| 1.3 Evolución de la estadística de salud en México | 8 |
| Capítulo 2. Situación de la estadística de la salud | 15 |
| 2.1 Recapitulación del problema | 15 |
| 2.2 Características del problema | 16 |
| 2.3 Tópicos de investigación | 22 |
| 2.4 Necesidades de información | 23 |
| Capítulo 3. Marco teórico de la contabilidad nacional | 25 |
| 3.1 La macroeconomía a través de la historia | 25 |
| a. Las doctrinas económicas en los siglos XVI a XVIII | 26 |
| b. Contribuciones relevantes en el siglo XIX | 28 |
| c. Principales corrientes de pensamiento en el siglo XX | 32 |
| 3.2 Orígenes del Sistema de Cuentas Nacionales (SCN) | 35 |
| a. El Sistema de Cuentas Nacionales 1953 (SCN-1953) | 35 |
| b. El Sistema de Cuentas Nacionales 1968 (SCN-1968) | 36 |
| c. El actual Sistema de Cuentas Nacionales de 1993 (SCN-1993) | 38 |
| 3.3 El SCN-1993 y las cuentas satélite | 39 |
| 3.4 Desarrollo del Sistema de Cuentas Nacionales en México | 40 |
| a. Antecedentes | 40 |
| b. Las cuentas nacionales en el Banco de México (Banxico) | 41 |
| c. El Sistema de Cuentas Nacionales de México (SCNM) ante el cambio | 42 |
| d. El SCNM en el INEGI | 43 |

| | | |
|--------------------|---|------------|
| Capítulo 4. | Marco teórico conceptual para la elaboración de la Cuenta Satélite del Sector Salud | 47 |
| 4.1 | Principales conceptos, definiciones y clasificaciones sugeridos por la OCDE | 47 |
| | a. Conceptos y definiciones | 47 |
| | b. Clasificación funcional, del proveedor y la financiación | 48 |
| | i. Óptica funcional | 48 |
| | ii. Óptica del proveedor de bienes y servicios | 54 |
| | iii. Óptica de la financiación | 59 |
| 4.2 | Recomendaciones conceptuales del SCN-1993 | 60 |
| 4.3 | Otras clasificaciones de actividades y productos internacionales y nacionales | 67 |
| 4.4 | Ventaja de utilizar recomendaciones internacionales armonizadas | 68 |
| Capítulo 5. | Propuesta de solución | 71 |
| 5.1 | Bases | 71 |
| 5.2 | Hipótesis | 72 |
| 5.3 | Estructura de la propuesta de solución | 73 |
| | a. Descripción de cuadros | 73 |
| | i. Oferta y utilización | 74 |
| | ii. Actividades | 76 |
| | iii. Gasto en atención y cuidados de la salud | 78 |
| | iv. Matriz de transferencias en asistencia de la salud | 79 |
| | b. Principales variables macroeconómicas | 79 |
| 5.4 | Ventajas y limitaciones | 81 |
| Capítulo 6. | Desarrollo de la propuesta de solución | 85 |
| 6.1 | Procedimiento general | 85 |
| 6.2 | Integración del clasificador de actividades y productos y del inventario estadístico del Sector Salud de México | 86 |
| 6.3 | Captación de información | 88 |
| 6.4 | Tratamiento de la información | 90 |
| | a. Sector privado (Sociedades no Financieras e ISFLSH) | 90 |
| | b. Sector público | 93 |
| Capítulo 7. | Contrastación de la hipótesis. Cálculos para 1998 de la Cuenta Satélite del Sector Salud de México | 103 |
| 7.1 | Fuentes y métodos utilizados | 103 |
| | a. Fuentes de información | 103 |
| | b. Métodos | 107 |
| 7.2 | Resultados obtenidos | 112 |
| | a. Producto interno bruto y valor agregado bruto | 113 |
| | b. Oferta y utilización de bienes y servicios | 114 |
| | c. Personal ocupado | 116 |
| | d. Gasto en salud | 117 |

| | |
|---|------------|
| e. Formación bruta de capital fijo | 119 |
| f. Cuentas de producción | 119 |
| Anexo 1. Resultados cuantitativos obtenidos en la CSSSM para 1998 | 121 |
| Conclusiones | 157 |
| Recomendaciones | 161 |
| Apéndices | 163 |
| 1. Situación de la estadística de la salud | 165 |
| 2. Cuadros susceptibles de elaborar para la CSSSM | 189 |
| 3. Codificador de bienes y servicios relacionados con la salud humana, según la Clasificación Central de Productos (CCP), versión 1 | 203 |
| 4. México: Clasificación de Actividades y Productos relacionados con la Salud Humana | 213 |
| 5. Inventario Estadístico del Sector Salud | 221 |
| Bibliografía | 235 |

PROEMIO

Varios motivos propiciaron el interés por desarrollar esta tesis: el primero, mostrar que las investigaciones realizadas por un economista pueden generar información de utilidad para otras ciencias o disciplinas, como es el caso de las médicas, esto sin poseer una preparación específica en materia de salud o haber efectuado tareas relacionadas con la misma, es decir que un primer objetivo consistió en proporcionar elementos macroeconómicos para la medición detallada del sector salud y así dimensionar la importancia que este tiene en los principales indicadores de la economía del país.

El segundo motivo y quizá el más importante de ellos es que al examinar los registros disponibles en materia de salud, a nivel mundial y en el país, se detectó que se presentaban aislados, agregados y no estaban articulados con un marco central de referencia, debido a que las fuentes generadoras de información los elaboraban y continúan integrando, de acuerdo a sus propios objetivos y necesidades; todo lo cual trae consigo problemas importantes para satisfacer las actuales necesidades de datos detallados que demanda un mundo globalizado y los sectores público y privado de México, en su afán por aplicar o contribuir a la aplicación de políticas públicas eficientes y relevantes.

Otro de los factores que impulsó el desarrollo del estudio fue el hecho de constatar, por una parte, que la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), el Fondo Monetario Internacional (FMI), el Banco Mundial (BM) y la Comisión de las Comunidades Europeas (EUROSTAT), en la obra que conjuntamente difundieron y denominaron Sistema de Cuentas Nacionales 1993 (SCN-1993), en un capítulo especial, el XXI, recomiendan a los países la construcción de cuentas satélite sobre campos de interés nacional, sin alejarse del marco metodológico central de tal sistema, entre los que precisamente se encuentra el tema de la salud; y por otra que, en este mismo contexto, en el año 2000 la OCDE publicó el manual titulado Sistema de Cuentas de Salud en el que, utilizando los conceptos y definiciones que maneja la Organización Mundial de la Salud, también sugería a las naciones la conformación de una cuenta satélite de la salud y cuyos principios, normas, clasificaciones y métodos de elaboración están compatibilizados con el SCN-1993. Este factor fue determinante, toda vez que los elementos teóricos circulaban ya, y lo único que faltaba era adaptarlos a las características y funcionamiento de los sistemas de salud en México, de acuerdo a la información disponible.

Un elemento más que propició y a la vez facilitó avanzar en la conformación del estudio es el hecho de haber acumulado varios años de experiencia en el manejo de información básica y registros administrativos que dan pauta a la generación de estadística derivada como lo es la contabilidad nacional. En este sentido, el trabajo diario de tratar los aspectos relacionados con conceptos, definiciones, clasificaciones y métodos de cálculo desde la óptica de la contabilidad nacional, influyeron para investigar y proponer la construcción de nuevos proyectos vinculados con las cuentas nacionales, convirtiéndose así en un interés particular el propiciar romper paradigmas y a la vez en un incentivo el continuar con la temática propia del contador nacional, en este caso del sector salud, con el objetivo de dar pauta a la ampliación de la estadística disponible.

Es importante señalar, por otro lado, que el presente estudio no hubiera sido posible de no haber adquirido los conocimientos que así lo permitieran. Por tal razón, en primer lugar debo agradecer infinitamente a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), por aceptarme como parte de la comunidad universitaria y en particular a la ahora Facultad de Economía por influir en mi formación,

mediante su planta docente y personal de apoyo. En lo personal, la UNAM es una gran institución, a la cual respeto, me debo y siempre me deberé.

También expongo mi agradecimiento al Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, ya que en él, a través de los años, he ido consolidando todo lo aprendido y a la vez me ha permitido exponer la experiencia acumulada en foros nacionales e internacionales.

Por otra parte, mi más profundo agradecimiento al director de esta investigación, Doctor Manuel Morales Hernández, quien de manera desinteresada y con sus acertados consejos, sugerencias y actitud ejemplar, paciente y amistosa impulsó el desarrollo del trabajo hasta verlo convertido en una realidad, realización que parecía imposible de alcanzar después de haberme alejado por veintiséis años de la escuela; de igual forma, a los sinodales del mismo: Doctores Martín Puchet Anyul y Francisco Almagro Vázquez y licenciados Leandro Javier Lemuz Arrona y Miguel Angel Jiménez Vázquez, por las atinadas observaciones y recomendaciones para mejorar un trabajo cuyo contenido es árido y que por sus propias características es controvertido y por lo mismo puede conducir a manifestar opiniones a veces encontradas, por todo su invaluable apoyo: gracias.

También agradezco a todos los compañeros y amigos que, de una u otra forma, han influido para desarrollarme a lo largo de mi trayectoria como estudiante, (des)empleado o investigador, en particular a Alejandro Luna Rodríguez, Gilberto Castellanos Gutiérrez, Rafael Vera Olivares, Roberto Ibarra Benitez, Rosa María Rodríguez Skewes y a otros tantos más que son queridos o recordados y que por importantes razones están ausentes o presentes.

Finalmente, quizá resulte obvio mencionar que tanto los aciertos como los errores en que uno incurre en la vida son responsabilidad de quien los comete; por ello, todas las imprecisiones u omisiones que pudiera contener la presente tesis corresponden exclusivamente al sustentante de la misma.

INTRODUCCIÓN

La salud humana es un aspecto prioritario en los programas económicos y sociales de los países, en particular en el caso de México, ya que la atención de la población en ese ámbito se ha procurado desde tiempos remotos. No obstante, hasta la primera mitad del siglo pasado, el seguimiento estadístico de la salud estaba circunscrito a la elaboración de indicadores físicos sobre los recursos disponibles (número de hospitales, camas, etcétera) y su utilización (pacientes atendidos, número de consultas, entre otros), así como aquellos de orden sociodemográfico, por ejemplo el relativo al nivel de la esperanza de vida.

La cuantificación monetaria de la salud se ha realizado, en las diferentes naciones con una apertura que no permite una evaluación pormenorizada de esa actividad. Es a partir de la década de los setenta del siglo pasado en que algunos países, a sugerencia de la Organización Mundial de la Salud y de otras instituciones internacionales, comenzaron a incursionar en la medición particular del gasto en salud, aspecto reforzado en los noventa, cuando se busca encontrar estrategias para lograr y aplicar una más eficiente política en salud.

En general, las mediciones actuales no permiten dimensionar cabalmente el impacto del sector en la economía. Es por ello que instituciones internacionales como las Organizaciones: Mundial de la Salud (OMS), para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), Panamericana de la Salud (OPS), Banco Mundial (BM), entre otras; y nacionales como la Secretaría de Salud (SSA) y la Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD), por citar algunas, han manifestado su preocupación por medir cuantitativamente la importancia del Sector Salud. En este sentido, en el año 2000 la OCDE publicó el Sistema de Cuentas de Salud, manual que recomienda a los países, además de medir el gasto en salud, la construcción de una Cuenta Satélite, cuyos lineamientos metodológicos están armonizados con el Sistema de Cuentas Nacionales 1993 (SCN-1993).

En materia de contabilidad nacional el SCN-1993 dedica un capítulo especial (XXI) que sugiere a los países la elaboración de cuentas satélite para sectores de interés social, entre ellas contempla la de salud. Cabe mencionar que el SCN-1993 fue aprobado, en ese año, para su implantación por los países y considera la opinión especializada de cinco instituciones internacionales: Organización de las Naciones Unidas (ONU), Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), Fondo Monetario Internacional (FMI), Banco Mundial (BM) y la Comisión de las Comunidades Europeas (EUROSTAT).

Por su parte, las Cuentas Nacionales de México y la medición de las actividades relacionadas con la salud han evolucionado: primero se presentaron en forma global; luego con una apertura para los servicios médicos públicos y privados; actualmente, se desglosa en tres niveles (servicios básicos, laboratorios de análisis clínicos, de radiología y radioscopia, y servicios de asistencia social con y sin alojamiento).

En el Sistema de Cuentas Nacionales de México (SCNM), las transacciones que realizan los sectores que participan en la oferta y demanda de productos médicos están incluidas en los totales del país. Así, la salud como tal no es considerada en forma específica, sino que se encuentra inserta en un conjunto de actividades que tienen como propósito atender las necesidades de la población, es decir, en tal sistema se mide la producción así como el consumo de bienes y servicios médicos, sin profundizar en las interrelaciones que existen entre productores y demandantes y las formas de financiación del gasto.

No obstante los esfuerzos e iniciativas emprendidas en años recientes por organismos internacionales e instituciones nacionales, actualmente la información generada y difundida por esas instancias ha sido diseñada para satisfacer sus propias necesidades y objetivos, teniendo en general una presentación parcial, aislada o agregada en extremo, lo que no permite la identificación clara y detallada de los agentes económicos que participan en la producción y demanda de productos relacionados con la salud humana, no existiendo todavía registros sobre la formación bruta de capital fijo que efectúan los entes económicos para proporcionar bienes o servicios médicos y sólo se conocen datos parciales sobre el gasto por función, industria proveedora y fuente de financiación; todo lo cual trae como consecuencia no poder dimensionar la importancia económica que el sector salud tiene en la economía de un país, en particular en la de México.

Ante el conjunto de problemas enunciados anteriormente, el propósito central de la presente investigación consiste en desarrollar una propuesta para elaborar la Cuenta Satélite del Sector Salud en México.

La implantación en México de la Cuenta Satélite del Sector Salud pretende dar respuesta a la problemática actual planteada, ya que permitirá dimensionar en forma más precisa la contribución del sector en el Producto Interno Bruto, la oferta, demanda, inversión física, gasto y financiación del mismo, al reunir en una presentación coherente e integrada todas las operaciones relativas a las unidades económicas que producen, usan o adquieren bienes y servicios médicos, apoyando así el avance del conocimiento y medición de la importancia que el sector salud tiene en la economía, sobre todo porque tal cuenta está estrechamente vinculada con las recomendaciones conceptuales del SCN-1993 y el manual de Cuentas de Salud de la OCDE, lo que facilita la comparabilidad internacional, dando pauta a la vez a la ampliación de la disponibilidad de información.

En razón de la problemática actual, **se adelanta como hipótesis preliminar el hecho de que si se diseñan los objetivos, la recopilación de información, el método, el proceso y la obtención y presentación de resultados de la “Cuenta Satélite del Sector Salud de México”, entonces será posible superar las limitaciones que la información estadística tiene en general; de igual forma, al probar su funcionamiento se está en tiempo de que la propuesta sea de utilidad para así contar con información en la toma de decisiones eficientes y relevantes en materia de salud.**

Para cuantificar en términos macroeconómicos al sector salud, fue necesario, a partir de los resultados de los Censos Económicos y del SCNM, identificar detalladamente los aspectos relativos al mismo. Para ello, se llevaron a cabo diversas investigaciones y el estudio de las fuentes de información sobre el tema, a fin de aprovechar intensivamente los datos disponibles y con ellos integrar las mediciones particulares de las actividades relacionadas con la salud. De acuerdo a lo anterior, la elaboración de un estudio integrado y pormenorizado como el que ahora se presenta, requiere de un trabajo específico que ofrezca una mayor precisión sobre los temas vinculados con la salud, desde el punto de vista de la oferta y la demanda.

Así, el presente documento está integrado por siete capítulos. El primero, describe la evolución registrada en la estadística de salud en el Mundo y en México; en el segundo, se expone la situación y problemática actual que presenta la estadística de la salud a nivel internacional y en el país y que es objeto de solución de esta tesis; en el tercero se registra una síntesis muy apretada de los antecedentes históricos de la contabilidad nacional; el cuarto, explica en forma detallada el marco conceptual que sustenta la Cuenta Satélite, abordando los conceptos, definiciones y clasificaciones empleadas en el estudio; en el quinto capítulo se plantea la propuesta de solución, en donde se exponen las bases que sustentan la investigación, las hipótesis de la misma y los cuadros y variables macroeconómicas que

recomienda la OCDE se consideren en una cuenta satélite de salud; en el capítulo seis se desarrolla la propuesta de solución, mostrando específicamente los procedimientos utilizados en el tratamiento de la información.

En el séptimo capítulo y en el anexo 1 que le corresponde, se incorporan los resultados obtenidos, en valores corrientes, para 1998 de la Cuenta Satélite del Sector Salud en México que, entre otros aspectos, proporciona importante información macroeconómica sobre: cuentas de producción, personal ocupado remunerado, oferta y utilización, formación bruta de capital fijo y gasto total en salud, por función, industria proveedora y fuente de financiación; y finalmente, se presentan las conclusiones y recomendaciones del estudio.

Se precisa que el término “Satélite” utilizado para identificar al conjunto de agregados sobre la salud humana, que se encuentran articulados a las cuentas nacionales, obedece a que toma como referencia al SCN-1993, en el que se inscriben las recomendaciones para la elaboración de las Cuentas Nacionales y Satélite, estas últimas enfocadas a algún sector o tema relevante para las naciones. A este último tipo de cuentas se les denomina satélites debido a que en ellas se emplean los mismo criterios de clasificación, normas, principios y conceptos registrados en el marco central del SCN-1993, es como si sus resultados giraran en torno suyo sin desprenderse del mismo.

Por otra parte, también se aclara que en la Cuenta Satélite del Sector Salud de México los registros se elaboraron únicamente en valores corrientes; esta valuación resulta de gran importancia para conocer los flujos monetarios de los agregados que comprende.

En el documento se incluyen cinco apéndices, cada uno de ellos y los números de cuadros que los integran guardan una correspondencia directa con un capítulo en particular: el apéndice uno con el capítulo 2; el 2 con el capítulo 5; en tanto que el 3, 4 y 5 están relacionados con el capítulo 6 de este trabajo. Al final del estudio se registra la bibliografía general utilizada.

CAPÍTULO 1

EVOLUCIÓN DE LA ESTADÍSTICA DE SALUD EN EL MUNDO Y EN MÉXICO

La salud de la población como componente básico del bienestar social, constituye una prioridad en todos los países. En cada uno de ellos existen Sistemas de Salud, los cuales tienen una responsabilidad fundamental y permanente con las personas que atienden a lo largo de sus vidas y son cruciales para alcanzar el desarrollo sano de los individuos, las familias y la sociedad en todo el mundo. Es por ello que, desde hace más de 100 años, las naciones se han abocado a conocer y expresar, en forma estadística, las características de sus sistemas de salud.

En un principio, bajo la coordinación y recomendaciones de instituciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización de las Naciones Unidas, entre otras, los países se dedicaron a la compilación y presentación de series estadísticas sobre: la disponibilidad de recursos, es decir, registros del número de médicos, dentistas, personal auxiliar, establecimientos y camas en hospitales, entre otros; así como la utilización de esos recursos: días de hospitalización por paciente, consultas médicas y dentales, inmunizaciones aplicadas, etcétera. Entre otro tipo de indicadores físicos registraban: esperanza de vida, causas de mortalidad y porcentaje de población amparada por los servicios públicos de salud.

Si bien es cierto existían directrices internacionales para cuantificar las actividades relacionadas con la salud y de hecho la contabilidad nacional de los países registraba datos sobre ellas, es hasta fines de la década de los setentas y en la de los ochentas del siglo pasado (XX), cuando las naciones y organismos mundiales prestan mayor atención para que se generen mediciones económicas, además de datos físicos.

Desde entonces, a nivel internacional, se han venido realizando estudios estadísticos para analizar el estado actual del sector salud de los países, con el propósito de medir su importancia económica. Destacan por sus trabajos relacionados con el tema, la OMS, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, el Banco Mundial, la Organización Panamericana de la Salud, entre otras instituciones.

En México, la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano del Seguro Social, el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores al Servicio del Estado, el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI) y la Fundación Mexicana para la Salud, han tenido una importante participación en la generación y difusión de estadística relativa a indicadores físicos y sobre la cuantificación del gasto. Además, el INEGI ha generado información macroeconómica para el total de las actividades vinculadas con la salud y en algunos casos, con cierto detalle, aunque sólo para pocas funciones gubernamentales.

1.1 ANTECEDENTES CONCEPTUALES

Estando de acuerdo con el Doctor Manuel Morales Hernández (2000) en el sentido de que la economía particularmente estudia la relación del ser humano con sus satisfactores y que tiene por objeto el estudio de la producción, distribución, consumo, acumulación y el financiamiento de ésta, entonces también se comparte la forma de clasificar, por él y por otros autores a la ciencia económica en: teoría económica o economía política, cuyo propósito es la explicación y, en su caso, predicción de los fenómenos objeto de su estudio; la economía descriptiva, que al considerar las orientaciones de aquélla tiene como finalidad describir, a partir de los hechos reales, los fenómenos económicos en un tiempo y lugar específicos; y, la política económica, la cual con base en los análisis de la primera y la información de la realidad registrada por la segunda, elabora planteamientos que permiten la conducción de esos fenómenos.

Formando parte de la economía descriptiva, la contabilidad nacional es uno de los instrumentos estadísticos que junto con los métodos por ella utilizados, permite describir y medir los hechos económicos, a partir de la información acumulada de los flujos y acervos manejados por los agentes económicos (hogares, empresas y gobierno), ya que posibilita el registro ordenado de las manifestaciones de los fenómenos económicos, en ramas o sectores de actividad.

Actualmente, aun cuando la naturaleza de los sistemas de cuentas nacionales es esencialmente agregada, existe la tendencia mundial a registrar, ordenar y presentar la información macroeconómica lo más detalladamente posible, referida a conjuntos de sujetos, objetos y actos involucrados en los fenómenos económicos, como lo es el sector salud.

Así, la medición de la salud y por ende de los Sistemas de Salud debe quedar enmarcada en la contabilidad nacional que es un instrumento que permite organizar, sistematizar y registrar la información estadística sobre aspectos económicos, tales como la producción, el consumo, la inversión, el ahorro y las relaciones del país con el resto del mundo.

La versión más reciente de las recomendaciones internacionales en materia de contabilidad nacional, están plasmadas en el documento denominado Sistema de Cuentas Nacionales 1993 (SCN 1993), que fue elaborado con la participación de cinco instituciones internacionales: Organización de las Naciones Unidas (ONU), Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), Comisión de las Comunidades Europeas (EUROSTAT), Fondo Monetario Internacional (FMI) y Banco Mundial (BM).

El SCN-1993, está integrado por un conjunto de balances y cuadros que se elaboran con base en conceptos, definiciones, principios y reglas contables aceptadas internacionalmente, de esta forma describe los fenómenos esenciales que constituyen la vida económica de los países. “Ofrece un marco conceptual amplio dentro del cual pueden elaborarse y presentarse los hechos económicos en un formato destinado al análisis económico, la toma de decisiones y la formulación de la política económica. Las cuentas en sí mismas presentan, en forma condensada, un volumen importante de información detallada, organizada de acuerdo a determinados principios y percepciones acerca del funcionamiento de la economía. Constituyen un registro completo y pormenorizado de las actividades económicas que tienen lugar en una economía y la interacción que establecen los diferentes agentes económicos o grupos de los mismos, en los mercados o en otros ámbitos” (Organización de las Naciones Unidas, et al, 1993, párrafo 1.1).

Se reconoce que el SCN 1993 es un conjunto completo, coherente y flexible de cuentas macroeconómicas en donde se registran las transacciones que lleva a cabo un país internamente y con el exterior, se elaboran con el propósito de satisfacer las necesidades de los analistas del sector público y privado así como de aquellos responsables de la política económica y la toma de decisiones. Se ha diseñado para su utilización en países con economías de mercado, cualquiera que sea su etapa de desarrollo económico, y también en países en transición a la economía de mercado.

Si bien es cierto que el SCN - 1993 es un marco contable que presenta ventajas, ya que es exhaustivo y consistente dentro de la frontera de las actividades económicas que cuantifica, es decir, cada unidad, transacción, producto y finalidad tiene un lugar en las cuentas y clasificaciones del Sistema; de igual manera, tiene limitaciones respecto al volumen de información que puede registrar en forma detallada para temas específicos.

Es precisamente por ello que el SCN - 1993 recomienda a los países la construcción de Cuentas o Sistemas Satélite, funcionalmente orientados al estudio de actividades económicas particulares, con objeto de ampliar la capacidad analítica de las cuentas nacionales en temas específicos de manera flexible y sin sobrecargar ni distorsionar el marco central. De esta forma, los Sistemas Satélite están vinculados con las cuentas nacionales y a través de ellas con las estadísticas económicas integradas. Adicionalmente, están referidos a un campo especial del conocimiento que permite integrar tanto los registros monetarios como datos físicos dentro del contexto de las cuentas y el análisis macroeconómico.

Los sistemas satélite: suministran información adicional de carácter funcional y de interrelaciones sectoriales, a través de la utilización de conceptos, clasificaciones y marcos contables complementarios o alternativos que se requieren para realizar estudios específicos, extendiendo así el marco analítico de la contabilidad nacional; constituyéndose en la base para el análisis de datos mediante la construcción de indicadores y agregados macroeconómicos especiales para el campo de estudio definido.

Así, el SCN-1993 se manifiesta entonces como un marco central, flexible y dinámico, que puede adaptarse a las necesidades y prioridades que marca la disponibilidad de la estadística básica con que cuentan los países, permitiendo la ampliación de clasificaciones y la determinación de cuentas para ciertas actividades o sectores de interés, sin alejarse del marco central que orienta las cuentas globales.

1.2 DESARROLLO DE LAS ESTADÍSTICAS DE SALUD EN EL MUNDO

a. Organización Mundial de la Salud (OMS)

La OMS, como parte del Sistema de las Naciones Unidas, se crea el 7 de abril de 1948, actualmente está conformada por 191 países incluido México; constituye la única organización con cobertura mundial dedicada al campo de la salud.

Su misión general consiste en propiciar, para los habitantes de todas las naciones, el grado más alto posible de salud, insistiendo especialmente en eliminar las desigualdades entre países y dentro de ellos. Entre sus múltiples funciones: actúa como autoridad internacional dirigente y coordinadora en materia de salud; promueve la cooperación técnica, investigación biomédica y el desarrollo de los servicios de salud; y, prepara, establece y difunde normas

internacionales relacionadas con las enfermedades, y la producción y consumo de productos farmacéuticos (Organización Mundial de la Salud, 2001).

La OMS publica sus investigaciones y avances en el campo de la salud, las cuales son valiosas para el desarrollo de los sistemas y políticas, en la materia, en todos los países.

En 1981 la OMS publicó el estudio "Salud para todos en el año 2000", en él se especifican los objetivos cuantitativos susceptibles de verificarse y los adelantos mostrados por los países en materia de salud. Así, recomendó a las naciones afiliadas: destinar el 5% del Producto Interno Bruto para procurar la salud de la población; extender y brindar servicios de salud en las localidades alejadas, disponiendo por lo menos de 20 medicamentos esenciales, a una distancia que pudiera recorrerse en una hora de marcha; que el peso del recién nacido fuera de 2.500 Kg.; que la esperanza de vida al nacer alcanzara los 60 años; y que la tasa de mortalidad infantil fuera de 50 por cada mil nacidos vivos; entre otras. (Organización de las Naciones Unidas, 1987, p. 25 y 26).

En el Informe sobre la Salud Mundial 2000 presentó, entre otros importantes aspectos, el marco para la evaluación del desempeño de los sistemas de salud, el cual tiene por objeto apoyar a los Estados Miembros a medir su actuación, entender los factores que la determinan, mejorarla y responder a las necesidades y expectativas de la población a la que sirven y representan.

En resumen, en este documento se menciona que los sistemas de salud de los diferentes países han de cumplir cuatro funciones clave: la prestación de servicios, la generación de recursos humanos y materiales, el financiamiento, y la más importante, la rectoría, esto es, establecer las reglas del juego y hacerlas cumplir, proporcionando orientación estratégica a los distintos actores involucrados. (Organización Mundial de la Salud, 2001, p. XIV).

Por su parte, el Informe sobre la Salud 2001 tuvo por tema la salud mental, en él se lleva a cabo un examen sobre la problemática, actual y futura, asociada con esos trastornos y los principales factores que contribuyen a su aparición. Asimismo, aborda el aspecto de su prevención, existencia de tratamientos adecuados y los obstáculos que existen para prestarlos. (Organización Mundial de la Salud, 2002). En el correspondiente al año 2002, se describe la problemática sobre la discapacidad y morbilidad atribuibles a los riesgos más importantes para la humanidad y la proporción que podría evitarse en los próximos decenios si se redujeran los factores de riesgo. (Organización Mundial de la Salud, 2003).

En referencia a las estadísticas económicas, en el "Informe Mundial de la Salud 2000. Mejorar el Desempeño de los Sistemas de Salud", se presenta información sobre el gasto en salud de prácticamente todos los países del orbe. Tales registros se utilizaron para evaluar la eficiencia de 191 sistemas nacionales de salud.

b. Banco Mundial (BM)

Esta institución fue fundada en 1944 durante la conferencia de Bretton Woods, con la finalidad de apoyar la reconstrucción de las economías destruidas en la Segunda Guerra Mundial, impulsar el desarrollo económico y reducir la pobreza de los países más desprotegidos. Este Organismo multilateral se conformó con la integración del Banco

Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF), la Asociación Internacional de Fomento (AIF), la Corporación Financiera Internacional (CFI), el Organismo Multilateral de Garantía de Inversiones (OMGI) y el Centro de Arreglo de Diferencias Relativas a Inversiones (CIADI). (Banco Mundial, 2004).

El Banco Mundial, a través del BIRF y la AIF, otorga préstamos principalmente a países latinoamericanos para aplicar a proyectos y programas, dando prioridad al: desarrollo rural y de infraestructura; educación y salud; y para mejorar el medio ambiente de las naciones.

A partir de 1978, según el Estudio de Métodos, Serie F. No. 40, de las Naciones Unidas, el BM ha elaborado y difundido informes anuales sobre diversos temas económicos y sociales, incluida la salud, entre estos últimos destacan el “Estudio sobre la Medición de los Niveles de Vida” que publicó en 1982, en donde presenta los indicadores de salud en los países en desarrollo (Organización de las Naciones Unidas, 1987. p. 24 y 69); y, el “Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud”, que está dedicado íntegramente al análisis de ese campo de estudio. En éste, se examinan las políticas de salud aplicadas en los países del mundo y se evalúa el desarrollo de las naciones en la materia, así como sugerencias para controlar y aplicar eficientemente el gasto público en salud. (Banco Mundial, 1994. p.7).

Cabe destacar la preocupación mostrada por la OMS, el BM y la ONU en la medición del nivel de desarrollo humano alcanzado por los países. En este contexto, la OMS en 1981 recomendó a las naciones el diseño de indicadores que reflejaran los adelantos mostrados en materia de salud y bienestar social, tales como: la proporción del gasto en salud respecto al Producto Nacional Bruto (PNB) el ingreso per cápita, el peso promedio de los recién nacidos y la esperanza de vida al nacer, entre otros.

En este mismo sentido, el BM elabora indicadores de desarrollo denominados “Diamantes”, en los cuales considera: la esperanza de vida al nacer, la tasa bruta de matrícula primaria (o secundaria), el acceso al agua potable y el PNB per cápita, con objeto de mostrar el desarrollo de un país.

Por su parte, la ONU utiliza varios indicadores para construir lo que llama “Índice de Desarrollo Humano”, definido con el promedio simple de los índices que reflejan los resultados de un país en: salud y longevidad (esperanza de vida al nacer), educación (según la alfabetización de adultos y la matrícula total en los niveles primario, secundario y terciario) y nivel de vida (Producto Interno Bruto per cápita en función de las paridades de poder de compra).

c. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE)

La OCDE se constituye en un foro para discutir, desarrollar y aplicar adecuadamente la política económica y social. Esta institución se deriva de la Organización para la Cooperación Económica Europea, la cual fue creada con el propósito de llevar a cabo la reconstrucción de los países europeos después de la Segunda Guerra Mundial. Desde 1961 (año en que se instaura), la política de la organización ha sido propiciar el fortalecimiento de las economías de los países miembros, fomentar la firma de tratados de libre comercio y contribuir al desarrollo de las naciones. Actualmente cuenta con la participación de 30 países.

No obstante que sus principales objetivos se encuentran perfectamente definidos, la OCDE cuenta con oficinas encargadas del diseño de metodologías para la recopilación de datos y cálculo de indicadores estadísticos que le permitan cumplir con los propósitos que persigue. Al paso del tiempo, se ha convertido en una sólida organización generadora de estadísticas y de metodologías especializadas, gracias a la coordinación que mantiene con los países que la integran y a la cooperación de éstos en temas específicos. Entre las diversas publicaciones y estudios que ha difundido y que están relacionados con la temática de la salud, se destacan los siguientes:

- “Medición de los Cuidados de la Salud 1960-1983: Gasto, Costos y Desempeño” (según lo citado en Organización de las Naciones Unidas, 1987. p. 70).
- “Eco-Salud 2000. Análisis Comparativo de 29 países”, publicado en ese año, en donde se registra información sobre salud, del período 1960-1999, generada por los países que la integran, e incluye datos físicos y monetarios, abordando la temática de: situación actual, recursos, utilización de éstos, gasto, financiamiento, protección social y mercado farmacéutico, entre otros.
- Con relación a la investigación que ahora nos ocupa, es menester resaltar la aportación que la OCDE hizo en el año 2000 al publicar el Sistema de Cuentas de la Salud (A System of Health Accounts), Manual que presenta recomendaciones para documentar y elaborar las cuentas del sector salud de los países.

d. Organización Panamericana de la Salud (OPS)

En la Segunda Conferencia Internacional de los Estados Americanos, celebrada en México en 1902, se decidió la fundación de la Oficina Sanitaria Panamericana; en 1947, en la XII Conferencia Sanitaria Panamericana (Caracas, Venezuela), se acordó que dicha Oficina se convirtiera en el órgano ejecutivo de las decisiones que en materia de salud dictara la Organización Sanitaria Panamericana (OSP), cuya constitución fue aprobada ese mismo año; en 1949 la OMS y la OSP decidieron que esta última representara a la primera en la Región del Continente Americano.

Posteriormente, En la XV Conferencia Sanitaria Panamericana, llevada a cabo en 1958 en San Juan, Puerto Rico, el nombre de la Organización Sanitaria Panamericana cambió por el de Organización Panamericana de la Salud (OPS). Actualmente, la OPS está integrada por 35 países de América, incluido México, un asociado, Puerto Rico, cuatro Estados participantes, Francia, Reino de los Países Bajos, Reino Unido e Irlanda del Norte y dos Estados observadores que son España y Portugal. (Organización Panamericana de la Salud, 2004).

La misión fundamental de la OPS es la cooperación técnica con los gobiernos miembros, teniendo como “propósito fundamental la promoción y coordinación de los esfuerzos de los países de la región de las Américas para combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el bienestar físico y mental de sus habitantes”. (Organización Panamericana de la Salud, 2004).

La tarea desarrollada por la OPS ha sido de vital importancia, en virtud del vínculo cooperativo que existe entre los países que la conforman, gracias a ello ha sido posible el

combate contra enfermedades tales como la viruela y la poliomielitis y ha propiciado la ayuda en casos de los desastres ocurridos en las naciones. Asimismo, la OPS colabora con los países en la movilización de recursos necesarios para proporcionar servicios de inmunización y tratamiento preventivos de enfermedades.

Por otra parte, en el ámbito estadístico, en 1994 la OPS difundió el trabajo “Gasto Nacional y Financiamiento del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la década de los Noventa”, en donde se presentan las características del gasto y financiamiento de los sistemas de salud de esos países (Suárez, 1994) y así desde 1995 publica anualmente el documento “Situación de la Salud en las Américas. Indicadores Básicos” que contiene un conjunto de datos de los países latinoamericanos sobre aspectos demográficos, socioeconómicos, de mortalidad, morbilidad, recursos y cobertura de los servicios de salud. En este último grupo de información, se incluyen registros sobre el gasto total realizado en materia de salud por parte de dichas naciones. (Organización Panamericana de la Salud, 1999).

En este mismo sentido, La OPS conjuntamente con la OMS y el Proyecto de Colaboración para la Reforma del Sector Salud (PCRSS), cuyo nombre en inglés es Partnerships for Health Reform (PHR), han difundido, en sus diferentes informes técnicos, las “Cuentas Nacionales de Salud”. En el No. 21 presentan información resumida de ocho estudios nacionales de Latinoamérica y el Caribe, donde se incluye el caso de México. En él, se mencionan los objetivos de las cuentas, principales resultados, limitaciones de los cálculos, así como las recomendaciones para mejorar las estimaciones del gasto en salud por parte de los países. (Organización Panamericana de la Salud, 1998).

Así, la OPS, en concordancia con el PCRSS, señalan la importancia de medir el gasto en salud, siendo precisamente el objetivo del proyecto que han denominado “Cuentas Nacionales de Salud”, a través de las cuales puede efectuarse el análisis de los recursos financieros, de acuerdo al agente económico que realiza el gasto, y sobre el Sistema Nacional de Salud en sus componentes institucionales: públicos y privados.

e. Otros Organismos Internacionales

La medición de la importancia que tiene el Sector Salud en la economía no sólo ha sido un tema abordado por instituciones relacionadas con ella, sino que ha propiciado la participación reciente de otras agencias así como de instancias académicas.

En este sentido, en 1996 la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (ADIEU), cuya denominación en inglés es United States Agency for International Development (USAID), junto con la OPS y el PCRSS propusieron la creación de una “Red de Cuentas Nacionales de Salud en Latinoamérica y el Caribe”, a fin de avanzar en el desarrollo y uso de los indicadores del gasto en salud, como una herramienta para la generación de políticas más racionales en la región. (Organización Panamericana de la Salud, 1999).

También, en 1998, la Oficina para la Administración del Financiamiento para la Atención de la Salud (Health Care Financing Administration) de Estados Unidos, con la participación de la Universidad de Harvard, llevó a cabo la Tercera Conferencia Internacional sobre Cuentas Nacionales de Salud, como así se ha denominado a la medición del gasto en salud, para

analizar los progresos alcanzados por los diferentes países en esa materia y a la vez sugerir la aplicación de una metodología homogénea en los mismos, tanto en la recolección de datos como para las estimaciones del gasto efectuado por los sistemas de salud de las naciones.

1.3 EVOLUCIÓN DE LA ESTADÍSTICA DE SALUD EN MÉXICO

En México, la prestación de servicios de salud institucionalizada se establece a partir del período prehispánico, durante el cual se crearon hospitales y hospicios para ancianos e impedidos, ya que según Francisco de Asis y Troncoso “Los aztecas tuvieron, en efecto, algo semejante a nuestros hospitales, los que, según Torquemada.... los había en México, Cholollan y otras poblaciones grandes, a donde podría extenderse la beneficencia oficial. En Tenochtitlan hubo hospitales para los viejos y enfermos; Moctezuma II, según Clavijero, tenía en el palacio imperial una casa para las enfermedades incurables y extraordinarias; estaba anexo al templo mayor un hospicio, y, por fin, junto al mismo templo, había un edificio llamado *netlatiloyan*, que estaba consagrado al dios *Nanahuatl*, donde se recogían los leprosos. Eran éstos otros tantos caritativos albergues donde se asistía por la beneficencia pública a los indios necesitados y enfermos” (citado por Ortiz, 2000, pág. 35-36).

La atención de la salud de la población mexicana adquiere un realce significativo al instaurarse, en 1857, la Dirección de la Beneficencia Pública. En el siglo XX, el Sector Salud toma relevancia ya que en 1937 desaparece la Dirección de la Beneficencia Pública y sus funciones son asumidas por la naciente Secretaría de Asistencia Pública, la cual en 1943 se transformó en la Secretaría de Salubridad y Asistencia.

La atención de la salud por parte del gobierno se ve fortalecida con la creación del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) en 1944 y 1961, respectivamente, reconociendo en el país a la Seguridad Social como un servicio obligatorio.

Es importante mencionar que la atención de la salud en México está garantizada constitucionalmente en el artículo 4º y la fracción XVI del artículo 73, al señalar que “toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las entidades federativas en materia de salubridad general...” (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 2002, p. 15).

Asimismo, existen disposiciones jurídicas para el cuidado de la salud de los ciudadanos mexicanos. En la Ley General de Salud (Secretaría de Gobernación, 2003), se establecen, a lo largo de todos los artículos que la conforman, los lineamientos y normas generales y específicas sobre el funcionamiento de los Sistemas Nacionales de Salud, así como las atribuciones y responsabilidades de los organismos encargados de su instrumentación, en ellas se garantiza también la participación de los sectores público y privado para proporcionar bienes y servicios médicos.

De acuerdo al artículo 45 de la Ley antes mencionada, corresponde a la Secretaría de Salud “...vigilar y controlar la creación y funcionamiento de todo tipo de establecimientos que prestan servicios de salud, así como fijar las normas oficiales mexicanas a las que deberán de sujetarse”. De igual forma, en su ámbito de competencia el IMSS y el ISSSTE tienen como finalidad

garantizar el derecho a la salud y asistencia médica, individual y colectiva de los derechohabientes.

Actualmente, en el país, el Sistema Nacional de Salud funciona mediante dos subsistemas: el privado, que atiende a todo aquél paciente que solicita el servicio (hospitalización, consulta externa, prevención, rehabilitación, etcétera), y está en posibilidad de cubrir el precio por la atención recibida; y el público, que orienta la prestación del servicio a derechohabientes y a la población abierta. En el siguiente recuadro se muestran las principales instituciones públicas y los servicios de salud que ofrecen:

Instituciones Públicas y Servicios de Salud

Recuadro 1.1

| Institución | Atención a: | Servicios de salud que proporciona |
|--|--|---|
| Secretaría de Salud <ul style="list-style-type: none"> • SSA Federal e Institutos o Secretarías de Salud Estatales • Institutos Nacionales de Salud (Cardiología, Enfermedades Respiratorias, Cancerología, entre otros) • Organos Desconcentrados y unidades económicas que coordina la SSA (Coordinación de Salud Mental, Hospital Juárez, entre otras) | Población abierta o no derechohabiente | Prevención, vigilancia epidemiológica, hospitalización (general y de especialidades), consulta externa (general, dental y de especialidades) y rehabilitación |
| Seguridad Social <ul style="list-style-type: none"> • IMSS • ISSSTE • ISSFAM | Población derechohabiente (afiliados, dependientes y familiares) | Prevención de enfermedades (vacunación) en acuerdo con la SSA, hospitalización (general y de especialidades), consulta externa (general, dental y de especialidades) y rehabilitación |
| Otras Instituciones <ul style="list-style-type: none"> • SEDENA • SEMAR • Petróleos Mexicanos (Hospital) | Trabajadores y familiares | Hospitalización (general y de especialidades), consulta externa (general, dental y de especialidades) y rehabilitación |

Fuente: Elaboración propia con información de la SSA, IMSS, ISSSTE, entre otras instituciones de salud.

A continuación se describe el importante papel que han jugado las principales instituciones públicas y privadas en el desarrollo de la estadística de la salud en México.

a. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI)

Paralelamente al desarrollo del Sector Salud, se creó el Departamento de la Estadística Nacional, quien tenía la responsabilidad de generar las estadísticas oficiales del país.

Así, en 1930 se publican por vez primera, por parte de la Dirección General de Estadística, datos en materia de salud, tanto pública como privada, bajo la denominación de “Asistencia Social a Pacientes Internos y Externos”, para el período de 1925 a 1928. (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1997).

Por otra parte, en las Estadísticas Históricas de México, Tomo I, (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2000), se difunden datos, desde 1893, referentes a los servicios médicos preventivos otorgados en ese entonces por la Dirección de Beneficencia Pública.

Con la publicación de la Ley Federal de Estadística, a finales de 1947, a la Dirección General de Estadística se le confirió la realización de los censos nacionales y la normatividad técnica para guiar las estadísticas elaboradas por el sector público, dando como resultado que en 1951 se diseñara el primer formato oficial para la captación de estadísticas sobre la salud.

De 1965 a 1987, anualmente, la información de los servicios médicos fue captada y procesada por la Dirección General de Estadística, quien generó reportes de las unidades hospitalarias del sector público y privado, principalmente de indicadores sobre recursos y utilización de servicios médicos, y registros relacionados con el gasto ejercido por las unidades económicas públicas.

En 1981, por decreto presidencial se le encomienda la tarea de elaborar los cálculos macroeconómicos del país a la Dirección General de Estadística del INEGI, función a cargo hasta entonces del Banco de México. Por ello, la medición del Sector Salud en la contabilidad nacional, la ha venido realizando este Instituto.

Es necesario comentar que al INEGI le antecedió la Coordinación General del Sistema Nacional de Información (CGSNI) que inició labores el 23 de marzo de 1977, como resultado de la integración de cuatro Direcciones Generales: Estadística, Estudios del Territorio Nacional (actual Dirección General de Geografía), Diseño e Implantación, y Sistemas y Procesos Electrónicos. (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2001).

En el año de 1980, la CGSNI se reestructuró y adoptó el nombre de Coordinación General de los Servicios Nacionales de Estadística, Geografía e Informática (CGSNEGI), y posteriormente en 1983 se transforma en el actual INEGI.

b. Secretaría de Salud

En 1988, el INEGI transfirió al Grupo Interinstitucional de Información en Salud, creado en 1983 y conformado por el IMSS, ISSSTE, DIF, entre otros – bajo la coordinación de la Secretaría de Salud -, la captación de estadísticas provenientes de instituciones que conforman el Sistema Nacional de Salud, quedando bajo la responsabilidad del INEGI la recopilación y procesamiento de datos de las unidades pertenecientes al sector privado.

En particular, el esquema de transferencia fue definido en el Plan Nacional de Desarrollo 1983-1988 (Secretaría de la Presidencia, 1983), y sobre todo en el Programa Nacional de Salud 1984-1988 (Secretaría de Salud, 1984), en el que los ordenamientos jurídicos asignaban a la Secretaría de Salud el carácter de órgano rector de la política en esa materia.

Con el transcurso del tiempo, se ha enfatizado la importancia de disponer de estadísticas sobre la salud, que permitan apoyar las acciones de programas y políticas específicas, para el logro de los objetivos y metas acordes con la realidad imperante, tanto en el sector público como en el privado, ya que la adecuada planificación en la dotación de estos servicios requiere, como insumo necesario, de información oportuna y confiable.

En 1998, la Secretaría de Salud (SSA) organizó el Registro del Ejercicio Presupuestal del Sector Público, que considera el gasto público en materia de salud y cuyos resultados son publicados en el Boletín Estadístico Anual del Sistema Nacional de Información en Salud. (Secretaría de Salud, 2002).

La SSA continúa actualizando el estudio denominado Sistema de Cuentas Nacionales de Salud que elaboró la Fundación Mexicana para la Salud del período 1992-1998 y que contiene, información del gasto total, público y privado. Así, la SSA ha difundido el Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud con datos hasta el año 2001. Esta investigación muestra información que da seguimiento a los recursos financieros, públicos y privados, que se invierten y consumen en relación a la salud.

Cabe mencionar que desde el año 2003, la SSA difunde a través de su página de Internet registros relativos al gasto en salud por proveedor, función y fuente de financiación que se acercan a los formatos recomendados por la OCDE, pero no cubren todos los requisitos y lineamientos. Actualmente abarcan el período 1999-2001. (Secretaría de Salud, 2003).

c. Fundación Mexicana para la Salud (FUNSALUD)

En 1985, un grupo de empresarios mexicanos creó FUNSALUD, institución privada al servicio de la comunidad. Es una asociación civil, autónoma, sin fines de lucro, incluida en el Registro Nacional de Instituciones y Empresas Científicas y Tecnológicas del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología.

FUNSALUD, tiene como misión contribuir al conocimiento científico y tecnológico y al estudio de políticas en materia de salud, mediante el impulso a la investigación, la formación de recursos humanos de alto nivel y el desarrollo tecnológico. Además identifica y caracteriza problemas de salud y genera propuestas de solución.

La medición del gasto en salud ha sido parte de las funciones de FUNSALUD, quien publicó en la serie economía y salud, un estudio denominado “Cuentas Nacionales de Salud y el Financiamiento de los Servicios” (Fundación Mexicana para la Salud, 1994). Posteriormente da a conocer la publicación titulada “El Sistema de Cuentas Nacionales de Salud en México”. (Fundación Mexicana para la Salud, 1997).

El enfoque que FUNSALUD ofrece en el Sistema de Cuentas Nacionales de Salud se orienta exclusivamente al análisis del gasto y bajo este panorama ha medido la participación del sector público y privado en el gasto total en salud, así como la proporción que guarda éste respecto al Producto Interno Bruto del país.

Hasta el inciso anterior, se ha descrito el papel que a través de los años han jugado el INEGI, la SSA y FUNSALUD en la generación de estadística básica y derivada relacionada con la salud. No obstante, eso no significa que sean las únicas, muy por el contrario surgen y se consolidan otras instituciones que han propiciado no sólo la difusión de estadística básica, como se verá en los siguientes capítulos, sino lo más importante es que, de una u otra manera, han cumplido con su propósito fundamental que es la atención de la salud de sus derechohabientes (IMSS, ISSSTE, ISSFAM), o de la población abierta (Institutos Nacionales de Salud, Sistema Integral para el Desarrollo Integral de la Familia –DIF-, entre otras); sólo que la finalidad de este capítulo y del estudio en si mismo es el identificar a aquellas instituciones que han contribuido más al desarrollo de la estadística vinculada con la temática que plantea la elaboración de la Cuenta Satélite del Sector Salud de México.

En resumen, organizaciones internacionales e instituciones del país han abordado, preparado y difundido los resultados de sus investigaciones relacionadas con la salud humana. Respecto a los lineamientos de circulación mundial para elaborar la estadística económica, últimamente destaca el documento “Sistema de Cuentas de la Salud”, que la OCDE publicó en su versión en inglés en el año 2000 y difundido en idioma español en 2002 (Banco Interamericano de Desarrollo, 2002), mismo que está armonizado con el Sistema de Cuentas Nacionales 1993.

Referencias de documentos utilizados

1. *Acerca de la OPS*. Organización Panamericana de la Salud. (2004). <http://www.paho.org/spanish/dbi/ecp/historia.htm>
2. Banco Interamericano de Desarrollo. (2002). *Sistema de Cuentas de Salud*. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.
3. Banco Mundial. (1994). Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. *Invertir en Salud*. Washington: Banco Mundial.
4. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 139ª edición (2002), México: Porrúa.
5. *Cuentas Nacionales de Salud*. (28-05-2003). Secretaría de Salud. http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/sicuentas/publicaciones/matrices_OCDE1999_2001.xls
6. Fundación Mexicana para la Salud. (1994). *Cuentas Nacionales de Salud y el Financiamiento de los Servicios*. México: FUNSALUD.
7. Fundación Mexicana para la Salud. (1997). *El Sistema de Cuentas Nacionales de Salud en México*. México: FUNSALUD.
8. *Historia del Banco Mundial en México*. Banco Mundial. (2004). <http://bancomundial.org/queeshistoria.htm>
9. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1997). *Conociendo las Estadísticas de México* (COESME). México: INEGI.
10. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2000). *Estadísticas Históricas de México (Tomo I)*. México: INEGI.
11. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2001). *Historia de las Cuentas Nacionales de México 1938-2000*. México: INEGI.
12. Morales, Manuel. (2000). *Causalidad y Economía Descriptiva, un modelo para la explicación y registro de los hechos económicos en la contabilidad nacional*. México: Tesis de Maestría en Economía, Facultad de Economía, UNAM.
13. Organización de las Naciones Unidas, et al. (1993). *Sistema de Cuentas Nacionales 1993 (SCN-1993)*. Nueva York: Naciones Unidas.
14. Organización de las Naciones Unidas. (1987). *Conceptos y Métodos para la integración de las Estadísticas Sociales y Económicas sobre la Salud, la Educación y la Vivienda*. Nueva York: Naciones Unidas
15. Organización Mundial de la Salud. (2000). Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. *Mejorar el Desempeño de los Sistemas de Salud*. Ginebra: OMS.

16. Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la Salud en el Mundo 2001, *Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: OMS.
17. Organización Mundial de la Salud. (2002). Informe sobre la Salud en el Mundo 2002, “*Reducir los riesgos y promover una vida sana*”. Ginebra: OMS.
18. Organización Panamericana de la Salud. (1998). OPS-OMS-Partnerships for Health Reform. Informe técnico No. 21. *Cuentas Nacionales de Salud: Resúmenes de Ocho Estudios Nacionales en Latinoamérica y el Caribe*. Washington: OPS.
19. Organización Panamericana de la Salud. (1999). Programa Especial de Análisis en Salud. *Situación de la Salud en las Américas. Indicadores Básicos*. Washington: OPS.
20. Ortiz, Federico. (2000). *Hospitales*. México: McGraw-Hill Interamericana.
21. *Reforma en Marcha*. Organización Panamericana de la Salud. (1999). http://www.americas.health_sector_reform.org/spanish/nlsep99spa/pdf
22. Secretaría de Gobernación. (2003). Diario Oficial de la Federación (15 de mayo de 2003). *Ley General de Salud*. México: SEGOB.
23. Secretaría de la Presidencia. (1983). *Plan Nacional de Desarrollo*. México: Secretaría de la Presidencia.
24. Secretaría de Salud. (1984). *Programa Nacional de Salud 1984-1988*. México: SSA.
25. Secretaría de Salud. (2002). *Boletín Estadístico Anual del Sistema Nacional de Información en Salud*. México: SSA.
26. Suárez R., et al. (1994). *Gasto Nacional y Financiamiento del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Década de los Noventa*. Washington: OPS.

SITUACIÓN DE LA ESTADÍSTICA DE LA SALUD

2.1 RECAPITULACIÓN DEL PROBLEMA

Como se desprende de lo expuesto en el apartado anterior, diversos organismos internacionales y nacionales han tratado, desde diferentes ángulos, el tema de la salud, atendiendo siempre a sus necesidades específicas de información. En un principio, principalmente, generaron estadísticas enfocadas a los aspectos sociales, cantidades de servicios y unidades físicas para atender al paciente y es a partir de la segunda mitad del siglo XX cuando se proponen la integración de registros monetarios, a través de las cuentas nacionales y los datos agregados del gasto en materia de salud.

En este mismo sentido, varios países llevan a cabo compilaciones periódicas de estadísticas de salud, incluyendo datos físicos y monetarios, que han preparado para atender objetivos definidos por parte de quienes se ocupan de la política en materia de salud, pero no están claramente vinculados con las recomendaciones que emanan del Sistema de Cuentas Nacionales (Organización de las Naciones Unidas et al, 1993), sino que más bien se han diseñado para atender necesidades de información específica como son los indicadores sociodemográficos relacionados con las enfermedades, la oferta y utilización de los recursos médicos o, en el mejor de los casos, con la cuantificación del gasto.

En México, el desarrollo de la estadística de salud ha seguido la misma tendencia y es así que hasta el presente sólo se dispone de registros sobre recursos disponibles, servicios otorgados y datos globales sobre gasto, total y por sector (público y privado) que genera la Secretaría de Salud (SSA) y de información agregada y en ciertos casos detallada (cuentas de producción, personal ocupado y consumo público y privado) de los servicios de salud en el Sistema de Cuentas Nacionales de México. (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2004 a).

Si bien es cierto la información de los flujos monetarios del gasto publicada por la SSA y la difundida por el SCNM es importante, no presenta los detalles necesarios para elaborar y definir las políticas públicas de manera más precisa, ya que no identifica específicamente los actores económicos que participan en la elaboración de bienes y la prestación de servicios médicos, no establece el equilibrio entre la oferta y la utilización de los mismos y no da pauta para el cálculo de la inversión física efectuada por la industria de la salud.

En este sentido, las estadísticas de gasto difundidas por la SSA son datos globales y no dan la posibilidad de profundizar en las interrelaciones que existen entre los productores de bienes y servicios médicos y los demandantes de ellos, ni identificar la forma de financiación clasificada de acuerdo a los principales agentes económicos que la efectúa.

Por su parte, la contabilidad nacional aborda la medición de la salud pero no como un sector integrado, sino que únicamente hace referencia a los servicios médicos totales o públicos, registrando en otras actividades la producción de bienes tales como medicamentos, material de curación, etcétera. Por ello, los datos resultan insuficientes para el análisis pormenorizado de este sector tan importante.

Tales registros, tanto los de la SSA como los del SCNM, al no contemplar la participación de todos los entes económicos involucrados o al presentar datos aislados o parciales y al no aplicar las últimas recomendaciones internacionales (en el sentido de abarcar actividades características y conexas que generan productos médicos), no están realizando una medición precisa y completa sobre la salud humana, por ello, no es posible determinar el impacto del sector en la economía del país.

En síntesis, el problema que se plantea es *“México y las instituciones públicas y privadas requieren de información estadística integrada sobre el sector salud, tanto desde el punto de vista de la oferta como de la demanda, registros que actualmente no están disponibles”* aun cuando existen datos dispersos sobre diferentes aspectos de este tema.

2.2 CARACTERÍSTICAS DEL PROBLEMA

Con la intención de mostrar, por un lado, que efectivamente los organismos internacionales y nacionales han generado información estadística que les es de utilidad para sus propósitos específicos y evidenciar, por otro, que tales registros sobre todo los monetarios no están articulados con un marco conceptual homogéneo y por ello no permiten el conocimiento más preciso y detallado del impacto que tiene el sector salud en una economía, a continuación se describen los principales datos publicados sobre tan importante ámbito.

A fin de facilitar la descripción del contenido de la información difundida por organismos internacionales y del país sobre la salud, la cual nos proporciona los elementos para caracterizar la actual problemática existente y así disponer de registros más precisos y detallados, se han seleccionado 23 cuadros que se incorporan en el **apéndice 1** de este trabajo y que exponen la problemática estadística abordada en materia de salud, misma que se ha clasificado en internacional y nacional, subclasificando la primera en cuatro apartados: indicadores para medir el desarrollo de la salud en los países; infraestructura y servicios de salud; gasto destinado a la salud; e, información de cuentas nacionales; en tanto que la nacional se subdividió en los últimos tres apartados mencionados

En el caso de los dos primeros apartados se hará una mención muy general y una exhaustiva en los dos últimos, puesto que son los temas que están más relacionados con el objetivo de la presente investigación, que es la cuantificación monetaria del sector salud para de esa manera dimensionar su importancia económica.

a. Problemática Internacional

i. Indicadores para medir el desarrollo de la salud en los países

La Organización Mundial de la Salud (OMS), para medir el desarrollo alcanzado por los países en materia de salud, propone el uso de algunos indicadores como son: la esperanza de

vida, de mortalidad, morbilidad, entre otros. Así, en el cuadro 2.1, se presentan algunas de esas variables para países categorizados como: menos adelantados, otros de bajos ingresos, medios-bajos, medios altos y altos. Esta presentación también es posible obtenerla por regiones del mundo. (Organización Mundial de la Salud, 2001).

Los tabulados 2.2 y 2.3 fueron sintetizados, con fines de presentación, de los cuadros A.6 y A.7 que el Banco Mundial (BM) publicó en el Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. En el 2.2, se observan otros indicadores que pueden medir el grado de desarrollo alcanzado por los países en materia de salud, para el período 1980-1990 incluido México, y están referidos a los porcentajes de niños, entre 24 y 59 meses de edad, afectados por un retraso en su crecimiento; niños con emaciación (demacración) de entre 12 y 23 meses de edad; niños que se alimentan sólo con leche materna para el lapso 1985-1990; la prevalencia de anemia en las mujeres embarazadas en el período 1970-1980; y, el consumo de tabaco por año (kilogramos per cápita entre la población adulta).

El cuadro 2.3 incorpora datos para el lapso 1985-1990, sobre; la tasa de mortalidad (defunciones por cada 100,000 habitantes) por concepto de enfermedades transmisibles y derivadas de la maternidad y peri natales; por enfermedades no transmisibles; debidas a traumatismos y para 1990 la tasa por incidencias de tuberculosis.

La Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) también elabora y difunde indicadores que miden el desarrollo alcanzado por sus países miembros en materia de salud. En el Cuadro 2.4 se pueden apreciar datos de la esperanza de vida (al nacer, a los 40 y a los 60 años de vida, tanto en hombres como en mujeres) para 1987 y 1997; así como información del índice de fertilidad y la mortalidad infantil. (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 1999).

Para el Continente Americano (cuadro 2.5) la Organización Panamericana de la Salud (1999), ha venido elaborando indicadores básicos denominados de mortalidad que contemplan tasas de incidencias de sarampión (defunciones registradas y casos confirmados), de tuberculosis y de mortalidad materna infantil (ambas por cada 100,000 nacidos vivos) e infantil (por cada 1,000 nacidos vivos).

Aquí bien vale la pena mencionar que entre más elevadas son las tasas o el número de casos, el país que los registra no atiende con suficiencia la salud de su población independientemente de las razones que la originan; en contra, las menores tasas o número de casos reportados ubican al país que así los presentan con una aceptable atención de sus ciudadanos en el aspecto de la salud.

Es necesario precisar aquí que en enero de 2000 la OMS creó la Comisión sobre Macroeconomía y Salud (CMS), a fin de evaluar el lugar que ocupa la salud en el desarrollo económico mundial; como resultado, en 2001 la CMS publicó el informe "Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud en pro del Desarrollo Económico"; en el cual, en resumen, señala que el mejoramiento de la salud impulsa el desarrollo de las naciones y no como se entendía anteriormente, es decir que la salud mejora como consecuencia natural del crecimiento económico. Así, habrá que esperar en un futuro no tan lejano el diseño de nuevos indicadores que muestren o midan el desarrollo de la salud de los países.

ii. Infraestructura y servicios de salud

Otro de los propósitos de los organismos internacionales ha sido el de hacer acopio y difundir indicadores sobre la disponibilidad de infraestructura médica de las naciones y los servicios que otorgan a los pacientes. Así, por ejemplo, consultando los datos publicados por el BM en su Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993, se elaboró el cuadro 2.6 que da cuenta para el período 1988-1992, del número de médicos por cada 1,000 habitantes, del coeficiente de enfermeros-médicos para el mismo período, del número de camas por cada 1,000 habitantes, entre 1985 – 1990; del porcentaje de los niños menores a un año vacunados; mediante la vacuna DPT y la relacionada con el sarampión, para el período 1990-1991. (Banco Mundial, 1994).

Para el Continente Americano, la Organización Panamericana de la Salud recopila y publica datos sobre recursos humanos y físicos destinados a la atención sanitaria. En el Cuadro 2.7, por ejemplo, se pueden apreciar para 1997, por cada 10,000 habitantes, el número de médicos, enfermeros y dentistas, el de camas por cada 1,000 habitantes, la cobertura de inmunización en niños menores de un año y por país el porcentaje del uso de anticonceptivos. (Organización Panamericana de la Salud, 1999).

iii. Gasto en salud

En materia de gasto, la Organización Mundial de la Salud (2000) publica información anual de todos los países miembros. En el cuadro 2.8 se registra la información de algunas naciones de un total de 191, los datos refieren entre otro tipo de indicadores registros sobre el gasto en salud total como porcentaje del Producto Nacional Bruto (PNB), la participación del sector público y privado en el total del gasto en salud, la contribución del gasto efectuado por la seguridad social en el gasto en salud público, así como el gasto en salud per cápita en dólares.

El Banco Mundial da cuenta del gasto total en salud por país, agrupados por regiones, participación de los sectores público y privado en ese total, así como de los fondos de asistencia para el desarrollo destinada a salud. También la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), publican datos sobre el gasto en salud.

En el cuadro 2.9 se muestran los datos del gasto en salud como porcentaje del PIB y el gasto nacional per cápita de los países de América Latina y el Caribe, y que difunde la OPS. (Organización Panamericana de la Salud, 1990)

iv. Cuentas nacionales

En materia de contabilidad nacional es en extremo difícil encontrar información detallada sobre la salud. En el cuadro 2.10, por ejemplo, se especifican los registros que la División de Estadísticas de la Organización de las Naciones Unidas (2001) difunde sobre el PIB por clase de actividad económica. En la décima columna, referida a otras actividades, se incorpora la relativa a la industria de la salud, sin posibilidad de conocer los datos específicos y detallados de la misma.

El cuadro 2.11 registra información sobre la variable de valor agregado bruto por industria a precios corrientes, en el cual se identifica a un nivel elevado la cuantificación de la salud y trabajo social para la serie 1990-2001. Estos datos también se presentan en valores constantes de cada país afiliado a la ONU, sin mayor desglose que lo anotado líneas arriba.

Por su parte, tanto la OCDE como la Comisión Económica para América Latina y el Caribe, también difunden información macroeconómica de cada uno de los países que integran esas organizaciones para el total de la región por clase de actividad, pero su detalle no permite tampoco la identificación de los registros de la salud.

b. Problemática Nacional

La situación que prevalece a nivel mundial, en cuanto a los registros en materia de salud, se replica en el plano nacional, ya que aún cuando se dispone de información sobre recursos físicos, materiales y humanos, del número de servicios otorgados por las instituciones que los proporcionan, del gasto destinado a la salud y sobre datos macroeconómicos, todos ellos no permiten la identificación específica y la cuantificación que posibilite dimensionar la importancia económica que el sector salud representa para el país.

i. Infraestructura y servicios de salud

En el cuadro 2.12 se expone de manera resumida la información para el año 2000 del total nacional de unidades médicas por tipo (consulta externa y hospitalización), recursos materiales (camas censables y no censables, incubadoras, consultorios total y por tipo, laboratorios, etcétera), equipo de alta complejidad (scanner para tomografía axial, unidades de imagen de resonancia magnética, equipos de radioterapia, litotriptores, estaciones de hemodiálisis y equipos para mamografía); y recursos humanos (personal médico detallado, paramédico por tipo, dedicado a servicios auxiliares de diagnóstico, administrativo y otro tipo de personal), todos ellos por institución (SSA, IMSS Solidaridad, etcétera) que atiende a la población abierta o no derechohabiente, población derechohabiente adscrita al organismo que proporciona el servicio (IMSS, ISSSTE, PEMEX, Secretaría de la Defensa Nacional, Secretaría de Marina y la afiliada a esquemas estatales), así como los recursos físicos, materiales y humanos con que en 2001 disponía el sector privado. (Secretaría de Salud, 2002).

Situación similar ocurre con los datos anotados en el cuadro 2.13, en el cual se da cuenta de los servicios otorgados en el año 2001 a la población no derechohabiente y derechohabiente por unidad institucional y del sector privado, siendo los principales servicios: la consulta externa por tipo (general, especializada, de urgencias y odontológica), la hospitalización (por ejemplo de intervenciones quirúrgicas), auxiliares de diagnóstico (anatomía patológica, laboratorio clínico, radiología y otros servicios), auxiliares de tratamiento (fisioterapia); y, educación para la salud.

Por otro lado, siguiendo los pasos de la OMS, en 2004 la SSA crea la Comisión Mexicana de Macroeconomía y Salud, la cual estudia la relación entre la salud y el desarrollo económico de México y en dos años más emitirá recomendaciones, razón por la cual es posible que aparte de los indicadores físicos ya conocidos, en breve se disponga de otros que permitan medir el desarrollo alcanzado en el país en materia de salud.

ii. Gasto

Sobre tan importante tema, en un principio FUNSALUD estimaba la proporción del gasto en relación al PIB, así como la contribución de los sectores público y privado en el total del gasto. Como se puede observar en el cuadro 2.14, según lo anota la SSA, de 1992 a 1998 el cálculo lo elaboró Funsalud y para los últimos años la SSA (Secretaría de Salud, 2001). Vale señalar que este tipo de información se remite a los organismos internacionales (OMS, BM, OCDE y OPS) para su difusión y comparación con otras naciones.

Respecto al gasto público, si bien es cierto en los últimos años, a partir de 1999, se ha ampliado y detallado la disponibilidad de información, su difusión al público es insuficiente para un análisis completo de la participación del sector público en la atención de la salud. Así, existen registros sobre presupuesto ejercido de las unidades económicas relacionadas con el tema de esta investigación, difundida en la Cuenta Pública del Gobierno Federal, del Distrito Federal y por algunos de los gobiernos estatales, no obstante habría que hacer, como se verá más adelante, un proceso de recopilación de esa información, análisis y aprovechamiento en la elaboración de cálculos macroeconómicos y así lograr parte de los objetivos planteados.

Del cúmulo de registros administrativos que en la actualidad existen sobre el gasto de las unidades económicas públicas relacionadas con la salud humana, se ha seleccionado el relativo al presupuesto ejercido por ellas en la atención de los pacientes que son derechohabientes de un sistema o bien que es considerada población abierta. Así, se ha elaborado el cuadro 2.15, mismo que ofrece datos del presupuesto ejercido, para el año 2000, por los entes gubernamentales (SSA, Instituto de Servicios de Salud del Distrito Federal, IMSS Solidaridad, entre otros) que atienden a la población no derechohabiente, el cual a partir de 1999 se registra por función, subfunción y actividad institucional, características que como se verá más adelante serán útiles para los propósitos de la presente investigación que requiere de ese tipo de información, aunque es conveniente aclarar que a este nivel todavía se considera muy sintetizada. (Secretaría de Salud, 2002).

Tal cuadro, también proporciona información aún más agregada del IMSS, ISSSTE y PEMEX que atienden a su población derechohabiente, datos que serán posteriormente confrontados y conciliados con los presentados anualmente por esas instituciones a la Cuenta de la Hacienda Pública Federal.

Por otra parte, al considerar que representan un avance en la cuantificación del gasto sanitario, en los cuadros 2.16 al 2.18 del apéndice 1 se han incluido los datos referidos al 2001 que en el año 2003 la SSA difundió en su página Web y que se relacionan con el gasto por función de asistencia, industria proveedora y fuente de financiación. (Secretaría de Salud, 2003).

Es necesario señalar que los cuadros antes mencionados y los registros en ellos contenidos, si bien es cierto se aproximan a las recomendaciones internacionales planteadas por la OCDE en el documento titulado “Sistema de Cuentas de Salud”, no contemplan los lineamientos establecidos internacionalmente para construir una cuenta satélite, ya que solamente abordan el tema específico del gasto.

Adicionalmente, como puede apreciarse en los cuadros referidos los registros son aislados, no cubren información necesaria de todas las funciones (ver cuadro 2.16); dejan de lado la contribución de las Instituciones Sin Fines de Lucro al Servicio de los Hogares (ISFLSH) y no

identifican las transacciones con el resto del mundo (cuadro 2.17); y, no especifican los gastos realizados por las funciones de capacitación al personal médico, los dedicados a la investigación y desarrollo, ni las erogaciones en inversión física que tendrían que registrarse todos ellos en el cuadro 2.18.

Todo lo anterior, como habrá de constatarse más adelante, es producto de no tomar como marco de referencia conceptual los lineamientos expresados por el Sistema de Cuentas Nacionales 1993 (SCN-1993), el que sugiere la integración de una Cuenta Satélite que considere conceptos, definiciones y reglas contables armonizadas, que permitan establecer el equilibrio entre la oferta y la demanda de bienes y servicios médicos.

iii. Cuentas nacionales

En los cuadros 2.19 al 2.23 se muestra la información macroeconómica sobre el sector salud que es publicada por el INEGI, y como se puede apreciar son registros también agregados y dispersos que no permiten: identificar a detalle los agentes económicos que intervienen en la producción de bienes y servicios médicos; dimensionar la importancia del sector salud en la economía del país, ni dar seguimiento cabal de la contribución pública y privada. (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2004 a).

El cuadro 2.19 proporciona información de la variable valor agregado bruto (VAB) en valores básicos, a precios corrientes, por actividad económica. Así, tanto para ese indicador como para los correspondientes al Valor Bruto de Producción (VBP), Consumo Intermedio (CI), Remuneración de Asalariados (Rs), Impuestos sobre la Producción (Ii) y Excedente Bruto de Explotación (EBE) sólo se publican datos a nivel de rama de actividad económica y del VBP, CI y VAB en valores constantes. El total de los servicios médicos se registran en la rama 70 que pertenece a la Gran División 9 servicios comunales, sociales y personales.

La magnitud del VAB en el Sistema de Cuentas de México (SCNM) es desglosada sólo hasta el nivel de grupo de actividad económica sin posibilidad de distinguir la contribución pública y privada. Entonces, exclusivamente para el indicador del VAB, en valores corrientes y constantes a precios de 1993, es factible identificar el grupo 700 servicios básicos que engloba las actividades de consulta externa y hospitalización; los servicios proporcionados por laboratorios de análisis clínicos, de radiología y radioscopia clasificados en el grupo 701; y, los servicios de asistencia social con y sin alojamiento (véase cuadro 2.20).

En la misma fuente, es decir el SCNM, los registros de los servicios médicos públicos son un poco más desagregados, ya que en la publicación denominada “Indicadores Macroeconómicos del Sector Público”, se encuentran datos un tanto más detallados de una cuenta de producción en valores corrientes y a precios de 1993 de las variables VBP, CI y VAB para las funciones de: hospitales, sanatorios, clínicas y maternidades y bancos de sangre; consultorios médicos y dentales incluso servicios de enfermería y obstetricia; asistencia social con alojamiento; y, asistencia social sin alojamiento; no existiendo la posibilidad de distinguir las actividades de administración de los servicios médicos, diferentes a la seguridad social, que están incorporados en un rubro agregado que es el correspondiente a las actividades de servicios sanitarios, educativos, culturales y otros servicios sociales (ver cuadro 2.21). (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2004 b).

Aún más en la información publicada llegan a mezclarse actividades, ya que por ejemplo los servicios médicos que proporciona la empresa pública PEMEX están incluidos en la actividad denominada: servicios comunales, sociales y personales, clasificados en el rubro de empresas públicas.

En cuanto a datos sanitarios por entidad federativa, existe la publicación titulada "Gobiernos Estatales. Cuentas de Producción por Finalidad" que el INEGI actualiza año con año, en la que se dan a conocer registros de las variables macroeconómicas que integran una cuenta de producción (VBP, CI, VAB, Rs, Ii y EBE) por grupo de actividad económica y cuya presentación se ejemplifica en el cuadro 2.22 con los datos del VBP y donde se ubican los servicios médicos estatales que son clasificados en los grupos 700, 7001 y 702 ya definidos líneas arriba. (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2004 c).

Por el lado del gasto que directamente realizan las familias, con la información del SCNM, se han diseñado los cuadros 2.23, 2.23.1 y 2.23.2, con la intención de mostrar que para tal efecto los registros también son en extremo agregados pues sólo contemplan las erogaciones de los hogares en: productos medicinales y farmacéuticos, servicios médicos y paramédicos no hospitalarios y los servicios hospitalarios, distinguiendo en ellos exclusivamente los de origen nacional y los importados. Es necesario precisar que los registros están valorados a precios comprador. (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2004 a).

En resumen, tal como se desprende de todos los cuadros expuestos, la información difundida por organismos internacionales y la publicada por instituciones nacionales ha sido diseñada para sus propias necesidades y objetivos, teniendo en general como características datos parciales, aislados o muy agregados, no permitiendo la identificación detallada de los agentes económicos que participan en la producción y la demanda de los bienes y servicios relacionados con la salud humana, no existiendo registros, como se nota, sobre la formación bruta de capital fijo por destino (es decir acerca de los entes económicos que adquieren activo fijo para proporcionar bienes o servicios médicos al paciente), y sólo parcialmente (aunque en forma confusa) datos del gasto por función, industria proveedora y fuente de financiación, lo que trae como consecuencia no poder dimensionar la importancia económica que tiene el sector salud en la economía de un país, en particular en la de México.

2.3 TÓPICOS DE INVESTIGACIÓN

Por lo antes expuesto, el propósito central de la investigación consiste en desarrollar una propuesta para elaborar la Cuenta Satélite del Sector Salud de México, que a su vez permita:

- a) Saber quién produce y quién consume los bienes y servicios relativos a la salud
- b) Dimensionar la participación del sector salud en el producto interno bruto del país
- c) Determinar el número de ocupaciones remuneradas que participan en la producción de bienes y en la generación de servicios médicos

- d) Conocer los niveles de inversión fija (formación bruta de capital fijo en términos de la contabilidad nacional) que realizan los entes económicos que participan en la industria de la salud
- e) Saber los montos del gasto efectuado en salud tanto por el sector público como el privado
- f) Identificar las fuentes de financiación para atender la salud, es decir de dónde provienen los flujos monetarios
- g) Así como, determinar cuál es el destino de esos flujos.

2.4 NECESIDADES DE INFORMACIÓN

Como ya se ha mencionado en el capítulo 1 de este documento, la atención de la salud de las personas ha sido un aspecto de suma relevancia para éstas y las autoridades que las han gobernado a lo largo de la historia universal de la humanidad. No obstante, en la segunda mitad del siglo pasado (XX) es cuando diversas instituciones internacionales y nacionales han expresado la necesidad de utilizar el marco de la contabilidad nacional para ampliar la cuantificación del sector salud, a fin de obtener una visión más completa del mismo.

Cabe señalar aquí que aun cuando ya se dispone de la medición de la producción de los servicios de salud y se presenta información diversa sobre el tema, se publica agregada, sin posibilidad de identificar los principales actores que intervienen en los fenómenos económicos relacionados con ella o bien se difunde de manera aislada y por tanto no está armonizada con un marco central de referencia que permita su integración como sector de actividad.

En principio, tomando en consideración el marco conceptual internacional contenido en el Sistema de Cuentas Nacionales 1993 (SCN-1993) de las Naciones Unidas y otros organismos y en el Sistema de Cuentas de Salud de la OCDE, adaptado a las características específicas del país y utilizando los registros disponibles, se pretende demostrar que en México es posible elaborar la Cuenta Satélite del Sector Salud, la cual presentaría información macroeconómica detallada y que puede ser empleada por las autoridades y organismos encargados de la administración y aplicación de las políticas públicas relacionadas con este importante Sector.

La implantación en México de la Cuenta Satélite del Sector Salud, dará respuesta al problema planteado ya que permitirá dimensionar en forma más precisa la contribución del Sector en el Producto Interno Bruto (PIB), la oferta, demanda, inversión física, gasto y financiación, al reunir en una presentación coherente e integrada todas las operaciones relativas a las unidades económicas que producen, usan o adquieren bienes y servicios médicos, apoyando así el avance del conocimiento y medición de la importancia que el sector salud tiene en la economía, sobre todo porque tal cuenta estará estrechamente vinculada con las recomendaciones conceptuales del SCN-1993, lo que hará posible también la comparabilidad internacional, dando pauta así a la ampliación de la disponibilidad de información para los usuarios.

Referencias de documentos utilizados

1. Banco Mundial. (1994). Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. *Invertir en Salud*. Washington: Banco Mundial.
2. *Cuentas Nacionales de Salud*. (28-05-2003). Secretaría de Salud.
http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/sicuentas/publicaciones/matrices_OCDE1999_2001.xls
3. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2004 a) *Sistema de Cuentas Nacionales de México. Cuentas de Bienes y Servicios 1997-2002*. México: INEGI.
4. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2004 b). *Indicadores Macroeconómicos del Sector Público 1997-2002*. México: INEGI.
5. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2004 c). SCNM. *Gobiernos Estatales. Cuentas de Producción por Finalidad 1997-2002*. México: INEGI.
6. Organización de las Naciones Unidas, et al. (1993). *Sistema de Cuentas Nacionales*. Nueva York: Naciones Unidas.
7. Organización de las Naciones Unidas. División de Estadística. (2001). *National Accounts Statistics: Analysis of Main Aggregates*. Nueva York: ONU.
8. Organización Mundial de la Salud. (2000). Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. *Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: OMS.
9. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Macroeconomía y Salud. (2001). *Invertir en salud en pro del Desarrollo Económico*. Ginebra: OMS.
10. Organización Panamericana de la Salud (1990). *Gasto Nacional en Salud como porcentaje del PIB*. Washington: OPS.
11. Organización Panamericana de la Salud. (1999). *Indicadores básicos*. Washington: OPS.
12. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (1999). Health Data 99. París: OCDE.
13. Secretaría de Salud. (2001). *Cuentas Nacionales de Salud, 1992-1998*. México: SSA.
14. Secretaría de Salud. (2002). *Boletín Estadístico Anual del Sistema Nacional de Información en Salud*. México: SSA.

CAPÍTULO 3

MARCO TEÓRICO DE LA CONTABILIDAD NACIONAL

Para este estudio, cuyo propósito fundamental es proponer la elaboración de la Cuenta Satélite del Sector Salud de México, en la cual se aplicará principalmente la metodología plasmada en el Sistema de Cuentas Nacionales 1993 (SCN-1993), se precisa conocer el origen, evolución y presentación actual de éste, todo ello con la finalidad de identificar los principales conceptos empleados por las doctrinas económicas a lo largo del tiempo, así como la adecuación que se ha hecho de ellos, producto de las transformaciones propias de los hechos económicos y del análisis de sus manifestaciones.

Dado el propósito del estudio, este capítulo no representa una visión exhaustiva del pensamiento económico que sirvió de base para el desarrollo de los esquemas de contabilidad nacional, ni todos los hechos históricos que hicieron posible el SCN-1993 y el Sistema de Cuentas Nacionales de México (SCNM). Razón por la cual sólo trata sobre los aspectos más sobresalientes que caracterizaron a las principales doctrinas económicas relacionadas con los cálculos globales y los antecedentes generales que dieron pauta al surgimiento de los actuales SCN-1993 y SCNM.

3.1 LA MACROECONOMÍA A TRAVÉS DE LA HISTORIA

Los principios de la contabilidad nacional tienen una estrecha relación con los postulados que maneja la contabilidad general, actualmente conocida como empresarial, y en ese sentido se puede decir que el origen de aquella se puede situar en el año 1340 en Génova, Italia, ya que para ese entonces existían los sistemas de teneduría de libros por partida doble (a todo cargo corresponde un abono), siendo hasta 1494 cuando Fray Luca Paciolo desarrolló y fundamentó tal concepto.

No obstante lo anterior, el pensamiento económico que sustenta la filosofía de las cuentas nacionales surge y se desarrolla con las teorías dedicadas a la medición de la riqueza de un país y del ingreso nacional: inician en el siglo XVI cuando aparecen los primeros criterios para determinarlo con la doctrina mercantilista, continúan en el XVII mediante las ideas de producción global, prosiguen en el XVIII a través de las tesis de los fisiócratas; evolucionan en el XIX en los esquemas planteados por Adam Smith, registrando una transformación profunda con las tesis marxistas y avanzan con la utilización de elementos matemáticos por León Walras; consolidándose en el siglo XX principalmente con las aportaciones de Michal Kaleky y John Maynard Keynes.

a. Las doctrinas económicas en los siglos XVI a XVIII

La escuela mercantilista

El concepto de mercantilismo sugiere la idea de mercaderes o comerciantes, de beneficios derivados de intercambiar mercancías, de ahí que el mercantilismo como doctrina económica haya sostenido que tanto el resultado de la balanza comercial (exportaciones menos importaciones) de un país, como la actividad de la navegación eran los aspectos determinantes para incrementar las reservas de oro de un país. Así, en términos generales, tenían un concepto definido aunque equivocado de la riqueza generada en una nación, más no desarrollaron una idea sobre el concepto de ingreso nacional.

Los mercantilistas al atribuir a los metales preciosos (oro y plata) preponderancia para los países que los poseían, consideraban una ventaja imponderable el hecho de que en ellos circulara una gran cantidad de esos metales; sostenían, al mismo tiempo, que para lograrlo las exportaciones tendrían que ser superiores al valor de las importaciones ya que ambas se pagaban con metales preciosos y al ser mayores las exportaciones el país en cuestión estaba en condiciones de acumular riqueza.

Respecto a la navegación, tenían la idea de que la prestación de servicios por los ciudadanos de un país a los de otros también generaba riqueza, siendo el más importante, en aquella época, el transporte de mercancías por medio de buques.

Lo anterior quizá fue producto de que esta corriente de pensamiento, en su mayoría, estaba constituida por moralistas, juristas, tratadistas políticos, funcionarios de Estado, políticos o militares que abordaban los aspectos económicos de manera subordinada a los jurídicos, políticos, internacionales y militares.

Si bien es cierto la doctrina mercantilista se manifestó en varios países, alcanzó su máxima representatividad en Inglaterra y Francia en los siglos XVI y XVII. En el primer país destacaron, entre otros, Thomas Mun (1571-1641) y Josiah Child (1630-1699), en tanto que en el segundo lo hicieron Jean Bodin (1530-1596) y Antoine de Montchrétien (1576-1621).

Origen del concepto de ingreso nacional

Considerando en un principio las ideas en boga de los mercantilistas, por un lado, William Petty (1623-1687) y Gregory King (1648-1712) en Inglaterra y, por otro lado, Pierre Le Pesant Sieur de Boisguilleber (1646-1714) y Seigneur Sébastien le Prestre de Vauban (1633-1707) en Francia, desarrollaron tanto teorías como programas económicos y fiscales para sus naciones, que permitieron un avance significativo en los postulados macroeconómicos, lo que al mismo tiempo propició una ruptura con los criterios difundidos por los mercantilistas.

Hacia finales del siglo XVII, Petty y Boisguilleber expusieron su teoría sobre la riqueza nacional, según la cual ésta era considerada como un inventario de bienes de consumo y de medios de producción; también establecieron el concepto de ingreso nacional definido como el flujo de bienes y servicios. Tal concepto, por tanto, abarcaba la producción global, que fue definida como la creación de todas las cosas- materiales o inmateriales – útiles.

Se considera que Sir William Petty es el personaje que permite establecer la transición entre el mercantilismo y las doctrinas económicas posteriores. Definió el concepto de ingreso nacional como “la suma del Gasto Anual del pueblo” y del “excedente restante después del gasto”, estableciendo las amplias proposiciones de que “donde un pueblo prospera, ahí el ingreso es superior al gasto” y de que “lo que llamamos Riqueza, Reserva o Provisión de la Nación, es el efecto del trabajo anterior o pasado ...” (citado por Studenski, 1984, p. 19).

Aportaciones de los fisiócratas

El predominio de la actividad agrícola y el medio social al que pertenecían, ya que la mayoría de ellos eran propietarios de tierras, fueron dos de los aspectos que influyen en el pensamiento económico de los fisiócratas, quienes en el siglo XVIII sostenían por un lado que la agricultura y lo que ahora conocemos como industria extractiva eran las únicas ocupaciones productivas puesto que reintegraban a los productores más de lo invertido en capital y trabajo, obteniendo así un ingreso neto y por el otro que el resto de actividades como la industria de la transformación y el comercio, no obstante ser de utilidad para los hombres, no producían valor y por tanto eran estériles (Studenski, 1984, p. 22).

En el plano macroeconómico y derivado de sus ideas respecto al funcionamiento de la economía, generaron los conceptos del ingreso y la riqueza nacionales, términos evidentemente materialistas ya que los definían únicamente como el agregado de mercancías de consumo.

La escuela fisiocrática nace y se desarrolla principalmente en Francia, aunque también tuvo representantes en Alemania, Suiza, Italia y Rusia. Se puede decir que esta corriente del pensamiento económico fue intensa y duró alrededor de 20 años desde 1757 hasta 1776 cuando Adam Smith publicó su Riqueza de las Naciones (Beltrán, 1976, p.77).

El máximo representante de los fisiócratas fue Francois Quesnay (1694-1774), quien en 1758 imprimió la Tableau Economique, en la cual mostró el flujo del ingreso nacional en el sistema económico, señalando que “el flujo comenzaba con los agricultores y sus trabajadores (la clase productiva), para llegar después a los terratenientes (el elemento de control y distribución en la economía), y terminaba finalmente con las personas encargadas de las actividades no agrícolas restantes (la clase estéril)” (Studenski, 1984, p. 22).

Quesnay, con su tabla económica, al mostrar las conexiones entre la agricultura y el resto de sectores, se anticipó a la elaboración de las cuentas por sectores y de la matriz de insumo-producto. Puede señalarse que la noción fisiócrata del ingreso nacional sirvió de base para que el también francés Antoine Laurent Lavoisier (1743-1794) realizara un cálculo de ese indicador en 1791.

Cabe destacar, por otra parte, la aportación teórica sustentada en el mismo siglo XVIII por los economistas italianos quienes sostenían, en contra de las ideas de los franceses, que todas las actividades generadoras de cosas útiles y deseadas eran productivas, sin que necesariamente tuvieran forma material. Definieron el ingreso nacional como el valor de la producción anual de todas las cosas concebidas como globalmente útiles y deseadas.

Se considera que el principal pensador italiano que aportó elementos importantes para el desarrollo de los futuros conceptos macroeconómicos fue Pietro Verri (1728-1797), personaje que abordó la temática de la naturaleza de la producción y las fuentes de la prosperidad económica nacional, al sostener que “En toda nación los habitantes consumen anualmente no

sólo alimentos, sino también ropa y muebles, así como todo aquello que puede servir al hombre. La suma de los valores de esos objetos constituye el consumo anual de la nación... Cuando una nación produce más de lo que consume, su riqueza aumenta... si consume más de lo que produce, su riqueza disminuye” (según lo citado por Studenski, 1984, p. 25).

Es de destacar también el pensamiento de Verri en el sentido de considerar al trabajo como el que da origen a la riqueza y que la producción no es la creación de la materia, sino su transformación que es adaptada a las necesidades humanas.

b. Contribuciones relevantes en el siglo XIX

Adam Smith y su concepto de producción material

Se dice que el pensamiento económico de Adam Smith (1723-1790) tuvo una clara influencia de parte de los fisiócratas, ya que en su máxima obra, “Investigación sobre la naturaleza y causas de la Riqueza de las Naciones”, publicada en 1776, adopta la idea fisiócrata de la separación entre trabajo productivo e improductivo, incorporando en la primera categoría todo el trabajo involucrado en la producción de bienes materiales. No obstante, hace una crítica a esa escuela al considerar estériles a las manufacturas, el comercio y el transporte, sosteniendo que tales actividades, lo mismo que la agricultura, eran capaces de reintegrar un ingreso neto a los productores, adquiriendo este último concepto la forma de utilidad y no de renta neta (Studenski, 1984).

En su afán por distinguir entre lo que era y no trabajo productivo, Adam Smith consideraba trabajadores productivos a los que se dedicaban a actividades agrícolas, manufactureras, comerciales y del transporte de mercancías, clasificando en improductivos: al personal civil y militar del gobierno, los profesionales, trabajadores domésticos y los dedicados a la prestación de servicios personales y habitacionales. Por otra parte, también señaló que el producto nacional lo constituían exclusivamente mercancías y que el ingreso nacional o ingreso neto estaba constituido por salarios, renta y utilidad, derivados estos conceptos de la producción de esos artículos, en tanto que los sueldos y salarios, utilidades y otras formas de ingreso percibido por la prestación de servicios no formaban parte del ingreso nacional, sino que más bien provenían del ingreso generado por el trabajo productivo y por tanto sólo representaban un gasto.

Este gran teórico, definió el ingreso bruto de un país como el valor agregado de todos los productos generados durante un año y el ingreso neto como el valor que resulta de efectuar las deducciones correspondientes a las materias primas y otros costos, evitando así la duplicidad de los mismos. Así, Adam Smith señaló que la riqueza real de una nación no está en proporción con su ingreso bruto, sino con su ingreso neto y que las adiciones de capital constituían la fuente principal para aumentar la producción nacional y la propiedad, y que una nación es más rica en el grado en que gasta más de su ingreso en mercancías durables y menos en objetos perecederos, y también en el grado en que ahorra una mayor parte de su ingreso para la acumulación de capital (citado por Studenski, 1984, p. 27).

Relacionado con lo anterior, el autor Beltran Lucas (1987) cita otros pasajes registrados en la Riqueza de las Naciones: “El trabajo anual de cada nación es el fondo que le proporciona todas las cosas necesarias o convenientes para la vida, que anualmente consume, y que consisten siempre bien en el producto inmediato de aquel trabajo, bien en lo que se compra a otras

naciones, con este producto” y “por consiguiente, según que este producto, o lo que con él se compra, esté en mayor o menor proporción con el número de los que han de consumirlo, la nación está mejor o peor provista de todas las cosas necesarias o convenientes que puede desear”.

Otro pensamiento que desarrolló y que estableció una nueva concepción sobre la interdependencia general del fenómeno económico fue el hecho de formular por primera vez la distinción de los factores de la producción (tierra, trabajo y capital) y sus retribuciones correspondientes: renta, salarios y utilidades. (Morales, 2000, p. 4).

Adam Smith consideraba la riqueza de un país sólo como un “acervo de bienes”, dejando de lado el tratamiento del “flujo” de utilidades, esto es formando parte del ingreso nacional, provocando con ello un retroceso respecto a las ideas planteadas desde cien años antes, entre otros, por algunos fisiócratas y por el mismo William Petty, lo que en buena medida retrasó el crecimiento de la teoría y la práctica referente al ingreso nacional (Studenski, 1984, p. 29).

Las ideas económicas de Adam Smith relacionadas con la producción, la riqueza y el ingreso fueron adoptadas por Ricardo, Malthus, James Mill, John Stuart Mill y por R. D. Baxter, en Inglaterra; por Sismondi, Daire y Baudrillart, en Francia; por Itufeland, Jacob, Kraus, Rau y Neuman, en Alemania. (citado por Studeski, 1984, p. 29), y la mayoría de las estimaciones sobre el ingreso nacional elaboradas durante las tres cuartas partes del siglo XIX se basaron en ellas.

Resurgimiento del concepto de producción global

El concepto de producción restringido al aspecto exclusivamente material por Adam Smith, aunque fue aceptado por sus seguidores, también fue criticado principalmente en Inglaterra, Francia y Alemania, considerando que la producción servía al consumo y que el producto nacional estaba constituido tanto por mercancías como por servicios.

Tales críticas iniciaron luego de publicar Smith la Riqueza de las Naciones, acentuándose durante el segundo y tercer cuartos del siglo XIX entre otros por J. R. McCulloch (1789-1864) y N. W. Senior (1790-1864) en Inglaterra; por Antoine Auguste Walras (1801-1866), Pellegrino Rossi (1787-1848) y Charles Dunoyer (1786-1863) en Francia; y por F. B. W. Hermann (1795-1868) y Wilhelm Rosher (1817-1894) en Alemania (citado por Studenski, 1984, p. 30).

Uno de los máximos defensores del concepto de producción global fue Alfred Marshall (1842-1924), quien la definió como todo lo que se produce en el transcurso de un año; “todo servicio prestado, toda nueva utilidad que se obtiene, es parte del ingreso nacional”. (Citado por Studenski, 1984, p. 31). De acuerdo a lo anterior, Marshall resaltó la importancia de distinguir los conceptos de ingreso nacional bruto y neto y el evitar la doble contabilización.

Bajo la concepción de producción global, hacia finales del siglo XIX se publicaron cálculos del ingreso nacional, entre los cuales se pueden citar los de William Smar en Inglaterra, Louis Wolowski, Alfred de Foville y C. Colson en Francia, y Pokrovsky en Rusia. En 1896, M. G. Mulhall presentó estimaciones para 22 países sobre esa variable macroeconómica, también tomando en cuenta el concepto de producción global.

Contribuciones de Carlos Marx

Los escritos más importantes de Carlos Marx (1818-1883) sobre economía empezaron a circular en 1847 con la *Miseria de la filosofía*, un año después publicó el *Manifiesto Comunista* y para 1859 su *Critica de la Economía Política*, misma que contiene los elementos teóricos que lo condujeron a la elaboración de la que se considera su máxima obra denominada *El Capital*, cuyo primer volumen apareció en 1867, los demás fueron difundidos posteriormente por Federico Engels (1820-1895), el segundo tomo en 1885 y en 1894 el tercero (Roll, 1975).

Aplicando su propia línea de pensamiento y principios ideológicos comprometidos con la clase obrera, Marx rescata el concepto de producción material planteado por Adam Smith, justo cuando después de tantas críticas estaba a punto de ser dejado al olvido. Así, en 1904 en su *Theories of Surplus Value*, demostró que Smith tenía razón en distinguir entre el trabajo productivo e improductivo y que sus detractores eran los equivocados.

Marx destacó que el planteamiento de Smith sobre el trabajo productivo y no productivo contenía dos vertientes no relacionadas: la primera, al resaltar las operaciones del sistema capitalistas resultaba de importancia real para el análisis económico, sostenía que el trabajo era proveedor de utilidades y capital al empresario, siendo así válida; en tanto que la segunda consideraba el trabajo como una producción de servicios para el consumo, lo que constituía un error.

Por otro lado, Marx señaló que la forma del producto –material o inmaterial- no tenía nada que ver entre la distinción del trabajo productivo e improductivo y que el hecho de que una mercancía tenga un valor de uso más duradero que un servicio, no vuelve productivo al trabajo implicado en su manufactura (Studenski, 1984, p. 33).

Al sostener el concepto material sobre la producción planteado por Smith, en contra de los criterios expuestos por quienes defendían el concepto de producción global, Marx anotó que “la mercancía constituye la forma más elemental de la riqueza burguesa. Decir que trabajo productivo es el que produce mercancías es, pues, mantener un punto de vista mucho más elemental que decir que el trabajo productivo es el que produce capital” (citado por Studenski, 1984, p. 35).

Así, Marx reconoció que tanto los bienes como los servicios al producirse en el sistema capitalista y al generar utilidades y capital para el empresario, representan trabajo productivo. Quizá para facilitar la exposición de su teoría sobre la explotación del hombre por el hombre mismo, Marx asocia el concepto del trabajo productivo con la elaboración de bienes; idea que posteriormente es manejada por sus seguidores ideológicos, quienes al no comprender las abstracciones realizadas por Marx tergiversaron su pensamiento al señalar que exclusivamente la producción de bienes materiales debería incluirse en la producción.

Así como defendió algunas tesis de Smith, Marx también criticó su posición al señalar que los valores de todas las mercancías eran “trabajo congelado” y las utilidades, inclusive el interés, eran solo “plusvalía” creada por el trabajo que se apropiaba el empresario para si mismo. Por tanto, el único trabajo productivo era el del trabajador y los empresarios una clase parasitaria. Por ello, el ingreso nacional, que consistía superficialmente en salarios, utilidades, interés y renta, en realidad era ingreso creado únicamente por la clase trabajadora.

Es en extremo difícil tratar de resumir en unas cuantas líneas la contribución de Marx al tratamiento de los conceptos macroeconómicos, objeto del presente estudio, ya que es más que imposible distinguir la teoría marxista estática de la dinámica, porque sus elementos que pudieran parecer análisis estáticos están condicionados por la finalidad dinámica, sobre todo aquella que está implícita en el marco sociológico en que aparece situado el análisis económico (Roll, 1975). No obstante, se puede decir que Marx hizo todo un análisis de los componentes de la actividad económica, a saber: producción, consumo, distribución y cambio, distinguiendo las cualidades universales y las históricas, así como las relaciones que existen entre ellas.

Con relación a las categorías macroeconómicas, Marx reconoció la identidad existente entre el ingreso y el producto, al señalar que el ingreso lo constituían los salarios, las utilidades, el interés y la renta y que todo él era generado por los trabajadores, en tanto que en términos del producto lo definió como la suma de bienes de consumo y de inversión neta. Siendo esto así, sostuvo que por tanto el ingreso nacional podría obtenerse aplicando el método del producto o del ingreso, esto es considerando el valor bruto del producto total menos los gastos materiales y las reposiciones del capital consumido o bien mediante la agregación de los ingresos derivados de la producción.

Marx, también planteó la distinción entre el “valor del producto” y el “valor nuevo” o el “valor recién producido” (lo que en términos de la contabilidad nacional se denomina valor agregado), constituyendo el “valor del producto” la suma del “valor nuevo” y la reposición del capital consumido, lo que actualmente se conoce como Producto Nacional Bruto (Studenski, 1984).

Para Marx, el “producto bruto” incluía los valores duplicados de materia prima, provisiones, reposición de capital consumido y el “valor nuevo” producido durante el año, que como ya se señaló estaba integrado por salarios y la plusvalía (constituida por la utilidad, el interés y la renta). Es preciso señalar que Marx sólo reconoció esos dos tipos de ingreso básico en la sociedad capitalista, ya que tanto el interés como la renta formaban parte de la plusvalía, definida ésta como la diferencia entre el valor del trabajo generado y el valor de la fuerza de trabajo pagada al obrero.

Aplicación de las matemáticas

Marie Esprit León Walras (1834-1910), economista y matemático francés, además de ser considerado uno de los fundadores de la escuela de la utilidad marginal, en 1874 publica por primera vez la obra “Elementos de economía política pura”, siendo su idea central mostrar matemáticamente el equilibrio general, expresado en términos de ecuaciones funcionales. De acuerdo a su teoría, en un sistema económico todos los elementos, precios y cantidades de los productos, están relacionados y dependen unos de otros. Así, en su modelo la producción y el consumo se presentan a través de ecuaciones lineales que reflejan la oferta y demanda total y la correspondencia entre esos conceptos (Morales, 2000). Sus ideas posteriormente serían retomadas en la elaboración de las tablas de Insumo-producto.

Así, en el último cuarto del siglo XIX predominaban dos doctrinas económicas diametralmente opuestas. La primera, al no aceptar las ideas teóricas de Adam Smith, retomó el concepto de producción global planteado en el siglo XVII, y la segunda, basada en el esquema de Carlos Marx, quien reformuló y amplió el concepto inicial de Smith sobre la producción material restringida.

c. Principales corrientes de pensamiento en el siglo XX

Estando ya en el siglo XX, el concepto de producción global fue adoptado como base para las estimaciones del ingreso nacional en todos los países, excepto en los socialistas, los cuales siguiendo la filosofía marxista aplicaron la teoría de la producción material reformulada por Marx.

Las tablas de Insumo-producto

La teoría del equilibrio económico propuesta por León Walras fue desarrollada por Wassily Leontief, (1906 - 1999), quien presentó unas tablas estadísticas para los años 1919, 1929 y 1939 sobre la economía de los Estados Unidos de Norteamérica a las que denominó Input-Output (insumo-producto). Tales estudios los elaboró con influencia de la teoría marxista de la reproducción y de la práctica de balances reales aplicados en la ex Unión Soviética, sirviendo a la vez de base para desarrollar el modelo marxista del balance intersectorial (Morales, 2000).

El propósito central de Leontief fue analizar el sistema económico en su conjunto, utilizando para ello un esquema contable y así demostrar empíricamente el equilibrio general, lo que significa determinar las interrelaciones que existen entre los niveles de producción de las distintas entidades, los precios de los bienes y las tasas de remuneraciones de los factores de la producción.

El sistema planteado por Leontief especifica diversas clases de entidades productoras (actividades económicas), considerando a las familias también como entidades que suministran los factores de la producción. Así, cada una de esas entidades posee una cuenta que registra, por un lado, sus producciones detalladamente, según las entidades que las adquieren y, por el otro, los bienes que utiliza la entidad con una clasificación, según las entidades que los proporcionan (Balboa, 1984).

Cabe resaltar que el esquema de relaciones intersectoriales planteado por Leontief se aplicó en la elaboración “del primer balance del producto social global que correspondió al año de 1923-1924, durante la primera etapa de construcción del socialismo” (citado por Morales, 2000, p. 7).

Michal Kalecki y la macroeconomía

Tomando como base teórica las ecuaciones marxistas de la reproducción, en los años treinta en Polonia, Michal Kalecki (1899-1970) desarrolló, en forma paralela a como lo hacía en la misma época John Maynard Keynes, una teoría de la demanda efectiva, determinando el ingreso nacional, la oferta y la demanda.

Con su teoría, Kalecki afirmó que, dada la distribución del ingreso entre beneficios y salarios, la inversión y el consumo de los capitalistas determinan los primeros. Esto debido a que las ventas y beneficios de un período al no ser resultado directo de decisiones pasadas, sino ya dadas, los capitalistas pueden decidir cuánto invertir y consumir el próximo año, pero no pueden conocer cuánto será de sus ventas ni de sus beneficios, y por lo tanto las variables independientes a ello, en un período dado, están representadas por la inversión y el consumo de los capitalistas, siendo ambas las que determinan los niveles del ingreso nacional y de los beneficios que pueden realizarse (Morales, 2000, p. 43).

Aportaciones de Keynes

La teoría keynesiana se desarrolló en medio de un ambiente de incertidumbre creado por la Depresión Mundial de los años 30, caracterizado en términos generales por una disminución pronunciada en la actividad económica y un aumento considerable en los niveles de desempleo. Así, criticando a la doctrina neoclásica en boga, que no era capaz de dar respuesta concisa a la problemática imperante, John Maynard Keynes (1883-1946), propuso sus ideas macroeconómicas revolucionarias, que incluían un nuevo concepto sobre el ingreso nacional, calificado como dinámico y cuyo propósito central consistía en abatir el desempleo y elevar la actividad productiva.

Keynes sostuvo que el elevado desempleo era consecuencia de una diferencia en la demanda agregada y que ésta era baja debido a la inadecuada demanda de inversión. Así pues, habría que estimular la demanda agregada, utilizando para ello las políticas monetarias y fiscales. Con ellas, de acuerdo a Keynes y sus seguidores, se elevaría la producción y el empleo, aumentando también el ingreso y, por tanto, el gasto en consumo.

Entre las múltiples contribuciones que Keynes hizo para el estudio y comprensión de los hechos económicos sobresalen dos, estrechamente relacionadas entre si y que también están vinculadas con el propósito de esta investigación: la utilización de un concepto dinámico sobre el ingreso nacional y su aportación para el desarrollo de la macroeconomía y las cuentas nacionales.

En su crítica a la doctrina clásica, Keynes señaló que dicha teoría se había preocupado por explicar la distribución del producto social más que de su cuantificación y que tal doctrina pretendía sostener que el sistema económico, de manera espontánea, tiende a producir una ocupación plena de los recursos de que dispone, con lo cual no estaba de acuerdo (Roll, 1975).

Tomando como referencia el dinamismo de la escuela fisiócrata y la Tabla Económica de Quesnay, Keynes se ocupa del análisis de los agregados (ingreso, consumo, ahorro, inversión), dando así un nuevo enfoque a la economía, en el campo del análisis del ingreso nacional, al plantear en su teoría la distinción entre los factores variables o estratégicos y los fenómenos subsidiarios, relacionados o dependientes, demostrando al mismo tiempo que una modificación en el tamaño o dirección de los primeros, por el gobierno y los grupos privados, podría traer como resultado que el ingreso nacional también variara en su tamaño y estructura.

En un principio, Keynes sólo consideró cuatro factores estratégicos: el volumen del consumo, la magnitud de la inversión, la cantidad de dinero y la tasa de interés. Años después, cuando las finanzas gubernamentales se habían expandido a consecuencia de la Depresión Mundial de los años treinta, agregó dos factores estratégicos: el gasto del gobierno y la recaudación fiscal. Con todos estos elementos Keynes planteó que, en cualquier tiempo, el volumen de empleo dependía de los cambios en el tamaño y dirección de uno o más de los factores estratégicos señalados (Studenski, 1984).

Por otra parte, se considera que la macroeconomía fue fundada por Keynes el 13 de diciembre de 1935, cuando el pensador prologó su obra "*Teoría general de la ocupación, el interés y el dinero*". En ella, el autor destaca que la demanda agregada determina el valor de las otras magnitudes económicas, posición contraria a lo planteado por la teoría clásica que sostenía que el equilibrio económico estaba determinado por consideraciones de oferta.

Con su modelo, Keynes planteó concepciones novedosas al proponer y retomar la intervención del Estado y la regulación de la economía capitalista, sugiriendo también incrementar el gasto público con objeto de estimular la demanda, aumentar el ingreso nacional y con ello garantizar empleo a la fuerza de trabajo desocupada. Los aspectos esenciales de la teoría keynesiana se pueden resumir en los siguientes:

- “El ingreso, los costos y los recursos dependen del volumen de empleo”
- La relación entre el ingreso y el consumo depende de las características psicológicas de la comunidad, lo que define la “propensión marginal a consumir”
- El nivel de empleo depende del consumo y de las nuevas inversiones, lo que se conoce como demanda efectiva
- La función de demanda global está constituida por la suma de consumo y la inversión
- La oferta global se define como el importe del producto que los empresarios esperan recibir con los trabajadores contratados
- “El volumen del empleo depende de la función de oferta global, de la propensión marginal a consumir y del volumen de inversión” (Morales, 2000, p. 41 y 42).

Como se aprecia en el resumen elaborado por el Doctor Morales, Keynes destaca la importancia de la utilización de conceptos e indicadores macroeconómicos como son los correspondientes a: demanda y oferta global, empleo, consumo, inversión, ingreso, entre otros, poniendo de manifiesto la transformación habida en el pensamiento económico y, con ello, la necesidad de crear un sistema para cuantificar los agregados bajo estudio y que a su vez permitiera el control de los mismos, lo cual al paso del tiempo dio origen al surgimiento de un sistema capaz de calcular y dar seguimiento a las variables macroeconómicas, que actualmente se denomina “Sistema de Cuentas Nacionales”.

Así, se considera que Keynes fue uno de los más destacados precursores del actual Sistema de Cuentas Nacionales, ya que su teoría propició la elaboración de la obra *“An Analysis of the Source of War Finance and an Estimate of the National Income and Expenditure in 1938 and 1940”*, publicando en 1941 por el Tesoro Inglés, cuya segunda parte la integraron tres “Cuentas Nacionales”, que mostraban el ingreso nacional, los ingresos y gastos de los hogares y los flujos de entradas y salidas del gobierno (Morales, 2000, p. 8).

Una reflexión

En términos generales, se puede afirmar que todas las doctrinas económicas, pasadas, presentes y futuras, han tenido, tienen y tendrán influencias de pensadores anteriores y contemporáneos, siendo también inducidas en su conformación por la ideología adoptada y las circunstancias históricas de la época en que han vivido, viven o vivirán los grandes teóricos y prácticos, lo que ha permitido el avance de la ciencia económica. Esto precisamente también sucede con el empleo de los conceptos macroeconómicos, que han transitado desde los mercantilistas, los fisiócratas, Adam Smith, Marx, Keynes, entre otros grandes pensadores, en los que por ejemplo Michal Kalecki y Keynes, no obstante la diferente ideología que profesaban, llegaron a resultados similares, utilizando esquemas de medición también diferentes y para economías con distinta estructura y propósito, es decir para naciones socialistas el primero y para capitalistas el segundo.

3.2 ORÍGENES DEL SISTEMA DE CUENTAS NACIONALES (SCN)

Como resultado del interés oficial por la comparabilidad de las estadísticas económicas, el SCN se prefiguró a fines de la década de los años veinte del siglo XX. En 1928, la Liga de las Naciones llevó a cabo una Conferencia Internacional con el fin, por un lado, de estimular la elaboración de estadísticas económicas, y por otro de que los países adoptaran métodos uniformes en la presentación de los resultados obtenidos, teniendo como objetivo central disponer de cálculos del ingreso nacional.

Como consecuencia de la Gran Depresión del decenio de 1930 y dada la evolución alcanzada por la teoría macroeconómica, propiciaron el impulso de las mediciones del ingreso nacional. En 1939, la Liga de las Naciones publicó, por vez primera, estimaciones sobre ese indicador de 26 países para el período 1929-1938. En ese mismo año, el Comité de Expertos Estadísticos que se formó al interior de la Liga de las Naciones reconoce la imperiosa necesidad por generar directrices internacionales para la medición del ingreso nacional a efecto de lograr la comparabilidad internacional, creándose en 1945, el subcomité de Estadísticas del Ingreso Nacional, adscrito al Comité de Expertos ya mencionado, mismo que estuvo encabezado por Richard Stone.

En 1947, Richard Stone elaboró un informe del Subcomité denominado “Definición y medición de la renta nacional y de los totales relacionados”, en el cual mostró la manera de obtener el ingreso y el producto nacional, para lo que seleccionó y combinó las transacciones elementales de un sistema económico.

En tal informe, recomendó la elaboración de nueve cuadros para presentar las estadísticas del ingreso nacional, anexándole un apéndice que contemplaba un conjunto de 24 cuentas, apoyadas en una estructura básica de cuentas corrientes (explotación y apropiación) y cuentas de capital (capital y reservas) para los sectores: empresas, intermediarios financieros, instituciones de seguros y de seguridad social, consumidores finales y resto del mundo (Organización de las Naciones Unidas, et al, 2003. p. xl).

a. El Sistema de Cuentas Nacionales 1953 (SCN-1953)

Posteriormente a la Segunda Gran Guerra, a nivel mundial se adquirió una experiencia importante en materia de contabilidad nacional, en 1950 la Oficina de Estadística de las Naciones Unidas reunió cálculos para varios años, abarcando 41 países, que publicó en el documento denominado “Estadísticas del Ingreso Nacional 1938-1948”.

En Europa, los resultados ofrecidos por la contabilidad nacional se utilizaron para administrar la ayuda a los países que sufrieron la guerra y para estimular el crecimiento económico. En 1950, la entonces Organización de Cooperación Económica Europea (OCEE), publicó un conjunto de cuentas, las cuales sirvieron de prueba de su aplicabilidad y conveniencia, mismas que fueron la base para que en 1952 se difundiera “Un Sistema Estandarizado de Cuentas Nacionales” para sus países miembros (citado por la Organización de las Naciones Unidas, et al, 1993, p. xl), entre cuyos objetivos tenía el ofrecer un conjunto de cuadros estándar para la presentación de la información contable nacional y relacionar las partidas de los cuadros en un sistema articulado y clasificar esas partidas.

Por su parte, la Comisión de Estadística de las Naciones Unidas se esforzaba por lograr que la presentación de las cuentas nacionales de los países adscritos a esa Organización tuvieran una base uniforme y es en 1953 cuando a través de un informe da a conocer “Un Sistema de Cuentas Nacionales y correspondientes cuadros estadísticos”, el cual incluía seis cuentas estándar que se apoyaban en una estructura subyacente de cuentas de producción, consignación, conciliación de capital y transacciones con el exterior para tres sectores básicos (empresas, unidades familiares e instituciones privadas sin fines de lucro y gobierno general). En comparación con la presentación del informe de 1947, las cuentas de 1953 eran más elaboradas con respecto a las transacciones de capital.

En el informe de 1953 se señaló que “El propósito de este informe... es formular un sistema estandar de contabilidad nacional que proporcione una base que tenga aplicación general para la presentación de estadísticas del ingreso nacional y del producto nacional” (Organización de las Naciones Unidas, 1953, p. xli). Por otra parte, el Sistema de Cuentas Nacionales de 1953 (SCN-1953) expresamente consideró las necesidades que los países en desarrollo tenían para integrar su contabilidad nacional y ponía énfasis en lograr la mayor armonización con otras normas internacionales que aplicaban otros organismos como el Fondo Monetario Internacional (FMI) o la OCEE, no obstante reconocía que aún con los esfuerzos realizados y a la cada vez mayor cantidad de información, resultaba imperioso sistematizarla, puesto que todo ello había propiciado la elaboración de agregados distintos, parcialmente relacionados (Organización de las Naciones Unidas, 1953, p. xli).

El SCN-1953, por otro lado, daba prioridad a la elaboración de los cálculos en valores corrientes y sólo consideraba la valoración monetaria a precios constantes como un tema de investigación, dado que, no obstante el avance logrado por algunos países sobre el particular, existían grandes diferencias entre ellos en cuanto a su ámbito y calidad.

A petición de las Naciones Unidas, una gran cantidad de países reportaron los resultados de su contabilidad nacional y es en 1958 cuando se publican ese tipo de datos en el Anuario de Estadísticas de Cuentas Nacionales de 70 países y territorios. Vale señalar que tal publicación cambió de denominación en 1982 por el de “Estadísticas de Cuentas Nacionales: Principales Agregados y Tablas Detalladas” (Organización de las Naciones Unidas, et al, 2003. p. xlviii).

La segunda edición del SCN-1953 se publicó en 1960 e incluía comentarios sobre la experiencia desarrollada por los distintos países en su aplicación. La tercera edición se difundió en 1964 y con ella se estableció una correspondencia mayor con lo dispuesto en el Manual de la Balanza de Pagos publicada por el FMI.

b. El Sistema de Cuentas Nacionales 1968 (SCN-1968)

En el mismo lapso en que era publicada la tercera edición del SCN-1953, la ONU consideró necesaria su revisión y por ello convocó a un grupo de expertos a tal efecto. Tal grupo tuvo como presidente a Richard Stone, generando tres informes, el último de los cuales se presentó a la Comisión de Estadística de las Naciones Unidas en 1967 y derivado de ello dicha Comisión aprobó el nuevo SCN-1968.

Dos fueron los principales aspectos que incidieron para que se hiciera el SCN-1968: el avance desigual y heterogéneo en la elaboración y desarrollo de la contabilidad nacional en los

diferentes países (algunos preparaban tablas de insumo-producto, otros las cuentas de flujos de fondos y unos pocos desarrollaban los balances y unos más avanzaban en los cálculos a precios constantes) y la construcción de modelos económicos desagregados con objeto de apoyar el análisis y la política económica aplicados en las naciones (en la modelización los agregados se subdividían, por ejemplo en producción, consumo, inversión, etc., lo cual al no disponer de información homogénea e integrada, dificultaba la construcción de los modelos).

Entre otras, esas dos razones motivaron que el SCN-1968 incorporara ampliaciones en la estructura de las cuentas, para lo cual sugería: desagregar la cuenta de producción en tablas de insumo-producto, registrar el préstamo o endeudamiento neto en flujos financieros por sector, separar las cuentas de ingresos y gastos de las de capital y así avanzar en la construcción de las cuentas por sectores institucionales, adicionar los balances para los sectores y el total del país, y elaborar cálculos a precios constantes para los bienes y servicios.

Para cumplir con la ampliación de la temática en materia de contabilidad nacional, el SCN-1968 propuso a los países la integración de 20 cuentas que denominó normalizadas, clasificadas en tres clases: las de Clase I representadas por las cuentas consolidadas de la nación que resumían los hechos económicos (producto y gasto internos brutos, ingreso nacional disponible y su asignación, financiación del capital y transacciones con el exterior); las de Clase II constituidas por las cuentas de producción, gastos de consumo y formación de capital (en ellas se proponía mostrar la oferta y utilización de los productos, distinguiendo propiamente la producción de mercancías de otro tipo de bienes y servicios generados, para lo cual a los productores se les clasificó en cuatro tipos: de mercancías, otros tipo de bienes y servicios, de servicios de las administraciones públicas, y de servicios privados no lucrativos que se prestan a los hogares); y las de Clase III, integradas por las cuentas de ingresos y gastos y de financiación del capital, elaboradas por sector institucional: empresas no financieras, instituciones financieras, administraciones públicas, instituciones privadas sin fines de lucro que sirven a los hogares y hogares (Organización de las Naciones Unidas, 1970, p. 157 a 169).

El SCN-1968 pretendía que los países integraran todas sus cuentas normalizadas y complementarias en 26 cuadros (Organización de las Naciones Unidas, 1970, p. 171 a 208), cuyos registros se supone estaban relacionados entre sí en todos los aspectos tratados por el Sistema, excepto los balances de apertura y cierre.

Por otra parte, se consideraba que el SCN-1968 era factible de ser aplicado a las diferentes naciones, independientemente de la etapa de desarrollo alcanzado. No obstante, dedicó el capítulo IX para recomendar a los países en desarrollo la forma como podrían hacer la adaptación del Sistema. De igual forma, en el SCN-1968 se planteó como propósito aproximar sus lineamientos metodológicos a los registrados en el Sistema de Balances de la Economía Nacional, es decir, el Sistema del Producto Material, elaborado en 1965 por el Consejo de Asistencia Económica Mutua y que aplicaban los países con economías de planificación centralizada.

Si bien es cierto que el SCN-1968 amplió la perspectiva para la integración y perfeccionamiento de la contabilidad nacional de los países, dejó para un futuro la investigación de temas como son: la contabilidad regional, la clasificación funcional de los insumos, la delimitación entre gasto corriente y de capital, entre otros importantes aspectos. Dado que la orientación práctica del SCN-1968 era limitada, posteriormente a su publicación y con el fin de afianzar sus

postulados, se difundieron manuales para la medición específica de algunos tópicos: balances, distribución del ingreso, consumo y riqueza, precios constantes, etcétera.

c. El actual Sistema de Cuentas Nacionales de 1993 (SCN-1993)

Con la finalidad de evaluar la implementación del SCN-1968 en los países y la experiencia desarrollada por ellos, entre 1975 y 1980, las Naciones Unidas organizaron reuniones a nivel regional a tal efecto y en 1979 decide convocar a un grupo de expertos para planear su futura orientación, el cual se reunió de 1980 a 1985, efectuando recomendaciones en el sentido de actualizar el SCN-1968 a las nuevas circunstancias, clarificarlo, simplificarlo y armonizarlo con otras estadísticas relacionadas.

Así, en 1985 la Comisión de Estadística de las Naciones Unidas confirió al denominado Grupo Intersecretarial de Trabajo sobre Cuentas Nacionales (integrado por la Oficina de Estadística de las Comunidades Europeas, el Fondo Monetario Internacional, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, la División de Estadística y las Comisiones Regionales de las Naciones Unidas, y el Banco Mundial), la planeación del trabajo para efectuar la revisión del Sistema (Organización de las Naciones Unidas, et al, 1993. p. xlv).

De 1986 a 1989, los grupos de expertos celebraron reuniones en las que dividieron la temática en ocho grandes áreas: estructura del SCN, comparaciones de precios y cantidades, sectores (externo, hogares y público), cuentas de producción y cuadros de insumo-producto, flujos financieros y balances, y reconciliación del SCN y el Sistema del Producto Material, derivando de dichas reuniones informes y borradores de los capítulos del futuro manual.

En 1991, se entregó a la Comisión de Estadística de las Naciones Unidas un borrador provisional, a mediados de 2002 este borrador fue refinado y en octubre de ese año se presentó en un seminario interregional, del cual se desprendió un informe que fue aprobado, con todo y el SCN-1993 ya revisado, por dicha Comisión y sugerido por esta para ser instrumentado por los países a partir de 1993.

Así, hubieron de transcurrir 25 años para disponer de un manual actualizado que orientara la integración de las cuentas nacionales de los países, lo cual no fue tarea fácil toda vez que la economía mundial y la particular de cada nación se habían transformado profundamente, adquiriendo las formas de producir nuevas características.

En comparación con el SCN-1968, el actual SCN-1993 ofrece ventajas incomparables ya que, por ejemplo, presenta una cuenta separada para registrar la revalorización de activos y pasivos, elemento indispensable en situaciones de inflación pronunciada; propone la cuantificación del consumo final efectivo de los hogares, el gobierno y las instituciones sin fines de lucro al servicio de los hogares, redimensionando así las actividades gubernamentales; delimita la clasificación del sector financiero y los instrumentos que éste opera, dadas las frecuentes innovaciones habidas en ese ámbito; propicia la incorporación de la contabilidad del medio ambiente; define y propone una clasificación de los activos; simplifica el trabajo de los contadores nacionales; ofrece un razonamiento conceptual del tratamiento aplicable; identifica las reglas contables; distingue las actividades legales de las ilegales; recomienda el tratamiento específico de los impuestos; sugiere la aplicación de criterios para el caso de los sistemas oficiales de cambio múltiple; entre otros tantos aspectos más.

Adicionalmente, el SCN-1993 está armonizado con otros lineamientos estadísticos de nivel internacional lo cual representa un avance muy importante. Tal armonización se mantiene con la quinta edición del Manual de la Balanza de Pagos, las estadísticas de finanzas públicas y las financieras y monetarias, del Fondo Monetario Internacional, así como con las normas y cobertura que la Organización Internacional del Trabajo utiliza en la definición de empleo, formal e informal.

Para cumplir con su cometido el SCN-1993, en estricto sentido, recomienda a los países la integración de una secuencia completa de cuentas para la economía total y para cada uno de los cinco sectores institucionales que internamente la integran (sociedades no financieras, sociedades financieras, gobierno general, hogares e instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares). En conjunto, representan 18 cuentas y en ellas se registrarían datos de acuerdo al sector de que trate, siendo de uso exclusivo para los hogares el gobierno general, las instituciones no lucrativas y el total las correspondientes a la redistribución del ingreso en especie y la de la utilización del ingreso disponible ajustado (que forman parte de la cuenta II. distribución y utilización del ingreso).

Para una mayor esquematización el SCN-1993 secciona su presentación de las cuentas en corrientes: I. producción; II. que agrupan la distribución y utilización del ingreso (distribución primaria, secundaria, redistribución y utilización); III de acumulación: capital, financiera y otras variaciones de activos; y IV los balances: de apertura, variaciones y de cierre. En tanto, para el sector no residente, es decir para el resto del mundo, sugiere la presentación desglosada de los grupos de cuentas: I. bienes y servicios con el exterior, II. ingresos primarios y transferencias corrientes con el exterior, III. acumulación con el exterior, y IV. activos y pasivos con el exterior (Organización de las Naciones Unidas, et al, 1993, anexo V. p. 660 a 736).

Finalmente, sin dejar de lado el reconocimiento que el propio SCN-1993 hace de la temática para abordar en un futuro próximo (por ejemplo, la producción de servicios del trabajo no remunerado de los hogares), se puede decir que tal Sistema es flexible, de tal forma que es posible aplicarlo de manera gradual por los países, de acuerdo a sus necesidades y disponibilidad de información, ofreciendo también la perspectiva de generar cuentas específicas con objeto de presentar conceptos adicionales a, o diferentes de, los del marco central, como pueden ser las cuentas satélite del medio ambiente, turismo, vivienda, educación, investigación y desarrollo, salud, entre otras.

3.3 EL SCN-1993 Y LAS CUENTAS SATÉLITE

Los estudios satélite se denominan así ya que en su diseño y elaboración se consideran todos los elementos conceptuales que emanan del marco central del Sistema de Cuentas Nacionales 1993 (SCN-1993), constituyéndose así en una extensión especializada del mismo y los resultados obtenidos están estrechamente vinculados entre sí, permitiendo la comparabilidad internacional, con los indicadores macroeconómicos totales y con los de otros sectores productivos.

Las cuentas satélite permiten: suministrar información adicional, de carácter funcional o de interrelaciones sectoriales; utilizar conceptos, clasificaciones y marcos contables complementarios o alternativos, cuando se requieren para un estudio específico, como el turismo, la salud, la vivienda, el medio ambiente, y así extender el marco analítico de la contabilidad nacional; analizar

los datos mediante indicadores y agregados especiales para ese campo de estudio; y vincular el análisis de registros físicos con el sistema contable.

Tales estudios, aglutinan y sintetizan las miles de transacciones económicas que se realizan a lo largo y ancho del territorio del país y con el resto del mundo, presentadas en un conjunto de cuadros estadísticos que la integran. Presenta datos detallados referentes al consumo, la oferta, utilización y otras variables, poniendo a disposición de las autoridades correspondientes las herramientas que se requieren para apoyar la instrumentación de la política y la toma de decisiones, a fin de fomentar aún más la evolución de las actividades que directa o indirectamente se relacionan con el campo de estudio.

El SCN-1993, por otra parte, dedica el capítulo XXI para exponer los temas satélite, en el cual describe cómo puede ampliarse el Sistema, de modo que abarque áreas de interés selectivas, mediante la utilización de esquemas y conceptos de clasificación que son complementarios o alternativos a los del marco central (Organización de las Naciones Unidas, et al, p. 1).

3.4 DESARROLLO DEL SISTEMA DE CUENTAS NACIONALES EN MÉXICO

Las cuentas nacionales forman parte de la estadística derivada y para documentar los cálculos de las variables que las integran se requiere de un cúmulo importante de estadística básica, representada ésta por registros administrativos que generan las empresas y las unidades económicas gubernamentales, así como por los resultados de encuestas y censos que aplican los diferentes entes, particularmente el gobierno.

a. Antecedentes

Antes de la colonia existían recuentos poblacionales con fines tributarios, en el período colonial se elaboraron estadísticas de comercio, gasto gubernamental y la minería. En 1790, se llevó a cabo el Primer Censo de Revillagigedo, así anterior a 1882 en materia de estadística era poco lo que existía, cuando lo había era parcial, disperso y con diversos niveles de calidad.

En 1882 se crea la Dirección General de Estadística (DGE), bajo la cual en principio se generaron, entre otras importantes estadísticas: los censos de población en 1895 (el primero), 1900 y 1910, en 1893 el Anuario Estadístico, en 1894 el Boletín Anual y Semestral de Estadística y la memoria estadística sobre las rentas públicas de la nación.

De 1910 a 1920 las estadísticas no sólo se estancaron sino que retrocedieron. Por lo antes mencionado, existía la necesidad de crear un Sistema de Información Estadística Nacional o al menos desarrollar y organizar algunas estadísticas económicas fundamentales como son: censos económicos, estadísticas de producción y registros administrativos.

Así, en 1930, además del V Censo de Población, se levantaron el I Censo Industrial y el I Censo Agrícola, en tanto que en 1935 el II Censo Industrial, permitió realizar los cálculos iniciales del ingreso nacional.

Emilio Alanís Patiño elaboró el primer cálculo del ingreso en la DGE en 1938. Según especialistas subestimaba la realidad económica debido al descenso registrado en las

actividades (baja en exportaciones, producción de petróleo, decremento en importaciones, el transporte, manufacturas, minería, ganadería, energía eléctrica y el comercio), además por las limitaciones de información estadística.

Josué Sáenz, Director General de Estadística de 1942 a 1946, fue el primero que realizó los cálculos del PIB de México, en 1943 presentó la estimación del ingreso referido a 1929, 1939 y 1942. Aplicando el método de la producción, elaboró la primera serie del ingreso nacional para el período 1929-1945 que publicó bajo el título de “El ingreso nacional neto de México 1929-1945”. Por tal razón, a Josué Sáenz se le considera el pionero en el cálculo del PIB.

b. Las cuentas nacionales en el Banco de México (Banxico)

La institucionalización de los cálculos inició en 1939, ya que desde ese año Banxico comenzó a generar sus estimaciones sobre el ingreso nacional, aunque los resultados obtenidos no los daba a conocer públicamente. En 1945, Banxico recibió la encomienda de realizar los estudios del producto y el ingreso nacionales, la cual se depositó, entre otros, en Rodrigo Gómez (Director General de esa institución de 1952 a 1970).

El Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF), ahora Banco Internacional de Reconstrucción y Desarrollo (Banco Mundial), estimuló el cálculo del ingreso por parte de Banxico, el cual en su Departamento de Estudios Económicos establece la División de Cuentas Nacionales, que como uno de sus primeros logros presentó la serie anual 1939-1949 del ingreso nacional, destacando la labor emprendida por Eliel Vargas, quien en 1946 cuestionó los cálculos de Alanis Patiño y Josué Sáenz.

Después de la publicación del Sistema de Cuentas Nacionales 1953 (SCN-1953), Banxico obtuvo asesoría holandesa por parte de Martín Ekker, Cornelius Oomens y Gustaaf Loeb. Elaboró la Matriz de Insumo-Producto (MIP) 1950, la cual tomando en consideración los registros de los censos de 1950, fue impresa y publicada en 1957 en el documento denominado “La estructura industrial en México en 1950”. Dicha MIP abarcó 45 ramas de actividad y la industria de la transformación se clasificó en 14 grupos. Posteriormente, en 1959, la MIP se publicó con una mayor desagregación.

Además del aporte de los holandeses en Banxico, otras instituciones como el Centro de Estudios Monetarios Latinoamericanos (CEMLA), promovían el desarrollo de la Contabilidad Nacional. En 1957, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), patrocinó un estudio que incluyó los principales componentes del ingreso y producto nacionales de México del período 1945-1955, con proyecciones para 1965, a precios de 1950 que había elaborado Banxico (INEGI, 2003).

En 1960 se publicó, en varios tomos, la obra “México cincuenta años de revolución”, el primero se dedicó a los aspectos económicos, entre los que destaca un estudio de Enrique Pérez López denominado “El Producto Nacional”, en el que se presentaron las series para los años 1895-1910 y 1921-1938 y registros por división de actividad para el período 1939-1959. Sus cálculos fueron cuestionados, pero resultaron significativos ya que los correspondientes al producto nacional se utilizaron con fines de análisis macroeconómico.

En 1967, Banxico concluyó la MIP de 1960 con base en la información censal de ese año, incorporando la metodología sugerida por la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en el SCN-1953, e incluyó 45 ramas de actividad económica. En 1969, Banxico presentó los resultados de la serie 1950-1967, base 1960, del Sistema de Cuentas Nacionales (SCN), adicionando nueva información sobre acervos de capital, para lo cual contó nuevamente con la asesoría de Cornelius Oomens, y que contemplaba registros sobre: la producción, el ingreso y los gastos corrientes, vinculándolos con los acervos de capital, en valores corrientes y a precios de 1960, e índices de valor, volumen físico y de precios implícitos. Las cuentas consolidadas presentaron las categorías de: producción, consumo, acumulación y las transacciones con el resto del mundo, lo que implícitamente constituía un esquema integrado de cuentas.

c. El Sistema de Cuentas Nacionales de México (SCNM) ante el cambio

Aun cuando se habían registrado logros y avances, la generación de estadística básica y derivada no estaba articulada, razón por la cual el país requería de una transformación profunda en la forma de elaborar e integrar la estadística, uniendo lo disperso, centralizando y reasignando funciones e integrando la estadística a la planeación.

Así, en 1972 se estableció el Comité Técnico Consultivo de Unidades de Información Estadística del Sector Público Federal (Secretaría de Agricultura y Ganadería, Secretaría de Salud, Banxico y Banco de Comercio Exterior, entre otras dependencias), creándose el Sistema de Información para la Programación Económica y Social (SIPES).

En el SIPES participaron todas las instituciones que estaban involucradas en la generación e integración de información estadística. Del SIPES surge el planteamiento metodológico del Sistema Nacional de Información y el diseño del marco teórico contable. El grupo de trabajo SIPES-DGE, que coordinaba a las otras dependencias, fue preparando el camino para que la DGE asumiera la responsabilidad de elaborar las cuentas nacionales del país, a cargo todavía de Banxico (INEGI, 2003, p. 41).

El 23 de marzo de 1977, al interior de la Secretaría de Programación y Presupuesto, inició labores la Coordinación General del Sistema Nacional de Información (CGSNI), cuya responsabilidad fue articular el aparato productivo estadístico nacional, pues existían 100 instituciones, 466 dependencias y 555 unidades que elaboraban información estadística.

En 1978, autoridades de la SPP invitaron a expertos internacionales para crear el nuevo Sistema de Cuentas Nacionales de México (SCNM), acorde con los nuevos lineamientos de la ONU (SCN-1968) y con la realidad económica del país y del mundo, destacando, entre otros, por todos sus aportes el Dr. Horacio Santamaría, quien fuera el jefe de grupo de expertos de la ONU, comisionado por CEPAL. También tuvieron importante influencia en el desarrollo del SCNM: Luis Cossio Silva, Oscar Rangel Venzor y Eduardo Rosas Landa por parte de la SPP y por Banxico: Rubén Gleason Galicia, Miguel Flores Márquez y Carlos Bazdresch Parada. Con la participación de la ONU, la SPP y Banxico, se creó un grupo interinstitucional que funcionó hasta 1989, aunque a partir de 1981 el proyecto del SCNM se asignó oficialmente a la CGSNI.

d. El SCNM en el INEGI

Al trasladarse los cálculos del SCNM de Banxico a la extinta SPP, en 1981, cuya unidad responsable directa era la CGSNI (antecesora del actual INEGI), en diciembre de 1978 se concluyó la MIP para 1970, publicándose en 1979 en cuatro volúmenes: el primero, resume los métodos, tratamientos técnicos y principales resultados cuantitativos, el segundo, tercero y cuarto contienen los cálculos elaborados de la industria manufacturera, sector agropecuario, industria petrolera y los servicios, y del Gobierno General, respectivamente.

Entre sus principales características se pueden anotar: una valoración a precios productor, para 73 ramas de actividad (contra las 45 que difundía Banxico), se adoptó la CIIU a la realidad productiva del país, adaptándolo al Codificador Mexicano de Actividades Económicas y a su interior integró la submatriz de origen y destino de las importaciones.

En 1979, se elaboró una submatriz del consumo privado para 1970 y se realizaron talleres internos sobre la contabilidad nacional a precios constantes, con objeto de ampliar los cálculos elaborados.

En 1980, la CGSNI se reestructuró y adoptó el nombre de Coordinación General de los Servicios Nacionales de Estadística, Geografía e Informática (CGSNEGI), ratificando a la DGE como la responsable de elaborar las cuentas nacionales.

El 22 de abril de 1981, se presentó el nuevo Sistema de Cuentas Nacionales para la serie 1970-1978 que incluía: cuentas consolidadas de la nación, cuentas de producción, consumo y acumulación, a precios corrientes y de 1970 y la MIP de 1975. La fecha anterior marcó oficialmente, la transferencia de la contabilidad nacional del Banco de México hacia la SPP, finiquitando así cuatro años de negociaciones.

Para 1982 se había generado una gran cantidad de publicaciones y productos derivados del SCNM, entre los que se pueden citar: el ABC de las Cuentas Nacionales, actualización anual del SCNM, cuentas económicas del sector público presupuestario del Gobierno Federal y del Distrito Federal, elaboración de la MIP para 1978, y estimaciones del PIB estatal para 1970 y 1975. A fines de 1982, ante un entorno internacional caracterizado, entre otros aspectos, por la masificación del uso de nuevas tecnologías de la información, la competitividad económica y la globalización, el SCNM se constituyó en el eje ordenador de las estadísticas económicas estructurales y de coyuntura.

Al considerar a la información como valor estratégico, en 1983 se crea el INEGI, heredero de la CGSNI (1977-1980) y la CGSNEGI (1980-1982). El INEGI se creó como un órgano desconcentrado de la SPP, siendo una de sus principales direcciones generales la de Estadística, la cual definió entre sus proyectos prioritarios a las cuentas nacionales, creando así la Dirección de Contabilidad Nacional y Estadísticas Económicas, integrada por seis subdirecciones una de ellas la de Cuentas Económicas Nacionales.

Producto de lo anterior, se generaron investigaciones importantes: en 1983, se publicó el Producto Interno Bruto (PIB) estatal para los años 1970, 1975 y 1980; en 1984 se dan a conocer las cuentas del sector público, a precios corrientes; en 1986, se difundió la MIP de 1980, reordenando algunas actividades, incluyendo la medición del artesanado industrial, reorganización de las actividades de PEMEX, etcétera. En 1987, se concluyeron varios trabajos:

se dio a conocer el PIB trimestral, con desagregación de las nueve grandes divisiones de la CIIU, más las nueve divisiones de la industria manufacturera, se elaboró un reemplazo (darle continuidad a una serie histórica de datos de años precedentes al año base a precios constantes), con base en 1970 que llegó a 1960. También se generó la MIP para el Área Metropolitana de la Ciudad de México.

En 1988, se concluyó: el SCN, con base en 1980, e incorporó los datos de la nueva Encuesta Industrial, ampliando de 57 a 129 el número de clases incluidas; el índice mensual de la actividad industrial por origen; se amplió la MIP 1980 en lo relativo al sector agropecuario (de 73 pasó a 92 ramas de actividad); y la construcción del sector público por nivel institucional y por tipo de obra.

En 1989, el INEGI inició un importante proceso de modernización que incluía las cuentas nacionales. En 1990, las cuentas nacionales iniciaron su camino hacia la consolidación como uno de los pilares de las estadísticas nacionales. En ese año se concluyó una estimación del PIB trimestral a precios corrientes y se realizó la estimación anual del PIB por entidad federativa.

En febrero de 1992 desaparece la SPP y sus funciones pasan a la SHCP y con ello el INEGI. En septiembre de 1993 entra en funciones la Dirección General de Contabilidad Nacional, Estudios Socioeconómicos y Precios (DGCNESyP), quedando a su cargo la generación de estadísticas derivadas y en la DGE la estadística básica.

En 1996, se publicó el SCN base 1993, adoptando para ello las últimas recomendaciones internacionales derivadas del Sistema de Cuentas Nacionales 1993 (SCN-1993), de las Naciones Unidas, entre otros importantes organismos, adoptando el nuevo año base de referencia todos los productos y proyectos derivados del SCN. En abril de ese mismo año, dio inicio el funcionamiento regular del sitio del INEGI en Internet que en la sección de estadísticas económicas incluía los indicadores macroeconómicos del SCN de coyuntura, anuales, sectoriales, etcétera, así como de series históricas.

En el ámbito de las cuentas satélite, en 1994 se difunde el Sistema de Cuentas Económicas y Ecológicas y en 1998 se dan a conocer los cálculos de la Cuenta Satélite del Turismo, estudio que junto con el producto denominado Cuentas por Sectores Institucionales, publicado en 1999, adoptan las recomendaciones internacionales que emanan del SCN-1993.

En resumen, el actual SCN está formado por cuatro tipos de estadísticas: anuales (cuentas de bienes y servicios, regionales y sectores institucionales), trimestrales (PIB y oferta y utilización), mensuales (actividad industrial, formación bruta de capital fijo e indicador de la actividad económica – IGAE-) y satélite (medio ambiente, turismo, indicadores macroeconómicos del sector público e industria maquiladora de exportación).

Referencias de documentos utilizados

1. Balboa, Manuel (1984). *Cuentas Nacionales 1. Antecedentes y bases teóricas del Sistema de Naciones Unidas*. (Serie de Lecturas IV). México: INEGI.
2. Beltrán, Lucas (1976). *Historia de las doctrinas económicas (3ª ed.)*. Barcelona: TEIDE
3. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2003). *Historia del Sistema de Cuentas Nacionales de México (1938-2000)*. México: INEGI.
4. Morales, Manuel. (2000). *Causalidad y Economía Descriptiva, un modelo para la explicación y registro de los hechos económicos en la contabilidad nacional*. México: Tesis de Maestría en Economía, Facultad de Economía, UNAM.
5. Organización de las Naciones Unidas. (1953). *Sistema de Cuentas Nacionales (3ª ed.)*. Nueva York: Naciones Unidas.
6. Organización de las Naciones Unidas. (1970). *Sistema de Cuentas Nacionales*. Nueva York: Naciones Unidas.
7. Organización de las Naciones Unidas, et al. (1993). *Sistema de Cuentas Nacionales*. Nueva York: Naciones Unidas.
8. Roll, Eric (1975). *Historia de las Doctrinas Económicas (2ª ed. en español)*. México: Fondo de Cultura Económica.
9. Studenski, Paul. (1984). *Cuentas Nacionales 1. Antecedentes y bases teóricas del Sistema de Naciones Unidas*. (Serie de Lecturas IV). México: INEGI.

CAPÍTULO 4

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL PARA LA ELABORACIÓN DE LA CUENTA SATÉLITE DEL SECTOR SALUD

Antes de enmarcar el esquema de la Cuenta Satélite del Sector Salud para México (CSSSM), es necesario conceptualizar los elementos que integran el estudio. Las principales definiciones y conceptos toman como marco general de referencia dos manuales cuyas recomendaciones son aceptadas internacionalmente por los países y oficinas generadoras de información macroeconómica relacionada con la salud y son: la versión 1.0 del Sistema de Cuentas de Salud (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2000) y el Sistema de Cuentas Nacionales 1993 (Organización de las Naciones Unidas, et al, 1993).

4.1 PRINCIPALES CONCEPTOS, DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES SUGERIDOS POR LA OCDE

Es preciso señalar que la clasificación y definiciones que la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) contempla en el Sistema de Cuentas de Salud antes referido, consideran los conceptos utilizados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), así como los aplicados en el desarrollo de experiencias de otras instituciones públicas o privadas que se han abocado al estudio de la salud.

a. Conceptos y definiciones

- Sistema de salud y paciente

Los términos **Sistema de Salud** y **Paciente** están estrechamente relacionados. El primero refiere la atención de la salud, mediante el suministro de bienes y servicios que demandan los pacientes, en tanto que el segundo considera a las personas que los utilizan. (Organización Mundial de la Salud, 2001, pág. 6 a 9). Por ello, la salud no puede ser definida independientemente de los pacientes y las acciones realizadas por éstos. La salud, para este estudio no se limita a los servicios médicos, sino que cubre un concepto más amplio dentro del marco de la morbilidad de la población.

La **morbilidad** es un término genérico que refiere cualquier tipo de síntoma que afecta la salud de la población en un sitio y tiempo determinado (enfermedad, malestar, accidente, etcétera). De igual forma, el concepto se utiliza para expresar el número de personas enfermas o los casos de una enfermedad, en relación a la población en que se presentan. (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2001, pág. 35).

De acuerdo a la OMS, la **salud** se define como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. (Organización Mundial de la Salud, 2003, pág. 1).

Entonces, desde el punto de vista económico, la salud puede definirse como el conjunto de actividades encaminadas a satisfacer la demanda de bienes y servicios básicos tendientes a preservar y mejorar las condiciones generales de vida de la población.

Se entiende por **paciente** a toda persona que demanda o consume un bien, servicio o un recurso de salud para el establecimiento y desarrollo de su bienestar físico y mental.

b. Clasificación funcional, del proveedor y la financiación

A continuación se describe la clasificación, definiciones y cobertura de la atención sanitaria de acuerdo a tres ópticas: la funcional, de los proveedores y la financiación.

i. Óptica funcional

Desde este enfoque, la clasificación, cobertura y definiciones consideran los objetivos o propósitos de la asistencia sanitaria tales como prevención de enfermedades, promoción sanitaria, tratamiento, rehabilitación y asistencia para el mejoramiento de la calidad de vida del paciente. Esta clasificación y definiciones deben ser armonizadas y homogéneas a fin de facilitar la compleja tarea de las comparaciones internacionales ya que sugiere la presentación y cálculo del gasto en forma detallada.

Las funciones de asistencia sanitaria refieren el consumo final de bienes y servicios que realizan los pacientes para conseguir los objetivos mencionados e incluye no sólo actividades de tratamiento hospitalario, visitas a los domicilios por médicos, paramédicos o campañas de vacunación, sino también las que apoyan a aquellas, como son las tareas de oficina, otras actividades administrativas tales como servicios de limpieza y lavandería, entre otros.

Las funciones, cubren principalmente la prestación de servicios, aunque también refieren bienes que requiere el paciente para cuidar su salud. Los bienes como los productos farmacéuticos, prótesis, etcétera, se consideran adquiridos o entregados junto con un implemento médico. Todos estos bienes, percederos o duraderos, se deben registrar en el concepto de consumo final.

Los cuidados de la salud comprenden los servicios de asistencia personal suministrados directamente a personas individuales y los colectivos que proporcionan entes gubernamentales tales como la promoción sanitaria y la prevención de enfermedades, así como la administración y los seguros de la salud.

Los servicios de salud pública incluyen una amplia gama y son proporcionados a la población, tales como: hospitalización, consulta externa, rehabilitación, vigilancia epidemiológica y otras medidas de promoción sanitaria y prevención de enfermedades. También abarcan la operación de bancos de sangre, servicios de laboratorio y de planeación y control de la población.

La administración de la salud y el seguro médico son actividades realizadas por autoridades federales, estatales y municipales, incluyendo la seguridad social, y aseguradoras privadas. Consideran la planeación, regulación, manejo de fondos y sistemas de distribución de servicios. Es decir, en la práctica debe separarse el suministro de bienes y servicios médicos de la administración que se hace de ellos. En ambas no se contempla la administración de programas de protección social que adquieren la forma de prestaciones en efectivo.

Funciones de la salud individual. Comprende bienes y servicios que directamente son adjudicados a los individuos y se distinguen de aquellos que son proveídos para toda la sociedad, tales como: Servicios de Prevención y Salud Pública; y, la Administración de la Salud y Seguros. Las siglas CS significan atención o cuidado de la salud y provienen del original en inglés health care (HC), siendo su desglose y cobertura los siguientes:

CS1. Servicios de asistencia curativa. Refiere los servicios médicos y paramédicos prestados a lo largo de la atención curativa, que se encuentran enfocados a aliviar, reducir la severidad o evitar complicaciones que podrían amenazar la vida o funcionamiento del organismo de un individuo, debido a los síntomas de una lesión o enfermedad.

CS1.1 Asistencia curativa hospitalaria. Quedan incluidos los servicios médicos y paramédicos brindados a los pacientes durante su estancia en una unidad hospitalaria.

CS1.2 Asistencia curativa en hospitalización de día. Se denomina así a la atención médica y paramédica que se brinda a pacientes que ingresan al hospital para someterse a cirugía ambulatoria, diálisis, tratamiento oncológico, los cuales no requieren hospitalización mayor de 24 horas.

CS1.3 Atención médica a pacientes externos. Comprende los servicios médicos y paramédicos otorgados a pacientes externos.

CS1.3.1 Servicios médicos y diagnósticos básicos. Quedan incluidos los servicios de atención médica básica de diagnóstico y terapia, comunes en la mayoría de las consultas médicas, y que son proporcionados a pacientes externos. Considera servicios de exámenes de rutina, valoración médica, prescripción de medicamentos, asesoría, régimen alimenticio, inyecciones, etcétera.

CS1.3.2 Asistencia odontológica. Comprende los servicios médicos dentales, tales como limpieza, obturación, extracción, etcétera. Incluye prótesis, proporcionadas a pacientes externos.

CS1.3.3 Otros servicios de asistencia especializada. Atención de médicos especializados, incluye psiquiatría, la asistencia a toxicómanos y la cirugía ambulatoria.

CS1.3.9 Otros servicios de asistencia ambulatoria. Se registran los servicios prestados por profesionales paramédicos como son los tratamientos de fisioterapia, hidroterapia, terapia del lenguaje, entrenamiento y rehabilitación médica para invidentes, entre otros.

CS1.4 Atención curativa a domicilio. Comprende los servicios proporcionados por médicos y paramédicos al paciente en su domicilio.

CS2. Servicios de rehabilitación. Se registran los servicios médicos y paramédicos a pacientes que se encuentren en periodo de rehabilitación (convalecencia). Los cuidados de rehabilitación hacen énfasis en mejorar los niveles de funcionalidad a causa de una enfermedad reciente o lesión de naturaleza recurrente. Los cuidados de rehabilitación son generalmente más intensivos que la atención de larga duración y menos que la curativa, requieren de evaluaciones frecuentes del paciente y de la revisión del tratamiento en periodos determinados, hasta que la condición se estabiliza o se completa una fase predeterminada del tratamiento.

CS2.1 Rehabilitación hospitalaria. Está referida a la atención médica y paramédica brindada al paciente hospitalizado que tiene por objeto la restitución de la salud.

CS2.2 Rehabilitación de día en hospitales. Comprende la atención médica y paramédica a pacientes que ingresan a una unidad hospitalaria por periodos menores a 24 horas, para tratamientos oncológicos, diálisis y cirugías ambulatorias entre otros.

CS2.3 Rehabilitación ambulatoria. Comprende los servicios médicos y paramédicos prestados en una sesión para el mejoramiento de niveles funcionales en los pacientes externos.

CS2.4 Rehabilitación a domicilio. Están incluidos los servicios médicos y paramédicos que en una sesión se suministran a pacientes en el domicilio de los mismos y son orientados a su rehabilitación.

CS3. Servicios de atención de larga duración. Se incluyen los cuidados de enfermería a pacientes internos que requieren asistencia continua básica a consecuencia de un padecimiento crónico y a una reducción de independencia en actividades diarias. Se trata de una mezcla entre cuidado médico y asistencia social. Generalmente estos servicios son otorgados en centros de asistencia social (albergues, hospicios, etcétera).

CS3.1 Atención de larga duración a pacientes hospitalizados. Este apartado comprende la atención de la salud y los servicios de enfermería brindada en un hospital a pacientes internos que requieren de manera continua cuidados debido a un deterioro crónico y a un grado reducido de independencia en sus capacidades. Estos servicios son proporcionados en instituciones o establecimientos públicos.

CS3.2 Atención de larga duración en hospitalización de día. Se refiere a la atención en hospitales que se brinda a pacientes que requieren asistencia en el día durante un período largo.

CS3.3 Atención de larga duración a domicilio. Comprende la atención médica y paramédica (de enfermería) a paciente que requieren asistencia continua en su domicilio.

CS4. Servicios auxiliares. Se consideran los servicios realizados por paramédicos o personal técnico con o sin supervisión directa de un médico, tales como de laboratorio, imagenología diagnóstica y transporte del paciente.

CS4.1 Laboratorio clínico. Comprende los estudios realizados sobre hematología, microbiología, clínicos e inmunológicos de muestras orgánicas, etcétera, de los pacientes.

CS4.2 Imaginología diagnóstica. Se refiere a los estudios tales como rayos X, ultrasonidos, resonancia magnética, tomografías, entre otros.

CS4.3 Emergencias y traslado de pacientes. Se considera la transportación, desde y hacia un establecimiento sanitario, en ambulancia terrestre o aérea, también puede incluir el traslado en vehículos convencionales cuando se está autorizado y el costo es reembolsado al paciente, (por ejemplo, en el caso de pacientes de diálisis renal o quimioterapia).

CS4.4 Otros servicios auxiliares. Comprende los demás servicios auxiliares diversos para la atención médica.

CS5. Productos médicos otorgados a pacientes ambulatorios. En este apartado se encuentran todos los bienes médicos y servicios relacionados con los requerimientos de pacientes tales como la venta, reparación, mantenimiento y renta de productos y aparatos. Se encuentran incluidos los servicios de farmacias, ópticas, casas de ortopedia y otros establecimientos especializados y no, incluyendo compras por Internet y TV. Este grupo cubre medicamentos, prótesis, aparatos y equipo médico y otros productos relacionados con la salud adquiridos con o sin prescripción médica. Generalmente son distribuidos por químicos, farmacéuticos, o proveedores de equipo médico y son consumidos o usados fuera de los hospitales, clínicas e instituciones afines.

CS5.1 Productos farmacéuticos y otros medicamentos perecederos. Comprende los fármacos tales como los preparados medicinales, medicinas de marca y genéricos, sueros y vacunas, vitaminas y minerales y anticonceptivos orales.

CS5.1.1 Medicamentos prescritos. Se refiere a medicamentos vendidos exclusivamente a clientes con receta médica, que son cubiertos por fondos públicos o privados. Se consideran los medicamentos bajo prescripción costeados por fondos privados o públicos, y no por el usuario mismo.

CS5.1.2 Medicamentos de venta libre. Incluye medicamentos que pueden ser prescritos, pero el costo no es reembolsable, es decir son financiados por el usuario mismo, se encuentran considerados también los de venta libre, que son aquellos que no requieren de receta médica.

CS5.1.3 Otros productos médicos. Se refiere a aquellos productos tales como vendas, mallas elásticas, artículos para la incontinencia, condones y otros implementos mecánicos anticonceptivos.

CS5.2 Aparatos terapéuticos y otros productos duraderos. Comprende aparatos médicos, tales como lentes, aparatos auditivos, entre otros.

CS5.2.1 Lentes y otros productos ópticos. Considera cristales y armazones, lentes de contacto, así como sus correspondientes productos de limpieza y reparación.

CS5.2.2 Aparatos ortopédicos y prótesis. Comprende zapatos, fajas y collarines ortopédicos, entre otros. Asimismo, incluye aquellos aparatos cuya función es sustituir algún miembro: artificiales, implantes o prótesis.

CS5.2.3 Aparatos auditivos. Comprende toda clase de aparatos removibles para el oído, incluye los servicios de limpieza, ajuste y baterías.

CS5.2.4 Aparatos médico técnicos. Incluyen una amplia variedad de implementos médico técnicos, tales como sillas de ruedas, con y sin motor, bastones, andaderas, etcétera, que facilitan el traslado de las personas.

CS5.2.9 Otros aparatos durables. Productos no clasificados en otra parte, tales como instrumentos para medir la presión arterial.

CS6. Servicios de prevención y de salud pública. Considera los servicios destinados a incrementar el nivel de salud de la población (tales como la aplicación de vacunas), se distingue de la atención médica curativa, ya que ésta última restaura una disfunción de salud.

CS6.1 Salud materno - infantil, planificación familiar y asesorías. Cubre los servicios de asesoría genética y prevención de anomalías congénitas; atención médica pre y postnatal; cuidados del recién nacido, vigilancia en el crecimiento y vacunas (preventiva).

CS6.2 Servicios de medicina escolar. Comprende educación de la salud y chequeo médico. Este servicio es proporcionado en las escuelas.

CS6.3 Prevención de enfermedades transmisibles. Contempla el reporte obligatorio y notificación de enfermedades contagiosas; investigaciones epidemiológicas; esfuerzos para trazar posibles contactos y origen de la enfermedad; prevención y control de tuberculosis (incluyendo el estudio sistemático de los grupos de alto riesgo); programas de inmunización y vacunación (obligatorios y voluntarios); vacunación durante el embarazo y atención materno - infantil.

CS6.4 Prevención de enfermedades no transmisibles. Considera los servicios públicos de educación en salud, de prevención de enfermedades; proporcionados por centros de vigilancia y control, y programas para la disminución de riesgos y mejora de la salud. Incluye medidas contra el consumo del tabaco, alcohol y sustancias tóxicas, como las compañías contra el tabaco; actividades de trabajadores sociales; servicios de grupos de autoayuda, sexo seguro, etcétera.

CS6.5 Medicina del trabajo. Refiere los servicios que proporcionan las unidades económicas a sus trabajadores tales como la vigilancia de la salud de los empleados (revisión médica de rutina), atención terapéutica (incluyendo atención de emergencia) y primeros auxilios.

CS6.9 Otros servicios de salud pública. Esta partida consiste en una variedad de servicios de salud pública tales como operación y administración de bancos de sangre y órganos; y, la generación de información sobre aspectos de salud pública no clasificados en otra parte, tales como vigilancia de salud pública ambiental e información sobre condiciones ambientales.

CS7. Administración de la salud y los seguros médicos. Considera actividades que llevan a cabo el sector privado, autoridades centrales, locales y la seguridad social. Están incluidas la planeación, administración, regulación, captación de fondos y manejo de reclamaciones al sistema proveedor de servicios.

CS7.1 Administración del Gobierno General en Salud. En este apartado se encuentra la administración que el Gobierno General realiza en salud.

CS7.1.1 Administración de la salud del Gobierno General, excepto Seguridad Social. Se encuentran dentro de este apartado actividades tales como la elaboración, administración, coordinación y seguimiento de políticas generales, planes, programas y presupuestos de salud; preparación y aplicación de la legislación y normas para la prestación de servicios de salud, incluyendo la licencia de establecimientos médicos, personal médico y paramédico; la producción y difusión de información general; documentación técnica y estadísticas sobre salud.

CS7.1.2 Administración, funcionamiento y apoyo a actividades de los fondos de seguridad social. Este rubro comprende las actividades de administración, funcionamiento y apoyo de las instituciones de seguridad social que se ocupan de los servicios de salud.

CS7.2 Administración de la salud y los seguros médicos: organismos del sector privado. Considera la administración y operación privada de todos los seguros de accidentes y enfermedades.

Hasta aquí se ha descrito de manera general, la clasificación, cobertura y definiciones de la salud individual y colectiva. Al respecto cabe hacer las siguientes puntualizaciones.

- La clasificación de las funciones de asistencia sanitaria individual puede detallarse aún más, dependiendo de los objetivos analíticos que persiga un país; sin embargo, con fines de comparación internacional son suficientes las registradas en este proyecto de estudio.
- Para la clasificación de las funciones en salud, el consumo de productos farmacéuticos adquiridos en el comercio al menudeo y por correo son captados. La diferencia con la CSSSM es que en este caso se considerará por separado la producción del bien y los márgenes de comercio y distribución, ya que el paciente, paga el precio final del producto.

Por otra parte, existen otras funciones que están relacionadas con la asistencia sanitaria, las cuales indirectamente apoyan su desarrollo, es decir, sin ser parte directa del gasto en salud, salvo la correspondiente a la formación bruta de capital fijo, (aunque no realizada por el paciente, sino por la industria sanitaria), la OCDE recomienda tratar como partidas de memorándum en la medición del gasto total en salud. Las siglas CSR significan funciones relacionadas con la atención o cuidados de la salud que provienen del original en inglés Health-related functions (HCR).

CSR. Funciones relacionadas con la salud:

CSR1 Formación bruta de capital fijo. Representa el valor total de las adquisiciones menos las disposiciones de activos fijos que efectúa el proveedor de bienes y servicios médicos, en un período determinado, tales como construcciones e instalaciones y la maquinaria y equipo nacional o importado. Tales activos tienen una vida útil mayor a un año e incluye: las adiciones y mejoras que se les hace con objeto de prolongar su vida útil, así como la construcción por cuenta propia que realiza el establecimiento o empresa.

CSR2 Formación educativa y capacitación del personal sanitario. Comprende los servicios de educación y formación de personal dedicado a la salud que suministra el gobierno y el sector privado, incluyendo la administración o apoyo de instituciones que proporcionan capacitación en salud al personal.

CSR3 Investigación y desarrollo en el ámbito de la salud. Considera los programas de investigación y desarrollo dirigidos a la protección y mejoramiento de la salud humana; incluyendo aquellos sobre la higiene en alimentos y nutrición; la radiación utilizada con fines médicos, en ingeniería bioquímica; información médica, racionalización de tratamientos y farmacología; así como la relacionada con la epidemiología, prevención de enfermedades industriales y la drogadicción.

CSR4 Control sanitario de alimentos, higiene y del agua potable. Abarca actividades de salud pública, tales como la inspección y regulación de industrias, incluyendo el abastecimiento de agua potable.

CSR5 Salud ambiental. Comprende actividades de monitoreo y control ambiental, enfocadas específicamente a la salud pública.

CSR6 Administración y suministro de servicios sociales en especie para personas enfermas o discapacitadas. Esta partida comprende los servicios sociales (no médicos) en especie proporcionados a personas con problemas de salud y limitaciones funcionales o deterioro, tales como: educación de niños encamados y la enseñanza especial para discapacitados, entre otras.

CSR7 Administración y suministro de prestaciones en efectivo relacionadas con la salud. Se considera la administración y provisión de prestaciones en efectivo relacionados con la salud, proporcionadas por medio de programas de protección social en forma de transferencias otorgadas a personas y hogares.

ii. Óptica del proveedor de bienes y servicios

La producción y provisión de asistencia sanitaria, tienen lugar en una amplia gama de actividades económicas y varían de un país a otro. En algunas naciones se observa la tendencia hacia una mayor integración vertical. Así, en los hospitales, las instituciones prestadoras de servicios médicos reúnen varias sub-unidades en un mismo espacio físico que ofrecen asistencia a pacientes internos y externos, algunas veces combinando los servicios. En el caso de México, ésta última situación se presenta, por lo cual la apertura de los registros monetarios en mucho dependerá de la información disponible.

La clasificación, cobertura y definiciones son importantes para ordenar actividades e instituciones específicas en categorías comunes, que faciliten la comparabilidad internacional.

Los criterios básicos para clasificar a la industria sanitaria, es decir, los proveedores de ese tipo de asistencia, es la actividad principal a la que se dedican, que tiene una estrecha correspondencia con el Clasificador Internacional Industrial Uniforme de todas las Actividades Económicas (CIIU, revisión 3).

La clasificación de proveedores, propuesta por la OCDE comprende tanto productores de asistencia sanitaria primaria como productores secundarios. La principal actividad realizada por los productores primarios de salud está constituida por servicios (hospitales o consultorios médicos). Los productores secundarios proporcionan servicios de asistencia sanitaria, aun cuando su actividad principal no sea esa, entre ellos tenemos a las instituciones de asistencia social, que además de ésta pueden proporcionar servicios médicos. En este caso se tratará de cuantificar, por separado, e incorporar en la cuenta de salud la actividad secundaria.

Una sectorización institucional completa de la asistencia sanitaria, según los lineamientos del SCN-1993 proporciona elementos valiosos para medir el papel económico de las instituciones y es útil como vínculo con los sistemas nacionales de información relacionados con la salud. Una agrupación del sistema de asistencia sanitaria en los sectores considerados en el SCN-1993, es también un requisito para el desarrollo de la cuenta satélite de salud.

A continuación se describe la clasificación, cobertura y definiciones de la industria sanitaria, para lo cual se adoptaron las siglas PS que significan proveedor de productos sanitarios, que proviene del original en inglés health care providers industry (HP):

PS1. Hospitales. Se refiere a unidades económicas con licencia encargadas de proveer servicios médicos de diagnóstico y tratamiento a pacientes internos, que consideran los proporcionados por médicos, enfermeras y otros servicios especializados. Los hospitales pueden también ofrecer servicios de consulta externa como actividad secundaria.

PS1.1 Hospitales generales. Comprende las unidades económicas con licencia para suministrar diagnóstico y tratamiento médico tanto quirúrgico como no quirúrgico a pacientes, con una extensa variedad de trastornos médicos. Estos establecimientos también pueden proveen otros servicios a pacientes externos tales como de imagenología, RX, laboratorio, cirugías y farmacia.

PS1.2 Hospitales de salud mental y adicciones. Refiere las unidades económicas con licencia para proveer diagnósticos y tratamientos médicos, así como el servicio de seguimiento a pacientes que sufren de enfermedades mentales o desordenes por abuso de sustancias.

PS1.3 Hospitales de otras especialidades. Unidades económicas con licencia para diagnóstico y tratamiento médico de problemas específicos, con personal e infraestructura especializada. Estos hospitales proveen la atención y cuidado en padecimientos crónicos así como rehabilitación y demás servicios requeridos. También ofrecen otros servicios a pacientes externos tales como: imagenología, RX, laboratorio, terapia física y rehabilitación, servicios educativos y vocacionales; trabajo social y apoyo psicológico.

PS2. Residencias de asistencia social para el cuidado de la salud. Comprende a las unidades económicas encargadas de proveer atención médica a enfermos convalecientes, en rehabilitación, incurables y terminales; personas con problemas de salud por abuso de sustancias o con algún padecimiento mental; y ancianos, niños y discapacitados que no pueden valerse por si mismos. En estas unidades una gran parte del proceso de producción y del cuidado proporcionado es una combinación de asistencia médica y servicio social.

PS2.1 Residencias con cuidados de enfermería para enfermos convalecientes, en rehabilitación, incurables y terminales. Incluye unidades económicas encargadas de suministrar servicios de enfermería y cuidado personal continuo. La atención es generalmente proporcionada por el periodo que requiera el paciente. Estas unidades tienen un equipo permanente de personal de enfermería, que conjuntamente con otros trabajadores proporcionan atención y cuidado continuo a los pacientes internos.

PS2.2 Residencias para el cuidado de personas con problemas de salud mental y abuso de sustancias. Estas unidades suministran tratamiento, supervisión, protección y asesoría a personas con retraso mental, problemas de salud mental o de abuso de sustancias.

PS2.3 Asilos y otras residencias para el cuidado de ancianos, niños y discapacitados. Comprende unidades económicas que proporcionan principalmente: vivienda, manutención y otros cuidados a personas de la tercera edad o discapacitados que no pueden valerse por sí mismos, se incluyen asilos y casas de retiro.

PS2.9 Otros centros de Asistencia. Dentro de este apartado se encuentran las unidades económicas comprometidas en proporcionar asistencia residencial diferente a la anteriormente especificada.

PS3. Servicios médicos de consulta externa. Comprende a las unidades económicas encargadas de suministrar los servicios de atención médica directamente a los pacientes que no requieren hospitalización, incluye tratamientos ambulatorios.

PS3.1 Consultorios médicos. Se incluyen aquí a los establecimientos dedicados principalmente a proporcionar servicios de consulta médica externa general y especializada, prestados por profesionistas con estudios de licenciatura en medicina.

PS3.2 Consultorios dentales. Comprende unidades económicas dedicadas a ofrecer servicios de odontología, tales como: ortodoncia, endodoncia y obturación de piezas dentales, entre otros.

PS3.3 Otros consultorios para el cuidado de la salud. Establecimientos de práctica médica independiente: quiroprácticos, homeópatas, acupunturistas, optometristas, especialistas en salud mental, ocupacional y terapia del lenguaje. Esta práctica se lleva a cabo en forma privada o en grupo en sus consultorios, o en otras instalaciones como hospitales o centros médicos.

PS3.4 Centros de atención ambulatoria. Comprenden varias especialidades y/o funciones específicas de atención primaria. Estos centros tratan a personas que no requieren hospitalización para su tratamiento.

PS3.4.1 Centros de planificación familiar. Unidades económicas que proporcionan servicios de consejería durante el embarazo, control natal, ejercicios durante el embarazo y salud reproductiva.

PS3.4.2 Centros de atención médica externa para enfermos mentales y adictos. Establecimientos de consulta externa para el diagnóstico y tratamiento a personas con trastornos mentales, alcoholismo y otras adicciones.

PS3.4.3 Clínicas de cirugía ambulatoria. Proporcionan servicios de intervenciones quirúrgicas que no requieren hospitalización, tal como las cataratas.

PS3.4.4 Centros de diálisis. Establecimientos con personal médico que proporcionan los servicios de diálisis renal a pacientes externos.

PS3.4.5 Centros ambulatorios multidisciplinarios. Unidades económicas que suministran atención médica general o de especialidades a pacientes externos, con más de una especialidad y que se ejercen dentro del mismo local, por ejemplo servicios de médicos y dentistas o policlínicas.

PS3.4.9 Otros centros públicos e integrados de atención. Establecimientos con personal médico que ofrecen asistencia general o especializada a pacientes externos diferente a todos los centros ambulatorios citados anteriormente.

PS3.5 Laboratorios médicos y de diagnóstico. Suministran servicios de análisis clínicos y de diagnóstico como son: estudios de hematología, microbiología, e inmunológicos, de muestras orgánicas provenientes de pacientes, así como rayos X, y ultrasonido, entre otros.

PS3.6 Servicios de atención a domicilio. Son unidades económicas que proporcionan servicios calificados de enfermería en el domicilio del paciente. Incluye enfermeras que trabajan por cuenta propia.

PS3.9 Otros proveedores de atención ambulatoria. Unidades económicas que ofrecen servicios de atención médica que no requieren hospitalización, diferentes a los anteriormente mencionados.

PS3.9.1 Servicios de Ambulancia. Establecimientos dedicados a suministrar el servicio de traslado de enfermos, vía terrestre y/o aérea.

PS3.9.2 Bancos de sangre y órganos. Son unidades dedicadas principalmente a la obtención, almacenamiento y distribución de órganos y de sangre, donados para trasplantes y transfusiones.

PS3.9.9 Otros servicios auxiliares. Son todas las demás unidades económicas no incluidas anteriormente y que están dedicadas a la prestación de la atención ambulatoria (por ejemplo, servicios de control de marcapasos, programas para dejar de fumar, etcétera).

PS4. Proveedores de medicamentos y otros artículos médicos. Establecimientos cuya actividad principal es la venta y/o manufactura, incluyendo la reparación, de artículos médicos para el consumo personal del público en general.

PS4.1 Medicamentos. Unidades económicas encargadas de la producción y/o venta de fármacos para su distribución por otras unidades o para el consumo personal final del público en general, con o sin prescripción médica.

PS4.2 Proveedores de lentes y otros artículos ópticos. Establecimientos dedicados a la fabricación, venta y reparación de lentes, así como de otros productos relacionados con la visión.

PS4.3 Proveedores de aparatos auditivos. Unidades económicas encargadas de elaborar, vender y reparar aparatos auditivos para el público en general.

PS4.4 Proveedores de otros aparatos médicos. Establecimientos encargados de procesar, vender y reparar aparatos médicos, diferentes a los lentes y aparatos auditivos, para uso personal del público general con o sin prescripción médica.

PS4.9 Otros proveedores de bienes y servicios. Unidades económicas que fabrican o comercializan otros bienes médicos, al público en general, para consumo personal. Queda incluida la venta especializada en bienes médicos que se realiza por medios electrónicos o virtuales.

PS5. Provisión y administración de programas de salud pública. Este apartado comprende tanto la administración y suministro de los programas de salud pública por parte del gobierno como del sector privado, tales como la promoción de la salud y programas de protección.

PS6. Administración general de la salud y los seguros médicos. Unidades económicas responsables de la regulación de actividades de los organismos que suministran atención médica, sobre todo la administración de las políticas y los seguros de salud.

PS6.1 Administración gubernamental de la salud. Instancia del gobierno, (excluye la seguridad social) encargada principalmente en la elaboración y gestión de las políticas públicas en materia de salud y en el establecimiento y aplicación de normas para personal médico y paramédico, así como para hospitales, clínicas, etc., incluyendo la regulación y licencias para proveedores de servicios de salud.

PS6.2 Fondos de seguridad social. Financiamiento y administración de la provisión obligatoria del gobierno en programas de seguridad social que compensan la pérdida o escasez de ingresos debida a enfermedades.

PS6.3 Otros seguros sociales. Financiamiento y administración de seguros sociales de enfermedad, diferentes a los programas obligatorios de seguridad social proporcionados por el gobierno, tales como la administración de programas de seguros sociales de salud de los empleadores.

PS6.4 Otros seguros privados. Seguros de salud diferentes a los fondos de seguridad social y otros seguros sociales. Este apartado incluye establecimientos que se dedican principalmente a actividades estrechamente relacionadas con la gestión de seguros (actividades de agentes de seguros, liquidadores de siniestros, actuarios y gestión de rescates).

PS6.9 Otros proveedores de la administración en salud. Comprende establecimientos privados encargados de la administración de salud, diferentes a los otros seguros sociales o privados.

PS7. Otras Industrias (resto de la economía). Actividades no clasificadas en otro apartado, las cuales proporcionan atención médica y cuidados en salud como productores secundarios. Quedan incluidas las unidades económicas del sector privado que suministran atención médica ocupacional y la proporcionada directamente por los hogares.

PS7.1 Proveedores médicos de servicios ocupacionales. Comprende las unidades económicas que proporcionan asistencia sanitaria ocupacional como producción auxiliar.

PS7.2 Hogares como proveedores de atención domiciliaria. Este rubro contempla a los hogares como proveedores de servicios médicos.

PS7.3 Las demás industrias como productores secundarios de atención médica y cuidados en salud. Son aquellos que proporcionan servicios de salud en escuelas y prisiones.

PS9. Resto del Mundo. Comprende todas las unidades no residentes que prestan servicios de atención de la salud para uso final de unidades residentes.

iii. Óptica de la financiación

El financiamiento de la asistencia sanitaria es una de las dimensiones presentes en la mayor parte de los estudios del gasto en salud. El desglose detallado de éste, por fuente de financiación, es un componente esencial en la cuenta de salud.

La clasificación y definición de las fuentes de financiación, adopta las recomendaciones del SCN-1993, en cuanto a sectores institucionales y su subsectorización. Seguidamente, se enuncia la cobertura y términos de los sectores o subsectores que conforman el estudio de la salud humana. En este sentido, las iniciales FS significan financiación de la salud, que provienen del original en inglés Health Care Financing (HF) que emplea la OCDE.

FS1. Gobierno general. Considera todas las unidades institucionales: centrales, estatales, municipales y fondos de seguridad social, en todos los niveles de gobierno, así como las instituciones sin fines de lucro, no de mercado, controladas y financiadas principalmente por el gobierno.

FS1.1 Gobierno general, excluidos los fondos de seguridad social. Considera todas las unidades institucionales: centrales, estatales o municipales, así como las instituciones sin fines de lucro, no de mercado, controladas y financiadas principalmente por unidades gubernamentales.

FS1.1.1 Gobierno central. Gobierno federal más las instituciones sin fines de lucro controladas y financiadas por este nivel de gobierno.

FS1.1.2 Gobierno estatal. Son unidades separadas del gobierno central. Comprende también las instituciones sin fines de lucro controladas y financiadas por este tipo de gobierno.

FS1.1.3 Gobierno municipal. Son unidades institucionales separadas del gobierno central y estatal. Las unidades del gobierno municipal son instituciones con autoridad fiscal, legislativa y ejecutiva sobre una área geográfica específica que tiene propósitos administrativos y políticos.

FS1.2 Seguridad social. Son esquemas de seguros sociales que cubren a la comunidad en su conjunto o a una gran parte de ella, que operan en todos los niveles de gobierno que ejercen control sobre ellas.

FS2. Sector Privado. Unidades institucionales residentes que no pertenecen al sector gobierno.

FS2.1 Seguridad social privada. Comprende instituciones de seguridad social privadas. Incluye programas establecidos por el gobierno para sus empleados.

FS2.2 Empresas de seguro privadas (excepto seguros sociales). En este grupo se encuentran las aseguradoras privadas.

FS2.3 Hogares (pagos directos familiares). Representa los gastos para el cuidado de la salud, que son financiados, en efectivo, directamente por los hogares.

FS2.4 Instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares (ISFLSH). Unidades económicas que no pertenecen al gobierno y que proporcionan bienes y servicios a los hogares para los cuidados de la salud, en forma gratuita o a costos económicamente no significativos.

FS2.5 Sociedades no financieras. Este sector comprende todas las sociedades o cuasi-sociedades, cuya principal actividad es la producción de mercado de bienes o servicios, diferentes a los seguros de salud. Quedan incluidas todas las instituciones residentes sin fines de lucro que son productores de bienes o servicios no financieros de mercado.

FS3. Resto del Mundo. En este caso, el sector cumple la función de financiar a unidades residentes con transferencias corrientes; o bien los sectores residentes del país pueden apoyar los servicios sanitarios de otras naciones también mediante el otorgamiento de transferencias. Se registran también aquí las transacciones realizadas por unidades económicas residentes dedicadas al aseguramiento de accidentes y enfermedades con unidades no residentes.

4.2 RECOMENDACIONES CONCEPTUALES DEL SCN-1993

Como ya se ha venido señalando, un sistema de salud y por ende el término **salud** está relacionado con los bienes y servicios médicos que demandan los usuarios, las unidades de producción (empresas o establecimientos) que los suministran y el conjunto de unidades institucionales que participan en las transacciones.

Por lo antes mencionado, el tema de la salud adquiere una delimitación múltiple, pues se aborda desde diferentes enfoques: demanda, oferta y sectores institucionales. Por ello, es necesario utilizar un marco conceptual integrado, coherente y armonizado, a fin de precisar las mediciones de la CSSSM. Ese marco, como ya se ha mencionado, tiene como referencia el SCN-1993.

Al igual que en otros países, en el caso de México, en la CSSSM se consideran las recomendaciones internacionales que emanan del SCN-1993, adaptándolas a las características propias del país. Esto significa que se toman los principales conceptos, definiciones, clasificaciones y delimitaciones del SCN-1993 que están relacionadas con el aspecto específico del Sector Salud, visto éste como una ampliación del marco central del sistema.

a. Principios, criterios y reglas contables

En los Sistemas de Salud confluyen diversas unidades institucionales; por un lado se encuentran los pacientes (que demandan y consumen bienes y servicios); por otro, participan unidades económicas que ofrecen esos productos; intervienen también entes públicos que regulan, orientan y propician la atención sanitaria.

Para asegurar la consistencia con la metodología empleada en la integración de la contabilidad macroeconómica del país, en la elaboración de la CSSSM se aplican los mismos principios y reglas contables que se tomaron para determinar las Cuentas Nacionales de México, como son: el momento de registro, principios de valuación, los precios para presentar las variables que integran la cuenta de producción, las imputaciones, así como los indicadores de volumen físico.

A efecto de ofrecer una visión global de los principios, criterios y reglas contables que considera el SCN-1993 y otros manuales internacionales, a continuación se describen algunos conceptos que serán fundamentales para la integración de la CSSSM.

Para todos los agentes económicos, entendiéndose como tales a las unidades institucionales que realizan transacciones, es necesario establecer ciertos principios y reglas contables con el objeto de asegurar la consistencia con el marco central. Los cuadros y cuentas que para ellos se establezcan guardarán correspondencia con el SCN-1993, y permitirán la cuantificación de sus flujos monetarios de manera homogénea y ordenada.

➤ Momento del registro

Uno de los principios más importantes es el relativo al momento de registro de las transacciones. Su utilización es imprescindible, ya que cuando se establece la relación entre unidades institucionales, éstas llevan a cabo intercambios de valor, entre ellas o con unidades económicas no residentes.

Por ejemplo, un paciente que efectúa la compra de un producto, utilizando para ello una tarjeta de crédito, la adquisición de ese bien debe ser registrada en el momento en que cambia de dueño, más no cuando se realice el cargo debido a la compra. El SCN-1993 y la quinta edición del Manual de la Balanza de Pagos -que ofrece lineamientos teóricos para tratar transacciones corrientes y de capital que se realizan entre el conjunto de sectores institucionales residentes de una economía y el resto del mundo-, mencionan que “Las transacciones u otros flujos habrán de registrarse en el mismo momento en las diferentes cuentas de las dos unidades que intervienen en ella”. (Organización de las Naciones Unidas, et al., 1993, párrafo 2.63)

➤ Criterio del devengo

El principio del momento del registro que se aplica a una transacción se puede extender para dar paso a otra norma básica que es el principio del devengo.

El SCN-1993 establece que, “Las transacciones entre unidades institucionales han de registrarse cuando nacen los derechos y las obligaciones, cuando se modifican o cuando se cancelan, es decir, ateniéndose al principio de base devengado”. (Organización de las Naciones Unidas, et al., 1993, párrafo 2.64)

Se precisa lo anterior, pues en la mayoría de las operaciones existe retraso entre el momento en que se hace efectiva la transacción y cuando se efectúa el pago/cobro, y las unidades que intervienen pueden registrarla en tiempos diferentes, que en ocasiones no corresponden al mismo período contable.

Entonces, en la Cuenta Satélite del Sector Salud, el momento del registro de los flujos monetarios se llevará a cabo cuando nace el derecho u obligación entre unidades económicas que realizan transacciones, según se ha definido, y ese momento de registro también atenderá al principio del devengo y no a flujo de efectivo. Este último concepto está refiriendo exclusivamente entradas o salidas de efectivo o caja, es decir, que la contabilidad base caja sólo considera el pago de dinero y en el momento de efectuarse el mismo.

➤ Principios de valuación

○ La moneda

En la Cuenta Satélite del Sector Salud de México, todos los registros se harán en moneda nacional, independientemente de la utilizada por los pacientes no residentes para realizar los pagos por concepto de demanda de bienes o servicios.

○ Precios básicos y comprador

El SCN-1993 establece como lo más adecuado, cuantificar la producción y el producto a precios básicos; en tanto que para el consumo intermedio y final, así como en la formación bruta de capital, lo hace a precios comprador. El SCNM sigue tales recomendaciones, por ello, en la conformación de la CSSSM se aplicarán los mismos lineamientos.

Cuando se presente la magnitud de la producción, este concepto estará valuado a precios básicos, entendiéndose como tales a la cantidad que reciben los productores por una unidad de bien o servicio producidos menos cualquier impuesto a pagar más cualquier subsidio por recibir, como consecuencia de la venta.

Las estimaciones que se hagan del consumo intermedio, consumo final, formación bruta de capital, o los componentes de este último concepto, se valorarán a precios comprador, definido como la cantidad pagada por los compradores, excluyendo cualquier impuesto de tipo deducible.

En el caso de las transacciones relacionadas con el comercio exterior, los precios que deberán utilizarse son: para las exportaciones, el libre en frontera (FOB), considerado como un precio especial que se ofrece al comprador, y para las importaciones se aplicará el precio de costo, seguro y flete (CIF), que equivale al de un bien entregado en la frontera del país importador o al precio de un servicio prestado a un no residente antes del pago de cualquier obligación de importación u otros impuestos. La diferencia entre los precios FOB y CIF representa el costo de transportación y seguro entre la frontera de los países exportador e importador. El tratamiento descrito es el mismo que se sigue en la Contabilidad Nacional.

○ Imputaciones

Las imputaciones que se propone realizar en la CSSSM serán mínimas y comprenderán, en caso de disponer de información, además de la prestación de servicios de salud a los trabajadores por parte de las unidades económicas, las estimaciones que se realicen sobre los servicios no de mercado que presta el Gobierno y las Instituciones sin Fines de Lucro

que Sirven a los Hogares (ISFLSH), siendo el método de valoración el costo en que incurren ese tipo de unidades para proporcionar los servicios que ofrecen a la población.

○ Indicadores de volumen y precios constantes

Es necesario mencionar aquí que en principio los cálculos se efectuarán en valores corrientes para el año de 1998, vinculándolos con la estadística macroeconómica del SCNM que tiene como año de referencia a 1993; y también porque se dispone de abundante información básica proveniente de los Censos Económicos 1999 y de otras fuentes, la cual será utilizada en los cálculos de la oferta y demanda de bienes y servicios sanitarios.

No obstante, se precisa desde ahora que la valoración constante también es posible para lo cual es necesario aplicar las recomendaciones internacionales a tal efecto.

Al igual que en el SCNM, en la medida en que la estadística básica y derivada disponible lo permita, además de los valores de cada año o corrientes, es factible realizar cálculos a precios constantes con la finalidad de eliminar el efecto de los precios de las magnitudes estimadas, toda vez que los crecimientos observados en una actividad económica definida como sanitaria o en el consumo que efectúan los pacientes, pueden deberse a un aumento en los precios más que a un incremento en la oferta o demanda real de los bienes y servicios.

b. Definiciones básicas, acotaciones y tratamientos especiales

➤ Límite de la producción

Si se considera como base el principio de que sólo lo que ha sido producido puede ser consumido, se precisa utilizar el concepto de límite o frontera de la producción, que enmarca los bienes y servicios que son generados para satisfacer las necesidades de los pacientes (demanda), además de ubicar perfectamente a quienes los producen (oferta).

Al igual que en el SCN-1993, en la CSSSM deberán registrarse el menor número de imputaciones posibles con la finalidad de evitar confusiones en estudios analíticos o la toma de decisiones. El SCN-1993 señala la “necesidad de impedir que los flujos utilizados para el análisis del comportamiento del mercado y de los desequilibrios resulten confundidos por valores monetarios. Por ello, el Sistema incluye toda la producción de bienes de uso propio dentro de la frontera de producción. Sin embargo, excluye toda la producción de servicios para autoconsumo final dentro de los hogares (excepto los servicios producidos por personal doméstico remunerado y la producción por cuenta propia de servicios de las viviendas ocupadas por sus propietarios)”. (Organización de las Naciones Unidas, et al., 1993, párrafo 1.22)

Por lo anterior, los cálculos de la CSSSM, comprenden, aparte del suministro de bienes y servicios de mercado proporcionados por terceros, los no de mercado, individuales o colectivos, que son prestados, en beneficio de los pacientes, por Instituciones sin Fines de Lucro al Servicio de los Hogares y el Gobierno General.

El Sistema de Cuentas de la Salud de la OCDE, entonces, adopta los límites de producción señalados en el SCN-1993, con dos excepciones:

- Los cuidados de salud que proporcionan las unidades económicas a sus trabajadores son clasificados, de acuerdo al SCN-1993, en la variable de consumo intermedio. En las CSSSM, forman parte de la producción, que se clasifica como no de mercado.
- La asistencia sanitaria que generan los hogares para su propio uso, de acuerdo a la OCDE, debería contabilizarse como producción, ya que los servicios para la atención del paciente no sólo tiene lugar en unidades económicas productoras, sino también en hogares, en donde el cuidado de enfermos, inválidos o ancianos es proporcionada por los miembros de la familia.

No obstante, debido a que en el país no se dispone de la información suficiente, ese tipo de servicio, al igual que lo sugiere el SCN-1993 y como es tratado en el SCNM, por el momento, no se considerará en la CSM.

Además de lo anotado, es conveniente resaltar aquí otros dos aspectos:

- La producción no registrada u oculta de servicios sanitarios (para evitar el pago de impuestos) puede representar una parte importante en los gastos que realizan los hogares en la atención de la salud, por lo que ese tipo de actividad debería formar parte del gasto total en salud, siempre y cuando se disponga de información a tal efecto.
- La provisión ilegal de los servicios de asistencia sanitaria prestada por facultativos médicos sin título y el suministro de productos farmacéuticos a deportistas o físico-culturistas, para aumentar su rendimiento, o aquellos que se aplican personas con adicción a las drogas, aunque el SCN-1993 recomienda su medición, no se consideran un gasto en salud y no forman parte de la Cuenta Satélite del Sector Salud de México.

➤ Transacciones

Se entiende que todas las unidades institucionales así como sus elementos individuales desempeñan varias funciones económicas: producen, consumen, ahorran, invierten, etc. También realizan actividades económicas diversas, tales como las agropecuarias, manufactureras, servicios, entre otras, en su modalidad de empresarios o asalariados, agentes económicos que en la implementación de sus funciones y desarrollo de actividades llevan a cabo un sinnúmero de acciones elementales.

El SCN-1993 (Organización de las Naciones Unidas, et al., 1993, párrafos 2.24 y 2.25), denomina transacciones a las acciones que realizan, por mutuo acuerdo, dos unidades institucionales, dando lugar a flujos económicos como son los salarios, impuestos, etcétera.

Asimismo, esos actos crean, transforman, intercambian, transfieren o cancelan valor económico. La mayoría de las acciones, al realizarse de común acuerdo entre las unidades institucionales implican un intercambio de valor económico o una transferencia voluntaria de una unidad a otra.

➤ Unidades institucionales

Las unidades básicas que se identifican en cualquier economía son los hogares conformados por las personas o grupos de personas y las entidades jurídicas o sociales cuya existencia es reconocida por la ley. Estas unidades reciben el nombre de unidades institucionales. Una unidad institucional puede definirse como “una entidad económica que tiene capacidad, por derecho propio, de poseer activos, contraer pasivos y realizar actividades económicas y transacciones con otras entidades”. (Organización de las Naciones Unidas, et al., 1993, párrafo 4.2). Entre los principales atributos que poseen las unidades institucionales se mencionan:

- a) “Una unidad institucional es propietaria de bienes y activos con facultad de disposición sobre ellos; puede, por tanto, intercambiar la propiedad de los bienes o activos mediante transacciones con otras unidades institucionales;
- b) tiene capacidad para tomar decisiones económicas y realizar actividades de las que es directamente responsable ante la ley;
- c) tiene capacidad para contraer pasivos en nombre propio, para aceptar otras obligaciones o compromisos futuros y suscribir contratos”.

➤ Sectores institucionales

El SCN-1993, atendiendo a las principales funciones que cumplen, al comportamiento y objetivos que persiguen, agrupa las unidades básicas en cinco sectores institucionales residentes:

- **Sociedades no financieras.-** Comprende las unidades institucionales dedicadas principalmente a la producción de bienes y servicios no financieros.
- **Sociedades financieras.-** Integrado por unidades institucionales cuya actividad principal es la intermediación financiera y por las que son auxiliares a aquéllas.
- **Gobierno General.-** Conformado por un conjunto de unidades institucionales que tienen como objetivos, conducir y regular las actividades económicas, además de producir bienes y servicios no de mercado, que entregan a la sociedad gratuitamente o a precios simbólicos. Sus decisiones influyen en la distribución y redistribución del ingreso y la riqueza.
- **Hogares.-** Constituido por todas las personas físicas, siendo su unidad institucional el individuo o grupo de individuos. Entre sus funciones fundamentales se encuentran ser oferentes de fuerza de trabajo, consumidores finales y, en su calidad de empresarios, producir bienes y servicios de mercado.
- **Instituciones sin Fines de Lucro que Sirven a los Hogares (ISFLSH).-** Representadas por entes jurídicos que básicamente se dedican a la producción de servicios no de mercado, cuyo destino son los hogares, a quienes se los proporcionan en forma gratuita o a precios simbólicos. Las ISFLSH obtienen sus principales recursos de las contribuciones voluntarias de los hogares.

Valga esta representación general de las unidades y sectores para la demarcación institucional del sector salud, ya que el SCN-1993 propone una desagregación aún más detallada de los mismos, en subsectores y sub-subsectores. Por ejemplo, el sector de sociedades no financieras, en donde se clasificarían las unidades económicas que producen bienes o proporcionan servicios de atención a la salud, tendría la siguiente apertura:

Sociedades no financieras

- Públicas
- Privadas
 - De capital nacional
 - De capital extranjero

Ese y otros desgloses son necesarios para otro tipo de análisis y en un momento determinado quizá también se requiera hacer uso de los mismos, de acuerdo a los objetivos planteados en el estudio.

➤ Producción de mercado, no mercado y para uso final propio

Se denomina **producción de mercado** a la que es vendida a precios que son económicamente significativos, es decir, que influyen sobre el número de unidades que los productores están dispuestos a ofertar y que también determinan las cantidades que los compradores desean adquirir. Por valor de mercado, debe entenderse el monto acordado por las partes que participan en una transacción económica. En la CSSSM la producción de mercado se puede ubicar en los bienes y servicios que los productores de los mismos ponen directamente a disposición de los pacientes.

Por **producción no de mercado** se entiende a los bienes y servicios individuales o colectivos que son producidos por el Gobierno General y las Instituciones sin Fines de Lucro al Servicio de los Hogares; mismos que son suministrados a los hogares gratuitamente o a precios que no son económicamente significativos, es decir, que no tienen un precio de mercado. La CSSSM medirá los servicios que esos entes generan y que se proporcionan a la población, además de la producción en servicios de salud que es generada por las unidades económicas al proporcionarlos a sus trabajadores, no siendo esta su actividad principal.

➤ Tratamiento de los bienes duraderos

En la Contabilidad Nacional de los países, las adquisiciones de bienes duraderos realizadas por residentes, son tratadas como parte del consumo final, siempre y cuando el residente no sea productor de bienes o servicios destinados al mercado. Con objeto de permitir la comparabilidad, en la CSSSM la compra de ese tipo de productos también se considera gasto en consumo final.

4.3 OTRAS CLASIFICACIONES DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS INTERNACIONALES Y NACIONALES

Elaborar una clasificación detallada y armonizada, resulta muy importante para definir el alcance, estructura y coherencia de la Cuenta Satélite del Sector Salud. En la actualidad, existen diversas clasificaciones que presentan diferente estructura y cada una de ellas responde a fines analíticos específicos. Antes de exponerlas, conviene mencionar algunas características que deben cumplir para el estudio de la salud.

Clasificación económica. Es un concepto que se puede aplicar tanto a los **productores** (actividades), como a los **productos** (bienes y servicios).

Productores. En general se definen como aquellas unidades económicas que generan bienes o servicios. En el caso de la salud se identifican diversos grupos. No obstante, cualquiera que sea la definición que se aplique, el grado de detalle varía ya que al ser mayor la especialización de las actividades, la oferta de productos médicos se amplía pudiéndose caracterizar mejor, de acuerdo a la información disponible.

Productos. Se definen como bienes y servicios que son típicos o más importantes dentro de las actividades sanitarias y se identifican con la demanda que de ellos hacen los pacientes. Es así que se clasifican en productos característicos y conexos, mismos que serán detallados en función de la información disponible. Por ello, los bienes y servicios característicos de la salud están representados por los productos principales derivados de las actividades sanitarias y los conexos como auxiliares de ellas.

Actividad económica. Es el conjunto de acciones realizadas por una entidad con el propósito de producir bienes y/o servicios.

De acuerdo a lo anterior, las actividades sanitarias están conformadas por grupos homogéneos de producción que se dedican a generar bienes o servicios para satisfacer las necesidades del paciente, por lo que su clasificación considera los límites de la producción, diferenciándolas como actividades características o conexas de la salud humana.

Para la integración de la Cuenta Satélite del Sector Salud se requiere, como se podrá apreciar en el capítulo 6 de este documento, en una importante de sus fases, del diseño de clasificadores que permitan organizar en forma coherente, con los mismos criterios de agrupación, tanto la demanda de bienes y servicios como la oferta de los mismos. Desde la óptica de ésta última a nivel internacional se ha sugerido delimitar las actividades realizadas y los productos generados por las unidades económicas que producen esos bienes y servicios.

Con fines de observancia y aplicación para la clasificación de actividades, se ha elaborado y difundido la Clasificación Internacional Industrial Uniforme de todas las Actividades Económicas (CIIU) cuya última versión es la 3 (Organización de las Naciones Unidas, 1990), y para clasificar los bienes y servicios la Clasificación Central de Productos, la última versión difundida en la 1 (Organización de las Naciones Unidas, 2001), de igual forma y utilizando esas dos clasificaciones, la OCDE elaboró la clasificación de actividades de acuerdo al proveedor de bienes y servicios médicos (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2000). Para América del Norte, que considera los países de Estados Unidos de Norteamérica, Canadá y

México, se diseñó el Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1997).

Por otra parte, a nivel nacional se han publicado el Codificador de Actividades del Sistema de Cuentas Nacionales de México (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2004) y la Clasificación Mexicana de Actividades y Productos (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1999).

Todos los clasificadores mencionados, internacionales y nacionales, se consideraron en el diseño del codificador de actividades y productos del sector salud, como así se podrá observar en el capítulo 6 de este estudio.

4.4 VENTAJA DE UTILIZAR RECOMENDACIONES INTERNACIONALES ARMONIZADAS

En principio, cabe señalar que la ventaja que ofrece el clasificador internacional de la salud, desde la óptica del proveedor, elaborado por la OCDE y básicamente consultado para clasificar las actividades sanitarias en la CSSSM es que se encuentra compatibilizado con la Clasificación Central de Productos (CCP) y la Clasificación Internacional Industrial Uniforme de todas las Actividades Económicas (CIIU) revisión 3, lo que implica que de entrada son concordantes, en términos generales, con algunos otros clasificadores diseñados para México, como el Codificador de Actividades del Sistema de Cuentas Nacionales de México (SCNM), base 1993, y la Clasificación Mexicana de Actividades y Productos (CMAP 1999), mismos que en su conformación han tomado como referencia las directrices internacionales, sobre todo las de la CIIU. La propuesta diseñada para el Clasificador de la Cuenta Satélite del Sector Salud de México (CSSSM), se presenta armonizada con las clasificaciones nacionales e internacionales mencionadas, lo que permitirá la comparabilidad de cifras con otras actividades y el total de la economía del país y con los registros a esos niveles con otras naciones.

Por otra parte y no menos importante a lo anotado anteriormente, es que al utilizar recomendaciones internacionales armonizadas desde el punto de vista del manejo de definiciones, conceptos, principios y reglas contables dan pauta a la integración de resultados congruentes, donde se aplican los mismos criterios de tratamiento y agrupación, lo que de antemano garantiza también la comparabilidad internacional.

Referencias de documentos utilizados

1. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1997). *Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte*. México: INEGI.
2. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1999). *Clasificación Mexicana de Actividades y Productos*. México: INEGI.
3. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2004). *Sistema de Cuentas Nacionales de México. Cuentas de Bienes y Servicios 1997-2002*. México: INEGI.
4. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2001). *Servicios Médicos en Establecimientos Particulares*. México: INEGI.
5. Organización de las Naciones Unidas, et al. (1993). *Sistema de Cuentas Nacionales 1993*. Nueva York: Naciones Unidas.
6. Organización de las Naciones Unidas. (1990). *Clasificación Internacional Industrial Uniforme de todas las Actividades Económicas (revisión 3)*. Nueva York: Naciones Unidas.
7. Organización de las Naciones Unidas. (2001). *Clasificación Central de Productos (versión 1)*. Nueva York: Naciones Unidas.
8. Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. *Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: OMS.
9. Organización Mundial de la Salud. (2003). Documentos básicos (44ª edición). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra: OMS.
10. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2000). *Sistema de Cuentas de Salud (versión 1.0)*. Paris: OECD.

PROPUESTA DE SOLUCIÓN

5.1 BASES

El propósito central de la investigación consiste en desarrollar una propuesta para elaborar la Cuenta Satélite del Sector Salud de México (CSSSM), que tiene como finalidad integrar información macroeconómica que:

- Contribuya a la comprensión profunda de los aspectos económicos y sociales relacionados con la salud humana, al presentar indicadores a diferentes niveles de agregación.
- Refleje la importancia económica del sector y proporcione las herramientas estadísticas para apoyar la aplicación de las políticas públicas en materia de salud.
- Cuantifique los flujos monetarios de las actividades que participan en el sector, tanto los que se llevan a cabo dentro de las fronteras del país como aquellos que se realizan con el resto del mundo, lo cual permite establecer objetivos específicos y así dar respuesta a tres interrogantes básicas:
 - ¿De dónde provienen los flujos monetarios para atender la salud?, es decir, identificar las fuentes de financiación.
 - ¿Cuál es el destino de esos flujos?, esto es, reconocer quienes son los proveedores que proporcionan los bienes y servicios relacionados con la salud.
 - ¿Quién produce y quién consume los bienes y servicios relativos a la salud?

Para poder cumplir con los objetivos planteados se realizarán, en términos generales, las siguientes tareas:

- Recopilar, analizar y evaluar información básica y derivada de las unidades económicas relacionadas con la producción de bienes y servicios para la atención de la salud de la población.
- Con base en las recomendaciones internacionales en materia de salud, aplicar métodos de cálculo definidos con base en la información disponible.
- Generar resultados cuantitativos sobre la oferta de bienes y servicios (producción, importaciones y márgenes de comercio y distribución), la demanda de productos médicos para el consumo interno y la exportación, la inversión física realizada por las unidades económicas que

proporcionan tales productos y para el gasto efectuado por función, industria proveedora y fuente de financiación.

Como se señala en el capítulo 4, las definiciones y conceptos sobre la salud tienen como marco general de referencia la versión 1.0 del Sistema de Cuentas de Salud (SCS) que en el 2000 difundió la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE).

Del SCS se toman los elementos conceptuales y las clasificaciones necesarias para cuantificar la industria desde el punto de vista funcional, es decir se consideran los objetivos o propósitos de la asistencia sanitaria tales como la prevención de enfermedades, tratamiento, rehabilitación y cuidado para el mejoramiento de la calidad de vida del paciente, etcétera.

También se emplean los conceptos y definiciones desde la óptica del proveedor, lo que permite medir entre otros aspectos, la generación de productos médicos como son los servicios de hospitales y consulta externa; laboratorios médicos y de diagnóstico y la producción de medicamentos, por citar sólo algunos.

Por otra parte, también como se menciona en el punto 4.2 del capítulo anterior, el marco conceptual que guía el presente estudio es el Sistema de Cuentas Nacionales 1993 (Organización de las Naciones Unidas, et al, 1993), mismo que entre otros importantes aspectos considera definiciones, conceptos, clasificaciones, criterios, principios y reglas contables que son aceptados internacionalmente y están armonizados con otros documentos de circulación mundial como la 5ª edición de la Balanza de Pagos, Finanzas Públicas y Estadísticas Financieras y Monetarias del Fondo Monetario Internacional, la Clasificación Internacional Industrial Uniforme de todas las Actividades Económicas (CIIU, Rev. 3), entre otros.

5.2 HIPÓTESIS

SI se diseñan los objetivos, la recopilación de información, el método, el proceso y la obtención y presentación de resultados de una “Cuenta Satélite del Sector Salud de México”, ENTONCES será posible superar las limitaciones que la información estadística general tiene.

Contando con la CSSSM será viable mejorar las decisiones de políticas públicas en materia de salud, avanzando hacia un mejor cumplimiento en la prestación de servicios de salud eficientes que mandata el artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Con la construcción de la Cuenta Satélite del Sector Salud de México (CSSSM): se rompen los paradigmas vigentes sobre su medición y se presenta información más detallada. La cuantificación pormenorizada de los bienes y servicios requeridos para el cuidado de la salud, como se podrá demostrar más adelante, da pauta para evaluar la participación de los sectores público y privado en la atención de la salud de la población mexicana. En razón de lo argumentado, es factible plantear una segunda hipótesis:

“Al diseñar los procedimientos para integrar la Cuenta Satélite del Sector Salud en México y probar su funcionamiento, es posible contar con información para tomar decisiones eficientes y relevantes”

Por ende, las variables macroeconómicas de esta investigación permitirán dimensionar el impacto económico del sector salud en los principales indicadores del país, por ejemplo en el Producto Interno Bruto. Además, los registros obtenidos ofrecerán información sobre el gasto por función de asistencia, industria proveedora y fuentes de financiación.

5.3 ESTRUCTURA DE LA PROPUESTA DE SOLUCIÓN

La CSSSM como una extensión especializada del marco central registrado en el SCN-1993, se presenta a través de una serie de tablas básicas obtenidas del conjunto de cuadros propuestos en él. En dichos esquemas se exponen los distintos aspectos de la salud tales como: productos, actividades, sectores, oferta, demanda, así como el empleo, medido éste en número de ocupaciones remuneradas.

Se plantea de inicio que los datos contenidos en los cuadros guarden una estrecha relación con los resultados del Sistema de Cuentas Nacionales de México (SCNM), y que se encuentren íntimamente conectados entre sí. De acuerdo a la información disponible y dadas las prioridades establecidas para el proyecto inicial de la CSSSM, se proponen los siguientes cuadros básicos y cuentas.

- Cuadros de oferta y utilización.- Muestran la producción de las actividades relacionadas con la salud, el flujo de la oferta y el uso de los productos característicos y conexos de la misma, así como la composición de la demanda de bienes y servicios médicos.
- Cuentas de producción.- Reflejan la producción, consumo intermedio, valor agregado bruto y sus componentes; todo ello por subcategoría de la industria de la salud.
- Formación bruta de capital fijo.- Conformada por las adquisiciones menos las disposiciones de activo fijo; transacciones que llevan a cabo las unidades económicas que proporcionan bienes y servicios a los pacientes
- Insumos de mano de obra, expresados en términos del número de ocupaciones remuneradas, equivalentes a jornada completa de trabajo.
- Gasto en salud.- Se registra por función, proveedor y fuente de financiación; entre otros aspectos incluye, además del gasto directo del paciente, el que realiza el gobierno en servicios individuales y colectivos no de mercado, los servicios médicos individuales que suministran las ISFLSH, así como otros gastos relacionados con la formación bruta de capital fijo de las unidades productoras de servicios médicos clasificadas en actividades características y conexas, y las transferencias asociadas con la salud humana.

a. Descripción de cuadros

Es importante mencionar aquí que los cuadros que se pretenden incluir para la CSSSM (véase **apéndice 2**), sobre todo en materia del gasto en salud, recogen las recomendaciones de la versión 1.0 del documento Sistema de Cuentas de Salud -A System of Health Accounts-, (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2000), manual que considera la inclusión de las variables más importantes relacionadas con la salud y que al mismo tiempo parten del y están vinculadas con el marco central del SCN-1993.

Antes de describir los cuadros específicos propuestos para que integren la CSSSM, es necesaria la presentación de la tabla 15.1 “Oferta de productos a precios básicos y su utilización a precios de comprador”, registrada en el capítulo XV “Cuadros de Oferta y Utilización e Insumo - Producto” del SCN-1993, (Organización de las Naciones Unidas, et al, 1993) ya que resulta fundamental para la conformación de la Cuenta Satélite del Sector Salud, pues de él se tomarán los elementos para integrar la oferta y utilización de bienes y servicios de ese sector y de éste se derivan el resto de esquemas de la CSSSM.

i. Oferta y utilización

- En el SCN-1993 (Cuadro 5.1)

Este cuadro es básico en la interpretación de resultados macroeconómicos, pues presenta la relación detallada que existe entre la demanda y la oferta.

Aunque el SCN-1993 lo expone de manera ilustrativa, es importante comprender e identificar su contenido, no obstante que la apertura de los bienes y servicios, así como de las actividades, dependerá del detalle establecido para los mismos y de la disponibilidad de información.

La parte superior, ofrece información sobre el origen de los recursos de bienes y servicios. Los renglones muestran los productos y las columnas la producción de las industrias.

En los renglones, se presentan los distintos tipos de productos de acuerdo a las divisiones de la Clasificación Central de Productos (Organización de las Naciones Unidas, 2001); se registran además dos conceptos de ajuste: uno para c.i.f/fob sobre las importaciones y otro para las compras directas hechas en el exterior por los residentes.

Por su parte, las columnas ofrecen tres conjuntos diferentes de información:

- La producción generada por agrupación de industrias, de acuerdo con la Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las Actividades Económicas (CIIU) revisión 3 (Organización de las Naciones Unidas, 1990). El concepto se desagrega en producción de mercado, para uso final propio y la otra producción no de mercado. Asimismo, presenta el total de la variable y de cada industria, clasificada según la apertura citada.
- Registros de las importaciones desglosadas en bienes y servicios.
- Partida de ajuste referente a los márgenes de comercio y distribución, y otras columnas para el registro de los impuestos y subsidios sobre los productos y una más para el ajuste c.i.f/f.o.b. de las importaciones.

El SCN-1993 establece que, en principio, todos los flujos monetarios relativos a la oferta se valoren a precios básicos adicionando a ésta los márgenes de comercio y distribución; impuestos netos de subsidios sobre los productos; y el correspondiente ajuste c.i./f.o.b. sobre las importaciones, así se podrá determinar la oferta de los productos a precios comprador.

Es necesario señalar que la presentación esquemática del cuadro 5.1, fue diseñada con fines ilustrativos y pedagógicos y por esa razón las filas y las columnas de la utilización de bienes y servicios corresponden a los de la oferta, aunque en este caso se agregan columnas que incluyen otras variables relacionadas con la utilización.

De acuerdo a lo anterior, en la parte central se registra la utilización de bienes y servicios también a precios comprador, que ofrece información sobre los usos de los mismos y también acerca de las estructuras de costos de las industrias. Se parte del principio que para cada producto la oferta y utilización totales a precios comprador serán iguales.

En los renglones se emplea la misma clasificación para los productos, en tanto que en las columnas secuencialmente, se anotará el consumo intermedio de cada industria agrupada, así como los subtotales que se adoptarán en la clasificación de la oferta. Además de las columnas correspondientes a las exportaciones (de bienes y servicios), las del gasto de consumo final (distinguiendo el efectuado por ISFLSH y el Gobierno General), así como los montos que se obtengan en la determinación de la formación bruta de capital fijo y sus componentes.

La parte inferior está reflejando el valor agregado bruto/Producto Interno Bruto a precios básicos y los elementos que lo integran: remuneración de asalariados; impuestos menos subsidios sobre los productos (con desglose de los impuestos y subsidios sobre los productos y otros impuestos menos subsidios sobre la producción), el excedente de explotación/ingreso mixto (se pueden registrar en términos brutos o netos), así como la categoría correspondiente al consumo de capital fijo.

Adicionalmente, por industria, para dar consistencia a los flujos de las tres partes centrales que lo integran, el cuadro del SCN-1993 pretende incorporar al mismo elementos tales como el empleo de mano de obra, la formación bruta de capital fijo y las existencias de activos al cierre de cada ejercicio.

- En la Cuenta Satélite del Sector Salud (Cuadro 5.2)

Tomando en cuenta los elementos que se desprenden del cuadro de Oferta y Utilización que recomienda elaborar el SCN-1993 (cuadro 5.1), se conformará el correspondiente a la oferta y utilización del sector salud.

Esta tabla se considera central para elaborar la CSSSM, debido a que interrelaciona los datos sobre oferta y utilización de bienes y servicios específicos, es decir, las actividades características y conexas y la demanda de bienes y servicios para atender la salud.

El cuadro 5.2 representa también una versión simplificada de los productos (bienes y servicios) y actividades sanitarias, cuyo detalle estará en función de la disponibilidad de información.

Aun cuando el cuadro está diseñado para registrar la oferta y utilización de la CSSSM, debe partir de los resultados obtenidos para el total de la economía y además estar acorde con las recomendaciones de la tabla propuesta en el SCN-1993. El cuadro 5.2 puede presentar algunas modificaciones con relación a la tabla mencionada, siendo las principales:

- Aunque en la clasificación de bienes y servicios se utilizarán también las sugerencias que en esa materia recomienda el CCP, tal clasificación se elaborará de acuerdo a aquellos bienes y servicios relacionados con la salud. De ahí que, en su interior, se distinguen dos grandes categorías: bienes y servicios característicos que comprenden entre otros los principales productos destinados a los pacientes (v.g. servicios de hospitales, consulta externa, etc.); y, bienes y servicios conexos que cubren una amplia gama de productos que facilitan el suministro de los servicios de atención médica; así como otros productos no especificados anteriormente.
- Además, el cuadro centra su atención en representar las valoraciones que están vinculadas con la producción. Así, tanto la producción de mercado como la otra no de mercado se clasifican en actividades características y en otras industrias.

En la sección correspondiente a la utilización, se registrará el concepto de consumo que estaría integrado por los gastos de consumo final realizado directamente por el paciente; así como los gastos que llevan a cabo las ISFLSH y el Gobierno en servicios no de mercado individual o colectivo que esos sectores proporcionan a los pacientes.

ii. Actividades

Cuando se cuantifican las actividades, éstas tienen que ver con los procesos productivos que realizan los establecimientos homogéneos o empresas, es decir, se presenta la producción de las actividades que están estrechamente relacionadas con la salud. Al conjunto de ese tipo de unidades económicas se le denomina industria de la salud, de ahí que en los tres cuadros siguientes se reflejan los indicadores más importantes de esa industria.

• Cuenta de producción (Cuadro 5.3)

Esta es quizá la cuenta más antigua que ha recomendado integrar el Sistema de Cuentas Nacionales. En ella se presenta el proceso productivo de la industria de la salud, constituida por todas aquellas actividades cuya producción consiste en ofrecer bienes y servicios al paciente.

Este cuadro, por tanto, representa la cuenta de producción de las actividades relacionadas con la salud humana. En él se desglosan las denominadas de mercado y otras no de mercado. Se aclara lo anterior, ya que los métodos de valoración empleados en una y otra son diferentes.

La valoración de la producción de cada actividad relacionada con la salud será a precios básicos, en tanto que los bienes y servicios consumidos durante el proceso productivo, estarán valuados a precios comprador. Siendo esto así, el valor agregado bruto, en el caso de establecimientos o empresas privadas, que se deriva como la diferencia que existe entre el monto del valor bruto de producción y el consumo intermedio, también se presenta a precios básicos.

La determinación de la magnitud del valor agregado bruto, que se ubica en la parte inferior, es muy importante, pues está reflejando la generación de valor de las actividades que conforman la industria de la salud; la adición de estos registros dará por resultado el valor agregado bruto o Producto Interno Bruto del sector salud.

Cabe mencionar aquí que el SCN-1993 recomienda la estimación del consumo de capital fijo, en tanto que la OCDE no lo hace (A System of Health Accounts, Versión 1.0, 2000). En la medida en que esto sea posible el concepto de excedente de explotación podrá presentarse en términos brutos o netos del consumo de capital fijo.

- Formación bruta de capital fijo (Cuadro 5.4)

El cuadro aclara un elemento concreto de la demanda generada por el sector salud. Esta información resulta importante para medir la capacidad instalada para atender a los pacientes. El concepto de Formación Bruta de Capital Fijo adopta el tratamiento descrito en el SCN-1993.

Cuando se analiza la actividad productiva se deben considerar otros elementos relacionados con ella, como es la utilización de bienes de capital. Para el estudio del sector salud, entonces, es necesaria la cuantificación de la formación bruta de capital fijo que realizan o adquieren las actividades del sector, ya que la disponibilidad de una infraestructura básica tal como la construcción e instalaciones y la maquinaria y equipo son determinantes para brindar el servicio que requieren los pacientes.

Aquí, se expone información sobre esta importante variable macroeconómica, que es valorada a precios comprador y representa la adquisición menos disposiciones de bienes que son utilizados para la producción de otras mercancías y servicios; la inclusión de este tipo de activos resulta de particular interés en la conformación de la Cuenta Satélite del Sector Salud, pues determina la perspectiva de la actividad en relación a la inversión destinada a la construcción de hospitales, clínicas, instalaciones para la rehabilitación y sitios de atención al paciente.

- Insumos de mano de obra (Cuadro 5.5)

Muestra los datos sobre un campo muy importante para las políticas públicas en materia de salud, el empleo. De esta forma, se pretende complementar, con ese indicador, los datos monetarios de la CSSSM.

El empleo se define como el número de ocupaciones remuneradas necesarias para realizar las diferentes actividades del sector salud. La ocupación se expresa en términos del promedio anual.

La variable de empleo es relevante en las Cuentas Satélite de Salud, pues como es de conocimiento, las actividades que integran la industria de la salud son intensivas en mano de obra, es decir, generan un gran volumen de empleo.

En la columna destinada a trabajadores directos se registrarían datos de las personas que mantienen una relación de dependencia salarial con la unidad económica que proporciona el bien o servicio, que puede ser un establecimiento o empresa; en tanto que la correspondiente a trabajadores contratados por otras empresas, abarca a todos aquellos individuos que emplea una unidad económica ajena a la que genera el bien o servicio médico.

iii. Gasto en atención y cuidados de la salud (Cuadros 5.6 al 5.9)

La mayoría de los cuadros que a continuación se describen formarán parte de la Cuenta Satélite del Sector Salud de México y tienen por objeto registrar el valor monetario del gasto que efectúan los pacientes (en este caso los hogares) y otras unidades económicas que realizan erogaciones a favor de ellos; de ahí que la cuantificación del gasto en salud se hará desde la óptica de las funciones de asistencia sanitaria, proveedores de bienes y servicios médicos y las fuentes de financiación. Asimismo, en este apartado se incluirá un tabulado que adicionará otras funciones relacionadas con la salud humana.

El cuadro 5.6, muestra la utilización final, por unidades residentes, de bienes y servicios para el cuidado de la salud por función y fuente de financiación. También ilustra como las tres dimensiones de la Clasificación Internacional para las Cuentas de la Salud (ICHA, por sus siglas en inglés), pueden ser combinadas, de manera flexible, para proporcionar un conjunto de indicadores sobre el gasto en salud y su financiamiento. (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2000, p. 111-156).

El cuadro 5.7 capta información del gasto en salud por función de asistencia de la salud y el tipo de industria que la provee; el 5.8 registra datos por proveedor de bienes y servicios médicos y las fuentes de su financiamiento; en el cuadro 5.9, además del gasto corriente en salud considerado en la tabla 5.6, se agregan, en caso de disponer de la información necesaria, las erogaciones realizadas por las fuentes de financiamiento de la salud por concepto de:

- a) Formación bruta de capital fijo
- b) Educación y capacitación
- c) Investigación y desarrollo
- d) Control de higiene de alimentos y agua potable
- e) Salud ambiental
- f) Administración y provisión de servicios sociales, en especie, no médicos, a favor de personas con enfermedades e impedimentos físicos
- g) Administración y provisión de transferencias en efectivo otorgadas a personas y hogares

Cabe señalar que los gastos registrados en los incisos b al g, se anotan como partidas de memorándum, ya que representan funciones relacionadas con la salud, pero no son acciones que directamente benefician al paciente.

iv. Matriz de transferencias en asistencia de la salud (Cuadro 5.10)

Tal como lo recomienda el SCN-1993, en las cuentas satélite con orientación funcional, como lo es la relativa a la salud, es menester aparte de la cuantificación de la producción, oferta y utilización, formación bruta de capital fijo, etcétera, analizar y medir las transferencias que, en materia de salud, se proporcionan entre sí los diferentes sectores de la economía. Ello con objeto de registrar, en el sector correspondiente, los gastos de quien finalmente los realiza.

Así, en el cuadro se anota la información sobre las transferencias corrientes que son proporcionadas entre sectores y subsectores institucionales residentes y entre éstos y el Resto del Mundo.

El cuadro propuesto adopta las clasificaciones por sector y subsector institucional, así como las variables macroeconómicas y conceptos que recomienda aplicar el SCN-1993. Su instrumentación en la Cuenta Satélite del Sector Salud adquiere una relevancia significativa, ya que no obstante no estar enlazada con la secuencia completa de cuentas (producción; y, generación y asignación del ingreso), es de suma importancia pues a través de él se podrá conocer, en forma detallada:

- El sector que soporta, en última instancia, el gasto en materia de salud; y,
- la capacidad o necesidad de financiamiento que tienen los diferentes sectores o subsectores institucionales residentes y su relación con el Resto del Mundo.

b. Principales variables macroeconómicas

Considerando todo lo expresado anteriormente, para dimensionar la importancia económica del sector salud, en principio, se debe entender que su cuantificación implica disponer de registros sobre la demanda de bienes y servicios que efectúan los pacientes, lo que propicia implícitamente la identificación de la oferta de las actividades que directa o indirectamente están involucradas en proporcionar esos bienes y servicios. De ahí que, para el cálculo del sector, primero se delimitan los conceptos de demanda y oferta sanitaria, para lo cual se aplicarán los principios, criterios, normas contables, definiciones y clasificaciones descritas, y así determinar los principales indicadores macroeconómicos de la salud, mismos que, en buena medida, dependerán de la disponibilidad de información y del detalle con que se han conformado los cálculos de las cuentas nacionales del país.

Los principales indicadores, como ya se ha mencionado, podrán dar respuesta a interrogantes más precisas acerca de la importancia del sector salud en la economía de México.

Desde el punto de vista de la demanda, la salud refiere el gasto total en consumo de los pacientes; en tanto que la oferta puede precisarse a través de la medición de las actividades que generan los bienes y servicios para satisfacer las necesidades de los usuarios.

➤ Enfoque de la demanda

Dos agregados importantes que se pueden obtener desde la óptica de la demanda son: el **gasto y consumo** en salud.

La medición del **gasto** es de suma importancia en la elaboración de la Cuenta Satélite de Salud, ya que el disponer de la valoración de esa variable permite relacionar sus resultados con otros indicadores. La ventaja conceptual que se tiene es que su determinación es compatible con los lineamientos establecidos en el SCN-1993.

El gasto total en salud mide la utilización final de unidades residentes en la adquisición de bienes y servicios médicos, más la formación bruta de capital fijo de las industrias proveedoras, los gastos en formación de recursos humanos y la investigación y desarrollo, efectuados para impulsar las actividades relacionadas con la salud y la provisión de servicios sociales no médicos.

El **consumo en salud**, engloba las erogaciones realizadas directamente por los usuarios de bienes y servicios médicos y los gastos efectuados por otras unidades económicas en favor de ellos. Por tanto, en esa variable se incluirán:

- El valor monetario del gasto en consumo final que realizan los pacientes; y
- los servicios médicos individuales, no de mercado, que el gobierno y las ISFLSH proporcionan a la población.
- El concepto de consumo en salud y por ende el gasto en salud, incluyen también erogaciones que son realizadas en favor del paciente por la empresa o institución donde trabaja. En este último caso, se presentará una discrepancia entre la CSSSM y las recomendaciones del SCN-1993, ya que ese tipo de gastos en el Sistema se clasifican en el consumo intermedio de las unidades productivas que efectúan la erogación y en la CSSSM se considerarán producción de servicios sanitarios.
- Teóricamente, el gasto en salud además de los aspectos que se engloban en el concepto de consumo en salud también comprende: la producción para uso propio generada por los hogares y las transferencias que son canalizadas por otras unidades económicas a favor de la atención de los pacientes.

De acuerdo a lo anterior, dado que en la conformación de la CSSSM se aplicarán los mismos principios que se utilizan en la integración del SCNM, los resultados que se obtengan podrán ser relacionados con los principales agregados registrados en la contabilidad nacional como puede ser el Producto Interno Bruto (PIB).

Es necesario comentar que el PIB no debe obtenerse desde el enfoque de la demanda, puesto que en ella se incluyen elementos que distorsionan la medición, tal es el caso de las

erogaciones que por concepto de atención médica efectúan en su interior las unidades institucionales productoras de bienes y servicios a favor de sus trabajadores. En la Cuenta Satélite del Sector Salud, estos gastos se considerarán como producción, en tanto que en el SCNМ forman parte de la categoría del consumo intermedio de quien realiza la erogación. Por lo tanto, el PIB de la industria de la salud podrá medirse, de manera más precisa, a través de la oferta, debido a que esta variable se cuantifica por el valor agregado que es generado por las actividades productivas, y no por el uso que se hace de la producción.

➤ Enfoque de la oferta e industria de la salud

El enfoque de la oferta centra su atención en las unidades económicas que producen bienes y servicios para satisfacer los requerimientos de los pacientes. Siendo así, al considerar unidades de producción, la importancia de éstas se mide por el valor agregado bruto que generan durante el proceso productivo, es decir, se refiere al valor de la producción libre de duplicaciones ya que no considera la utilización de los bienes y servicios necesarios para llevar a cabo ese proceso.

El enfoque antes descrito se complementará con un grupo de cuentas en las cuales se incluirán los bienes y servicios demandados por los pacientes y que provienen de actividades conexas de la salud.

Por lo antes mencionado, la unidad estadística que se utilizaría con este enfoque es el establecimiento, entendido como la unidad homogénea de producción de bienes o servicios. En algunos casos, esa unidad estará representada por la empresa, dependiendo del grado de integración que presenten las unidades económicas.

La **industria de la salud** puede definirse como el grupo de unidades productoras de bienes y servicios (oferta), dedicadas principalmente a satisfacer la demanda de los pacientes.

El término **industria de la salud**, entonces, sería sinónimo de actividades características, conexas y de otras industrias que producen bienes o proporcionan servicios de salud y por tanto, al igual que para otras actividades se podría analizar su proceso productivo: insumos, valor agregado bruto y producción; la formación bruta de capital fijo, el empleo, etcétera.

Por **PIB de la industria de la salud** se entenderá la suma del valor agregado bruto (VAB), que se genera en la economía por las unidades productoras que se clasifican en actividades características, conexas y otras industrias que atienden la salud humana.

5.4 VENTAJAS Y LIMITACIONES

➤ Ventajas

Los datos a registrar en las tablas antes descritas están interrelacionados y la ventaja que se tiene en su integración es que se basan en conceptos, definiciones, clasificaciones y reglas contables, todas ellas estrechamente vinculadas con las recomendaciones del SCN-1993 (para una comprensión mayor de la clasificación, cobertura y definiciones véase el capítulo 4 de este documento).

Al adoptar los lineamientos del SCN-1993, los resultados obtenidos implícitamente tendrán correspondencia con los datos del Sistema de Cuentas Nacionales de México. Permitiendo todo ello la comparabilidad nacional e internacional. Adicionalmente, al ofrecer información detallada y precisa podrá medirse más exactamente la importancia del sector en los registros globales del país.

Los cuadros 5.2 al 5.5 proporcionarán registros sobre:

- El equilibrio económico entre la oferta y utilización de bienes y servicios médicos, propiciando la identificación de su origen y destino, valorando la producción a precios comprador, para lo cual se transitará del valor básico al productor y de éste al comprador.
- La importancia económica del sector salud en el Producto Interno Bruto total y su comparación con otras actividades económicas destacando la contribución tanto del sector público como del privado en la generación de valor.
- La formación bruta de capital fijo por destino y así dimensionar la participación del sector salud en la adquisición de activos fijos.
- El personal ocupado en las diferentes actividades relacionadas con la salud humana.

Los cuadros 5.6 al 5.9, dan respuesta a tres cuestionamientos básicos:

- ¿De dónde proviene el dinero para atender la salud humana? (fuente de financiación).
- ¿Cuál es el destino de ese dinero? (proveedores de servicios y productores de bienes).
- ¿Qué tipo de productos, bienes y servicios, generan los proveedores y quienes los demandan?

Todos los cuadros se adaptarán a las características propias del funcionamiento de los agentes económicos del país y a la información disponible, no obstante se tienen las siguientes:

➤ Limitaciones

La OCDE recomienda cuantificar: el gasto personal en salud por principal categoría de la Clasificación Internacional de Enfermedades (cuadro 5.11), el gasto personal en salud por edad y género (cuadro 5.12), así como la elaboración de una matriz de transferencias en asistencia de la salud (cuadro 5.10). De acuerdo a la información disponible, por el momento, no será posible documentar estos tabulados, tarea que se pretende abordar posteriormente, en tanto las fuentes de información adecuen sus registros.

Por otra parte, en cuanto a las recomendaciones internacionales sugeridas, entre otras organizaciones, por las Naciones Unidas, en el Sistema de Cuentas Nacionales 1993 (SCN-1993), en el sentido de valorar la producción y el producto interno bruto (valor agregado bruto en el caso de las actividades o sectores) a precios básicos (Organización de las Naciones Unidas, et. al, 1993, pág. 135 y 165 a 167), se precisa aquí que en los cuadros incluidos en el capítulo 7 de esta investigación se ha adoptado ese criterio, aunque en la práctica los datos que reportan los informantes sobre la producción tienen una presentación más bien de tipo productor y no es hasta

que el contador nacional, obtiene calcula o estima los registros sobre los impuestos para derivar tanto la producción como el Valor Agregado Bruto o Producto Interno Bruto, a precios básicos.

También, se precisa que para el Sector de Sociedades Financieras, exclusivamente se ha podido documentar su participación en la producción de servicios de seguros de accidentes y enfermedades, no obstante, se tiene conocimiento de que tanto este sector como el correspondiente a las Sociedades no Financieras, el Gobierno General y las JSFLSH adicionalmente a la producción de servicios médicos que generan, proporcionan directamente servicios médicos o medicamentos a sus trabajadores y como tal también deberían formar parte de la oferta médica, sólo que por el momento la información disponible no permite su cuantificación específica.

Referencias de documentos utilizados

1. Organización de las Naciones Unidas, et al. (1993). *Sistema de Cuentas Nacionales 1993*. Nueva York: ONU.
2. Organización de las Naciones Unidas. (1990). *Clasificación Industrial Internacional Uniforme de todas las Actividades Económicas (revisión 3)*. Nueva York: ONU.
3. Organización de las Naciones Unidas. (2001). *Clasificación Central de Productos (versión 1)*. Nueva York: ONU.
4. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2000). *A System of Health Accounts (version 1.0)*. Paris: OCDE.

CAPÍTULO 6

DESARROLLO DE LA PROPUESTA DE SOLUCIÓN

6.1 PROCEDIMIENTO GENERAL

El desarrollo del estudio se puede dividir en cinco etapas: la primera tuvo como objetivo prioritario explorar, investigar y delimitar la base teórica y estadística que sirviera de guía para continuar con la investigación, obteniéndose como resultado la documentación: de los antecedentes y situación actual de la estadística relacionada con la salud en el mundo y en México (registrados en los capítulos 1 y 2, respectivamente, de este documento); el origen, evolución y desarrollo de las principales corrientes del pensamiento vinculadas con la contabilidad nacional, en particular el surgimiento de la idea de ampliar ésta y documentarla en una cuenta satélite (capítulo 3); del marco conceptual (incorporado en el capítulo 4), en el que se adaptaron y adoptaron los principales conceptos y cobertura según el Sistema de Cuentas de Salud de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) y el SCN-1993 de la Organización de las Naciones Unidas (ONU); de las variables macroeconómicas que habrían de incorporarse a los tabulados de la Cuenta Satélite del Sector Salud de México (capítulo 5).

En la segunda etapa se hizo una intensa labor de compilación de la información publicada por oficinas públicas e instituciones privadas, en la que destaca la censal y los registros administrativos de unidades económicas adscritas al gobierno general como el IMSS y el ISSSTE, por citar algunas de ellas.

La tercera etapa se dedicó a la evaluación y análisis de los registros disponibles, a fin de realizar un diagnóstico y detectar los posibles vacíos de información, seleccionándose la estadística susceptible de ser utilizada en la investigación.

Una vez evaluada y elegida la información, en la siguiente etapa se procedió a realizar los cálculos macroeconómicos del sector salud que, entre otros aspectos, comprenden la elaboración y cuantificación de: cuentas de producción; gasto corriente y total del sector, por función de asistencia, industria proveedora y fuente de financiación; cuadros de oferta y utilización; personal ocupado y formación bruta de capital fijo (véase capítulo 7 de este documento).

Posteriormente, se realizó el trabajo de revisión de los agregados obtenidos para así validar los resultados alcanzados, los cuales se relacionaron con los registros difundidos en el Sistema de Cuentas Nacionales de México para otros sectores y el total de la economía, con objeto de medir la importancia del sector salud (ver capítulo 7 de esta investigación).

6.2 INTEGRACIÓN DEL CLASIFICADOR DE ACTIVIDADES Y PRODUCTOS Y DEL INVENTARIO ESTADÍSTICO DEL SECTOR SALUD DE MÉXICO

Dos tareas clave que se llevaron a cabo y que forman parte de la primera etapa de la investigación fueron: la integración del Clasificador de Actividades y Productos y la elaboración del Inventario Estadístico del Sector Salud de México.

Conociendo ya los agentes económicos que integrarían la demanda y los susceptibles de llevar a cabo la financiación (capítulo 5), entonces ahora, siguiendo las recomendaciones internacionales habría que identificar las industrias que participarían en la generación de bienes y servicios médicos para conformar así la oferta, por ello a fin de facilitar la tarea se elaboró el apéndice 3, denominado Codificador de bienes y servicios, según la Clasificación Central de Productos (CCP) y el apéndice 4, titulado Clasificación de Actividades y Productos relacionados con la salud humana.

La elaboración del codificador en base a la CCP es importante dado que éste al registrar al máximo detalle los bienes y servicios en general, da pauta a la identificación a nivel de grupo, clase, subclase y/o artículo específico los bienes y servicios relacionados con la salud humana. Así, como puede observarse en el apéndice 3, se detectaron alrededor de 50 bienes individuales y 57 tipos de servicios, o familias de ellos, que pueden ser demandados directamente por los pacientes o por las unidades económicas que les proporcionan atención médica a éstos. La conformación de tal codificador al basarse en la CCP de las Naciones Unidas, garantiza la homogeneidad del clasificador de bienes y servicios que se diseñó para México, permitiendo también la vinculación de éste con otros codificadores.

Conforme a lo antes señalado, posteriormente se procedió a elaborar la Clasificación de Actividades y Productos relacionados con la salud humana para México (ver apéndice 4), para lo cual y con objeto de guardar la correspondencia con otros clasificadores de corte nacional o internacional y permitir la comparabilidad interna o externa, se emplearon los códigos al máximo detalle registrados en ellos. Así, se utilizaron los códigos de la clasificación de proveedores de las Cuentas de Salud propuesta por la OCDE, los de la Clasificación Internacional Industrial Uniforme de todas las Actividades Económicas de las Naciones Unidas a nivel de división o clase, los del Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte por sector o clase, los del Sistema de Cuentas Nacionales de México (SCNM) por rama o subgrupo, y los de la Clasificación Mexicana de Actividades y Productos por sector o clase que emplea el censo económico en su proceso de recopilación de datos.

La compatibilización efectuada permite el tránsito de una clasificación a otra, pudiéndose así comparar los flujos monetarios que se integran en la CSSSM con los obtenidos en otras mediciones, como es el caso de los resultados publicados en el SCNM o bien aprovechar la información generada en una fuente, como los registros de los censos económicos, para la integración de los resultados de la propia CSSSM. Posteriormente, cuando se quieran hacer comparaciones con otros países o integrarse en las estadísticas de algún organismo internacional, la confronta también será posible.

En la construcción de una cuenta satélite, en este caso la del sector salud, las recomendaciones internacionales indican que los bienes y servicios vinculados con ella habrán de clasificarse en: característicos, conexos y los producidos por otras actividades a los que se denomina otras industrias relacionadas con la salud.

Aun cuando la clasificación de las actividades y por ende la de los productos (bienes y servicios) médicos resulta difícil y por ello los organismos internacionales mantienen una posición flexible en el asunto, se puede señalar que las actividades características son aquellas cuya producción está destinada fundamentalmente a la atención de la salud de los pacientes; las conexas son definidas como auxiliares de las características, al facilitar el suministro de los servicios médicos; y que las otras industrias relacionadas con la salud refieren las actividades vinculadas principalmente con la administración de los servicios de salud y los seguros, así como las que desarrollan entes prácticamente públicos en la investigación y desarrollo, la formación y capacitación del personal médico y paramédico, el suministro de servicios sociales no médicos, entre otras.

Por lo tanto, para facilitar la labor de comparación nacional e internacional y para elaborar los cuadros que integran la CSSSM es que se conformó el apéndice 4, que entre otras ventajas permite, desde un inicio, la clasificación de las actividades y/o productos conforme a las sugerencias internacionales, identificándose, por ejemplo, 26 actividades o bienes específicos y 24 servicios definidos ambos, bienes y servicios, como característicos, entre los que se encuentran los servicios médicos proporcionados en hospitales, consultorios generales, dentales y especialidades, así como los que otorgan otros establecimientos para la preservación, atención y rehabilitación del enfermo, física, mental o dañado socialmente.

Lo anteriormente señalado es importante pero no suficiente, ya que toda hipótesis debe ser demostrable afirmativa o negativamente y para ello, al menos para elaborar las cuentas nacionales, es indispensable a tal efecto el disponer de información.

En México, como en otros países del mundo, las diferentes instituciones públicas y privadas generan información (véanse capítulos 1 y 2) de acuerdo a sus propias necesidades, muchas de las veces duplicando esfuerzos y de una manera heterogénea. Para realizar un estudio satélite como lo representa el del sector salud, es necesario identificar las estadísticas disponibles y sus principales características, razón por la cual se elaboró el Inventario Estadístico del Sector Salud (ver apéndice 5). El objetivo central que se persigue con la elaboración de un inventario es conocer el tipo de estadísticas que genera una institución a efecto de seleccionar aquella que es susceptible de ser utilizada en la investigación.

En el apéndice 5, exclusivamente se han registrado a manera de ejemplo, para no hacer más voluminoso el documento, las estadísticas generadas por la Secretaría de Salud (SSA), el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), ya que en caso de haber incorporado todas las fuentes de información tal apéndice estaría integrado por alrededor de 80 páginas y no de 27. En el punto de fuentes de información utilizadas del capítulo 7, se pueden apreciar otras tantas para las cuales se identificaron también sus principales características.

No obstante, cabe mencionar que el inventario estadístico completo considera a las instituciones públicas más importantes: SSA, ISSSTE, IMSS, IMSS-Solidaridad (ahora oportunidades), Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), Secretaría de Marina (SEMAR), Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA), Secretaría de Hacienda y Crédito Público (SHCP), Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF), Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), Instituto Nacional de Perinatología, Presidencia de la República y los Gobiernos Estatales.

De unidades privadas se investigaron: la Asociación Mexicana de Instituciones de Seguros (AMIS), Banco Nacional de México, Cámara Nacional de la Industria Farmacéutica (CANIFARMA) y la Fundación Mexicana para la Salud. De Organismos Internacionales se documentó lo correspondiente al Banco Mundial (BM), la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre HIV/SIDA. Adicionalmente, de las direcciones en internet particularmente se consultaron las correspondientes a los Institutos Nacionales de Salud (pediatría, cardiología, etcétera), OMS, SHCP, así como las de los servicios de salud en los Estados de la República Mexicana.

Por otra parte, se elaboró un formato uniforme para incorporar las características de la información, misma que contempla el nombre de la estadística, cobertura geográfica, frecuencia de elaboración, antigüedad, forma de captación, unidad de observación, disponibilidad, accesibilidad, forma de obtención y contenido, elementos todos ellos que permiten agilizar su consulta.

En cobertura geográfica se registra si la información tiene corte nacional, regional o municipal; la frecuencia de elaboración indica si es anual, trimestral, mensual, etcétera; en el concepto de antigüedad se anota desde que año se ha generado; la forma de captación señala el modo utilizado para recopilarla (registros administrativos, cuestionario, etcétera); por unidad de observación se entiende al sujeto a quien se aplica el estudio (persona, hogar, establecimiento, empresa, etcétera); en disponibilidad se considera el período que abarca la estadística, en accesibilidad se pretende saber si está al alcance del público en general o es de circulación restringida; también se contempla la forma de obtención (compra, oficio, fotocopia, internet, etcétera); y finalmente el tipo de información incluida, entre otros aspectos indicadores físicos o monetarios.

6.3 CAPTACIÓN DE LA INFORMACIÓN

No obstante el proceso actual que ha venido aplicando el gobierno federal con el programa de transparencia y acceso a la información, la instrumentación de esta etapa, en la mayoría de los casos, resulta un serio obstáculo para el investigador debido entre otras razones a que éste puede no conocer a detalle la información susceptible de utilizar, ni identificar la fuente primaria que la genera.

Es conveniente señalar que el proceso de recopilación de la información disponible fue relativamente fácil, ya que el inventario estadístico previamente elaborado guió la ubicación de las principales fuentes que habrían de utilizarse. También contribuyó el hecho de trabajar en el Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, lo que facilitó la obtención de registros particulares o a detalle; de igual forma, en la compilación de datos también influyó la experiencia en el manejo de información, en particular la relacionada con las actividades no de mercado realizadas por los niveles de gobierno (federal, estatal y municipal), específicamente las vinculadas con la salud humana.

Justo es decir que en su inmensa mayoría la información compilada tiene carácter público y sólo en algunas ocasiones se requirió de algunos detalles. La que generan las principales instituciones públicas (SSA, IMSS e ISSSTE, entre otras), es susceptible de conseguirse con ellas mismas o a través de la SHCP, en la sección que destina a la Cuenta de la Hacienda Pública Federal de cada año y que está referida tanto al presupuesto ejercido (o estados financieros), como al personal ocupado remunerado que en promedio utilizaron en un año para el desarrollo de sus actividades. En el caso de los Institutos Nacionales de Salud, SEDENA, SEMAR, Petróleos Mexicano, entre otras

entidades, los expedientes individuales de ellos también ofrecieron la posibilidad de consultar su presupuesto ejercido, estados financieros y otros registros como el relativo al personal ocupado.

Para el resto de entidades públicas que realizan actividades médicas, en el plano federal y estatal, también se consiguieron las Cuentas Públicas, se analizó el capítulo 4000 (transferencias) de la SSA y el Boletín de Información Estadística que esta dependencia difunde anualmente.

Las actividades de producción de bienes y servicios médicos privadas, en su mayor parte, fueron documentadas con los registros, a nivel de clase de actividad económica, de los Censos Económicos 1999 (con datos referidos al año 1998) y sólo se solicitó información agrupada sobre las Instituciones Sin Fines de Lucro al Servicio de los Hogares (ISFLSH) que no se proporciona al público en general y cuyos registros se encuentran incluidos en los totales de las clases de actividad relacionadas con la salud humana (para ello, previamente se requirió un directorio de unidades económicas incorporadas en ellas, a efecto de seleccionar las que se clasificarían como ISFLSH).

También para el sector privado se consultó la información publicada en el Sistema de Cuentas Nacionales de México relativa a la rama 38. Productos farmacéuticos y la correspondiente al consumo privado (productos farmacéuticos y servicios hospitalarios y no hospitalarios, originados en el mercado nacional e importados). Adicionalmente, a fin de complementar los cálculos, se solicitaron datos sobre la cuenta de producción de los subgrupos de actividad siguientes:

- 1601 Azúcar y subproductos, incluido alcohol etílico (alcohol)
- 2631 Algodón y paños absorbentes, vendas, pañales y similares (algodón, gasas, vendas, etcétera)
- 2715 Uniformes (uniformes para médicos y enfermeras)
- 3511 Gases industriales (oxígeno para uso medicinal)
- 3801 Productos farmacéuticos (producción de medicamentos)
- 3911 Perfumes, cosméticos y similares (cintas adhesivas, vendas, isopos de algodón)
- 4121 Otros productos de hule, incluso calzado (guantes cirujanos, bulbos, bolsas térmicas, sondas y otros)
- 4332 Otros artículos de vidrio y cristal (jeringas, embudos, frascos, matraces, etcétera)
- 5901 Básculas y otros instrumentos de medida y control (termómetros)
- 5903 Equipo e instrumental médico y dental (agujas, pinzas, suturas, cánulas, catéteres, sondas, tijeras quirúrgicas, piezas dentales, amalgamas, etcétera)
- 5904 Instrumentos de óptica, lentes y artículos oftálmicos (armazones para anteojos, lentes ópticos de cristal, plástico y de contacto)
- 5923 Películas, placas y papel para fotografía (placas sensibles para rayos X)

Se aclara que la solicitud de la anterior información fue necesaria, dado que el SCNM no publica datos sobre la producción a ese nivel de detalle, los cuales resultan indispensables para complementar los cálculos, toda vez que como puede apreciarse todos ellos están relacionados con la salud humana, pudiendo ser demandados directamente por los pacientes, aunque en su mayor parte son requeridos por las actividades que proporcionan servicios médicos.

Para documentar las transacciones con el exterior, se adquirió el Anuario Estadístico de Comercio Exterior de 1998 y así se pudo disponer de datos sobre la importación y exportación de bienes médicos. Respecto a los seguros de accidentes y enfermedades se hizo acopio de los registros que

sobre el sistema asegurador difunde, con corte anual y trimestral, la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas en su página Web.

Así, es como en resumen, aprovechando la experiencia adquirida sobre el conocimiento de las fuentes de información y el manejo de ésta es como se procedió a su recopilación.

6.4 TRATAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Una vez recopilada la información disponible, se decidió que el año más adecuado para iniciar la elaboración de la Cuenta Satélite del Sector Salud de México era 1998, ya que para él se contaba con los registros necesarios a tal efecto, sobre todo de los correspondientes al sector privado para el cual, en lo que se refiere a los aspectos de producción, sólo se dispone de datos cada cinco años una vez que se publican los registros de los Censos de Servicios en los que se incluyen las clases económicas vinculadas con la salud humana. Esto es así, en la medida en que para el sector público la información es abundante, misma que se ha ido enriqueciendo al paso de los años, cubriendo cada vez más las crecientes necesidades de datos de tan importante sector.

De acuerdo a lo anterior, en términos generales para los sectores privado y público se aplicaron las siguientes tareas en el tratamiento de la información:

a. Sector privado (Sociedades no Financieras e ISFLSH)

En primer lugar, con la finalidad de compatibilizar la clasificación de las actividades relacionadas con la salud humana, y por ende los resultados que se obtendrían en la CSSSM, tomando como referencia el Codificador de Actividades del SCNM, a nivel de subgrupo, se llevó a cabo la agrupación de las clases de actividad del Censo de 1999 y se estableció la correspondencia con las utilizadas en el Censo de 1994, puesto que de acuerdo con el SCNM éste empleó, en el diseño de su codificador, la Clasificación Mexicana de Actividades y Productos (CMAP) de 1994 obteniéndose la tabla de equivalencias siguiente:

Tabla de equivalencias de las actividades de Salud del Sector Privado

Recuadro 6.1

| CONCEPTO | Código del subgrupo o clase de actividad | | |
|--|--|-----------------|--|
| | SCNM | Censo Económico | |
| | | 1994 | 1999 |
| Hospitales, sanatorios, clínicas, maternidades y bancos de sangre | 7001 | | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de hospitalización <ul style="list-style-type: none"> - Hospitales de medicina general - Hospitales psiquiátricos - Hospitales de especialidades médicas | | 923111 | 923111 923112 923113 |
| <ul style="list-style-type: none"> • Otros servicios auxiliares al tratamiento médico <ul style="list-style-type: none"> - Consultorios de nutriólogos y dietistas - Psicología social y de conducta - Terapia ocupacional y del lenguaje - Consultorios de quiroprácticos - Consultorios de optometría - Otros consultorios médicos | | 923115 | 923151 923152 923153 923154 923155 923159 923162 |

Recuadro 6.1

| CONCEPTO | Código del subgrupo o clase de actividad | | |
|---|--|-----------------|--------|
| | SCNM | Censo Económico | |
| | | 1994 | 1999 |
| <ul style="list-style-type: none"> - Servicios de enfermería a domicilio - Ambulancias y traslado de enfermos - Otros servicios auxiliares al tratamiento médico - Centros de planificación familiar - Atención médica a enfermos mentales - Otra atención médica no hospitalaria | | | 923163 |
| | | | 923169 |
| | | | 923171 |
| | | | 923172 |
| | | | 923179 |
| Consultorios médicos y dentales, incluso servicios de enfermería y obstetricia | 7002 | | |
| | | 923112 | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de consulta externa <ul style="list-style-type: none"> - Consultorios y clínicas de medicina general - Consultorios y clínicas de especialidades médicas - Consultorios de médicos homeópatas | | | 923121 |
| | | | 923131 |
| | | | 923133 |
| | | 923113 | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Servicios en consultorios y clínicas dentales <ul style="list-style-type: none"> - Consultorios y clínicas dentales | | | 923141 |
| | | 923116 | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de laboratorios de prótesis dental <ul style="list-style-type: none"> - Laboratorios de prótesis dental | | | 923164 |
| Laboratorios de análisis clínicos, de radiología y radioscopia | 7011 | | |
| | | 923114 | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Servicios privados de laboratorios de análisis clínicos auxiliares al diagnóstico médico <ul style="list-style-type: none"> - Laboratorios médicos y de diagnóstico | | | 923161 |
| Asistencia social con y sin alojamiento | 7021 y 7022 | | |
| | | 924100 | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Servicios de asistencia social <ul style="list-style-type: none"> - Enfermería con internamiento - Asistencia residencial ante retardo mental - Asistencia residencial para salud mental - Asilos para ancianos y discapacitados - Orfanatos y casas de cuna - Otra asistencia social y residencial - Asistencia social no residencial para niños y jóvenes - Asistencia social no residencial para ancianos y discapacitados - Asistencia social de ayuda mutua - Otra asistencia social persuasiva o de orientación - Suministro de comida por asistencia social - Albergue temporal de asistencia social - Asistencia social ante catástrofes - Asistencia social para empleo y rehabilitación laboral - Guarderías del sector privado | | | 924111 |
| | | | 924121 |
| | | | 924122 |
| | | | 924131 |
| | | | 924132 |
| | | | 924139 |
| | | | 924141 |
| | | | 924142 |
| | | | 924151 |
| | | | 924161 |
| | | | 924171 |
| | | | 924172 |
| | | | 924173 |
| | | | 924174 |
| | | | 924181 |

Fuente: Elaboración propia con registros del SCNM base 1993 y de la CMAP 1994 y 1999.

Respecto al recuadro anterior, es necesario hacer las puntualizaciones siguientes:

- a) El Codificador del SCNM (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2004, página 379), reporta que en el subgrupo 7001 se incluyen las clases (Censos Económicos de 1994): 923112 (servicios de consulta externa) y 923115 (otros servicios auxiliares al

tratamiento médico), lo cual constituye un importante error ya que todas las actividades contempladas en esas clases como su cobertura lo indica forman parte de la atención ambulatoria o externa y no constituyen servicios de hospitalización que es lo que se pretende incorporar en el subgrupo 7001.

- b) La inclusión de la clase 923112 en el subgrupo 7001, quizá sólo sea un error de tipografía, pues de acuerdo al Codificador del SCNM también se registra en el subgrupo 7002 relativo a consultorios; en lo que hace a la clase censal 923115, su codificación en el subgrupo 7001 ya referido si constituye una equivocación.
- c) No obstante, como se verá en el capítulo 7 de este documento, si se hubieran elaborado los cálculos y agrupado de acuerdo al Codificador del SCNM, los resultados en la CSSSM también habrían demostrado que los registros del SCNM de ese y otros subgrupos están sobreestimados.
- d) Con objeto de aplicar las normas internacionales plasmadas en las recomendaciones propuestas por la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (2002), en el Sistema de Cuentas de Salud, clasificación de proveedores (páginas 141 a 158), las clases de actividad reportadas en el Censo Económico de 1999 y por ende los cálculos elaborados para la CSSSM fueron reorganizados quedando, en términos generales, la siguiente estructura.

Servicios de hospitales: clases 923111 a 13

Servicios ambulatorios o de consulta externa: clases 923121 y 31 y 33 y 41 y 64 y 923151 a 79

Laboratorios médicos y de diagnóstico: clase 923161

Atención medicalizada y residencial: 924111 a 31

Asistencia social no médica: 924132 a 74

La clase censal 924181 (guarderías del sector privado), fue excluida de los cálculos de la CSSSM, debido a que esa actividad no representa propiamente una atención médica.

En segundo lugar, los cálculos se elaboraron clase por clase de actividad censal para así obtener los agregados totales correspondientes a la oferta, cuentas de producción, formación bruta de capital fijo y personal ocupado remunerado.

Respecto a las cuentas de producción de Sociedades no Financieras, en el Valor Bruto de Producción (VBP) se consideraron los ingresos por la prestación de servicios, el margen comercial (obtenido de las ventas de mercancías adquiridas para su reventa menos el costo de las mercancías compradas para su reventa), los ingresos por el alquiler de equipo de trabajo, otros ingresos derivados de la actividad y el valor de los activos fijos producidos para su propio uso.

En el Consumo Intermedio (CI) quedaron incluidos los valores de los conceptos: materiales para la prestación de los servicios; envases, empaques y similares; combustibles y lubricantes; energía eléctrica; alquiler de equipo de trabajo; servicios de comunicación; comisiones y honorarios; publicidad y otros gastos derivados de la actividad.

En el caso de las clases de actividad clasificadas en Sociedades no Financieras, el Valor Agregado Bruto se obtuvo por diferencia entre el nivel del VBP menos el del CI (método de la producción). La Remuneración de Asalariados se integró con los conceptos: sueldos pagados a empleados; sueldos pagados a personal administrativo y ejecutivo; utilidades; contribuciones

patronales a los regímenes de seguridad social, aportaciones patronales para los fondos de retiro; y otras prestaciones sociales. Dado que la información censal no reporta en específico el pago de impuestos netos de subsidios (IN) sobre la producción (sobre nómina, predial y por tenencia de vehículos), estos se estimaron aplicando la tasa reportada en el SCNM por actividad económica; el Excedente Bruto de Explotación (EBE), como se verá en el capítulo 7 de este documento, se calculó por diferencia entre el VAB menos las RS y los IN.

De acuerdo con las recomendaciones internacionales plasmadas en el Sistema de Cuentas Nacionales 1993 (Organización de las Naciones Unidas, et al, 1993, epígrafe 6.91), la producción no de mercado generada por las ISFLSH se obtuvo por la suma de los costos en que incurrieron para efectuarla, es decir, mediante la sumatoria de: consumo intermedio, remuneración de asalariados y los impuestos netos de subsidios sobre la producción. Se aclara que tanto para las Sociedades no Financieras como para las ISFLSH no se calculó el monto de la variable denominada consumo de capital fijo, por no ser consistente la información captada por los censos, que además reporta datos sobre el concepto de depreciación.

Así para las ISFLSH, el CI y las RS se documentaron con los importes de los mismos conceptos utilizados para las Sociedades no Financieras y que provinieron también de la información censal. En este caso no se calculó impuesto alguno sobre la producción al considerarse que las ISFLSH al no perseguir el lucro tampoco causan impuestos sobre la producción.

En ambas (Sociedades no Financieras e ISFLSH), la categoría de Formación Bruta de Capital Fijo se integró con los conceptos de: construcciones e instalaciones (edificios, locales y otras construcciones e instalaciones más edificios e instalaciones construidas para uso propio) y maquinaria y equipo (unidades y equipo de transporte, equipo de cómputo y periférico, equipo de trabajo y de producción, mobiliario, equipo de oficina y otros bienes de capital y otros activos fijos producidos para uso propio); por su parte el personal ocupado consideró en su conformación los datos censales referidos exclusivamente al personal remunerado; una vez obtenidos los cálculos de las cuentas de producción, en valores básicos, fue posible determinar la oferta en la misma valoración, a la cual aplicándole (a las clases pertinentes, las de lucro) el impuesto a los productos, se derivó la valoración a precios productor, misma que al superponerle el margen de comercio y distribución del SCNM (a los bienes), dio por resultado la oferta a precios comprador.

En tercer y último lugar, es necesario precisar que aprovechando los avances tecnológicos que ofrece el uso de las computadoras, se diseñó un programa que permitiera el ágil manejo a nivel de clase de actividad y su agrupación de acuerdo a las sugerencias registradas en el Sistema de Cuentas de Salud (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2002) desde la óptica del proveedor.

b. Sector público

En el caso de la salud humana, en términos generales, el sector público está conformado por la Secretaría de Salud (SSA), dependencia federal también clasificada administrativamente como Ramo 12, los órganos desconcentrados y unidades económicas que coordina o a las que proporciona transferencias para la prestación de servicios médicos como son: el Centro Nacional de Transfusión Sanguínea, programa IMSS-Oportunidades, Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, Hospital Juárez, Instituto Nacional de Salud Pública, entre otros; los organismos

descentralizados, conocidos como Institutos Nacionales de Salud y que entre otros contemplan al de Cardiología, Cancerología, de Enfermedades Respiratorias, por citar algunos; las Secretarías o Institutos de Salud de los Estados, por ejemplo la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal y el Instituto de Salud del Estado de México; la Seguridad Social, integrada por el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), el Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFAM) y los Institutos de Seguridad Social que dependen de los gobiernos estatales, tal como el Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISEMyM); las Direcciones Generales de la Secretaría de la Defensa Nacional (SEDENA) y Secretaría de Marina (SEMAR) que proporcionan servicios médicos a los militares y marinos y familiares de éstos; así como por el Hospital que atiende los requerimientos de salud de los trabajadores de la empresa Petróleos Mexicanos (PEMEX).

La SSA y los entes económicos que coordina y que por ende están adscritos al gobiernos federal, las Direcciones Generales de SEMAR y SEDENA y las instituciones de seguridad social (excepto las de los estados), presentan su información del ejercicio del presupuesto anual aplicando, por un lado, los criterios de agrupación de acuerdo al Clasificador por Objeto del Gasto (Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 2000); y por otro los lineamientos establecidos por esa dependencia, desde 1997 y que se consolidan en 1998, a través de la Nueva Estructura Programática (Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 1998). Se precisa que el Gobierno del Distrito Federal también aplica normas similares a las del gobierno federal y por tal razón las unidades económicas a él adscritas presentan su información con las mismas características.

De acuerdo a lo anterior y como podrá apreciarse, en términos generales, las unidades económicas públicas que proporcionan bienes y servicios médicos se encuentran ubicadas en esos niveles de gobierno y aún más en 1997 cuando se da la transferencia de funciones del gobierno federal a las entidades federativas, en cuanto a la atención de la salud de la población, las unidades responsables del servicio continúan aplicando la normatividad mencionada, todo lo cual facilitó (aún con la problemática que representa el manejo de un volumen importante de datos) en buena medida el tratamiento de la información del sector público.

Antes de continuar, es necesario puntualizar, aunque de manera resumida, como están conformados tanto el Clasificador por Objeto del Gasto (COG) y la Nueva Estructura Programática (NEP), que utilizan las unidades económicas de los Gobiernos Federal y del Distrito Federal, que proporcionan bienes y servicios médicos, para integrar y presentar su información sobre el gasto que ejercen.

En primer lugar, el COG es un listado que ordena e identifica en forma genérica, homogénea y coherente, a nivel de grupos agregados en Capítulos, Conceptos y Partidas, la demanda gubernamental de los recursos: humanos, materiales, tecnológicos y financieros, provenientes tanto del país como del exterior. Se entiende por Capítulo de Gasto, al mayor nivel de agrupación que identifica el conjunto homogéneo y ordenado de los bienes y servicios requeridos por las unidades del gobierno; por Concepto de Gasto al nivel intermedio que se deriva de la desagregación de cada capítulo; y por partida al nivel más específico que describe los bienes y servicios de un mismo género. En el recuadro 6.2 se presenta a manera de ejemplo y en forma esquemática y resumida, la estructura del COG:

Clasificador por Objeto del Gasto

Recuadro 6.2

| NIVEL | | | Denominación |
|----------|-------------------------------|---------------------------------------|---|
| Capítulo | Concepto | Partida | |
| 1000 | 1100 a 1800 1100 | | Servicios personales |
| | | | Remuneraciones al personal de carácter permanente |
| | | 1102 | Sueldos base |
| | | 1201 | Honorarios |
| | | 1202 | Sueldos base al personal eventual |
| | | 1305 | Prima de vacaciones y dominical |
| | | 1306 | Gratificación de fin de año |
| | | 1401 | Cuotas al ISSSTE |
| | | 1403 | Cuotas para la vivienda |
| | | 1410 | Cuotas al IMSS |
| | | 1501 | Cuotas para el fondo de ahorro del personal civil |
| | | 1601 | Impuesto sobre nóminas |
| | | | 1700 |
| | 1800 | Previsiones para servicios personales | |
| 2000 | 2100 a 2900 2100 | | Materiales y suministros |
| | | | Materiales y útiles de administración y enseñanza |
| | | 2101 | Materiales y útiles de oficina |
| | | 2202 | Productos alimenticios para personas ...en unidades de salud.... |
| | | 2504 | Medicinas y productos farmacéuticos |
| | | 2505 | Materiales, accesorios y suministros médicos |
| | | 2506 | Materiales, accesorios y suministros de laboratorio |
| 2701 | Vestuario, uniformes y bancos | | |
| 3000 | 3100 a 3900 3100 | | Servicios generales |
| | | 3106 | Servicios básicos Servicio de energía eléctrica |
| 4000 | 4100 a 4300 4100 | | Subsidios y transferencias |
| | | 4101 | Subsidios Subsidios a la producción |
| 5000 | 5100 a 5900 5100 | | Bienes muebles e inmuebles |
| | | 5101 | Mobiliario y equipo de administración Mobiliario |
| 6000 | 6100 6200 | | Obras públicas |
| | | | Obras por contrato Obras por administración |
| 7000 | 7100 a 7700 | | Inversión financiera,, jubilaciones y otras |
| 8000 | 8100 a 8500 8100 | | Participaciones de ingreso, aportaciones federales y gasto reasignado |
| | | | Fondo general de participaciones |
| 9000 | 9100 a 9700 9100 | | Deuda pública |
| | | | Amortización de la deuda pública |

Fuente: Elaboración propia con cobertura del Clasificador por Objeto del Gasto para la Administración Pública Federal difundido por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público.

El Clasificador por Objeto del Gasto (COG), es el instrumento que sirvió de base para ordenar y documentar las variables macroeconómicas que se incluyen en la Cuenta de Producción y Formación Bruta de Capital Fijo, ya que su presentación por partida específica por parte de las unidades gubernamentales federales y del Distrito Federal, dio pauta a una clasificación de orden económico. Esto es así ya que las partidas contempladas en los capítulos 1000, 2000 y 3000 el propio COG las considera gasto corriente; el 4000 puede incluir tanto transferencias corrientes como para inversión; y los capítulos 5000 y 6000 representan gastos en inversión fija.

Con la información registrada a nivel de partida de gasto de los capítulos 1000, 2000 y 3000 se documentaron las variables macroeconómicas de las cuentas de producción; de igual forma, para algunas unidades económicas como por ejemplo la Comisión de Arbitraje Médico, se aprovecharon los datos desglosados por parte de la SSA en el capítulo 4000; por su parte, la información de los capítulos 5000 y 6000, dieron pauta para integrar las variables de maquinaria y equipo y construcción e instalaciones, que en forma conjunta integran la categoría económica denominada Formación bruta de Capital Fijo.

Por otra parte, la Nueva Estructura Programática (NEP) de aplicación también por parte de las unidades económicas gubernamentales de los Gobiernos Federal y del Distrito Federal, facilitó la identificación de los principales bienes o servicios que produce ese tipo de unidades al ordenar la información del gasto desde la óptica de la programación por funciones.

La NEP se origina en 1997 y se consolida en el siguiente año y se planteó desde su inicio como un instrumento que permitiera, entre otros importantes aspectos, la desagregación de los programas y actividades del sector público desde el punto de vista funcional, con lo cual es posible, conocer los objetivos y responsabilidades de las unidades del sector público, así como identificar los resultados o impactos socioeconómicos derivados de la aplicación de las políticas públicas a través de los distintos bienes y servicios que ofrecen.

La dimensión funcional se expresa precisamente a través de la NEP, cuyo propósito es ordenar y clasificar las acciones del sector público, así como delimitar la aplicación del gasto a esas acciones. Así, la NEP está conformada por un conjunto de categorías y elementos programáticos (Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 1998, pág. 15).

La categoría programática es la clasificación que agrupa de manera ordenada las acciones gubernamentales y tiene la intención de identificar lo que se hace con los recursos públicos. De un mayor a menor nivel de agregación las categorías programáticas de la NEP son: función, subfunción, programa sectorial, programa especial, actividad institucional, proyecto institucional y proyecto de inversión, cada una de las cuales se asocia con los recursos presupuestarios.

Los elementos programáticos establecen las características y atributos del destino del gasto y están representados por: misión, propósito institucional, objetivo, indicador estratégico y metas.

Es importante señalar aquí que la información del ejercicio del presupuesto de las unidades económicas de los Gobiernos Federal y del Distrito Federal, además de instrumentar la normas establecidas en la NEP que es una dimensión funcional (¿para qué se gasta?, ¿para lograr qué? o ¿para hacer qué?), aplican una dimensión económica, a través de la Clasificación por Objeto del Gasto (qué insumos se adquieren), así como una dimensión administrativa, es decir quién gasta (ramos y unidades responsables); de ahí que la interrelación entre las tres dimensiones es

importante para de una manera integrada se pueda identificar con mayor precisión la canalización del gasto público.

Más que los elementos programáticos en la conformación de la CSSSM se utilizaron las categorías programáticas, cuya presentación es la siguiente:

Categorías Programáticas

Recuadro 6.3

| CLAVE | DENOMINACIÓN | COBERTURA |
|-------|-------------------------|---|
| F | Función | Máxima agregación del gasto público, representa los campos de acción que el marco jurídico establece para dicho sector y muestra la dirección estratégica que se da a los recursos públicos. |
| SF | Subfunción | Corresponde a un desglose de la función, a través de ella se establecen campos más específicos de las acciones gubernamentales. |
| PS | Programa sectorial | Mediante él se presentan las políticas públicas que han de seguir las dependencias y entidades públicas. |
| PE | Programa especial | Representa el esfuerzo de concretar los propósitos y lograr los objetivos establecidos. |
| AI | Actividad institucional | Representa el conjunto de tareas que llevan a cabo las unidades responsables de los recursos públicos para dar cumplimiento a su misión. En ella se refleja de manera concreta la producción de un bien o la prestación de un servicio. |
| UR | Unidad responsable | Ente público encargado de ejecutar las acciones de su competencia. |
| PI | Proyecto institucional | Es una propuesta específica de trabajo que presenta una o varias unidades responsables de una misma dependencia con el fin de mejorar la producción de un bien o la prestación de un servicio. |
| PK | Proyecto de inversión | Corresponde a todo lo que emprende el sector público con objeto de incrementar sus activos fijos, y cuya ejecución aumenta y mejora el flujo de productos y servicios. |

Fuente: Elaboración propia con cobertura de la NEP que en 1998 difundió la SHCP.

De acuerdo a lo anterior, en el caso particular de las acciones relacionadas con la atención médica, de conformidad a la clave presupuestal de la NEP y tomando como ejemplo a la SSA, se puede definir la siguiente estructura:

**Funciones de Gasto Programable
Funciones de Desarrollo Social**

Recuadro 6.4

| F | SF | PS | PE | AI | UR | DENOMINACIÓN | CARACTERÍSTICAS |
|----|----|----|-----|-----|----|---|--|
| 08 | | | | | | Salud | Comprende los programas especiales y/o las actividades institucionales relativas al desarrollo de la salud pública, regulación sanitaria y epidemiológica, atención médica y producción de insumos. |
| | 00 | | | | | Servicios compartidos | Incluye al conjunto de actividades institucionales que realizan las unidades responsables y que atienden de manera simultánea a varias subfunciones dentro de la función de Salud. |
| | 01 | | | | | Servicios de Salud Pública | Incluye las campañas para la promoción y prevención de salud, el fomento y la regulación de la salud pública, así como la prestación de servicios de salud por personal no especializado. |
| | 02 | | | | | Atención médica | Considera la atención preventiva, la atención curativa en todos los niveles a cargo de personal especializado (hospitales y consultorios médicos), así como la construcción, operación y mantenimiento de hospitales. |
| | 03 | | | | | Producción de bienes para la salud | Contempla la producción de prótesis, aparatos ortopédicos, medicamentos e insumos de laboratorio. |
| | | 27 | | | | Programa de Reforma del Sector Salud | Presenta las políticas públicas que han de aplicarse para el sector salud. |
| | | | 005 | | | Programa de Educación, Salud y Alimentación (progrsa) | Es un programa global, del cual para la CSSSM se consultan los datos relacionados con la salud. |
| | | | 006 | | | Programa de Ampliación de Cobertura (PAC) | Programa especial, cuyo propósito es ampliar la cobertura de servicios médicos que se proporcionan a la población no derechohabiente |
| | | | | 101 | | Diseñar políticas públicas y estrategias para su implementación | Comprende el conjunto de operaciones que realizan las unidades responsables para planear, delinear, establecer, programar y/o poner en ejecución las políticas públicas. |
| | | | | 201 | | Promover la aplicación de políticas públicas sectoriales | Comprende al conjunto de operaciones que realizan las unidades responsables para promover una adecuada aplicación de las políticas públicas sectoriales. |
| | | | | 205 | | Realizar campaña de prevención y promoción | Comprende al conjunto de operaciones que realizan las unidades responsables para fomentar la aplicación de las políticas públicas sectoriales a través de campañas de prevención y promoción y reglamentación específica. |
| | | | | 301 | | Regular y supervisar los agentes económicos | Comprende al conjunto de operaciones que realizan las unidades responsables para regular, inspeccionar y vigilar las actividades que realizan los diferentes agentes económicos. |
| | | | | 306 | | Llevar a cabo la regulación sanitaria | Comprende al conjunto de operaciones que realizan las unidades responsables para el control sanitario de los establecimientos comerciales, industriales y de servicios, para asegurar la calidad de los productos de consumo humano. |

Recuadro 6.4

| F | SF | PS | PE | AI | UR | DENOMINACIÓN | CARACTERÍSTICAS |
|---|----|----|----|-----|----|---|--|
| | | | | 404 | | Canalizar recursos públicos | Comprende al conjunto de operaciones que realizan las unidades responsables para canalizar recursos públicos como subsidios y apoyos a la sociedad y a la asistencia pública. |
| | | | | 412 | | Atender a la población en caso de desastres naturales | Comprende al conjunto de operaciones que realizan las unidades responsables para prestar auxilio a la población en caso de sismos, huracanes y/u otros desastres naturales. |
| | | | | 419 | | Proporcionar los servicios de salud | Comprende al conjunto de operaciones que realizan las unidades responsables para suministrar los servicios de salud a la población de conformidad con el ámbito de su competencia. |
| | | | | 420 | | Proporcionar atención médica | Comprende al conjunto de operaciones que realizan las unidades responsables para dar atención médica preventiva y curativa en todos los niveles, de conformidad con el ámbito de su competencia. |
| | | | | 421 | | Proporcionar servicios de asistencia y comunitarios | Comprende al conjunto de operaciones que realizan las unidades responsables para proporcionar servicios a grupos con necesidades especiales como niños, discapacitados y/o población marginada, así como albergues y servicios comunitarios. |
| | | | | 429 | | Realizar la vigilancia epidemiológica | Comprende al conjunto de operaciones que realizan las unidades responsables para tener un mecanismo permanente y así detectar riesgos y daños para un control oportuno de enfermedades transmisibles. |
| | | | | 433 | | Llevar a cabo la investigación científica y tecnológica | Comprende al conjunto de operaciones que realizan las unidades responsables para realizar la investigación científica y tecnológica, así como su aplicación. |
| | | | | 437 | | Desarrollar y construir infraestructura básica | Comprende al conjunto de operaciones que realizan las unidades responsables para incrementar el activo fijo a través de la obra pública. |
| | | | | 438 | | Conservar y mantener la infraestructura básica | Comprende al conjunto de operaciones que realizan las unidades responsables para conservar, mantener e incrementar la vida útil de la infraestructura básica y así poder prestar un mejor servicio. En esta actividad se incorpora la conservación y mantenimiento de bienes e inmuebles que se utilizan para la prestación de servicios y/o producción de bienes. |
| | | | | 505 | | Producir bienes e insumos para sectores prioritarios | Comprende al conjunto de operaciones que realizan las unidades responsables para producir y comercializar biológicos veterinarios, semillas certificadas, prótesis, ortesis y reactivos. |
| | | | | 701 | | Administrar recursos humanos, materiales y financieros | Comprende al conjunto de operaciones que realizan las unidades responsables para apoyar a las áreas sustantivas en el abastecimiento de recursos humanos, materiales y financieros. |
| | | | | 703 | | Capacitar y formar servidores públicos | Comprende al conjunto de operaciones que realizan las unidades responsables para capacitar y formar servidores públicos y así mejorar e incrementar la productividad de los mismos. |

| F | SF | PS | PE | AI | UR | DENOMINACIÓN | CARACTERÍSTICAS |
|---|----|----|----|----|-----|--|--|
| | | | | | 100 | Secretaría | Áreas administrativas principales que ejecutan, operan y supervisan las acciones tendientes a proporcionar bienes y servicios médicos a la población no derechohabiente. |
| | | | | | 300 | Subsecretaría de Prevención y Protección de la Salud | |
| | | | | | 500 | Subsecretaría de Administración y Finanzas | |
| | | | | | 600 | Subsecretaría de Innovación y Calidad | |
| | | | | | 700 | Subsecretaría de relaciones Institucionales | |
| | | | | | 800 | Comisión del Consejo Nacional contra las Adicciones | |
| | | | | | 900 | Coordinación General de Planeación Estratégica | Esta unidad responsable se puso como ejemplo, pero en realidad en el año 1998 existían 26, entre las cuales se pueden mencionar a los institutos nacionales de salud. |
| | | | | | E00 | Administración del Patrimonio de la Beneficencia Pública | |

Fuente: Elaboración propia con cobertura de la NEP que en 1998 difundió la SHCP y Presupuesto Original publicado por esta dependencia.

Dado que las unidades económicas gubernamentales, en términos generales, presentan su información de acuerdo al COG y la NEP, facilitó la elaboración de los cálculos correspondientes, los cuales se hicieron para cada una de ellas

Adicionalmente, la clasificación de la producción de bienes o la prestación de servicios que generan las unidades gubernamentales fue posible gracias a que en su mayoría desglosaron aún más las actividades institucionales 419 (proporcionar los servicios de salud), 420 (proporcionar atención médica, la cual como fue el caso de la Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal, el IMSS y los Institutos Nacionales de Salud, por citar algunas unidades, detallaron al máximo el tipo de servicio prestado, por ejemplo: primer nivel que refiere la consulta externa, el segundo nivel la hospitalización general y el tercer nivel que considera el servicio de especialidades de los hospitales).

Ahora bien, una vez que se dispuso de la clasificación de actividades y las unidades económicas en ellas integradas, se procedió al agrupamiento de los registros individuales obtenidos, generando así los niveles de las cuentas de producción, oferta, formación bruta de capital fijo y personal ocupado. Los datos relativos al gasto directamente fueron documentados al hacer uso de la información suministrada por las unidades económicas, de acuerdo principalmente a las claves programáticas referidas a las actividades institucionales y unidad responsable, consideradas en la NEP

Por último, al igual que para el sector privado, aprovechando los avances tecnológicos se diseñó un programa de cómputo que permitió agrupar los resultados de cada unidad económica.

Referencias de documentos utilizados

1. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2004). *Sistema de Cuentas Nacionales de México. Cuentas de Bienes y Servicios 1997-2002*. México: INEGI.
2. Organización de las Naciones Unidas, et al. (1993). *Sistema de Cuentas Nacionales 1993*. Nueva York: ONU.
3. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2002). *Sistema de Cuentas de la Salud (edición en idioma español)*. Washington, DC: OCDE- Banco Interamericano de Desarrollo.
4. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (1998). *Nueva Estructura Programática*. México: SHCP.
5. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2000). *Clasificador por Objeto del Gasto*. México: SHCP.

CAPÍTULO 7

CONTRASTACIÓN DE LA HIPÓTESIS. CÁLCULOS PARA 1988 DE LA CUENTA SATÉLITE DEL SECTOR SALUD DE MÉXICO

7.1 FUENTES Y MÉTODOS UTILIZADOS

En la integración de la Cuenta Satélite del Sector Salud de México (CSSSM), se empleó un volumen importante de información estadística básica y derivada, así como registros administrativos que provienen de diversas fuentes y se aplicaron métodos aceptados internacionalmente para el cálculo de las variables macroeconómicas que la conforman. Enseguida se describen las fuentes y métodos utilizados.

a. Fuentes de información

Para cuantificar los aspectos económicos relacionados con el sector salud, se requiere de la información básica y derivada que es generada por entidades y organismos pertenecientes a los sectores público, privado y social. A continuación se mencionan las principales fuentes de información consultadas, así como la estadística utilizada para el estudio.

Secretaría de Salud (SSA)

a) Anuario Estadístico

Entre otra importante información, se consultó la correspondiente a recursos materiales y humanos de los organismos descentralizados e institutos nacionales de salud; así como el presupuesto ejercido por programa, subprograma, capítulo, concepto de gasto, por unidad administrativa que lo ejerce. (Secretaría de Salud, 1999).

b) Boletín de Información Estadística

Presenta registros de las instituciones públicas. En especial se analizaron los datos relativos a recursos financieros, materiales y humanos, así como los relacionados con la prestación de servicios. De la sección de recursos financieros, fue de gran utilidad la información sobre aportaciones que los gobiernos de las entidades federativas destinan a la atención de la salud de

la población local. También contempla el número de camas disponibles, recursos humanos y materiales de establecimientos privados. (Secretaría de Salud, 1998).

c) Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud (SICUENTAS)

Este sistema contiene información anual del gasto realizado por el gobierno federal y entidad federativa. En especial se consultaron los resultados incorporados en las matrices de gasto que la SSA ha difundido para los años de 1999 a 2001. (Secretaría de Salud, 2003).

d) Encuesta Nacional de Salud, 2000

El documento, presenta registros sobre la utilización de los servicios médicos según la condición de aseguramiento, los gastos efectuados por los hogares en atención ambulatoria y servicios hospitalarios, todos ellos en porcentajes. (Secretaría de Salud, 2000).

e) Registros sobre gasto ejercido anual, corriente y de capital, por función, programa, subprograma, actividad institucional, unidad responsable, capítulo, concepto y partida específica, así como datos de personal ocupado proporcionados directamente por la SSA. Adicionalmente, esta dependencia suministró información del capítulo 4000, denominado transferencias, con la cual se documentaron los cálculos de las unidades económicas: Hospital Juárez de México, IMSS-Solidaridad (ahora oportunidades), Coordinación de Salud Mental, Centro Nacional de Rehabilitación, Gerencia General de Biológicos y Reactivos (actualmente Laboratorios de Biológicos y Reactivos de México, S.A. de C.V, empresa de participación estatal mayoritaria), Centro Nacional de Transfusión Sanguínea, Comisión Nacional de Arbitraje Médico, Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA), Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, Dirección General de Administración del Patrimonio y del Instituto Nacional de Salud Pública; en 1998, la mayoría de estas unidades económicas gubernamentales se consideraban órganos desconcentrados de la SSA y estaban adscritos en un área específica de esa dependencia.

Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

a) Anuario Estadístico de Servicios Médicos

De los capítulos que lo integran se consultó la información sobre: población asegurada; recursos humanos, físicos y materiales; servicios otorgados y número de unidades médicas. (Instituto Mexicano del Seguro Social, 1998).

b) Memoria Estadística

Presenta información de recursos humanos, físicos y materiales, población adscrita, número de servicios: ambulatorios, de hospitalización, de diagnóstico, entre otros datos importantes. (Instituto Mexicano del Seguro Social, 1999).

- c) Estados financieros y registros administrativos sobre gasto ejercido por función, hasta el nivel de partida específica, para los tres niveles de atención médica (consultorios generales, hospitales generales, y hospitales de especialidades), y datos de personal ocupado.

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

- a) Anuario Estadístico

Consta de tres tomos. El tercero, que fue el consultado, contiene estadísticas de población amparada por grupos de edad, sexo y tipo de derechohabiente, cobertura, prestación de servicios, recursos humanos, materiales y financieros, así como un resumen del número de servicios médicos de consulta externa y servicios proporcionados por el ISSSTE. (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, 1998).

- b) Estadísticas de Población Derechohabiente

Presenta datos del número de trabajadores afiliados y sus dependientes; pensionistas; trabajadores por tipo de nombramiento; población amparada y atendida por unidad médica. (Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, 1999).

- c) Estados financieros, registros administrativos relacionados con el gasto ejercido, a nivel de partida específica, según el Clasificador por Objeto del Gasto que aplican las dependencias y unidades económicas del gobierno federal. Además, el organismo proporcionó datos de personal ocupado.

Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI)

- a) Sistema de Cuentas Nacionales de México (SCNM), base 1993. Cuentas de Bienes y Servicios

Presenta cuentas de producción por actividad económica, cuadros de oferta y utilización, cuentas integradas y un cúmulo de variables macroeconómicas importantes. Del Sistema se consideran los valores de producción a nivel de subgrupo y en algunos casos de producto médico; también se cuenta con trabajos específicos como es la producción de medicamentos y el gasto que realizan los hogares en la adquisición de bienes y servicios médicos. (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2004).

- b) Censos Económicos 1999

Proporcionan información por clase de actividad de: ingresos, gastos, personal ocupado remunerado y no remunerado, remuneraciones, activos fijos, depreciación, entre otros conceptos importantes. Con los datos censales se documentaron prácticamente todas las actividades relacionadas con la salud que llevaron a cabo, en 1998, los establecimientos privados y las Instituciones Sin Fines de Lucro al Servicio de los Hogares. (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1999 a).

c) Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH)

Con relación a la salud, suministra cifras del gasto efectuado por las familias en cuidados médicos y conservación de la salud: consultas médicas, dentales y otras atenciones primarias; atención hospitalaria; medicamentos adquiridos con y sin receta; servicios médicos durante el embarazo y el parto; aparatos ortopédicos y terapéuticos; y erogaciones por concepto de seguros médicos. (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1998).

d) Indicadores Macroeconómicos del Sector Público

Respecto a la salud, presenta información de las Cuentas de Producción y sus componentes para: hospitales, sanatorios, clínicas, maternidades y bancos de sangre; consultorios médicos y dentales, incluso servicios de enfermería y obstetricia; y asistencia con y sin alojamiento. (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1999 b).

e) Sistema de Cuentas Nacionales de México. Gobiernos Estatales. Sección de Cuentas de Producción por Finalidad

Integra datos de las variables macroeconómicas de las cuentas de producción por finalidad del gasto, las cuales incluyen para el total del país y cada una de las entidades federativas registros de los servicios médicos, clasificados en tres grupos: hospitales, sanatorios, clínicas, maternidades y bancos de sangre; consultorios médicos y dentales, incluso servicios de enfermería y obstetricia; y asistencia social sin alojamiento. (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 1999 c).

Secretaría de Hacienda y Crédito Público

a) Cuenta de la Hacienda Pública Federal

Incorpora información sobre gasto ejercido por dependencia y ramos generales o específicos, que en el caso del sector salud abarca a la SSA, IMSS, ISSSTE, aportaciones a la seguridad social (Ramo 19), Secretaría de Marina, Secretaría de la Defensa Nacional, contemplando también las transferencias otorgadas (Ramo 33, Fondo de Aportaciones para los servicios de salud) y del mismo Ramo, Fondo de Aportaciones Múltiples al Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Todos los datos por función, programa, subprograma, unidad responsable, etcétera, lo que facilitó la elaboración de cálculos de las unidades económicas del gasto federal, que proporcionan bienes y/o servicios de salud a la población. (Secretaría de Hacienda y Crédito Público, 1999).

b) Sistema Integral de Información

Este Sistema ofrece, a través de diferentes formatos establecidos y acordados entre los entes que proporcionan información, registros presupuestarios de las entidades pertenecientes al Gobierno

Federal, como son: presupuesto ejercido; formación de capital; inversión física; reportes sobre ocupación y remuneraciones, etcétera. (Secretaría de Hacienda y Crédito Público, et al, 2003).

Gobiernos de los Estados y del Distrito Federal

Cuentas Públicas e Informes de Gobierno que presentan registros administrativos sobre el gasto ejercido de las oficinas de los Gobiernos Estatales y del Distrito Federal relacionado con la salud. En el caso del Distrito Federal, se dispuso de abundante y detallada información sobre el presupuesto ejercido y personal ocupado, de las unidades económicas que proporcionan bienes y servicios médicos, lo que dio pauta para la identificación y cálculo de las variables macroeconómicas que se incluyen en esta investigación.

Otras fuentes

Estados financieros, personal ocupado y en su caso registros administrativos del gasto desglosado por concepto de las siguientes entidades:

Centros de Integración Juvenil
 Hospital General de México
 Hospital General de México “Dr. Manuel Gea González”
 Hospital Infantil de México “Federico Gómez”
 Instituto Nacional de Cancerología
 Instituto Nacional de Cardiología
 Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias
 Instituto Nacional de la Comunicación Humana
 Instituto Nacional de la Senectud (ahora Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores)
 Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía
 Instituto Nacional de Nutrición “Salvador Zubirán”
 Instituto Nacional de Pediatría
 Instituto Nacional de Perinatología
 Instituto Nacional de Psiquiatría
 Petróleos Mexicanos
 Secretaría de la Defensa Nacional
 Secretaría de Marina
 Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)

b. Métodos

Como ya se mencionó en el capítulo 6 de este estudio, un paso importante en la construcción de la Cuenta Satélite del Sector Salud de México (CSSSM) con datos para 1998, fue la definición de las actividades y productos del sector salud, considerando la Clasificación Internacional Industrial Uniforme de Todas las Actividades Económicas, de las Naciones Unidas y la Clasificación por Industria Provedora, de la OCDE, para enmarcar las actividades; en tanto que para los bienes y servicios se utilizó la Clasificación Central Provisional de Productos (CCP), versión 1. De igual forma, se hizo uso del Codificador del SCNM (base 1993) y la Clasificación Mexicana de Actividades y Productos (CMAP) 1999, definiéndose:

- 19 agrupaciones de actividades o productos característicos
- 2 grupos de actividades o productos conexos
- 4 conjuntos de otras industrias relacionadas con la salud

Para la Cuenta Satélite del Sector Salud de México, las actividades características se definen como los bienes y servicios cuya producción está destinada fundamentalmente a la atención de la salud de los pacientes. En este rubro se registran:

- a) Bienes: comprende la producción de medicamentos, materiales de curación, diagnóstico y tratamiento, lentes y otros productos ópticos y equipos y aparatos ortopédicos, que son demandados por los pacientes o suministrados por las unidades económicas que proporcionan servicios médicos.
- b) Servicios: de hospitalización (general, para la salud mental y adicciones y de especialidades médicas), residencias de asistencia social y para el cuidado de la salud (asilos), consultorios (médicos, dentales, homeópatas, de acupuntura, etcétera), centros de atención ambulatoria (planificación familiar, de salud mental, cirugía y de especialidades), atención domiciliaria, suministro y administración de programas de salud pública (que efectúan principalmente organismos del gobierno), de laboratorio médico y diagnóstico, de ambulancia y los servicios que proporcionan los bancos de sangre y órganos.

Por su parte las actividades conexas, definidas como auxiliares de las características, al facilitar el suministro de los servicios médicos, consideran el valor de producción de los siguientes productos: prendas de protección (ropa quirúrgica, telas no tejidas para uso médico, guantes cirujanos, entre otras), material y suministros para laboratorio (ampolletas de vidrio, tubos de ensayo, etcétera), instrumental médico menor (por ejemplo termómetros), así como materiales y suministros médicos (alcohol, algodón, gasas, vendas, telas y apósitos adhesivos, material de sutura, jeringas, cánulas, sondas, catéteres, etcétera), entre otros. En este rubro se considera también la actividad del comercio de bienes médicos.

En otras industrias relacionadas con la salud se incluye: la administración que sobre las actividades médicas lleva a cabo el Gobierno General en sus diferentes niveles institucionales; la que realizan los fondos de seguridad social y las empresas de seguros de accidentes y enfermedades. También aquí se clasifican las unidades de gobierno que efectúan tareas de formación del personal sanitario, investigación y desarrollo y normatividad ambiental.

Como ya se ha mencionado anteriormente, la construcción e integración de los estudios satélite, como el del Sector Salud, al registrar datos pormenorizados y aprovechar para ello toda la información disponible, ofrece la ventaja de ampliar la base estadística del tema, a la vez de proporcionar elementos para apoyar la toma de decisiones. Se aclara, por otro lado, que al elaborar la Clasificación de Actividades y Productos de la presente Cuenta Satélite, también se efectuó la compatibilización con el Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte (SCIAN), elemento importante que puede utilizarse para comparar resultados, de acuerdo a tal Sistema.

Con la finalidad de ofrecer un panorama general sobre los trabajos desarrollados para elaborar los cálculos del presente estudio, a continuación se hace una breve descripción de la metodología utilizada en la cuantificación particular de las variables macroeconómicas que integran los cuadros de la Cuenta Satélite del Sector Salud de México.

Oferta de bienes y servicios médicos

A partir de la información disponible se procedió a identificar, con el mayor detalle posible, los bienes y servicios que son requeridos por los pacientes y las actividades que los producen, en algunos casos por producto o servicio específico. De la misma forma, se consideraron los registros de los Censos Económicos 1999, a nivel de clase económica identificándose, como ya se mencionó, las actividades dedicadas a la salud. Con la información censal, se cuantificó la oferta de bienes y servicios médicos privados y de las ISFLSH.

Una vez calculada la producción a precios básicos, se determinaron los impuestos a los productos y en el caso de los bienes también los márgenes de comercio y distribución registrados por actividad económica (SCNM). Estos elementos permitieron generar el valor de la producción a precios productor y comprador, se identificaron también las importaciones de bienes característicos y conexos, a fin de integrar la oferta total.

Así, la oferta total de productos médicos está compuesta por los bienes y servicios característicos, conexos y por la producción generada por otras industrias relacionadas con la salud, a precios productor; la importación de bienes, en valores CIF; y los márgenes de comercio y distribución.

Utilización de bienes y servicios médicos

Establecido el nivel de la oferta y con la finalidad de lograr el equilibrio con la utilización, se procedió a integrar las variables de la demanda, referidas en el caso de las sociedades no financieras a la demanda intermedia, y la final constituida por el consumo efectuado por el Gobierno General, la Seguridad Social, los Hogares y las Instituciones sin Fines de Lucro al Servicio de los Hogares. También se incluyeron las exportaciones de bienes característicos y conexos.

Se aclara que al calcular con la información censal el Valor Bruto de Producción de los hospitales privados, a precios básicos, el resultado obtenido para la CSSSM en 1998 fue inferior al registrado en el SCNM. Razón por la cual, tal diferencia afecta también el nivel estimado del consumo de los hogares para ese tipo de servicio. De igual forma, al elaborar el balance entre la oferta (producción interna más importaciones) y la utilización (demanda intermedia de las sociedades no financieras – hospitales privados; consumo privado; del gobierno y las ISFLSH, más las exportaciones) de medicamentos, se pudo detectar que el registro publicado de la demanda que de esos productos realizan los hogares está subvaluado, toda vez que se identificaron, con un grado de precisión satisfactorio, los montos de las erogaciones que el gobierno general efectúa en la adquisición de esos bienes, así como los niveles del valor de las exportaciones. Por ello, también existen diferencias entre los datos plasmados en la CSSSM y los anotados en el SCNM, siendo mayores las cifras en la cuenta satélite.

Cuentas de producción

Para 1998, se elaboraron tomando en consideración los diferentes datos del SCNM, adecuándolos a las necesidades de la CSSSM, los registros de los Censos Económicos de 1999 y la información individual que directamente proporcionaron las fuentes.

En el caso de los establecimientos o empresas privadas que suministran bienes o servicios médicos, clasificados por el censo económico en clases de actividad económica, los cálculos partieron de la información censal referida, determinándose el Valor Bruto de Producción (VBP), principalmente con el monto por concepto de ventas o ingresos por servicios prestados, respectivamente; el Consumo Intermedio (CI) con las erogaciones que realizaron esos establecimientos o empresas en la adquisición de bienes y servicios para llevar a cabo su proceso productivo; y el Valor Agregado Bruto (VAB) se obtuvo aplicando el método de la producción, que consiste en restar al VBP el importe representado por el CI.

Los componentes del VAB, es decir, la Remuneración de Asalariados (RS), se derivó de la propia información censal; los Impuestos Sobre la Producción Netos de Subsidios (IN) fueron calculados con la tasa que para cada actividad presenta el SCNM; y el Excedente Bruto de Explotación (EBE), se estimó entre el total del VAB menos las RS y los IN.

Es conveniente precisar aquí que al confrontar las cifras del SCNM con los cálculos derivados de utilizar la información censal de 1998, se observaron diferencias en la actividad de hospitales privados y fabricación de medicamentos. En el primer caso, la razón obedece al método de extrapolación que se emplea en el SCNM y en el segundo a que en la CSSSM se agregó la producción generada por otras unidades económicas que elaboran medicamentos. En la CSSSM el valor de producción de hospitales, y por ende las categorías económicas que lo conforman, es menor y la actividad de medicamentos mayor.

También se aclara que para el total del valor de la producción de consultorios privados, en la CSSSM se adoptaron los niveles registrados en el SCNM, separando los conjuntos de actividades identificadas en el censo. Esto es así, toda vez que en el SCNM se aplica un método especial para determinar la producción no declarada de los prestadores de servicios médicos y dentales privados y que ejercen su profesión generalmente en sus hogares, cobrando un precio de mercado.

La producción de las unidades económicas gubernamentales y de las Instituciones sin Fines de Lucro al Servicio de los Hogares (ISFLSH), comprende el valor de los servicios que suministran a la población gratuitamente o a precios simbólicos y que a la vez consumen a nombre de ésta. El VBP, a precios básicos, de este tipo de unidades se determina por la suma de los costos incurridos en la adquisición de bienes y servicios clasificados en el CI, más los pagos por concepto de RS y los impuestos pagados por la prestación de los servicios que generan, éstos dos últimos conceptos integran el VAB. Para las unidades económicas que proporcionaron estados financieros anuales, como las clasificadas en la seguridad social y los institutos nacionales de salud, se identificó un monto por concepto de depreciación, el cual se incluye en el EBE.

Cuando la información básica lo permitió, los datos de cada ente se analizaron individualmente, aplicando una clasificación económica de los conceptos contables o del presupuesto ejercido que presentaron a nivel de partida específica de gasto, calculándose así el CI, cuyos renglones principales están conformados por la adquisición de medicamentos, materiales y suministros médicos, los pagos por servicios de energía eléctrica, comunicaciones, etcétera.

Las RS comprenden los sueldos y salarios y las prestaciones pagadas al personal que labora en una relación de dependencia en las unidades gubernamentales que proporcionan servicios de salud, independientemente del tipo de nombramiento que tengan (empleados de base, confianza, eventuales, lista de raya, etcétera). En esta variable se incluyen conceptos tales como los sueldos al personal de base, diversas compensaciones, aguinaldo, gratificaciones, prima vacacional, entre otros. En los IN, principalmente se registra el impuesto sobre nómina, predial y por el uso de vehículos. Así, fueron calculadas las variables de la cuenta de producción de las unidades económicas del gobierno y de las ISFLSH.

Se determinaron también cuentas para otras industrias relacionadas con la salud de mercado y no de mercado, para lo cual se dispuso de registros administrativos de diferentes instituciones que participan en actividades de apoyo a la salud. Dentro de los servicios que se incluyen en este apartado se encuentra la administración que realiza: el gobierno, las instituciones de seguridad social, las aseguradoras privadas y otras industrias (integradas principalmente por las actividades de enseñanza e investigación y desarrollo, que llevan a cabo entes públicos).

Formación bruta de capital fijo

En el SCNM, la Formación Bruta de Capital Fijo (FBCF) se presenta a nivel total, de acuerdo al sector que la financia -público o privado-, y por origen de los bienes, sean nacionales o importados y no por sector demandante.

Es por ello que para la Cuenta Satélite del Sector Salud de México, resulta relevante integrar cálculos sobre una variable tan importante como es la FBCF, detallándose por tipo de activo: construcción e instalaciones y maquinaria y equipo, de las actividades características, conexas y de las otras industrias. En su integración para el año de 1998 básicamente se utilizaron los datos provenientes de los Censos Económicos 1999, a nivel de clase de actividad, los registros administrativos de entidades públicas y estados financieros de algunas empresas privadas.

Aquí, se expone información sobre esta importante variable macroeconómica, que es valorada a precios comprador y representa las adquisiciones menos disposiciones de bienes de capital que son utilizados en el proceso productivo para obtener otras mercancías o servicios; la inclusión de este tipo de activos resulta de particular interés en la conformación de la Cuenta Satélite del Sector Salud, pues determina la perspectiva de la actividad en relación a la inversión destinada a la construcción de hospitales, clínicas y sitios de atención al paciente, así como la maquinaria y equipo necesarios para la producción de bienes y servicios.

Se precisa que el disponer de los datos censales dio pauta para calcular el total de tan importante indicador, abarcando los sectores público y privado, sobre todo para documentar la inversión fija de este último sector.

Personal ocupado remunerado

La variable de personal ocupado es un concepto que refiere el número de ocupaciones remuneradas que, en promedio anual, son requeridas para llevar a cabo el proceso productivo en la obtención de bienes o generación de servicios. Es conveniente señalar que la definición de ocupaciones, permite evitar la doble contabilización del personal ocupado, ya que puede darse la situación en que existan

personas con más de una ocupación, por ejemplo un servidor público puede realizar labores administrativas y prestar también servicios médicos o educativos, fuera de su horario de trabajo.

Los Censos Económicos 1999 al presentar la información por clase de actividad económica, permitieron documentar los registros del personal ocupado remunerado tanto del sector privado como de las ISFLSH, para 1998. Para las principales unidades económicas del sector público que proporcionan bienes o servicios a la población se dispuso de registros de tal variable, cuando esto no fue posible se adoptó la remuneración media anual de la dependencia que controla a la unidad económica, por tipo de servicios prestado, variable que al relacionarse con las RS dio por resultado el dato de la variable del personal ocupado.

Gasto en salud

Se refiere al valor monetario efectuado por los sectores y subsectores institucionales en la adquisición de bienes y servicios médicos, característicos, conexos y los proporcionados por las unidades económicas gubernamentales e instituciones sin fines de lucro, en beneficio de la población.

Antes de cuantificar el gasto en salud en sus diferentes presentaciones (por función e industria proveedora; por industria proveedora y fuente de financiación; por función y fuente de financiación y total, incluyendo funciones relacionadas), es necesario identificar y posteriormente clasificar las unidades económicas que producen bienes y servicios con destino al paciente, los sectores institucionales que hacen uso de ellos y los agentes que financian directamente el gasto realizado. A tal efecto, las clasificaciones propuestas por la Organización de Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) en el Sistema de Cuentas de Salud fueron consultadas y adaptadas a las características propias del funcionamiento del Sistema Nacional de Salud en México.

Cuando se logró la compatibilización de las tres dimensiones del gasto (función, proveedor y agente financiador), la cuantificación y registro de los importes del gasto se facilitó.

En términos generales, la producción de bienes y servicios médicos privados se destina para el consumo de los hogares. Como ya se ha mencionado, tal producción para 1998 se documentó con los registros censales de 1999, por lo que el origen estaba ya identificado, asumiendo que la demanda la realizan directamente los hogares.

También ya se ha señalado que la producción de servicios sociales y comunales, como los de salud, que generan el Gobierno General y las ISFLSH, se suministran a la comunidad gratuitamente o a precios simbólicos y por tal razón los consumen estas instituciones a su nombre. De ahí que al obtener el valor de producción de estos sectores fue factible conocer quién demandó y financió esa producción, obteniendo así los registros por función, industria proveedora y agente que en última instancia cubre el gasto. Este es el método aplicado en el cálculo de la variable mencionada.

7.2 RESULTADOS OBTENIDOS

Los resultados cuantitativos de la investigación del sector salud se relacionaron con las principales variables macroeconómicas difundidas por el SCNM para el país, mismos que se presentan en el anexo 1 al final del presente capítulo y se describen a continuación:

a. Producto interno bruto y valor agregado bruto

Como puede apreciarse en el siguiente recuadro (7.1) y en los cuadros 7.1 y 7.1.1, en 1988 el sector salud contribuyó con el 4.4% en el Producto Interno Bruto (PIB) del país en valores básicos, participación mayor en 1.3 puntos porcentuales al dato conocido para el total de los servicios médicos (públicos y privados) registrado en la rama 70 de la Contabilidad Nacional que fue de 3.1 por ciento (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2004, p. 115).

DIFERENCIAS ENTRE RESULTADOS DEL SCNM Y LA CSSSM VALOR AGREGADO BRUTO, PRECIOS BÁSICOS AÑO 1998

Millones de pesos corrientes

Recuadro 7.1

| Concepto | Total del país (1) | SCNM (2) | CSSSM (3) | Participación | |
|---|-----------------------|-------------|--------------|---------------|---------|
| | | | | (2)÷(1) | (3)÷(1) |
| Total identificado (rama 70: servicios médicos) | 3,517,782 | 109,986 | 153,923 | 3.1 | 4.4 |

Fuente: Elaboración propia con información del SCNM y resultados obtenidos para la CSSSM.

Del 4.4% total, los bienes y servicios característicos aportaron el 3.5%, los bienes y servicios conexos el 0.4% y las otras industrias relacionadas con la salud el 0.5 por ciento.

Tal como se observa en el cuadro 7.1.1, al agrupar los bienes y servicios relacionados con la salud humana permite dimensionar también la participación de éstos en las grandes divisiones, ramas, grupos o subgrupos de actividad que define el codificador del SCNM (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2004, páginas 359 a la 382). Así, las actividades de salud contribuyen con el 3.3% del PIB de la industria manufacturera, donde sobresale la producción de medicamentos con el 100.2% de la rama; en la actividad comercial lo hacen con el 2.3%, en la de seguros con 11.8% y en la administración pública con el 10.0 por ciento.

DIFERENCIAS ENTRE RESULTADOS DEL SCNM Y LA CSSSM VALOR AGREGADO BRUTO, PRECIOS BÁSICOS AÑO 1998

Millones de pesos corrientes

Recuadro 7.2

| Concepto | SCNM (1) | CSSSM (2) | Participación (3) = (2)÷(1) |
|--|-------------|--------------|--------------------------------|
| Rama 38: Productos farmacéuticos | 23,452 | 23,498 | 100.2 |
| Rama 70: Servicios médicos | 109,986 | 100,070 | 91.0 |
| Grupo 700: Servicios básicos | 100,929 | 95,651 | 94.8 |
| Grupo 701: Laboratorios de análisis clínicos de radiología y radioscopia | 1,505 | 1,300 | 86.4 |
| Grupo 702: Servicios de asistencia social con y sin alojamiento | 7,552 | 3,119 | 41.3 |
| Hospitales privados | 10,372 | 4,034 | 38.9 |

Fuente: Elaboración propia con información del SCNM y resultados obtenidos para la CSSSM.

Como se observa en el recuadro anterior (7.2) y como también ya se menciona en el inciso b) del punto 7.1 del presente capítulo, el cálculo de la rama 38 (medicamentos), de la CSSSM son ligeramente mayores a los registros del SCNM, debido a que en la CSSSM se incluyeron los datos de otras unidades económicas no consideradas en el SCNM, tal como la anterior Gerencia de Biológicos y Reactivos, actual empresa de participación estatal mayoritaria.

Es de destacar los resultados obtenidos en el rubro de servicios médicos para los cuales la CSSSM reportó datos menores a los del SCNM al alcanzar un 91.0 por ciento del PIB. Por tanto, los registros del SCNM están sobrevaluados en los servicios básicos, que en la Cuenta Satélite alcanzaron 94.8% del total, los correspondientes a laboratorios médicos y de diagnóstico el 86.4% y los servicios de asistencia social con y sin alojamiento que cubren tan sólo el 41.3%, ubicándose 2.0% del Valor Agregado Bruto (VAB) generado en actividades productoras de bienes y servicios característicos y el 39.3% restante en otras industrias relacionadas con la salud.

El comportamiento de los servicios básicos (constituidos por los servicios de hospitalización y de consulta externa), observado con los resultados obtenidos en los cálculos de la CSSSM, se deben como ya también se ha mencionado, a que para la actividad de hospitales se tomaron los datos derivados de la información censal de las clases de actividad siguientes:

923111: Hospitales de Medicina General del Sector Privado

923112: Hospitales psiquiátricos por el Sector Privado

923113: Hospitales de Especialidades Médicas del Sector Privado

Dichas clases de actividad registraron un VAB de 2,779,560; 50,865; y 1,203,519 miles de pesos, respectivamente. Con tal información se alcanzó un VAB para los hospitales privados en conjunto de 4,033,944 miles de pesos, cifra inferior en 6,338,114 miles de pesos al dato reportado en el SCNM que es de 10,372,058 miles de pesos, lo que obedece a que el nivel para 1998 del SCNM se obtuvo con la extrapolación del VBP del valor anotado en 1993, que es el año base de referencia del SCNM. De ahí que el VBP y por tanto el VAB, de la actividad de hospitales, están sobrevaluados. En el caso de la variable VAB en 61.1 por ciento respecto a los resultados obtenidos en la CSSSM.

Es importante también mencionar que con la información censal los cálculos de laboratorios resultaron inferiores en la CSSSM en un 13.6%, ya que en este caso el SCNM también extrapoló los datos del año 1993, con indicadores que ha considerado apropiados.

Con relación a los servicios de asistencia social con y sin alojamiento, en la CSSSM exclusivamente se incluyeron los que proporcionaban servicios médicos y los que brindaban un servicio social se clasificaron en otras industrias relacionadas con la salud humana; con todo, debido al método de extrapolación seguido en la metodología del SCNM, se observa comúnmente una sobre valoración en los indicadores que agrupa e incluye a su interior.

b. Oferta y utilización de bienes y servicios

Para la oferta de bienes y servicios médicos no se disponía de registros específicos como los mostrados en el cuadro 7.2, existiendo sólo para la economía total (Instituto Nacional de

Estadística, Geografía e Informática, 2004, p. 52 y 53) y con una presentación diferente. Así, en el tabulado referido se puede apreciar que para 1998 las actividades de la salud participan con el 3.1% en la oferta total de bienes y servicios; los clasificados en la industria manufacturera lo hicieron con 1.7%, los ubicados en los servicios de seguros con el 0.5%, en tanto que los registrados en los servicios sociales, comunales y personales, en dónde se incluyen prácticamente todos los servicios relacionados con la salud humana, reportaron una contribución del 15.2 por ciento en el total de esas actividades.

De igual forma, de manera oficial tampoco se ha difundido información detallada sobre la oferta y utilización de los bienes y servicios médicos, tal cual se presenta en el cuadro 7.3. En él se muestra el equilibrio económico, elemento importante en la elaboración de indicadores macroeconómicos.

La primera parte del cuadro, registra datos para 1998 de la producción bruta a precios productor (producción a precios básicos más impuestos a los productos), las importaciones y el margen de comercio y distribución; variables macroeconómicas que al sumarse dan por resultado la oferta de bienes y servicios médicos. Esas tres variables se presentan para bienes y servicios característicos, conexos y de otras industrias relacionadas con la salud. En el año referido, a nivel total, la producción bruta a precios productor representó el 90.7% de la oferta total, las importaciones C.I.F., el 2.4% y los márgenes de comercio y distribución que se aplican a los bienes el 6.9 por ciento restante.

En lo que hace a la utilización, segunda parte del cuadro 7.3, en la que se anotan los datos de la demanda intermedia o final, en 1998 presentó la estructura siguiente: el Sector Hogares demandó el 47.1% del total de bienes y servicios médicos; el Sector Público el 49.0% (el gobierno general, incluyendo la actividad del hospital de PEMEX, utilizó el 15.9% y la seguridad social el 33.1 por ciento); las ISFLSH el 0.9; las Sociedades no Financieras adquirieron el 0.7% a través de la demanda intermedia que realizan principalmente los hospitales privados durante el proceso productivo; y por último, el 2.3 por ciento restante correspondió a la exportación de bienes.

Por otra parte, es necesario mencionar que en cuanto a la demanda o consumo de bienes y servicios médicos que realiza el sector hogares, también se identificaron diferencias pronunciadas entre los datos difundidos por el SCNM y los resultados obtenidos para la CSSSM, como puede apreciarse en el recuadro siguiente:

**DIFERENCIAS ENTRE RESULTADOS DEL SCNM Y LA CSSSM
CONSUMO DE LOS HOGARES
AÑO 1998
Millones de pesos corrientes a precios comprador**

| Concepto | SCNM (1) | CSSSM (2) | Participación (3) = (2)÷(1) |
|---|-------------|--------------|--------------------------------|
| Sanidad | | | |
| 1. Productos medicinales y farmacéuticos | 40,053 | 48,273 | 120.5 |
| 2. Servicios médicos y paramédicos no hospitalarios | 48,986 | 48,986 | 100.0 |
| 3. Servicios hospitalarios | 17,757 | 9,164 | 51.6 |

Fuente: Elaboración propia con información del SCNM y resultados obtenidos para la CSSSM.

Como ya se menciona en el inciso b (métodos) del presente capítulo, al efectuar un análisis detallado sobre la oferta de medicamentos y la utilización realizada por los diferentes sectores, con una precisión satisfactoria, así como de las exportaciones, se pudo detectar una subvaluación en el SCNМ de 20.5 por ciento en la medición de medicamentos demandada por los hogares.

En el caso de los servicios hospitalarios, ocurre lo contrario, es decir una sobrevaloración en el SCNМ de 48.4 por ciento, originada por el método de extrapolación de la producción que utilizan las cuentas nacionales desde 1993, que es su año base de referencia.

c. Personal ocupado

De acuerdo con los registros del SCNМ (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2004, p. 154) el personal ocupado en la rama 70 de servicios médicos representó en 1988 el 2.7% del total del país, con 822 799 personas remuneradas; en tanto, la CSSSM (véase Cuadro 7.4), registró para ese mismo año 1,069,024, es decir 246 225 más, lo que significó 3.5% del personal ocupado en el país. Aún más si comparamos los resultados exclusivamente para la rama 70 del codificador del SCNМ se puede observar que la CSSSM reportó 92,903 personas ocupadas más, pues alcanzó la cifra de 915,702, lo que implica una subvaluación en el SCNМ de 11.3 por ciento, como también se aprecia en el siguiente recuadro (7.4).

**DIFERENCIAS ENTRE RESULTADOS DEL SCNМ Y LA CSSSM
PERSONAL OCUPADO REMUNERADO
AÑO 1998
Número de ocupaciones**

Recuadro 7.4

| Concepto | Total del país (1) | SCNМ (2) | CSSSM (3) | Participación | | |
|--|-----------------------|-------------|--------------|---------------|---------|---------|
| | | | | (2)÷(1) | (3)÷(1) | (3)÷(2) |
| Total identificado (rama 70: servicios médicos) | 30,635,319 | 822,799 | 1,069,024 | 2.7 | 3.5 | |
| Rama 70: Servicios médicos | | 822,799 | 915,702 | | | 111.3 |

Fuente: Elaboración propia con información del SCNМ y resultados obtenidos para la CSSSM.

Por otro lado, del personal ocupado remunerado total, en 1998 el sector público ocupó el 73.1% en tanto que el sector privado el 26.9 por ciento restante (ver cuadro 7.5). De las 780,980 personas ocupadas remuneradas por el sector público, las actividades que mayor demanda de personal hicieron fueron: los hospitales con 42.2% (33.6% los generales y 8.6 por ciento los de especialidades); los establecimientos de atención ambulatoria con 25.7% (consultorios médicos 23.0%, consultorios dentales del ISSSTE 0.1%, de planificación familiar y de salud mental y adicciones 0.4% cada una de ellas y 1.8 por ciento las clínicas de especialidades); el 4.3% se ocupó en las actividades relacionadas con el suministro y administración de programas de salud pública; en tanto que el servicio de administración de las unidades del gobierno general que proporcionan bienes y servicios médicos a la población y de los fondos de seguridad social

ocuparon el 11.5% y 8.1% del total del personal; finalmente, el 8.2% se dedicó a actividades de investigación y desarrollo y la enseñanza que se clasificaron en otras industrias (ver cuadro 7.5.1).

Del sector privado, destaca el personal ocupado que se ubicó en las actividades de: comercio 31.5%, atención ambulatoria en conjunto 23.4%, servicios de hospital 19.5%, producción de medicamentos 15.8%, en tanto que el 9.8 por ciento restante se clasificó en actividades de una importancia económica menor como la producción de materiales y suministros médicos diversos; los seguros privados de accidentes y enfermedades; la atención medicalizada y residencial, entre otras.

Con la información disponible, la variable de personal ocupado también fue posible clasificarla en: médicos y paramédicos, y otras ocupaciones. Los primeros, en 1998, significaron el 66.0% del total, en tanto que las segundas cubrieron el 33.0 por ciento restante (ver cuadro 7.6).

De la categoría de médicos y paramédicos los bienes y servicios característicos ocuparon el 95.5% del total y el 4.5 por ciento restante se ubicó en otras industrias relacionadas con la salud. Por su parte, en el concepto de otras ocupaciones, su mayor contribución se ubicó en otras industrias relacionadas con la salud con 54.1% (en donde se ubican las actividades de administración del gobierno general y la seguridad social; los seguros privados; y las de investigación y desarrollo y formación educativa realizadas principalmente por entes gubernamentales); el 25.1% dedicó al comercio, el 12.7% a la producción de medicamentos, el 4.4% a los servicios de laboratorio médico y de diagnóstico, el 2.6 a la fabricación de materiales y suministros médicos diversos y el 1.1 por ciento restante a la producción de equipo y aparatos ortopédicos (véase cuadro 7.6.1).

d. Gasto en salud

Los cuadros 7.7 al 7.10 y sus tabulados derivados (los correspondientes a estructuras porcentuales), reflejan el gasto realizado en salud. El 7.7 muestra las funciones de asistencia de la salud y el porcentaje en que es atendida por tipo de industria proveedora. Así, por ejemplo, del total de la asistencia individual un 26.5% es suministrada por hospitales, el 36.6% en unidades de consulta externa, (consultorios médicos, dentales de otro tipo y centros de atención ambulatoria), el 32.1% por la industria farmacéutica, el 1.4% por servicios de laboratorio y otros proveedores de atención ambulatoria y los establecimientos de atención medicalizada y residencial contribuyeron con 0.1% y 0.2 por ciento, respectivamente (véase cuadro 7.7.1, primera y segunda parte).

El cuadro 7.8, por su lado, ilustra el tipo de industria que provee los bienes y servicios, así como la fuente que financia los gastos. Por citar sólo dos ejemplos diremos que el gasto en hospitales lo sostienen: el gobierno general con 22.7%, la seguridad social con 61.1%, los hogares 15.2% y las ISFLSH con el 1.0 por ciento restante; en tanto los servicios de laboratorio son financiados prácticamente por los hogares quienes se hacen cargo del 95.2%, el 4.7% lo absorben las sociedades no financieras, costo que posteriormente trasladan al paciente y el 0.1 por ciento lo asumen las ISFLSH (ver cuadro 7.8.1 primera y segunda parte). En este caso, también al no disponer de registros pormenorizados de las unidades públicas para ese tipo de servicio tampoco fue posible cuantificar su incidencia. No obstante y dado que estos agentes económicos llevan a cabo sus actividades de manera combinada, al momento en que los

cálculos para laboratorios fuera posible, en nada modificarían el total de su gasto; lo único que pasaría es que restarían importancia económica a otros rubros de la consulta externa y sus registros se anotarían en los servicios de laboratorio y diagnóstico.

Los cuadros 7.9 y 7.9.1 nos indican, por ejemplo, que del total de erogaciones por concepto de asistencia en salud individual: los hogares financian el 55.1% en forma directa, el Gobierno General, a través de sus instituciones, el 11.9%, la seguridad social el 28.8%, las ISFLSH el 0.9%, las sociedades no financieras el 0.5%, en tanto que el resto del mundo, con sus adquisiciones de medicamentos, lo hace con el 2.8% restante. Como puede observarse los gastos efectuados por los hogares obedecen principalmente a que se hacen cargo del 65.9% de la consulta externa, del 72.5% de la compra de medicamentos y del 100.0% de los aparatos ortopédicos (véase cuadro 7.9.1, primera y segunda parte).

Con lo anterior, como puede constatarse, el gobierno mexicano no cumple cabalmente con el precepto constitucional del artículo 4º, pues no está atendiendo la salud de la población mexicana ya que conjuntamente entre las unidades económicas del Gobierno General y de la seguridad social básicamente están financiando los servicios de hospitalización general con un 85.7%, de especialidades médicas con 79.1% y se hace cargo prácticamente del 100% de los servicios preventivos y de salud pública, dejando prácticamente en manos de la población mexicana el pago de los servicios de consulta externa.

Cabe señalar que al no contar con información confiable y detallada, no ha sido posible, en esta ocasión, cuantificar los servicios dentales que proporcionan las unidades económicas públicas (excepto para el ISSSTE), de ahí que el 98.9% de este tipo de servicios está registrado como financiado por los hogares, aun cuando es de dominio público que esas unidades suministran servicios dentales. En la medida en que se disponga de información, los registros de otros consultorios médicos públicos disminuirían y entonces podríamos cuantificar los relativos a los dentales.

El cuadro 7.9.2, primera y segunda parte, representa una variante del tabulado anterior y en él se puede precisar en que medida gastan los sectores o subsectores instituciones incluidos, por ejemplo la seguridad social destina un 72.5% de su gasto en atención médica y un 17.8% en la administración de la misma. De la atención médica que otorga a la población un 40.7% lo dedica a pacientes que requieren hospitalización, un 20.6% para la consulta externa, el 14.7% en la adquisición de medicamentos y otros productos, y así poder atender las necesidades de su población derechohabiente, etcétera.

El cuadro 7.10 ofrece datos absolutos del gasto total en salud en donde se incluyen los registros correspondientes a las funciones relacionadas con ella, es decir incorpora, además del gasto corriente en atención de la salud individual, cifras sobre la formación bruta de capital fijo y las partidas de memorando referidas a la formación educativa y capacitación del personal en salud, la investigación y desarrollo y las erogaciones en asistencia social no médica. Como se puede apreciar únicamente fue posible cuantificar estas funciones relacionadas con la salud, para el sector público.

El cuadro 7.10.1, indica entonces que en 1998 el gasto del sector público (gobierno general más seguridad social), representó el 48.7% del total, el de los hogares el 45.1%, el de las empresas no financieras el 3.1%, el de las ISFLSH el 0.9% y el del resto del mundo el 2.2 por ciento.

Con la información del cuadro 7.10, que muestra el gasto total en salud incluyendo las funciones relacionadas, es posible resaltar las principales acciones que llevan a cabo tanto el sector público como el privado en la atención de la salud. Así, por ejemplo la seguridad social que forma parte del sector público, desde el punto de vista institucional, dedicó en 1998 el 69.9% para la atención de la salud individual (59.1% a la curativa y de rehabilitación, 10.7% proporcionando productos farmacéuticos y 0.1 por ciento en aparatos terapéuticos y otros productos duraderos); el 1.0% en el suministro y administración de salud pública; el 17.2% en servicios de administración; el 3.4% para otras actividades relacionadas con la salud (servicios sociales no médicos); 3.4% también en bienes y servicios de apoyo (clasificados en productos requeridos por actividades médicas); 3.5% en la adquisición de activo fijo; y el 1.6 por ciento restante en tareas de formación de personal e investigación y desarrollo (véase cuadro 7.10.2).

e. Formación bruta de capital fijo

El cuadro 7.11 refleja la formación bruta de capital fijo efectuada por tipo de industria, que ascendió a 10,657,098 miles de pesos, lo que representa el 1.3% del total del país de ese indicador; el 54.9% se dedicó a la construcción e instalaciones y el 45.1 por ciento a la adquisición de maquinaria y equipo. Es menester señalar que este tipo de información no existía en ninguna fuente generadora de datos macroeconómicos, ya que como puede apreciarse en el SCNM (Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática, 2004, p. 89 a 94) sólo se muestra por actividad económica de origen, nacional e importada, tipo de bien y de comprador, más no por destino, es decir desde la óptica de la demanda.

Por otro lado, al tomar como fuente de información los Censos Económicos de 1999 (cuyos datos referían lo acontecido en 1998 en las unidades económicas del sector privado) y el disponer de registros administrativos o estados financieros de los entes públicos que proporcionan bienes y servicios médicos a la población, dieron pauta a la integración del cuadro 7.12 que contempla cifras de la variable Formación Bruta de Capital Fijo (FBCF) para los sectores público y privado.

Así, en 1998, el sector público adquirió el 42.2% de la FBCF realizada por actividades médicas (el gobierno general erogó 15.3% y la seguridad social el 26.9 por ciento), en tanto que el sector privado invirtió el 57.8 por ciento restante (las Sociedades no Financieras gastaron 56.6% y las ISFLSH el 1.2 por ciento en la adquisición de bienes de capital).

f. Cuentas de producción

El cuadro 7.13 muestra, en forma pormenorizada, los resultados de las cuentas de producción, a nivel total de la salud, con una apertura para los bienes y servicios característicos, conexos y otras industrias relacionadas con la salud humana y en el cual se pueden consultar los resultados del Valor Agregado Bruto (VAB) generado por las actividades que integran el Sector Salud. Así, en el rubro de bienes y servicios característicos se presentan datos individuales para la producción de medicamentos, lentes y otros productos ópticos, equipo y aparatos ortopédicos y los servicios de: hospitales (generales, psiquiátricos y de especialidades médicas), de atención medicalizada y residencial, de consulta externa o ambulatoria (consultorios médicos, dentales, centros de atención ambulatoria), atención domiciliaria, laboratorio médico y de diagnóstico,

otros proveedores de atención ambulatoria y de los que se dedican a la provisión y administración de programas de salud pública.

También, ofrece información de los bienes y servicios conexos. Para los bienes, detalla datos de producción de materiales y suministros médicos diversos, en los que se incluyen por ejemplo alcohol y otro tipo de materiales de curación. En los servicios, se registran cifras correspondientes al comercio.

De igual forma, desglosa registros de las otras industrias relacionadas con la salud, encontrándose datos para la administración que realiza el gobierno general, los fondos de la seguridad social y los seguros del ramo de accidentes y enfermedades, así como de otras industrias que incluyen, entre otras, las actividades de investigación y desarrollo, capacitación y enseñanza y la prestación de servicios de asistencia social no médica.

Una cuenta de producción ofrece datos muy útiles para el análisis y toma de decisiones. En el caso particular de las actividades relacionadas con la salud humana de México, el cuadro 7.13.1, entre otros importantes aspectos, nos proporciona la estructura insumo-producto de cada una de las actividades que se han incluido en la CSSSM.

La estructura insumo-producto, refiere el porcentaje que se destina a la adquisición de insumos en relación a la producción de bienes o servicios. Así, por ejemplo, en 1998 para producir el total de bienes y servicios médicos se destinó un 34.4% en la compra de insumos, tales como servicio de energía eléctrica, comunicaciones, medicamentos, materiales y suministros médicos, entre otros, y así poder generar la producción en salud necesaria para atender a la población; el 65.6% lo constituyó el VAB y éste se integró con el 34.0% de Remuneración de Asalariados, el 0.2% de Impuestos Sobre la Producción y el 31.4 por ciento restante por el Excedente Bruto de Explotación. Este análisis resulta de particular importancia, toda vez que el mismo se puede efectuar para cada actividad o conjunto de actividades relacionadas con la salud en México.

Otra información no menos importante, se registra en el cuadro 7.13.2, con el cual también, por ejemplo, puede conocerse la aportación de cada actividad o conjunto de actividades en la generación total de bienes y servicios médicos. Así, en 1998 y de acuerdo con los registros del cuadro mencionado, los productos característicos aportaron el 78.5% (destacando por su importancia el grupo de establecimientos que proporcionan atención ambulatoria que generó el 38.5% del VAB del total; el de hospitales 23.1%; los bienes el 15.4%, donde sobresale la producción de medicamentos que aportó el 15.2%; la atención medicalizada y residencial el 0.1%; y el suministro y administración de programas de salud pública contribuyó con el restante 1.4 por ciento).

Por su parte, los bienes y servicios conexos aportaron el 8.9% del VAB total de productos médicos, los materiales y suministros médicos (vendas, alcohol, instrumental menor, entre otros) representaron el 0.8% y los servicios comerciales el 8.1 por ciento. De igual forma, para el año mencionado, las otras industrias relacionadas con la salud significaron el 12.6% del VAB total de sector salud, integrado por los servicios de administración del gobierno general y la seguridad social que en conjunto contribuyeron con el 8.1%, los seguros privados de accidentes y enfermedades con el 0.9% y las otras industrias, constituidas principalmente por actividades de investigación y desarrollo, formación y capacitación del personal de salud y atención social, con el 3.6 por ciento restante.

ANEXO 1
RESULTADOS CUANTITATIVOS OBTENIDOS EN LA CSSSM PARA 1998
RELACIÓN DE CUADROS

| <u>Número de cuadro</u> | <u>Denominación</u> | <u>Página</u> |
|-------------------------|--|---------------|
| 7.1 | Participación en el valor agregado bruto por gran división, precios básicos, miles de pesos corrientes | 123 |
| 7.1.1 | Participación en el valor agregado bruto por gran división, precios básicos, estructura porcentual | 124 |
| 7.2 | Participación en el total de la oferta de bienes y servicios por gran división de actividad económica, miles de pesos corrientes | 125 |
| 7.3 | Oferta y utilización del sector salud, miles de pesos corrientes | 126-127 |
| 7.4 | Participación en el personal ocupado total por gran división, número de ocupaciones remuneradas, promedio anual | 128 |
| 7.5 | Personal ocupado remunerado por sector, número de ocupaciones remuneradas, promedio anual | 129 |
| 7.5.1 | Personal ocupado remunerado por sector, estructura porcentual | 130 |
| 7.6 | Personal remunerado por ocupación, número de ocupaciones remuneradas, promedio anual | 131 |
| 7.6.1 | Personal remunerado por ocupación, estructura porcentual | 132 |
| 7.7 | Gasto en salud por función e industria proveedora, miles de pesos corrientes | 134-135 |
| 7.7.1 | Gasto en salud por función e industria proveedora, estructura porcentual | 136-137 |
| 7.8 | Gasto en salud por industria proveedora y fuente de financiación, miles de pesos corrientes | 138-139 |
| 7.8.1 | Gasto en salud por industria proveedora y fuente de financiación, estructura porcentual | 140-141 |
| 7.9 | Gasto en salud por función y fuente de financiación, miles de pesos corrientes | 142-143 |
| 7.9.1 | Gasto en salud por función y fuente de financiación, estructura porcentual respecto al total de la función | 144-145 |
| 7.9.2 | Gasto en salud por función y fuente de financiación, estructura porcentual respecto al total de la fuente de financiación | 146-147 |
| 7.10 | Gasto total en salud, incluyendo funciones relacionadas, miles de pesos corrientes | 148 |

| <u>Número de cuadro</u> | <u>Denominación</u> | <u>Página</u> |
|-------------------------|---|---------------|
| 7.10.1 | Tasto total en salud, incluyendo funciones relacionadas, estructura porcentual respecto al total de la función | 149 |
| 7.10.2 | Gasto total en salud, incluyendo funciones relacionadas, estructura porcentual respecto al gasto total efectuado por sector | 150 |
| 7.11 | Formación bruta de capitula fijo total, miles de pesos corrientes, precios comprador | 151 |
| 7.12 | Formación bruta de capital fijo por sector, miles de pesos corrientes, precios comprador | 152 |
| 7.13 | Cuenta de producción por tipo de bienes y servicios, miles de pesos corrientes | 153 |
| 7.13.1 | Cuenta de producción por tipo de bienes y servicios, estructura porcentual respecto al valor total del bien o servicio, o conjunto de ellos | 154 |
| 7.13.2 | Cuenta de producción por tipo de bienes y servicios, estructura porcentual respecto al total de la variable de la cuenta | 155 |

PARTICIPACIÓN EN EL VALOR AGREGADO BRUTO POR GRAN DIVISIÓN
Precios básicos
Año 1998

Cuadro 7.1

| CONCEPTO | Miles de pesos corrientes | | | | |
|---|---------------------------|----------------------------|--------------------|-------------------|--|
| | Total Economía | Total Actividades de Salud | Bienes y Servicios | | Otras Industrias relacionadas con la Salud |
| | | | Característicos | Conexos | |
| TOTAL | 3,517,781,860 | 153,922,915 | 120,894,244 | 13,761,806 | 19,266,865 |
| Gran División 3. Industria Manufacturera | 749,292,699 | 25,030,356 | 23,729,840 | 1,300,516 | -- |
| Medicamentos | 23,452,071 | 23,498,415 | 23,498,415 | -- | -- |
| Lentes y otros productos ópticos | 85,723 | 85,723 | 85,723 | -- | -- |
| Equipo y aparatos ortopédicos | 145,702 | 145,702 | 145,702 | -- | -- |
| Materiales y suministros médicos y de laboratorio | 2,423,394 | 1,300,516 | -- | 1,300,516 | -- |
| Otros bienes | 723,185,809 | -- | -- | -- | -- |
| Gran División 6. Comercio, Restaurantes y Hoteles | 701,090,130 | 12,461,290 | -- | 12,461,290 | -- |
| Comercio | 534,662,002 | 12,461,290 | -- | 12,461,290 | -- |
| Restaurantes y hoteles | 166,428,128 | -- | -- | -- | -- |
| Gran División 7. Transporte, Almacenaje y Comunicaciones | 381,118,231 | 32,673 | 32,673 | -- | -- |
| Transporte y almacenaje | 325,946,130 | 32,673 | 32,673 | -- | -- |
| Comunicaciones | 55,172,101 | -- | -- | -- | -- |
| Gran División 8. Servicios Financieros, Seguros, Actividades Inmobiliarias y de Alquiler | 481,761,873 | 1,420,105 | -- | -- | 1,420,105 |
| Instituciones de seguros | 12,017,246 | 1,420,105 | -- | -- | 1,420,105 |
| Otros servicios | 469,744,627 | -- | -- | -- | -- |
| Gran División 9. Servicios Sociales, Comunitarios y Personales | 798,640,523 | 114,978,491 | 97,131,731 | -- | 17,846,760 |
| Servicios varios a empresas | 41,171,508 | 672,800 | -- | -- | 672,800 |
| Servicios de educación | 196,374,014 | 1,813,868 | -- | -- | 1,813,868 |
| Servicios médicos | 109,986,272 | 100,069,630 | 97,099,142 | -- | 2,970,488 |
| Básicos | 100,929,437 | 95,650,751 | 95,650,751 | -- | -- |
| Laboratorio médico y de diagnóstico | 1,505,101 | 1,300,321 | 1,300,321 | -- | -- |
| Asistencia social con y sin alojamiento | 7,551,734 | 3,118,558 | 148,070 | -- | 2,970,488 |
| Administración Pública y Defensa | 123,721,223 | 12,378,765 | -- | -- | 12,378,765 |
| Otros servicios | 327,387,506 | 43,428 | 32,589 | -- | 10,839 |
| Otros Bienes y Servicios N.C.O.P. | 405,878,404 | -- | -- | -- | -- |

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: Principalmente del Sistema de Cuentas Nacionales de México, base 1993 y de los Censos Económicos 1999.

PARTICIPACIÓN EN EL VALOR AGREGADO BRUTO POR GRAN DIVISIÓN

Precios básicos

Año 1998

Cuadro 7.1.1

| CONCEPTO | Estructura porcentual | | | | |
|---|-----------------------|----------------------------|--------------------|---------|--|
| | Total Economía | Total Actividades de Salud | Bienes y Servicios | | Otras Industrias relacionadas con la Salud |
| | | | Característicos | Conexos | |
| TOTAL | 100.0 | 4.4 | 3.5 | 0.4 | 0.5 |
| Gran División 3. Industria Manufacturera | 100.0 | 3.3 | 3.1 | 0.2 | -- |
| Medicamentos | 100.0 | 100.2 | 100.2 | -- | -- |
| Lentes y otros productos ópticos | 100.0 | 100.0 | 100.0 | -- | -- |
| Equipo y aparatos ortopédicos | 100.0 | 100.0 | 100.0 | -- | -- |
| Materiales y suministros médicos y de laboratorio | 100.0 | 53.7 | -- | 53.7 | -- |
| Otros bienes | 100.0 | -- | -- | -- | -- |
| Gran División 6. Comercio, Restaurantes y Hoteles | 100.0 | 1.8 | -- | 1.8 | -- |
| Comercio | 100.0 | 2.3 | -- | 2.3 | -- |
| Restaurantes y hoteles | 100.0 | -- | -- | -- | -- |
| Gran División 7. Transporte, Almacenaje y Comunicaciones | 100.0 | ... | ... | -- | -- |
| Transporte y almacenaje | 100.0 | ... | ... | -- | -- |
| Comunicaciones | 100.0 | -- | -- | -- | -- |
| Gran División 8. Servicios Financieros, Seguros, Actividades Inmobiliarias y de Alquiler | 100.0 | 0.3 | -- | -- | 0.3 |
| Instituciones de seguros | 100.0 | 11.8 | -- | -- | 11.8 |
| Otros servicios | 100.0 | -- | -- | -- | -- |
| Gran División 9. Servicios Sociales, Comunales y Personales | 100.0 | 14.4 | 12.2 | -- | 2.2 |
| Servicios vanos a empresas | 100.0 | 1.6 | -- | -- | 1.6 |
| Servicios de educación | 100.0 | 0.9 | -- | -- | 0.9 |
| Servicios médicos | 100.0 | 91.0 | 88.3 | -- | 2.7 |
| Básicos | 100.0 | 94.8 | 94.8 | -- | -- |
| Laboratorio médico y de diagnóstico | 100.0 | 86.4 | 86.4 | -- | -- |
| Asistencia social con y sin alojamiento | 100.0 | 41.3 | 2.0 | -- | 39.3 |
| Administración Pública y Defensa | 100.0 | 10.0 | -- | -- | 10.0 |
| Otros servicios | 100.0 | ... | ... | -- | ... |
| Otros Bienes y Servicios N.C.O.P. | 100.0 | -- | -- | -- | -- |

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: Principalmente del Sistema de Cuentas Nacionales de México, base 1993 y de los Censos Económicos 1999.

**PARTICIPACIÓN EN EL TOTAL DE LA OFERTA DE BIENES Y SERVICIOS
POR GRAN DIVISIÓN DE ACTIVIDAD ECONÓMICA
Año 1998**

Cuadro 7.2

| CONCEPTO | Miles de pesos corrientes | | |
|--|---------------------------|----------------------------------|--|
| | Total Economía | Total Actividades de Salud | Participación Actividades de Salud |
| TOTAL | 7,891,957,003 | 242,136,233 | 3.1 |
| Gran División 1. Agropecuaria, silvicultura y pesca | 409,219,731 | -- | -- |
| Gran División 2. Minería | 176,693,468 | -- | -- |
| Gran División 3. Industria manufacturera | 4,502,824,485 | 74,503,167 | 1.7 |
| Gran División 4. Construcción | 371,213,316 | -- | -- |
| Gran División 5. Electricidad, gas y agua | 88,433,924 | -- | -- |
| Gran División 6. Comercio, restaurantes y hoteles | 252,836,350 | -- | -- |
| Gran División 7. Transporte, almacenaje y comunicaciones | 345,660,105 | 69,950 | ... |
| Gran División 8. Servicios financieros, seguros, actividades inmobiliarias y de alquiler | 618,673,376 | 2,838,489 | 0.5 |
| Gran División 9. Servicios sociales, comunales y personales | 1,086,876,567 | 164,724,627 | 15.2 |
| Compras directas de residentes | 39,525,681 | -- | -- |

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: Principalmente del Sistema de Cuentas Nacionales de México, base 1993 y de los Censos Económicos 1999.

OFERTA Y UTILIZACIÓN DEL SECTOR SALUD

Miles de pesos corrientes

Año 1998

Cuadro 7.3
1ª parte

| CONCEPTO | OFERTA | | | OFERTA Y UTILIZACIÓN | DEMANDA INTERMEDIA Sociedades no Financieras |
|---|--|------------------------|---|----------------------------|---|
| | Producción Bruta a Precios Productor | Importaciones C.I.F | Margen de Comercio y Distribución | | |
| TOTAL | 219,717,365 | 5,803,815 | 16,615,053 | 242,136,233 | 1,734,442 |
| Bienes y Servicios Característicos | 183,182,805 | 5,473,160 | 14,574,712 | 203,230,677 | 832,153 |
| <i>Bienes</i> | <i>48,163,450</i> | <i>5,473,160</i> | <i>14,574,712</i> | <i>68,211,322</i> | <i>700,957</i> |
| Medicamentos | 47,029,622 | 5,473,160 | 13,998,414 | 66,501,196 | 700,957 |
| Lentes y otros productos ópticos | 316,397 | -- | 160,817 | 477,214 | -- |
| Equipo y aparatos ortopédicos | 817,431 | -- | 415,481 | 1,232,912 | -- |
| <i>Servicios</i> | <i>135,019,355</i> | -- | -- | <i>135,019,355</i> | <i>131,196</i> |
| <i>Hospitales</i> | <i>53,373,022</i> | -- | -- | <i>53,373,022</i> | -- |
| Generales | 39,747,545 | -- | -- | 39,747,545 | -- |
| Salud mental y adicciones | 99,491 | -- | -- | 99,491 | -- |
| Especialidades médicas | 13,525,986 | -- | -- | 13,525,986 | -- |
| Atención medicalizada y residencial | 427,739 | -- | -- | 427,739 | -- |
| Atención ambulatoria | 77,284,185 | -- | -- | 77,284,185 | 131,196 |
| Consultorios médicos | 47,541,559 | -- | -- | 47,541,559 | -- |
| Consultorios dentales | 19,108,438 | -- | -- | 19,108,438 | -- |
| Otros consultorios | 1,047,350 | -- | -- | 1,047,350 | -- |
| Centros de atención ambulatoria | 6,647,456 | -- | -- | 6,647,456 | -- |
| Planificación familiar | 522,400 | -- | -- | 522,400 | -- |
| Salud mental y adicciones | 218,390 | -- | -- | 218,390 | -- |
| Clínicas de cirugía ambulatoria | 101,226 | -- | -- | 101,226 | -- |
| Clínicas de especialidades | 5,805,440 | -- | -- | 5,805,440 | -- |
| Otros centros integrados de atención | -- | -- | -- | -- | -- |
| Atención domiciliaria | 24,709 | -- | -- | 24,709 | -- |
| Laboratorio médico y de diagnóstico | 2,765,132 | -- | -- | 2,765,132 | 131,196 |
| Otros proveedores de atención ambulatoria | 149,541 | -- | -- | 149,541 | -- |
| Servicios de ambulancia | 69,950 | -- | -- | 69,950 | -- |
| Bancos de sangre y órganos | 79,591 | -- | -- | 79,591 | -- |
| Suministro y administración de programas de salud pública | 3,934,409 | -- | -- | 3,934,409 | -- |
| Bienes Conexos | 4,110,721 | 140,783 | 2,040,341 | 6,291,845 | 902,289 |
| Materiales y suministros médicos diversos | 4,110,721 | 140,783 | 2,040,341 | 6,291,845 | 902,289 |
| Otras Industrias Relacionadas con la Salud | 32,423,839 | 189,872 | -- | 32,613,711 | -- |
| <i>Administración general de salud y seguros</i> | <i>23,588,528</i> | <i>189,872</i> | -- | <i>23,778,400</i> | -- |
| Gobierno general excepto seguridad social | 6,667,055 | -- | -- | 6,667,055 | -- |
| Fondos de seguridad social | 14,272,856 | -- | -- | 14,272,856 | -- |
| Otros seguros privados | 2,648,617 | 189,872 | -- | 2,838,489 | -- |
| <i>Otras Industrias</i> | <i>8,835,311</i> | -- | -- | <i>8,835,311</i> | -- |

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: Principalmente del Sistema de Cuentas Nacionales de México, base 1993 y de los Censos Económicos 1999.

Cuadro 7.3
2ª parte

| UTILIZACIÓN | | | | | CONCEPTO |
|-----------------------------------|---------------------|----------------|--|------------------------|--|
| DEMANDA FINAL | | | | | |
| Sector Público | | Sector Privado | | Exportaciones F.O.B | |
| Gobierno General ^{1/} | Seguridad Social | Hogares | Instituciones sin Fines de Lucro que Sirven a los Hogares | | |
| 38,554,148 | 80,040,173 | 114,055,824 | 2,132,234 | 5,619,412 | TOTAL |
| 27,376,655 | 58,315,528 | 109,879,781 | 1,250,570 | 5,575,990 | Bienes y Servicios Característicos |
| 3,414,397 | 8,465,218 | 49,982,800 | 71,960 | 5,575,990 | Bienes |
| 3,414,397 | 8,465,218 | 48,272,674 | 71,960 | 5,575,990 | Medicamentos |
| -- | -- | 477,214 | -- | -- | Lentes y otros productos ópticos |
| -- | -- | 1,232,912 | -- | -- | Equipo y aparatos ortopédicos |
| 23,962,258 | 49,850,310 | 59,896,981 | 1,178,610 | -- | Servicios |
| 12,119,965 | 32,631,646 | 8,112,459 | 508,952 | -- | Hospitales |
| 10,939,932 | 23,096,663 | 5,493,657 | 217,293 | -- | Generales |
| 20,084 | -- | 76,415 | 2,992 | -- | Salud mental y adicciones |
| 1,159,949 | 9,534,983 | 2,542,387 | 288,667 | -- | Especialidades médicas |
| -- | -- | 16,551 | 411,188 | -- | Atención medicalizada y residencial |
| 8,276,642 | 16,849,906 | 51,767,971 | 258,470 | -- | Atención ambulatoria |
| 7,039,107 | 14,927,844 | 25,544,552 | 30,056 | -- | Consultorios médicos |
| -- | 209,519 | 18,895,120 | 3,799 | -- | Consultorios dentales |
| 27,404 | -- | 1,000,729 | 19,217 | -- | Otros consultorios |
| 1,210,131 | 1,712,543 | 3,591,670 | 133,112 | -- | Centros de atención ambulatoria |
| 58,028 | 458,674 | 4,123 | 1,575 | -- | Planificación familiar |
| 211,249 | -- | 5,846 | 1,295 | -- | Salud mental y adicciones |
| -- | -- | -- | 101,226 | -- | Clinicas de cirugía ambulatoria |
| 940,854 | 1,253,869 | 3,581,701 | 29,016 | -- | Clinicas de especialidades |
| -- | -- | -- | -- | -- | Otros centros integrados de atención |
| -- | -- | 24,709 | -- | -- | Atención domiciliaria |
| -- | -- | 2,632,368 | 1,568 | -- | Laboratorio médico y de diagnóstico |
| -- | -- | 78,823 | 70,718 | -- | Otros proveedores de atención ambulatoria |
| -- | -- | -- | 69,950 | -- | Servicios de ambulancia |
| -- | -- | 78,823 | 768 | -- | Bancos de sangre y órganos |
| 3,565,651 | 368,758 | -- | -- | -- | Suministro y administración de programas de salud pública |
| 695,114 | 3,295,537 | 1,340,427 | 17,929 | 40,549 | Bienes Conexos |
| 695,114 | 3,295,537 | 1,340,427 | 17,929 | 40,549 | Materiales y suministros médicos diversos |
| 10,482,379 | 18,429,108 | 2,835,616 | 863,735 | 2,873 | Otras Industrias Relacionadas con la Salud |
| 6,667,055 | 14,272,856 | 2,835,616 | -- | 2,873 | Administración general de salud y seguros |
| 6,667,055 | -- | -- | -- | -- | Gobierno general excepto seguridad social |
| -- | 14,272,856 | -- | -- | -- | Fondos de seguridad social |
| -- | -- | 2,835,616 | -- | 2,873 | Otros seguros privados |
| 3,815,324 | 4,156,252 | -- | 863,735 | -- | Otras Industrias |

1/Incluye los servicios médicos de Petróleos Mexicanos

PARTICIPACIÓN EN EL PERSONAL OCUPADO TOTAL POR GRAN DIVISIÓN
Número de ocupaciones remuneradas, promedio anual
Año 1998

Cuadro 7.4

| CONCEPTO | Total Economía | Total Actividades de Salud | Participación Actividades de Salud |
|--|-------------------|----------------------------------|--|
| TOTAL | 30,635,319 | 1,069,024 | 3.5 |
| Gran División 1. Agropecuaria, silvicultura y pesca | 6,345,504 | -- | -- |
| Gran División 2. Minería | 129,677 | -- | -- |
| Gran División 3. Industria manufacturera | 3,773,206 | 58,785 | 1.6 |
| Gran División 4. Construcción | 3,719,646 | -- | -- |
| Gran División 5. Electricidad, gas y agua | 161,407 | -- | -- |
| Gran División 6. Comercio, restaurantes y hoteles | 5,584,152 | 90,837 | 1.6 |
| Gran División 7. Transporte, almacenaje y comunicaciones | 1,790,847 | 947 | 0.1 |
| Gran División 8. Servicios financieros, seguros, actividades inmobiliarias y de alquiler | 598,359 | 2,753 | 0.5 |
| Gran División 9. Servicios sociales, comunales y personales | 8,532,521 | 915,702 | 10.7 |

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: Principalmente del Sistema de Cuentas Nacionales de México, base 1993 y de los Censos Económicos 1999.

PERSONAL OCUPADO REMUNERADO POR SECTOR
Número de ocupaciones remuneradas, promedio anual
Año 1998

Cuadro 7.5

| CONCEPTO | TOTAL | Sector | |
|--|------------------|----------------|----------------|
| | | Público | Privado |
| TOTAL | 1,069,024 | 780,980 | 288,044 |
| Bienes y Servicios Característicos | 742,820 | 563,819 | 179,001 |
| <i>Bienes</i> | 49,538 | 310 | 49,228 |
| Medicamentos | 45,777 | 310 | 45,467 |
| Lentes y otros productos ópticos | 1,342 | -- | 1,342 |
| Equipo y aparatos ortopédicos | 2,419 | -- | 2,419 |
| <i>Servicios</i> | 693,282 | 563,509 | 129,773 |
| Hospitales | 385,099 | 328,761 | 56,338 |
| Generales | 293,067 | 261,592 | 31,475 |
| Salud mental y adicciones | 1,006 | 139 | 867 |
| Especialidades médicas | 91,026 | 67,030 | 23,996 |
| Atención medicalizada y residencial | 6,058 | -- | 6,058 |
| Atención ambulatoria | 268,582 | 201,205 | 67,377 |
| Consultorios médicos | 188,584 | 179,491 | 9,093 |
| Consultorios dentales | 17,120 | 995 | 16,125 |
| Otros consultorios | 5,711 | 323 | 5,388 |
| Centros de atención ambulatoria | 40,202 | 20,396 | 19,806 |
| Planificación familiar | 3,283 | 3,251 | 32 |
| Salud mental y adicciones | 2,822 | 2,774 | 48 |
| Clínicas de cirugía ambulatoria | 1,098 | -- | 1,098 |
| Clínicas de especialidades | 32,999 | 14,371 | 18,628 |
| Atención domiciliaria | 118 | -- | 118 |
| Laboratorio médico y de diagnóstico | 15,653 | -- | 15,653 |
| Otros proveedores de atención ambulatoria | 1,194 | -- | 1,194 |
| Servicios de ambulancia | 947 | -- | 947 |
| Bancos de sangre y órganos | 247 | -- | 247 |
| Suministro y administración de programas de salud pública | 33,543 | 33,543 | -- |
| Bienes y Servicios Conexos | 100,084 | -- | 100,084 |
| <i>Bienes</i> | 9,247 | -- | 9,247 |
| Materiales y suministros médicos diversos | 9,247 | -- | 9,247 |
| <i>Servicios</i> | 90,837 | -- | 90,837 |
| Comercio | 90,837 | -- | 90,837 |
| Otras Industrias Relacionadas con la Salud | 226,120 | 217,161 | 8,959 |
| <i>Administración general de salud y seguros</i> | 155,871 | 153,118 | 2,753 |
| Gobierno general excepto seguridad social | 89,833 | 89,833 | -- |
| Fondos de seguridad social | 63,285 | 63,285 | -- |
| Otros seguros privados | 2,753 | -- | 2,753 |
| <i>Otras Industrias</i> | 70,249 | 64,043 | 6,206 |

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: Principalmente del Sistema de Cuentas Nacionales de México, base 1993 y de los Censos Económicos 1999.

PERSONAL OCUPADO REMUNERADO POR SECTOR
Estructura porcentual
Año 1998

Cuadro 7.5.1

| CONCEPTO | TOTAL | Sector | |
|---|--------------|--------------|--------------|
| | | Público | Privado |
| TOTAL | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| Bienes y Servicios Característicos | 69.4 | 72.2 | 62.1 |
| <i>Bienes</i> | 4.6 | ... | 17.1 |
| Medicamentos | 4.3 | ... | 15.8 |
| Lentes y otros productos ópticos | 0.1 | -- | 0.5 |
| Equipo y aparatos ortopédicos | 0.2 | -- | 0.8 |
| <i>Servicios</i> | 64.8 | 72.2 | 45.0 |
| Hospitales | 36.0 | 42.2 | 19.5 |
| Generales | 27.4 | 33.6 | 10.9 |
| Salud mental y adicciones | 0.1 | ... | 0.3 |
| Especialidades médicas | 8.5 | 8.6 | 8.3 |
| Atención medicalizada y residencial | 0.6 | -- | 2.1 |
| Atención ambulatoria | 25.1 | 25.7 | 23.4 |
| Consultorios médicos | 17.6 | 23.0 | 3.2 |
| Consultorios dentales | 1.6 | 0.1 | 5.6 |
| Otros consultorios | 0.5 | ... | 1.9 |
| Centros de atención ambulatoria | 3.8 | 2.8 | 6.9 |
| Planificación familiar | 0.3 | 0.4 | ... |
| Salud mental y adicciones | 0.3 | 0.4 | ... |
| Clínicas de cirugía ambulatoria | 0.1 | -- | 0.4 |
| Clínicas de especialidades | 3.1 | 1.8 | 6.5 |
| Atención domiciliaria | ... | -- | ... |
| Laboratorio médico y de diagnóstico | 1.5 | -- | 5.4 |
| Otros proveedores de atención ambulatoria | 0.1 | -- | 0.4 |
| Servicios de ambulancia | 0.1 | -- | 0.3 |
| Bancos de sangre y órganos | -- | -- | 0.1 |
| Suministro y administración de programas de salud pública | 3.1 | 4.3 | -- |
| Bienes y Servicios Conexos | 9.4 | -- | 34.7 |
| <i>Bienes</i> | 0.9 | -- | 3.2 |
| Materiales y suministros médicos diversos | 0.9 | -- | 3.2 |
| <i>Servicios</i> | 8.5 | -- | 31.5 |
| Comercio | 8.5 | -- | 31.5 |
| Otras Industrias Relacionadas con la Salud | 21.2 | 27.8 | 3.2 |
| <i>Administración general de salud y seguros</i> | 14.6 | 19.6 | 1.0 |
| Gobierno general excepto seguridad social | 8.4 | 11.5 | -- |
| Fondos de seguridad social | 5.9 | 8.1 | -- |
| Otros seguros privados | 0.3 | -- | 1.0 |
| <i>Otras Industrias</i> | 6.6 | 8.2 | 2.2 |

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: Principalmente del Sistema de Cuentas Nacionales de México, base 1993 y de los Censos Económicos 1999.

PERSONAL REMUNERADO POR OCUPACIÓN
Número de ocupaciones remuneradas, promedio anual
Año 1998

Cuadro 7.6

| CONCEPTO | TOTAL | médicos y paramédicos | Otras ocupaciones |
|---|------------------|--------------------------|----------------------|
| TOTAL | 1,069,024 | 709,207 | 359,817 |
| Bienes y Servicios Característicos | 742,820 | 677,629 | 65,191 |
| <i>Bienes</i> | 49,538 | -- | 49,538 |
| Medicamentos | 45,777 | -- | 45,777 |
| Lentes y otros productos ópticos | 1,342 | -- | 1,342 |
| Equipo y aparatos ortopédicos | 2,419 | -- | 2,419 |
| <i>Servicios</i> | 693,282 | 677,629 | 15,653 |
| Hospitales | 385,099 | 385,099 | -- |
| Generales | 293,067 | 293,067 | -- |
| Salud mental y adicciones | 1,006 | 1,006 | -- |
| Especialidades médicas | 91,026 | 91,026 | -- |
| Atención medicalizada y residencial | 6,058 | 6,058 | -- |
| Atención ambulatoria | 268,582 | 252,929 | 15,653 |
| Consultorios médicos | 188,584 | 188,584 | -- |
| Consultorios dentales | 17,120 | 17,120 | -- |
| Otros consultorios | 5,711 | 5,711 | -- |
| Centros de atención ambulatoria | 40,202 | 40,202 | -- |
| Planificación familiar | 3,283 | 3,283 | -- |
| Salud mental y adicciones | 2,822 | 2,822 | -- |
| Clínicas de cirugía ambulatoria | 1,098 | 1,098 | -- |
| Clínicas de especialidades | 32,999 | 32,999 | -- |
| Atención domiciliaria | 118 | 118 | -- |
| Laboratorio médico y de diagnóstico | 15,653 | -- | 15,653 |
| Otros proveedores de atención ambulatoria | 1,194 | 1,194 | -- |
| Servicios de ambulancia | 947 | 947 | -- |
| Bancos de sangre y órganos | 247 | 247 | -- |
| Suministro y administración de programas de salud pública | 33,543 | 33,543 | -- |
| Bienes y Servicios Conexos | 100,084 | -- | 100,084 |
| <i>Bienes</i> | 9,247 | -- | 9,247 |
| Materiales y suministros médicos diversos | 9,247 | -- | 9,247 |
| <i>Servicios</i> | 90,837 | -- | 90,837 |
| Comercio | 90,837 | -- | 90,837 |
| Otras Industrias Relacionadas con la Salud | 226,120 | 31,578 | 194,542 |
| <i>Administración general de salud y seguros</i> | 155,871 | -- | 155,871 |
| Gobierno general excepto seguridad social | 89,833 | -- | 89,833 |
| Fondos de seguridad social | 63,285 | -- | 63,285 |
| Otros seguros privados | 2,753 | -- | 2,753 |
| <i>Otras Industrias</i> | 70,249 | 31,578 | 38,671 |

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística. Geografía e Informática. Principalmente del Sistema de Cuentas Nacionales de México, base 1993 y de los Censos Económicos 1999.

PERSONAL REMUNERADO POR OCUPACIÓN
Estructura porcentual
Año 1998

Cuadro 7.6.1

| CONCEPTO | TOTAL | médicos y paramédicos | Otras ocupaciones |
|--|--------------|--------------------------|----------------------|
| TOTAL | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| Bienes y Servicios Característicos | 69.4 | 95.5 | 18.2 |
| <i>Bienes</i> | 4.6 | -- | 13.8 |
| Medicamentos | 4.3 | -- | 12.7 |
| Lentes y otros productos ópticos | 0.1 | -- | 0.4 |
| Equipo y aparatos ortopédicos | 0.2 | -- | 0.7 |
| <i>Servicios</i> | 64.8 | 95.5 | 4.4 |
| Hospitales | 36.0 | 54.2 | -- |
| Generales | 27.4 | 41.3 | -- |
| Salud mental y adicciones | 0.1 | 0.1 | -- |
| Especialidades médicas | 8.5 | 12.8 | -- |
| Atención medicalizada y residencial | 0.6 | 0.9 | -- |
| Atención ambulatoria | 25.1 | 35.7 | 4.4 |
| Consultorios médicos | 17.6 | 26.6 | -- |
| Consultorios dentales | 1.6 | 2.4 | -- |
| Otros consultorios | 0.5 | 0.8 | -- |
| Centros de atención ambulatoria | 3.8 | 5.8 | -- |
| Planificación familiar | 0.3 | 0.5 | -- |
| Salud mental y adicciones | 0.3 | 0.4 | -- |
| Clínicas de cirugía ambulatoria | 0.1 | 0.2 | -- |
| Clínicas de especialidades | 3.1 | 4.7 | -- |
| Atención domiciliaria | ... | ... | -- |
| Laboratorio médico y de diagnóstico | 1.5 | -- | 4.4 |
| Otros proveedores de atención ambulatoria | 0.1 | 0.1 | -- |
| Servicios de ambulancia | 0.1 | 0.1 | -- |
| Bancos de sangre y órganos | ... | ... | -- |
| Suministro y administración de programas de salud pública | 3.1 | 4.7 | -- |
| Bienes y Servicios Conexos | 9.4 | -- | 27.7 |
| <i>Bienes</i> | 0.9 | -- | 2.6 |
| Materiales y suministros médicos diversos | 0.9 | -- | 2.6 |
| <i>Servicios</i> | 8.5 | -- | 25.1 |
| Comercio | 8.5 | -- | 25.1 |
| Otras Industrias Relacionadas con la Salud | 21.2 | 4.5 | 54.1 |
| <i>Administración general de salud y seguros</i> | 14.6 | -- | 43.4 |
| Gobierno general excepto seguridad social | 8.4 | -- | 25.0 |
| Fondos de seguridad social | 5.9 | -- | 17.6 |
| Otros seguros privados | 0.3 | -- | 0.8 |
| <i>Otras Industrias</i> | 6.6 | 4.5 | 10.7 |

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: Principalmente del Sistema de Cuentas Nacionales de México, base 1993 y de los Censos Económicos 1999.

GASTO EN SALUD POR FUNCIÓN E INDUSTRIA PROVEEDORA

Miles de pesos corrientes

Año 1998

Cuadro 7.7

1ª parte

| FUNCIÓN DE ASISTENCIA | Gasto Total en Salud | Industria | | | | | |
|---|----------------------|-------------------|-------------------------------------|----------------------|-----------------------|--------------------|---------------------------------|
| | | Hospitales | Atención medicalizada y residencial | Atención ambulatoria | | | |
| | | | | Consultorios médicos | Consultorios dentales | Otros consultorios | Centros de atención ambulatoria |
| Atención médica hospitalaria curativa y de rehabilitación | 53,373,022 | 53,373,022 | -- | -- | -- | -- | -- |
| Servicios de atención de larga duración | 513,622 | -- | 427,739 | -- | -- | -- | -- |
| Atención médica ambulatoria | 74,335,776 | -- | -- | 47,541,559 | 19,108,438 | 1,047,350 | 6,125,056 |
| Asistencia curativa y rehabilitación | 74,311,067 | -- | -- | 47,541,559 | 19,108,438 | 1,047,350 | 6,125,056 |
| Servicios médicos y de diagnóstico básicos | 47,529,352 | -- | -- | 47,529,352 | -- | -- | -- |
| Asistencia dental | 19,108,438 | -- | -- | -- | 19,108,438 | -- | -- |
| Atención médica especializada | 6,394,011 | -- | -- | 12,207 | -- | 543,424 | 5,838,380 |
| Otros servicios de asistencia | 1,093,816 | -- | -- | -- | -- | 503,926 | 101,226 |
| Rehabilitación a pacientes externos | 185,450 | -- | -- | -- | -- | -- | 185,450 |
| Atención médica a domicilio | 24,709 | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| Servicios auxiliares de atención a la salud | 2,914,673 | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios | 70,137,251 | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| Productos farmacéuticos y otros medicamentos no duraderos | 68,322,160 | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| Aparatos terapéuticos y otros productos duraderos | 1,815,091 | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| GASTO TOTAL DE ASISTENCIA DE LA SALUD INDIVIDUAL | 201,274,344 | 53,373,022 | 427,739 | 47,541,559 | 19,108,438 | 1,047,350 | 6,125,056 |
| PRODUCTOS REQUERIDOS POR ACTIVIDADES MÉDICAS | 4,365,916 | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y DE SALUD PÚBLICA | 4,456,809 | -- | -- | -- | -- | -- | 522,400 |
| ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD Y LOS SEGUROS | 23,711,017 | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| OTRAS INDUSTRIAS RELACIONADAS CON LA SALUD | 8,328,147 | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| Gasto Total en Salud | 242,136,233 | 53,373,022 | 427,739 | 47,541,559 | 19,108,438 | 1,047,350 | 6,647,456 |

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: Principiamente del Sistema de Cuentas Nacionales de México, base 1993 y de los Censos Económicos 1999.

Cuadro 7.7
2ª parte

| Proveedora | | | | | | | FUNCIÓN DE ASISTENCIA |
|---------------------------------------|---|--|---|--|------------------|-----------------|---|
| Laboratorios médicos y de diagnóstico | Otros proveedores de atención ambulatoria | Medicamentos y Otros Artículos Médicos | Suministro y Administración de Programas de Salud Pública | Administración General de la Salud y Seguros | Otras Industrias | Resto del Mundo | |
| -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | Atención médica hospitalaria curativa y de rehabilitación |
| -- | -- | -- | -- | -- | 85,883 | -- | Servicios de atención de larga duración |
| -- | 24,709 | -- | -- | -- | 488,664 | -- | Atención médica ambulatoria |
| -- | -- | -- | -- | -- | 488,664 | -- | Asistencia curativa y rehabilitación |
| -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | Servicios médicos y de diagnóstico básicos |
| -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | Asistencia dental |
| -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | Atención médica especializada |
| -- | -- | -- | -- | -- | 488,664 | -- | Otros servicios de asistencia |
| -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | Rehabilitación a pacientes externos |
| -- | 24,709 | -- | -- | -- | -- | -- | Atención médica a domicilio |
| 2,765,132 | 149,541 | -- | -- | -- | -- | -- | Servicios auxiliares de atención a la salud |
| -- | -- | 64,529,393 | -- | -- | -- | 5,607,858 | Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios |
| -- | -- | 62,714,302 | -- | -- | -- | 5,607,858 | Productos farmacéuticos y otros medicamentos no duraderos |
| -- | -- | 1,815,091 | -- | -- | -- | -- | Aparatos terapéuticos y otros productos duraderos |
| 2,765,132 | 174,250 | 64,529,393 | -- | -- | 574,547 | 5,607,858 | GASTO TOTAL DE ASISTENCIA DE LA SALUD INDIVIDUAL |
| -- | -- | 4,357,235 | -- | -- | -- | 8,681 | PRODUCTOS REQUERIDOS POR ACTIVIDADES MÉDICAS |
| -- | -- | -- | 3,934,409 | -- | -- | -- | SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y DE SALUD PÚBLICA |
| -- | -- | -- | -- | 23,708,144 | -- | 2,873 | ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD Y LOS SEGUROS |
| -- | -- | -- | -- | 67,383 | 8,260,764 | -- | OTRAS INDUSTRIAS RELACIONADAS CON LA SALUD |
| 2,765,132 | 174,250 | 68,886,628 | 3,934,409 | 23,775,527 | 8,835,311 | 5,619,412 | Gasto Total en Salud |

GASTO EN SALUD POR FUNCIÓN E INDUSTRIA PROVEEDORA
Estructura porcentual
Año 1998

Cuadro 7.7.1
 1ª parte

| FUNCIÓN DE ASISTENCIA | Gasto Total en Salud | Industria | | | | | |
|---|----------------------|-------------|-------------------------------------|----------------------|-----------------------|--------------------|---------------------------------|
| | | Hospitales | Atención medicalizada y residencial | Atención ambulatoria | | | |
| | | | | Consultorios médicos | Consultorios dentales | Otros consultorios | Centros de atención ambulatoria |
| Atención médica hospitalaria curativa y de rehabilitación | 100.0 | 100.0 | -- | -- | -- | -- | -- |
| Servicios de atención de larga duración | 100.0 | -- | 83.3 | -- | -- | -- | -- |
| Atención médica ambulatoria | 100.0 | -- | -- | 64.0 | 25.7 | 1.4 | 8.2 |
| Asistencia curativa y rehabilitación | 100.0 | -- | -- | 64.0 | 25.7 | 1.4 | 8.2 |
| Servicios médicos y de diagnóstico básicos | 100.0 | -- | -- | 100.0 | -- | -- | -- |
| Asistencia dental | 100.0 | -- | -- | -- | 100.0 | -- | -- |
| Atención médica especializada | 100.0 | -- | -- | 0.2 | -- | 8.5 | 91.3 |
| Otros servicios de asistencia | 100.0 | -- | -- | -- | -- | 46.0 | 9.3 |
| Rehabilitación a pacientes externos | 100.0 | -- | -- | -- | -- | -- | 100.0 |
| Atención médica a domicilio | 100.0 | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| Servicios auxiliares de atención a la salud | 100.0 | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios | 100.0 | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| Productos farmacéuticos y otros medicamentos no duraderos | 100.0 | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| Aparatos terapéuticos y otros productos duraderos | 100.0 | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| GASTO TOTAL DE ASISTENCIA DE LA SALUD INDIVIDUAL | 100.0 | 26.5 | 0.2 | 23.6 | 9.5 | 0.5 | 3.0 |
| PRODUCTOS REQUERIDOS POR ACTIVIDADES MÉDICAS | 100.0 | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y DE SALUD PÚBLICA | 100.0 | -- | -- | -- | -- | -- | 11.7 |
| ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD Y LOS SEGUROS | 100.0 | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| OTRAS INDUSTRIAS RELACIONADAS CON LA SALUD | 100.0 | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| Gasto Total en Salud | 100.0 | 22.0 | 0.2 | 19.9 | 7.9 | 0.4 | 2.7 |

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: Principalmente del Sistema de Cuentas Nacionales de México, base 1993 y de los Censos Económicos 1999.

Cuadro 7.7.1
2° parte

| Proveedora | | | | | | | FUNCIÓN DE ASISTENCIA |
|---------------------------------------|---|--|---|--|------------------|-----------------|---|
| Laboratorios médicos y de diagnóstico | Otros proveedores de atención ambulatoria | Medicamentos y Otros Artículos Médicos | Suministro y Administración de Programas de Salud Pública | Administración General de la Salud y Seguros | Otras Industrias | Resto del Mundo | |
| -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | Atención médica hospitalaria curativa y de rehabilitación |
| -- | -- | -- | -- | -- | 16.7 | -- | Servicios de atención de larga duración |
| -- | ... | -- | -- | -- | 0.7 | -- | Atención médica ambulatoria |
| -- | -- | -- | -- | -- | 0.7 | -- | Asistencia curativa y rehabilitación |
| -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | Servicios médicos y de diagnóstico básicos |
| -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | Asistencia dental |
| -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | Atención médica especializada |
| -- | -- | -- | -- | -- | 44.7 | -- | Otros servicios de asistencia |
| -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- | Rehabilitación a pacientes externos |
| -- | 100.0 | -- | -- | -- | -- | -- | Atención médica a domicilio |
| 94.9 | 5.1 | -- | -- | -- | -- | -- | Servicios auxiliares de atención a la salud |
| -- | -- | 92.0 | -- | -- | -- | 8.0 | Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios |
| -- | -- | 91.8 | -- | -- | -- | 8.2 | Productos farmacéuticos y otros medicamentos no duraderos |
| -- | -- | 100.0 | -- | -- | -- | -- | Aparatos terapéuticos y otros productos duraderos |
| 1.4 | 0.1 | 32.1 | -- | -- | 0.3 | 2.8 | GASTO TOTAL DE ASISTENCIA DE LA SALUD INDIVIDUAL |
| -- | -- | 99.8 | -- | -- | -- | 0.2 | PRODUCTOS REQUERIDOS POR ACTIVIDADES MÉDICAS |
| -- | -- | -- | 88.3 | -- | -- | -- | SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y DE SALUD PÚBLICA |
| -- | -- | -- | -- | 100.0 | -- | ... | ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD Y LOS SEGUROS |
| -- | -- | -- | -- | 0.8 | 99.2 | -- | OTRAS INDUSTRIAS RELACIONADAS CON LA SALUD |
| 1.1 | 0.1 | 28.4 | 1.6 | 9.8 | 3.6 | 2.3 | Gasto Total en Salud |

GASTO EN SALUD POR INDUSTRIA PROVEEDORA Y FUENTE DE FINANCIACIÓN
Miles de pesos corrientes
Año 1998

Cuadro 7.8
1ª parte

| BIENES Y SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD POR INDUSTRIA PROVEEDORA | Gasto Total en Salud | Fuente de | | |
|---|----------------------|-------------------|-------------------|---------------------------|
| | | Sector Público | | Sector |
| | | Gobierno General | Seguridad Social | Sociedades no Financieras |
| Hospitales | 53,373,022 | 12,119,965 | 32,631,646 | -- |
| Atención medicalizada y residencial | 427,739 | -- | -- | -- |
| Servicios médicos de atención ambulatoria | 77,284,185 | 8,276,642 | 16,849,906 | 131,196 |
| Consultorios médicos | 47,541,559 | 7,039,107 | 14,927,844 | -- |
| Consultorios dentales | 19,108,438 | -- | 209,519 | -- |
| Otros consultorios para el cuidado de la salud | 1,047,350 | 27,404 | -- | -- |
| Centros de atención ambulatoria | 6,647,456 | 1,210,131 | 1,712,543 | -- |
| Laboratorio médico y de diagnóstico | 2,765,132 | -- | -- | 131,196 |
| Atención domiciliaria | 24,709 | -- | -- | -- |
| Demás proveedores de atención ambulatoria | 149,541 | -- | -- | -- |
| Medicamentos y otros artículos médicos | 68,889,224 | 3,502,317 | 9,934,290 | 1,576,766 |
| Medicamentos | 61,028,036 | 2,826,721 | 6,731,291 | 700,957 |
| Lentes y otros productos ópticos | 477,214 | -- | -- | -- |
| Equipo y aparatos ortopédicos | 1,232,912 | -- | -- | -- |
| Otros productos | 6,151,062 | 675,596 | 3,202,999 | 875,809 |
| Suministro y administración de programas de salud pública | 3,934,409 | 3,565,651 | 368,758 | -- |
| Administración general de salud y seguros | 23,588,528 | 6,667,055 | 14,272,856 | -- |
| Gobierno general excepto seguridad social | 6,667,055 | 6,667,055 | -- | -- |
| Fondos de seguridad social | 14,272,856 | -- | 14,272,856 | -- |
| Otros seguros privados | 2,648,617 | -- | -- | -- |
| Otras Industrias relacionadas con la salud | 8,835,311 | 3,815,324 | 4,156,252 | -- |
| Resto del Mundo | 5,803,815 | 607,194 | 1,826,465 | 26,480 |
| Gasto Total en Salud | 242,136,233 | 38,554,148 | 80,040,173 | 1,734,442 |

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: Principalmente del Sistema de Cuentas Nacionales de México, base 1993 y de los Censos Económicos 1999.

Cuadro 7.8
2ª parte

| Financiación | | | BIENES Y SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD POR INDUSTRIA PROVEEDORA |
|--------------|--|-----------------|--|
| Privado | | Resto del Mundo | |
| Hogares | Instituciones sin Fines de Lucro que sirven a los Hogares | | |
| 8,112,459 | 508,952 | -- | Hospitales |
| 16,551 | 411,188 | -- | Atención medicalizada y residencial |
| 51,767,971 | 258,470 | -- | Servicios médicos de atención ambulatoria |
| 25,544,552 | 30,056 | -- | Consultorios médicos |
| 18,895,120 | 3,799 | -- | Consultorios dentales |
| 1,000,729 | 19,217 | -- | Otros consultorios para el cuidado de la salud |
| 3,591,670 | 133,112 | -- | Centros de atención ambulatoria |
| 2,632,368 | 1,568 | -- | Laboratorio médico y de diagnóstico |
| 24,709 | -- | -- | Atención domiciliaria |
| 78,823 | 70,718 | -- | Demás proveedores de atención ambulatoria |
| 48,169,545 | 89,767 | 5,616,539 | Medicamentos y otros artículos médicos |
| 45,121,117 | 71,960 | 5,575,990 | Medicamentos |
| 477,214 | -- | -- | Lentes y otros productos ópticos |
| 1,232,912 | -- | -- | Equipo y aparatos ortopédicos |
| 1,338,302 | 17,807 | 40,549 | Otros productos |
| -- | -- | -- | Suministro y administración de programas de salud pública |
| 2,645,744 | -- | 2,873 | Administración general de salud y seguros |
| -- | -- | -- | Gobierno general excepto seguridad social |
| -- | -- | -- | Fondos de seguridad social |
| 2,645,744 | -- | 2,873 | Otros seguros privados |
| -- | 863,735 | -- | Otras Industrias relacionadas con la salud |
| 3,343,554 | 122 | -- | Resto del Mundo |
| 114,055,824 | 2,132,234 | 5,619,412 | Gasto Total en Salud |

GASTO EN SALUD POR INDUSTRIA PROVEEDORA Y FUENTE DE FINANCIACIÓN
Estructura porcentual
Año 1998

Cuadro 7.8.1
 1ª parte

| BIENES Y SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD POR INDUSTRIA PROVEEDORA | Gasto Total en Salud | Fuente de | | |
|---|----------------------|------------------|------------------|---------------------------|
| | | Sector Público | | Sector |
| | | Gobierno General | Seguridad Social | Sociedades no Financieras |
| Hospitales | 100.0 | 22.7 | 61.1 | -- |
| Atención medicalizada y residencial | 100.0 | -- | -- | -- |
| Servicios médicos de atención ambulatoria | 100.0 | 10.7 | 21.8 | 0.2 |
| Consultorios médicos | 100.0 | 14.8 | 31.4 | -- |
| Consultorios dentales | 100.0 | -- | 1.1 | -- |
| Otros consultorios para el cuidado de la salud | 100.0 | 2.6 | -- | -- |
| Centros de atención ambulatoria | 100.0 | 18.2 | 25.8 | -- |
| Laboratorio médico y de diagnóstico | 100.0 | -- | -- | 4.7 |
| Atención domiciliaria | 100.0 | -- | -- | -- |
| Demás proveedores de atención ambulatoria | 100.0 | -- | -- | -- |
| Medicamentos y otros artículos médicos | 100.0 | 5.1 | 14.4 | 2.3 |
| Medicamentos | 100.0 | 4.6 | 11.1 | 1.1 |
| Lentes y otros productos ópticos | 100.0 | -- | -- | -- |
| Equipo y aparatos ortopédicos | 100.0 | -- | -- | -- |
| Otros productos | 100.0 | 11.0 | 52.0 | 14.2 |
| Suministro y administración de programas de salud pública | 100.0 | 90.6 | 9.4 | -- |
| Administración general de salud y seguros | 100.0 | 28.3 | 60.5 | -- |
| Gobierno general excepto seguridad social | 100.0 | 100.0 | -- | -- |
| Fondos de seguridad social | 100.0 | -- | 100.0 | -- |
| Otros seguros privados | 100.0 | -- | -- | -- |
| Otras Industrias relacionadas con la salud | 100.0 | 43.2 | 47.0 | -- |
| Resto del Mundo | 100.0 | 10.5 | 31.5 | 0.5 |
| Gasto Total en Salud | 100.0 | 15.9 | 33.1 | 0.7 |

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: Principalmente del Sistema de Cuentas Nacionales de México, base 1993 y de los Censos Económicos 1999.

Cuadro 7.8.1
2° parte

| Financiación | | | BIENES Y SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD POR INDUSTRIA PROVEEDORA |
|--------------|--|-----------------|--|
| Privado | | Resto del Mundo | |
| Hogares | Instituciones sin Fines de Lucro que sirven a los Hogares | | |
| 15.2 | 1.0 | -- | Hospitales |
| 3.9 | 96.1 | -- | Atención medicalizada y residencial |
| 67.0 | 0.3 | -- | Servicios médicos de atención ambulatoria |
| 53.7 | 0.10 | -- | Consultorios médicos |
| 98.9 | ... | -- | Consultorios dentales |
| 95.6 | 1.8 | -- | Otros consultorios para el cuidado de la salud |
| 54.0 | 2.0 | -- | Centros de atención ambulatoria |
| 95.2 | 0.1 | -- | Laboratorio médico y de diagnóstico |
| 100.0 | -- | -- | Atención domiciliaria |
| 52.7 | 47.3 | -- | Demás proveedores de atención ambulatoria |
| 69.9 | 0.1 | 8.2 | Medicamentos y otros artículos médicos |
| 74.0 | 0.1 | 9.1 | Medicamentos |
| 100.0 | -- | -- | Lentes y otros productos ópticos |
| 100.0 | -- | -- | Equipo y aparatos ortopédicos |
| 21.8 | 0.3 | 0.7 | Otros productos |
| -- | -- | -- | Suministro y administración de programas de salud pública |
| 11.2 | -- | ... | Administración general de salud y seguros |
| -- | -- | -- | Gobierno general excepto seguridad social |
| -- | -- | -- | Fondos de seguridad social |
| 99.9 | -- | 0.1 | Otros seguros privados |
| -- | 9.8 | -- | Otras Industrias relacionadas con la salud |
| 57.5 | ... | -- | Resto del Mundo |
| 47.1 | 0.9 | 2.3 | Gasto Total en Salud |

GASTO EN SALUD POR FUNCIÓN Y FUENTE DE FINANCIACIÓN
Miles de pesos corrientes
Año 1998

Cuadro 7.9
1ª parte

| FUNCIÓN DE ASISTENCIA | Gasto Total en Salud | Fuente de | |
|---|----------------------|-------------------|-------------------|
| | | Sector Público | |
| | | Gobierno General | Seguridad Social |
| <i>Atención médica hospitalaria curativa y de rehabilitación</i> | 53,373,022 | 12,119,965 | 32,631,646 |
| Hospitales generales | 39,747,545 | 10,939,932 | 23,096,663 |
| Hospitales de salud mental y adicciones | 99,491 | 20,084 | -- |
| Hospitales de otras especialidades | 13,525,986 | 1,159,949 | 9,534,983 |
| <i>Servicios de atención de larga duración</i> | 513,622 | 47,420 | -- |
| <i>Atención médica ambulatoria</i> | 74,335,778 | 8,218,614 | 16,391,232 |
| Atención curativa y de rehabilitación | 74,311,067 | 8,218,614 | 16,391,232 |
| Servicios médicos y de diagnóstico básicos | 47,529,362 | 7,026,900 | 14,927,844 |
| Asistencia dental | 19,108,438 | -- | 209,519 |
| Atención médica especializada | 6,394,011 | 1,068,031 | 1,192,102 |
| Clínicas de especialidades | 6,175,621 | 856,782 | 1,192,102 |
| Centros de atención médica externa para enfermos mentales y adictos | 218,390 | 211,249 | -- |
| Otros servicios de asistencia ambulatoria | 1,093,816 | -- | -- |
| Clínicas de cirugía ambulatoria | 101,226 | -- | -- |
| Otros consultorios para el cuidado de la salud | 503,926 | -- | -- |
| Servicios asistenciales y comunitarios sin alojamiento | 488,664 | -- | -- |
| Rehabilitación a pacientes externos | 185,450 | 123,683 | 61,767 |
| Atención médica a domicilio | 24,709 | -- | -- |
| <i>Servicios auxiliares de atención de la salud</i> | 2,914,673 | -- | -- |
| <i>Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios</i> | 70,137,251 | 3,512,549 | 8,930,556 |
| Productos farmacéuticos y otros medicamentos no duraderos | 68,322,160 | 3,497,853 | 8,860,890 |
| Aparatos terapéuticos y otros productos duraderos | 1,815,091 | 14,696 | 69,666 |
| Lentes y otros productos relacionados con la visión | 477,214 | -- | -- |
| Aparatos ortopédicos y otras prótesis | 1,232,912 | -- | -- |
| Otros aparatos durables | 104,965 | 14,696 | 69,666 |
| BIENES Y SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD INDIVIDUAL | 201,274,344 | 23,898,548 | 57,953,434 |
| PRODUCTOS REQUERIDOS POR ACTIVIDADES MÉDICAS | 4,365,916 | 596,962 | 2,830,199 |
| SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y DE SALUD PÚBLICA | 4,456,809 | 3,623,679 | 827,432 |
| ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD Y SEGUROS | 23,711,017 | 6,599,672 | 14,272,856 |
| OTRAS INDUSTRIAS RELACIONADAS CON LA SALUD | 8,328,147 | 3,835,287 | 4,156,252 |
| Gasto Total en Salud | 242,136,233 | 38,554,148 | 80,040,173 |

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística. Geografía e Informática: Principalmente del Sistema de Cuentas Nacionales de México, base 1993 y de los Censos Económicos 1999.

Cuadro 7.9
2° parte

| Financiación | | | | FUNCIÓN DE ASISTENCIA |
|---------------------------|-------------|---|-----------------|---|
| Sector Privado | | | Resto del Mundo | |
| Sociedades no Financieras | Hogares | Instituciones sin Fines de Lucro que sirven a los Hogares | | |
| -- | 8,112,459 | 508,952 | -- | <i>Atención médica hospitalaria curativa y de rehabilitación</i> |
| -- | 5,493,657 | 217,293 | -- | Hospitales generales |
| -- | 76,415 | 2,992 | -- | Hospitales de salud mental y adicciones |
| -- | 2,542,387 | 288,667 | -- | Hospitales de otras especialidades |
| -- | 16,551 | 449,651 | -- | <i>Servicios de atención de larga duración</i> |
| -- | 49,052,657 | 673,273 | -- | <i>Atención médica ambulatoria</i> |
| -- | 49,027,948 | 673,273 | -- | Atención curativa y de rehabilitación |
| -- | 25,544,552 | 30,056 | -- | Servicios médicos y de diagnóstico básicos |
| -- | 18,895,120 | 3,799 | -- | Asistencia dental |
| -- | 4,094,961 | 38,917 | -- | Atención médica especializada |
| -- | 4,089,115 | 37,622 | -- | Clinicas de especialidades |
| -- | 5,846 | 1,295 | -- | Centros de atención médica externa para enfermos mentales y adictos |
| -- | 493,315 | 600,501 | -- | Otros servicios de asistencia ambulatoria |
| -- | -- | 101,226 | -- | Clinicas de cirugía ambulatoria |
| -- | 493,315 | 10,611 | -- | Otros consultorios para el cuidado de la salud |
| -- | -- | 488,664 | -- | Servicios asistenciales y comunitarios sin alojamiento |
| -- | -- | -- | -- | Rehabilitación a pacientes externos |
| -- | 24,709 | -- | -- | Atención médica a domicilio |
| 131,196 | 2,711,191 | 72,286 | -- | <i>Servicios auxiliares de atención de la salud</i> |
| 794,763 | 51,217,161 | 74,364 | 5,607,858 | <i>Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios</i> |
| 774,784 | 49,507,035 | 73,740 | 5,607,858 | Productos farmacéuticos y otros medicamentos no duraderos |
| 19,979 | 1,710,126 | 624 | -- | Aparatos terapéuticos y otros productos duraderos |
| -- | 477,214 | -- | -- | Lentes y otros productos relacionados con la visión |
| -- | 1,232,912 | -- | -- | Aparatos ortopédicos y otras prótesis |
| 19,979 | -- | 624 | -- | Otros aparatos durables |
| 925,959 | 111,110,019 | 1,778,526 | 5,607,858 | BIENES Y SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD INDIVIDUAL |
| 808,483 | 106,066 | 15,525 | 8,681 | PRODUCTOS REQUERIDOS POR ACTIVIDADES MÉDICAS |
| -- | 4,123 | 1,575 | -- | SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y DE SALUD PÚBLICA |
| -- | 2,835,616 | -- | 2,873 | ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD Y SEGUROS |
| -- | -- | 336,608 | -- | OTRAS INDUSTRIAS RELACIONADAS CON LA SALUD |
| 1,734,442 | 114,055,824 | 2,132,234 | 5,619,412 | Gasto Total en Salud |

GASTO EN SALUD POR FUNCIÓN Y FUENTE DE FINANCIACIÓN
Estructura porcentual
Año 1998

Cuadro 7.9.1
 1ª parte

| FUNCIÓN DE ASISTENCIA | Gasto Total en Salud | Fuente de | |
|---|----------------------|------------------|------------------|
| | | Sector Público | |
| | | Gobierno General | Seguridad Social |
| <i>Atención médica hospitalaria curativa y de rehabilitación</i> | 100.0 | 22.7 | 61.1 |
| Hospitales generales | 100.0 | 27.5 | 58.2 |
| Hospitales de salud mental y adicciones | 100.0 | 20.2 | -- |
| Hospitales de otras especialidades | 100.0 | 8.6 | 70.5 |
| <i>Servicios de atención de larga duración</i> | 100.0 | 9.2 | -- |
| <i>Atención médica ambulatoria</i> | 100.0 | 11.1 | 22.1 |
| Atención curativa y de rehabilitación | 100.0 | 11.1 | 22.1 |
| Servicios médicos y de diagnóstico básicos | 100.0 | 14.8 | 31.4 |
| Asistencia dental | 100.0 | -- | 1.1 |
| Atención médica especializada | 100.0 | 16.7 | 18.6 |
| Clínicas de especialidades | 100.0 | 13.9 | 19.3 |
| Centros de atención médica externa para enfermos mentales y adictos | 100.0 | 96.7 | -- |
| Otros servicios de asistencia ambulatoria | 100.0 | -- | -- |
| Clínicas de cirugía ambulatoria | 100.0 | -- | -- |
| Otros consultorios para el cuidado de la salud | 100.0 | -- | -- |
| Servicios asistenciales y comunitarios sin alojamiento | 100.0 | -- | -- |
| Rehabilitación a pacientes externos | 100.0 | 66.7 | 33.3 |
| Atención médica a domicilio | 100.0 | -- | -- |
| <i>Servicios auxiliares de atención de la salud</i> | 100.0 | -- | -- |
| <i>Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios</i> | 100.0 | 5.0 | 12.7 |
| Productos farmacéuticos y otros medicamentos no duraderos | 100.0 | 5.1 | 13.0 |
| Aparatos terapéuticos y otros productos duraderos | 100.0 | 0.8 | 3.8 |
| Lentes y otros productos relacionados con la visión | 100.0 | -- | -- |
| Aparatos ortopédicos y otras prótesis | 100.0 | -- | -- |
| Otros aparatos durables | 100.0 | 14.0 | 66.4 |
| BIENES Y SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD INDIVIDUAL | 100.0 | 11.9 | 28.8 |
| PRODUCTOS REQUERIDOS POR ACTIVIDADES MÉDICAS | 100.0 | 13.7 | 64.8 |
| SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y DE SALUD PÚBLICA | 100.0 | 81.3 | 18.6 |
| ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD Y SEGUROS | 100.0 | 27.8 | 60.2 |
| OTRAS INDUSTRIAS RELACIONADAS CON LA SALUD | 100.0 | 46.1 | 49.9 |
| Gasto Total en Salud | 100.0 | 15.9 | 33.1 |

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: Principalmente del Sistema de Cuentas Nacionales de México, base 1993 y de los Censos Económicos 1999.

Cuadro 7.9.1
2° parte

| Financiación | | | | FUNCIÓN DE ASISTENCIA |
|---------------------------|---------|---|-----------------|---|
| Sector Privado | | | Resto del Mundo | |
| Sociedades no Financieras | Hogares | Instituciones sin Fines de Lucro que sirven a los Hogares | | |
| -- | 15.2 | 1.0 | -- | <i>Atención médica hospitalaria curativa y de rehabilitación</i> |
| -- | 13.8 | 0.5 | -- | Hospitales generales |
| -- | 76.8 | 3.0 | -- | Hospitales de salud mental y adicciones |
| -- | 18.8 | 2.1 | -- | Hospitales de otras especialidades |
| -- | 3.2 | 87.6 | -- | <i>Servicios de atención de larga duración</i> |
| -- | 65.9 | 0.9 | -- | <i>Atención médica ambulatoria</i> |
| -- | 65.9 | 0.9 | -- | Atención curativa y de rehabilitación |
| -- | 53.7 | 0.10 | -- | Servicios médicos y de diagnóstico básicos |
| -- | 98.9 | ... | -- | Asistencia dental |
| -- | 63.9 | 0.6 | -- | Atención médica especializada |
| -- | 66.2 | 0.6 | -- | Clínicas de especialidades |
| -- | 2.7 | 0.6 | -- | Centros de atención médica externa para enfermos mentales y adictos |
| -- | 45.1 | 54.9 | -- | Otros servicios de asistencia ambulatoria |
| -- | -- | 100.0 | -- | Clínicas de cirugía ambulatoria |
| -- | 97.9 | 2.1 | -- | Otros consultorios para el cuidado de la salud |
| -- | -- | 100.0 | -- | Servicios asistenciales y comunitarios sin alojamiento |
| -- | -- | -- | -- | Rehabilitación a pacientes externos |
| -- | 100.0 | -- | -- | Atención médica a domicilio |
| 4.5 | 93.0 | 2.5 | -- | <i>Servicios auxiliares de atención de la salud</i> |
| 1.1 | 73.1 | 0.1 | 8.0 | <i>Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios</i> |
| 1.1 | 72.5 | 0.1 | 8.2 | Productos farmacéuticos y otros medicamentos no duraderos |
| 1.1 | 94.3 | ... | -- | Aparatos terapéuticos y otros productos duraderos |
| -- | 100.0 | -- | -- | Lentes y otros productos relacionados con la visión |
| -- | 100.0 | -- | -- | Aparatos ortopédicos y otras prótesis |
| 19.0 | -- | 0.6 | -- | Otros aparatos durables |
| 0.5 | 55.1 | 0.9 | 2.8 | BIENES Y SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD INDIVIDUAL |
| 18.5 | 2.4 | 0.4 | 0.2 | PRODUCTOS REQUERIDOS POR ACTIVIDADES MÉDICAS |
| -- | 0.1 | ... | -- | SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y DE SALUD PÚBLICA |
| -- | 12.0 | -- | ... | ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD Y SEGUROS |
| -- | -- | 4.0 | -- | OTRAS INDUSTRIAS RELACIONADAS CON LA SALUD |
| 0.7 | 47.1 | 0.9 | 2.3 | Gasto Total en Salud |

GASTO EN SALUD POR FUNCIÓN Y FUENTE DE FINANCIACIÓN
Estructura porcentual
Año 1998

Cuadro 7.9.2
 1ª parte

| FUNCIÓN DE ASISTENCIA | Gasto Total en Salud | Fuente de Sector Público | |
|---|----------------------|--------------------------|------------------|
| | | Gobierno General | Seguridad Social |
| <i>Atención médica hospitalaria curativa y de rehabilitación</i> | 22.1 | 31.7 | 40.7 |
| Hospitales generales | 16.4 | 28.6 | 28.8 |
| Hospitales de salud mental y adicciones | ... | 0.1 | -- |
| Hospitales de otras especialidades | 5.6 | 3.0 | 11.9 |
| <i>Servicios de atención de larga duración</i> | 0.1 | 0.1 | -- |
| <i>Atención médica ambulatoria</i> | 30.7 | 21.2 | 20.6 |
| Atención curativa y de rehabilitación | 30.7 | 21.2 | 20.6 |
| Servicios médicos y de diagnóstico básicos | 19.6 | 18.2 | 18.7 |
| Asistencia dental | 7.9 | -- | 0.3 |
| Atención médica especializada | 2.7 | 2.7 | 1.5 |
| Clínicas de especialidades | 2.6 | 2.2 | 1.5 |
| Centros de atención médica externa para enfermos mentales y adictos | 0.1 | 0.5 | -- |
| Otros servicios de asistencia ambulatoria | 0.4 | -- | -- |
| Clínicas de cirugía ambulatoria | ... | -- | -- |
| Otros consultorios para el cuidado de la salud | 0.2 | -- | -- |
| Servicios asistenciales y comunitarios sin alojamiento | 0.2 | -- | -- |
| Rehabilitación a pacientes externos | 0.1 | 0.3 | 0.1 |
| Atención médica a domicilio | ... | -- | -- |
| <i>Servicios auxiliares de atención de la salud</i> | 1.2 | -- | -- |
| <i>Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios</i> | 29.1 | 9.1 | 11.2 |
| Productos farmacéuticos y otros medicamentos no duraderos | 28.4 | 9.1 | 11.1 |
| Aparatos terapéuticos y otros productos duraderos | 0.7 | ... | 0.1 |
| Lentes y otros productos relacionados con la visión | 0.2 | -- | -- |
| Aparatos ortopédicos y otras prótesis | 0.5 | -- | -- |
| Otros aparatos durables | -- | -- | 0.1 |
| BIENES Y SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD INDIVIDUAL | 83.2 | 62.1 | 72.5 |
| PRODUCTOS REQUERIDOS POR ACTIVIDADES MÉDICAS | 1.8 | 1.5 | 3.5 |
| SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y DE SALUD PÚBLICA | 1.8 | 9.4 | 1.0 |
| ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD Y SEGUROS | 9.8 | 17.1 | 17.8 |
| OTRAS INDUSTRIAS RELACIONADAS CON LA SALUD | 3.4 | 9.9 | 5.2 |
| Gasto Total en Salud | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: Principalmente del Sistema de Cuentas Nacionales de México, base 1993 y de los Censos Económicos 1999

Cuadro 7.9.2
2ª parte

| Financiación | | | | FUNCIÓN DE ASISTENCIA |
|---------------------------|---------|---|-----------------|---|
| Sector Privado | | | Resto del Mundo | |
| Sociedades no Financieras | Hogares | Instituciones sin Fines de Lucro que sirven a los Hogares | | |
| -- | 7.1 | 23.8 | -- | <i>Atención médica hospitalaria curativa y de rehabilitación</i> |
| -- | 4.8 | 10.2 | -- | Hospitales generales |
| -- | 0.1 | 0.1 | -- | Hospitales de salud mental y adicciones |
| -- | 2.2 | 13.5 | -- | Hospitales de otras especialidades |
| -- | ... | 21.1 | -- | <i>Servicios de atención de larga duración</i> |
| -- | 43.0 | 31.6 | -- | <i>Atención médica ambulatoria</i> |
| -- | 43.0 | 31.6 | -- | Atención curativa y de rehabilitación |
| -- | 22.4 | 1.4 | -- | Servicios médicos y de diagnóstico básicos |
| -- | 16.6 | 0.2 | -- | Asistencia dental |
| -- | 3.6 | 1.9 | -- | Atención médica especializada |
| -- | 3.6 | 1.8 | -- | Clínicas de especialidades |
| -- | ... | 0.1 | -- | Centros de atención médica externa para enfermos mentales y adictos |
| -- | 0.4 | 28.1 | -- | Otros servicios de asistencia ambulatoria |
| -- | -- | 4.7 | -- | Clínicas de cirugía ambulatoria |
| -- | 0.4 | 0.5 | -- | Otros consultorios para el cuidado de la salud |
| -- | -- | 22.9 | -- | Servicios asistenciales y comunitarios sin alojamiento |
| -- | -- | -- | -- | Rehabilitación a pacientes externos |
| -- | ... | -- | -- | Atención médica a domicilio |
| 7.6 | 2.4 | 3.4 | -- | <i>Servicios auxiliares de atención de la salud</i> |
| 45.9 | 44.9 | 3.5 | 99.7 | <i>Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios</i> |
| 44.7 | 43.4 | 3.5 | 99.7 | Productos farmacéuticos y otros medicamentos no duraderos |
| 1.2 | 1.5 | ... | -- | Aparatos terapéuticos y otros productos duraderos |
| -- | 0.4 | -- | -- | Lentes y otros productos relacionados con la visión |
| -- | 1.1 | -- | -- | Aparatos ortopédicos y otras prótesis |
| 1.2 | ... | -- | -- | Otros aparatos durables |
| 53.5 | 97.4 | 83.4 | 99.7 | BIENES Y SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD INDIVIDUAL |
| 46.5 | 0.1 | 0.7 | 0.2 | PRODUCTOS REQUERIDOS POR ACTIVIDADES MÉDICAS |
| -- | ... | 0.1 | -- | SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y DE SALUD PÚBLICA |
| -- | 2.5 | -- | 0.1 | ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD Y SEGUROS |
| -- | -- | 15.8 | -- | OTRAS INDUSTRIAS RELACIONADAS CON LA SALUD |
| 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | Gasto Total en Salud |

GASTO TOTAL EN SALUD, INCLUYENDO FUNCIONES RELACIONADAS

Miles de pesos corrientes

Año 1998

Cuadro 7.10

| FUNCIÓN | Gasto Total en Salud | Sector Público | | Sector Privado | | | Resto del Mundo |
|--|----------------------|-------------------|-------------------|---------------------------|--------------------|---|------------------|
| | | Gobierno General | Seguridad Social | Sociedades no Financieras | Hogares | Instituciones sin Fines de Lucro que sirven a los Hogares | |
| Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación | 127,708,798 | 20,338,579 | 49,022,878 | -- | 57,165,116 | 1,182,225 | -- |
| Servicios de atención de larga duración | 513,622 | 47,420 | -- | -- | 16,551 | 449,651 | -- |
| Servicios auxiliares de atención | 2,914,673 | -- | -- | 131,196 | 2,711,191 | 72,286 | -- |
| Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios | 70,137,251 | 3,512,549 | 8,930,556 | 794,763 | 51,217,161 | 74,364 | 5,607,858 |
| Productos farmacéuticos y otros medicamentos no duraderos | 68,322,160 | 3,497,853 | 8,860,890 | 774,784 | 49,507,035 | 73,740 | 5,607,858 |
| Aparatos terapéuticos y otros productos duraderos | 1,815,091 | 14,696 | 69,666 | 19,979 | 1,710,126 | 624 | -- |
| Bienes y servicios para la atención de la salud individual | 201,274,344 | 23,898,548 | 57,953,434 | 925,959 | 111,110,019 | 1,778,526 | 5,607,858 |
| Servicios de prevención y de salud pública | 4,456,809 | 3,623,679 | 827,432 | -- | 4,123 | 1,575 | -- |
| Administración de la salud y seguros | 23,711,017 | 6,599,672 | 14,272,856 | -- | 2,835,616 | -- | 2,873 |
| Otras Industrias relacionadas con la Salud | 5,349,686 | 2,399,633 | 2,792,523 | -- | -- | 157,530 | -- |
| Productos requeridos por actividades médicas | 4,365,916 | 596,962 | 2,830,199 | 808,483 | 106,066 | 15,525 | 8,681 |
| Gasto Corriente Total en Salud | 239,157,772 | 37,118,494 | 78,676,444 | 1,734,442 | 114,055,824 | 1,953,156 | 5,619,412 |
| Formación Bruta de Capital Fijo | 10,657,098 | 1,626,750 | 2,870,147 | 6,030,953 | -- | 129,248 | -- |
| Gasto Total en Salud | 249,814,870 | 38,745,244 | 81,546,591 | 7,765,395 | 114,055,824 | 2,082,404 | 5,619,412 |
| <i>Partidas de memorándum: funciones relacionadas con la salud</i> | <i>2,978,461</i> | <i>1,435,654</i> | <i>1,363,729</i> | <i>--</i> | <i>--</i> | <i>179,078</i> | <i>--</i> |
| Formación del personal en salud | 2,017,110 | 735,895 | 1,281,215 | -- | -- | -- | -- |
| Investigación y desarrollo en salud | 893,968 | 632,376 | 82,514 | -- | -- | 179,078 | -- |
| Control de alimentos y del agua potable | 25,328 | 25,328 | -- | -- | -- | -- | -- |
| Salud ambiental | 42,055 | 42,055 | -- | -- | -- | -- | -- |
| Gasto Total en Salud incluyendo Funciones Relacionadas | 252,793,331 | 40,180,898 | 82,910,320 | 7,765,395 | 114,055,824 | 2,261,482 | 5,619,412 |

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: Principalmente del Sistema de Cuentas Nacionales de México, base 1993 y de los Censos Económicos 1999.

GASTO TOTAL EN SALUD, INCLUYENDO FUNCIONES RELACIONADAS
Estructura porcentual
Año 1998

Cuadro 7.10.1

| FUNCIÓN | Gasto Total en Salud | Sector Público | | Sector Privado | | | Resto del Mundo |
|--|----------------------|------------------|------------------|---------------------------|---------|---|-----------------|
| | | Gobierno General | Seguridad Social | Sociedades no Financieras | Hogares | Instituciones sin Fines de Lucro que sirven a los Hogares | |
| Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación | 100.0 | 15.9 | 38.4 | -- | 44.8 | 0.9 | -- |
| Servicios de atención de larga duración | 100.0 | 9.2 | -- | -- | 3.2 | 87.6 | -- |
| Servicios auxiliares de atención | 100.0 | -- | -- | 4.5 | 93.0 | 2.5 | -- |
| Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios | 100.0 | 5.0 | 12.7 | 1.1 | 73.1 | 0.1 | 8.0 |
| Productos farmacéuticos y otros medicamentos no duraderos | 100.0 | 5.1 | 13.0 | 1.1 | 72.5 | 0.1 | 8.2 |
| Aparatos terapéuticos y otros productos duraderos | 100.0 | 0.8 | 3.8 | 1.1 | 94.3 | ... | -- |
| Bienes y servicios para la atención de la salud individual | 100.0 | 11.9 | 28.8 | 0.5 | 55.1 | 0.9 | 2.8 |
| Servicios de prevención y de salud pública | 100.0 | 81.3 | 18.6 | -- | 0.1 | ... | -- |
| Administración de la salud y seguros | 100.0 | 27.8 | 60.2 | -- | 12.0 | -- | ... |
| Otras Industrias relacionadas con la Salud | 100.0 | 44.9 | 52.2 | -- | -- | 2.9 | -- |
| Productos requeridos por actividades médicas | 100.0 | 13.7 | 64.8 | 18.5 | 2.4 | 0.4 | 0.2 |
| Gasto Corriente Total en Salud | 100.0 | 15.5 | 32.9 | 0.7 | 47.8 | 0.8 | 2.3 |
| Formación Bruta de Capital Fijo | 100.0 | 15.3 | 26.9 | 56.6 | -- | 1.2 | -- |
| Gasto Total en Salud | 100.0 | 15.5 | 32.6 | 3.1 | 45.8 | 0.8 | 2.2 |
| <i>Partidas de memorándum: funciones relacionadas con la salud</i> | 100.0 | 48.2 | 45.8 | -- | -- | 6.0 | -- |
| Formación del personal en salud | 100.0 | 36.5 | 63.5 | -- | -- | -- | -- |
| Investigación y desarrollo en salud | 100.0 | 70.8 | 9.2 | -- | -- | 20.0 | -- |
| Control de alimentos y del agua potable | 100.0 | 100.0 | -- | -- | -- | -- | -- |
| Salud ambiental | 100.0 | 100.0 | -- | -- | -- | -- | -- |
| Gasto Total en Salud incluyendo Funciones Relacionadas | 100.0 | 15.9 | 32.8 | 3.1 | 45.1 | 0.9 | 2.2 |

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: Principalmente del Sistema de Cuentas Nacionales de México, base 1993 y de los Censos Económicos 1999.

GASTO TOTAL EN SALUD, INCLUYENDO FUNCIONES RELACIONADAS**Estructura porcentual****Año 1998**

Cuadro 7.10.2

| FUNCIÓN | Gasto Total en Salud | Sector Público | | Sector Privado | | | Resto del Mundo |
|--|----------------------|------------------|------------------|---------------------------|--------------|---|-----------------|
| | | Gobierno General | Seguridad Social | Sociedades no Financieras | Hogares | Instituciones sin Fines de Lucro que sirven a los Hogares | |
| Servicios de asistencia curativa y de rehabilitación | 50.5 | 50.7 | 59.1 | -- | 50.1 | 52.3 | -- |
| Servicios de atención de larga duración | 0.2 | 0.1 | -- | -- | ... | 19.9 | -- |
| Servicios auxiliares de atención | 1.2 | -- | -- | 1.7 | 2.4 | 3.1 | -- |
| Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios | 27.7 | 8.7 | 10.8 | 10.2 | 44.9 | 3.3 | 99.7 |
| Productos farmacéuticos y otros medicamentos no duraderos | 27.0 | 8.7 | 10.7 | 9.9 | 43.4 | 3.3 | 99.7 |
| Aparatos terapéuticos y otros productos duraderos | 0.7 | ... | 0.1 | 0.3 | 1.5 | ... | -- |
| Bienes y servicios para la atención de la salud individual | 79.6 | 59.5 | 69.9 | 11.9 | 97.4 | 78.6 | 99.7 |
| Servicios de prevención y de salud pública | 1.8 | 9.0 | 1.0 | -- | ... | 0.1 | -- |
| Administración de la salud y seguros | 9.4 | 16.4 | 17.2 | -- | 2.5 | -- | 0.1 |
| Otras Industrias relacionadas con la Salud | 2.1 | 6.0 | 3.4 | -- | -- | 7.0 | -- |
| Productos requeridos por actividades médicas | 1.7 | 1.5 | 3.4 | 10.4 | 0.1 | 0.7 | 0.2 |
| Gasto Corriente Total en Salud | 94.6 | 92.4 | 94.9 | 22.3 | 100.0 | 86.4 | 100.0 |
| Formación Bruta de Capital Fijo | 4.2 | 4.0 | 3.5 | 77.7 | -- | 5.7 | -- |
| Gasto Total en Salud | 98.8 | 96.4 | 98.4 | 100.0 | 100.0 | 92.1 | 100.0 |
| <i>Partidas de memorándum: funciones relacionadas con la salud</i> | 1.2 | 3.6 | 1.6 | -- | -- | 7.9 | -- |
| Formación del personal en salud | 0.8 | 1.8 | 1.5 | -- | -- | -- | -- |
| Investigación y desarrollo en salud | 0.4 | 1.6 | 0.1 | -- | -- | 7.9 | -- |
| Control de alimentos y del agua potable | ... | 0.1 | -- | -- | -- | -- | -- |
| Salud ambiental | ... | 0.1 | -- | -- | -- | -- | -- |
| Gasto Total en Salud incluyendo Funciones Relacionadas | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: Principalmente del Sistema de Cuentas Nacionales de México, base 1993 y de los Censos Económicos 1999.

FORMACIÓN BRUTA DE CAPITAL FIJO TOTAL, PRECIOS COMPRADOR
Miles de pesos corrientes
Año 1998

Cuadro 7.11

| CONCEPTO | Formación Bruta de Capital Fijo | Construcciones e Instalaciones | Maquinaria y Equipo |
|--|---------------------------------|--------------------------------|---------------------|
| TOTAL | 10,657,098 | 5,854,974 | 4,802,124 |
| Bienes y Servicios Característicos | 9,496,518 | 5,175,537 | 4,320,981 |
| <i>Bienes</i> | <i>1,952,843</i> | <i>698,216</i> | <i>1,254,627</i> |
| Medicamentos | 1,801,036 | 618,776 | 1,182,260 |
| Lentes y otros productos ópticos | 19,021 | 7,192 | 11,829 |
| Equipo y aparatos ortopédicos | 132,786 | 72,248 | 60,538 |
| <i>Servicios</i> | <i>7,543,675</i> | <i>4,477,321</i> | <i>3,066,354</i> |
| Hospitales | 5,674,756 | 3,425,245 | 2,249,511 |
| Generales | 4,899,973 | 2,972,980 | 1,926,993 |
| Salud mental y adicciones | 240 | 120 | 120 |
| Especialidades médicas | 774,543 | 452,145 | 322,398 |
| Atención medicalizada y residencial | 37,827 | 31,481 | 6,346 |
| Atención ambulatoria | 1,493,940 | 929,281 | 564,659 |
| Consultorios médicos | 1,178,445 | 768,254 | 410,191 |
| Consultorios dentales | 64,468 | 42,108 | 22,360 |
| Otros consultorios | 23,576 | 15,264 | 8,312 |
| Centros de atención ambulatoria | 198,771 | 86,202 | 112,569 |
| Planificación familiar | 39,906 | 27,620 | 12,286 |
| Salud mental y adicciones | 1,687 | 632 | 1,055 |
| Clínicas de cirugía ambulatoria | 1,442 | 843 | 599 |
| Clínicas de especialidades | 155,736 | 57,107 | 98,629 |
| Otros centros integrados de atención | -- | -- | -- |
| Atención domiciliaria | -- | -- | -- |
| Laboratorio médico y de diagnóstico | 23,869 | 14,322 | 9,547 |
| Otros proveedores de atención ambulatoria | 4,811 | 3,131 | 1,680 |
| Servicios de ambulancia | 553 | 347 | 206 |
| Bancos de sangre y órganos | 4,258 | 2,784 | 1,474 |
| Suministro y administración de programas de salud pública | 337,152 | 91,314 | 245,838 |
| Bienes Conexos | 483,823 | 194,109 | 289,714 |
| Materiales y suministros médicos diversos | 483,823 | 194,109 | 289,714 |
| Otras Industrias Relacionadas con la Salud | 676,757 | 485,328 | 191,429 |
| <i>Administración general de salud y seguros</i> | <i>485,121</i> | <i>329,788</i> | <i>155,333</i> |
| Gobierno general excepto seguridad social | 402,221 | 274,894 | 127,327 |
| Fondos de seguridad social | 31,828 | 10,243 | 21,585 |
| Otros seguros privados | 51,072 | 44,651 | 6,421 |
| <i>Otras industrias</i> | <i>191,636</i> | <i>155,540</i> | <i>36,096</i> |

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: Principalmente del Sistema de Cuentas Nacionales de México, base 1993 y de los Censos Económicos 1999.

FORMACIÓN BRUTA DE CAPITAL FIJO POR SECTOR, PRECIOS COMPRADOR
Miles de pesos corrientes
Año 1998

Cuadro 7.12

| CONCEPTO | TOTAL | Sector Público | | Sector Privado | |
|--|-------------------|------------------|------------------|---------------------------|---|
| | | Gobierno General | Seguridad Social | Sociedades no Financieras | Instituciones sin Fines de Lucro que sirven a los Hogares |
| TOTAL | 10,657,098 | 1,626,750 | 2,870,147 | 6,030,953 | 129,248 |
| Bienes y Servicios Característicos | 9,496,518 | 1,203,502 | 2,711,894 | 5,496,058 | 85,064 |
| <i>Bienes</i> | <i>1,952,843</i> | -- | -- | <i>1,952,843</i> | -- |
| Medicamentos | 1,801,036 | -- | -- | 1,801,036 | -- |
| Lentes y otros productos ópticos | 19,021 | -- | -- | 19,021 | -- |
| Equipo y aparatos ortopédicos | 132,786 | -- | -- | 132,786 | -- |
| <i>Servicios</i> | <i>7,543,675</i> | <i>1,203,502</i> | <i>2,711,894</i> | <i>3,543,215</i> | <i>85,064</i> |
| Hospitales | 5,674,756 | 486,946 | 1,850,081 | 3,299,943 | 37,786 |
| Generales | 4,899,973 | 355,461 | 1,345,745 | 3,191,449 | 7,318 |
| Salud mental y adicciones | 240 | -- | -- | 240 | -- |
| Especialidades médicas | 774,543 | 131,485 | 504,336 | 108,254 | 30,468 |
| Atención medicalizada y residencial | 37,827 | -- | -- | 623 | 37,204 |
| Atención ambulatoria | 1,493,940 | 382,255 | 858,962 | 242,649 | 10,074 |
| Consultorios médicos | 1,178,445 | 332,872 | 795,134 | 47,843 | 2,596 |
| Consultorios dentales | 64,468 | -- | -- | 63,953 | 515 |
| Otros consultorios | 23,576 | 505 | -- | 22,720 | 351 |
| Centros de atención ambulatoria | 198,771 | 48,878 | 63,828 | 80,006 | 6,059 |
| Planificación familiar | 39,906 | -- | 39,906 | -- | -- |
| Salud mental y adicciones | 1,687 | 1,687 | -- | -- | -- |
| Clínicas de cirugía ambulatoria | 1,442 | -- | -- | -- | 1,442 |
| Clínicas de especialidades | 155,736 | 47,191 | 23,922 | 80,006 | 4,617 |
| Atención domiciliaria | -- | -- | -- | -- | -- |
| Laboratorio médico y de diagnóstico | 23,869 | -- | -- | 23,869 | -- |
| Otros proveedores de atención ambulatoria | 4,811 | -- | -- | 4,258 | 553 |
| Servicios de ambulancia | 553 | -- | -- | -- | 553 |
| Bancos de sangre y órganos | 4,258 | -- | -- | 4,258 | -- |
| Suministro y administración de programas de salud pública | 337,152 | 334,301 | 2,851 | -- | -- |
| Bienes Conexos | 483,823 | -- | -- | 483,823 | -- |
| Materiales y suministros médicos diversos | 483,823 | -- | -- | 483,823 | -- |
| Otras Industrias Relacionadas con la Salud | 676,757 | 423,248 | 158,253 | 51,072 | 44,184 |
| <i>Administración general de salud y seguros</i> | <i>485,121</i> | <i>402,221</i> | <i>31,828</i> | <i>51,072</i> | -- |
| Gobierno general excepto seguridad social | 402,221 | 402,221 | -- | -- | -- |
| Fondos de seguridad social | 31,828 | -- | 31,828 | -- | -- |
| Otros seguros privados | 51,072 | -- | -- | 51,072 | -- |
| <i>Otras Industrias</i> | <i>191,636</i> | <i>21,027</i> | <i>126,425</i> | -- | <i>44,184</i> |

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática; Principalmente del Sistema de Cuentas Nacionales de México, base 1993 y de los Censos Económicos 1999.

Cuenta de Producción por Tipo de Bienes y Servicios

Miles de pesos corrientes

Año 1998

Cuadro 7.13

| CONCEPTO | VALOR BRUTO DE PRODUCCIÓN (precios básicos) | CONSUMO INTERMEDIO (precios comprador) | VALOR AGREGADO BRUTO (precios básicos) | REMUNERACIÓN DE ASALARIADOS | IMPUESTOS SOBRE LA PRODUCCIÓN NETOS DE SUBSIDIOS | EXCEDENTE BRUTO DE EXPLOTACIÓN |
|---|---|--|--|-----------------------------|--|--------------------------------|
| TOTAL | 234,761,963 | 80,839,048 | 153,922,915 | 79,707,633 | 535,984 | 73,679,298 |
| Bienes y Servicios Característicos | 181,830,625 | 60,936,381 | 120,894,244 | 59,313,529 | 288,669 | 61,292,046 |
| <i>Bienes</i> | <i>47,165,941</i> | <i>23,436,101</i> | <i>23,729,840</i> | <i>7,029,305</i> | <i>91,005</i> | <i>16,609,530</i> |
| Medicamentos | 46,061,921 | 22,563,506 | 23,498,415 | 6,843,895 | 87,141 | 16,567,379 |
| Lentes y otros productos ópticos | 308,079 | 222,356 | 85,723 | 75,536 | 1,078 | 9,109 |
| Equipo y aparatos ortopédicos | 795,941 | 650,239 | 145,702 | 109,874 | 2,786 | 33,042 |
| <i>Servicios</i> | <i>134,664,684</i> | <i>37,500,280</i> | <i>97,164,404</i> | <i>52,284,224</i> | <i>197,664</i> | <i>44,682,516</i> |
| <i>Hospitales</i> | <i>53,229,580</i> | <i>17,697,227</i> | <i>35,532,353</i> | <i>31,384,344</i> | <i>131,538</i> | <i>4,016,471</i> |
| Generales | 39,650,408 | 11,950,099 | 27,700,309 | 24,247,268 | 100,769 | 3,352,272 |
| Salud mental y adicciones | 98,140 | 34,719 | 63,421 | 52,415 | 393 | 10,613 |
| Especialidades médicas | 13,481,032 | 5,712,409 | 7,768,623 | 7,084,661 | 30,376 | 653,586 |
| Atención medicalizada y residencial | 427,446 | 279,376 | 148,070 | 141,129 | 34 | 6,907 |
| Atención ambulatoria | 77,073,249 | 17,746,886 | 59,326,363 | 18,616,058 | 51,167 | 40,659,138 |
| Consultorios médicos | 47,506,931 | 9,875,961 | 37,630,970 | 15,082,044 | 27,254 | 22,521,672 |
| Consultorios dentales | 19,064,027 | 3,617,033 | 15,446,994 | 416,049 | 5,307 | 15,025,638 |
| Otros consultorios | 1,029,656 | 371,776 | 657,880 | 143,386 | 2,064 | 512,430 |
| Centros de atención ambulatoria | 6,583,949 | 2,367,586 | 4,216,363 | 2,410,106 | 10,627 | 1,795,630 |
| Planificación familiar | 522,327 | 151,602 | 370,725 | 367,560 | 222 | 2,943 |
| Salud mental y adicciones | 218,287 | 42,705 | 175,582 | 166,368 | 420 | 8,794 |
| Clínicas de cirugía ambulatoria | 101,226 | 72,676 | 28,550 | 28,550 | -- | -- |
| Clínicas de especialidades | 5,742,109 | 2,100,603 | 3,641,506 | 1,847,628 | 9,985 | 1,783,893 |
| Atención domiciliaria | 24,272 | 15,699 | 8,573 | 3,688 | 51 | 4,834 |
| Laboratorio médico y de diagnóstico | 2,716,267 | 1,415,946 | 1,300,321 | 515,388 | 5,701 | 779,232 |
| Otros proveedores de atención ambulatoria | 148,147 | 82,885 | 65,262 | 45,387 | 163 | 19,702 |
| Servicios de ambulancia | 69,950 | 37,277 | 32,673 | 32,673 | -- | -- |
| Bancos de sangre y órganos | 78,197 | 45,608 | 32,589 | 12,724 | 163 | 19,702 |
| Suministro y administración de programas de salud pública | 3,934,409 | 1,776,791 | 2,157,618 | 2,142,693 | 14,925 | -- |
| Bienes y Servicios Conexos | 20,578,000 | 6,816,194 | 13,761,806 | 2,895,361 | 28,958 | 10,837,487 |
| <i>Bienes</i> | <i>3,962,947</i> | <i>2,662,431</i> | <i>1,300,516</i> | <i>469,563</i> | <i>12,343</i> | <i>818,610</i> |
| Materiales y suministros médicos diversos | 3,962,947 | 2,662,431 | 1,300,516 | 469,563 | 12,343 | 818,610 |
| <i>Servicios</i> | <i>16,615,053</i> | <i>4,153,763</i> | <i>12,461,290</i> | <i>2,425,798</i> | <i>16,615</i> | <i>10,018,877</i> |
| Comercio | 16,615,053 | 4,153,763 | 12,461,290 | 2,425,798 | 16,615 | 10,018,877 |
| Otras Industrias Relacionadas con la Salud | 32,353,338 | 13,086,473 | 19,266,865 | 17,498,743 | 218,357 | 1,549,765 |
| <i>Administración general de salud y seguros</i> | <i>23,518,027</i> | <i>9,719,157</i> | <i>13,798,870</i> | <i>12,176,887</i> | <i>187,455</i> | <i>1,434,528</i> |
| Gobierno general excepto seguridad social | 6,667,055 | 1,097,325 | 5,569,730 | 5,486,977 | 64,454 | 18,299 |
| Fondos de seguridad social | 14,272,856 | 7,463,821 | 6,809,035 | 6,293,934 | 105,462 | 409,639 |
| Otros seguros privados | 2,578,116 | 1,158,011 | 1,420,105 | 395,976 | 17,539 | 1,006,590 |
| <i>Otras Industrias</i> | <i>8,835,311</i> | <i>3,367,316</i> | <i>5,467,995</i> | <i>5,321,856</i> | <i>30,902</i> | <i>115,237</i> |

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: Principalmente del Sistema de Cuentas Nacionales de México, base 1993 y de los Censos Económicos 1999.

CUENTA DE PRODUCCIÓN POR TIPO DE BIENES Y SERVICIOS
Estructura porcentual
Año 1998

Cuadro 7.13.1

| CONCEPTO | VALOR BRUTO DE PRODUCCIÓN (precios básicos) | CONSUMO INTERMEDIO (precios comprador) | VALOR AGREGADO BRUTO (precios básicos) | REMUNERACIÓN DE ASALARIADOS | IMPUESTOS SOBRE LA PRODUCCIÓN NETOS DE SUBSIDIOS | EXCEDENTE BRUTO DE EXPLOTACIÓN |
|--|---|--|--|-----------------------------|--|--------------------------------|
| TOTAL | 100.0 | 34.4 | 65.6 | 34.0 | 0.2 | 31.4 |
| Bienes y Servicios Característicos | 100.0 | 33.5 | 66.5 | 32.6 | 0.2 | 33.7 |
| <i>Bienes</i> | <i>100.0</i> | <i>49.7</i> | <i>50.3</i> | <i>14.9</i> | <i>0.2</i> | <i>35.2</i> |
| Medicamentos | 100.0 | 49.0 | 51.0 | 14.9 | 0.2 | 35.9 |
| Lentes y otros productos ópticos | 100.0 | 72.2 | 27.8 | 24.5 | 0.3 | 3.0 |
| Equipo y aparatos ortopédicos | 100.0 | 81.7 | 18.3 | 13.7 | 0.4 | 4.2 |
| <i>Servicios</i> | <i>100.0</i> | <i>27.8</i> | <i>72.2</i> | <i>38.9</i> | <i>0.1</i> | <i>33.2</i> |
| Hospitales | 100.0 | 33.2 | 66.8 | 59.1 | 0.2 | 7.5 |
| Generales | 100.0 | 30.1 | 69.9 | 61.1 | 0.3 | 8.5 |
| Salud mental y adicciones | 100.0 | 35.4 | 64.6 | 53.4 | 0.4 | 10.8 |
| Especialidades médicas | 100.0 | 42.4 | 57.6 | 52.6 | 0.2 | 4.8 |
| Atención medicalizada y residencial | 100.0 | 65.4 | 34.6 | 33.0 | ... | 1.6 |
| Atención ambulatoria | 100.0 | 23.0 | 77.0 | 24.2 | 0.1 | 52.7 |
| Consultorios médicos | 100.0 | 20.8 | 79.2 | 31.7 | 0.1 | 47.4 |
| Consultorios dentales | 100.0 | 19.0 | 81.0 | 2.2 | -- | 78.8 |
| Otros consultorios | 100.0 | 36.1 | 63.9 | 13.9 | 0.2 | 49.8 |
| Centros de atención ambulatoria | 100.0 | 36.0 | 64.0 | 36.5 | 0.2 | 27.3 |
| Planificación familiar | 100.0 | 29.0 | 71.0 | 70.4 | ... | 0.6 |
| Salud mental y adicciones | 100.0 | 19.6 | 80.4 | 76.2 | 0.2 | 4.0 |
| Clínicas de cirugía ambulatoria | 100.0 | 71.8 | 28.2 | 28.2 | -- | -- |
| Clínicas de especialidades | 100.0 | 36.6 | 63.4 | 32.1 | 0.2 | 31.1 |
| Atención domiciliaria | 100.0 | 64.7 | 35.3 | 15.2 | 0.2 | 19.9 |
| Laboratorio médico y de diagnóstico | 100.0 | 52.1 | 47.9 | 19.0 | 0.2 | 28.7 |
| Otros proveedores de atención ambulatoria | 100.0 | 55.9 | 44.1 | 30.7 | 0.1 | 13.3 |
| Servicios de ambulancia | 100.0 | 53.3 | 46.7 | 46.7 | -- | -- |
| Bancos de sangre y órganos | 100.0 | 58.3 | 41.7 | 16.3 | 0.2 | 25.2 |
| Suministro y administración de programas de salud pública | 100.0 | 45.2 | 54.8 | 54.4 | 0.4 | -- |
| Bienes y Servicios Conexos | 100.0 | 33.1 | 66.9 | 14.1 | 0.1 | 52.7 |
| <i>Bienes</i> | <i>100.0</i> | <i>67.2</i> | <i>32.8</i> | <i>11.8</i> | <i>0.3</i> | <i>20.7</i> |
| Materiales y suministros médicos diversos | 100.0 | 67.2 | 32.8 | 11.8 | 0.3 | 20.7 |
| <i>Servicios</i> | <i>100.0</i> | <i>25.0</i> | <i>75.0</i> | <i>14.6</i> | <i>0.1</i> | <i>60.3</i> |
| Comercio | 100.0 | 25.0 | 75.0 | 14.6 | 0.1 | 60.3 |
| Otras Industrias Relacionadas con la Salud | 100.0 | 40.4 | 59.6 | 54.1 | 0.7 | 4.8 |
| Administración general de salud y seguros | 100.0 | 41.3 | 58.7 | 51.8 | 0.8 | 6.1 |
| Gobierno general excepto seguridad social | 100.0 | 16.5 | 83.5 | 82.2 | 1.0 | 0.3 |
| Fondos de seguridad social | 100.0 | 52.3 | 47.7 | 44.1 | 0.7 | 2.9 |
| Otros seguros privados | 100.0 | 44.9 | 55.1 | 15.4 | 0.7 | 39.0 |
| Otras Industrias | 100.0 | 38.1 | 61.9 | 60.3 | 0.3 | 1.3 |

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: Principalmente del Sistema de Cuentas Nacionales de México, base 1993 y de los Censos Económicos 1999.

CUENTA DE PRODUCCIÓN POR TIPO DE BIENES Y SERVICIOS
Estructura porcentual
Año 1998

Cuadro 7.13.2

| CONCEPTO | VALOR BRUTO DE PRODUCCIÓN (precios básicos) | CONSUMO INTERMEDIO (precios comprador) | VALOR AGREGADO BRUTO (precios básicos) | REMUNERACIÓN DE ASALARIADOS | IMPUESTOS SOBRE LA PRODUCCIÓN NETOS DE SUBSIDIOS | EXCEDENTE BRUTO DE EXPLOTACIÓN |
|---|---|--|--|-----------------------------|--|--------------------------------|
| TOTAL | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 | 100.0 |
| Bienes y Servicios Característicos | 77.4 | 75.4 | 78.5 | 74.4 | 53.9 | 83.2 |
| <i>Bienes</i> | <i>20.1</i> | <i>29.0</i> | <i>15.4</i> | <i>8.8</i> | <i>17.0</i> | <i>22.6</i> |
| Medicamentos | 19.6 | 27.9 | 15.2 | 8.6 | 16.3 | 22.5 |
| Lentes y otros productos ópticos | 0.1 | 0.3 | 0.1 | 0.1 | 0.2 | ... |
| Equipo y aparatos ortopédicos | 0.4 | 0.8 | 0.1 | 0.1 | 0.5 | 0.1 |
| <i>Servicios</i> | <i>57.3</i> | <i>46.4</i> | <i>63.1</i> | <i>65.6</i> | <i>36.9</i> | <i>60.6</i> |
| Hospitales | 22.7 | 21.9 | 23.1 | 39.4 | 24.6 | 5.4 |
| Generales | 16.9 | 14.8 | 18.0 | 30.4 | 18.8 | 4.5 |
| Salud mental y adicciones | 0.1 | ... | .. | 0.1 | 0.1 | ... |
| Especialidades médicas | 5.7 | 7.1 | 5.1 | 8.9 | 5.7 | 0.9 |
| Atención medicalizada y residencial | 0.2 | 0.3 | 0.1 | 0.2 | ... | ... |
| Atención ambulatoria | 32.7 | 22.0 | 38.5 | 23.3 | 9.5 | 55.2 |
| Consultorios médicos | 20.2 | 12.2 | 24.5 | 18.9 | 5.1 | 30.6 |
| Consultorios dentales | 8.1 | 4.5 | 10.0 | 0.5 | 1.0 | 20.4 |
| Otros consultorios | 0.4 | 0.5 | 0.5 | 0.2 | 0.4 | 0.7 |
| Centros de atención ambulatoria | 2.7 | 2.9 | 2.7 | 3.0 | 2.0 | 2.4 |
| Planificación familiar | 0.2 | 0.2 | 0.2 | 0.5 | ... | ... |
| Salud mental y adicciones | 0.1 | ... | 0.1 | 0.2 | 0.1 | ... |
| Clínicas de cirugía ambulatoria | ... | 0.1 | ... | .. | .. | .. |
| Clínicas de especialidades | 2.4 | 2.6 | 2.4 | 2.3 | 1.9 | 2.4 |
| Atención domiciliaria | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Laboratorio médico y de diagnóstico | 1.2 | 1.8 | 0.8 | 0.6 | 1.0 | 1.1 |
| Otros proveedores de atención ambulatoria | 0.1 | 0.1 | ... | 0.1 | ... | ... |
| Servicios de ambulancia | ... | ... | ... | ... | .. | .. |
| Bancos de sangre y órganos | ... | 0.1 | ... | ... | ... | ... |
| Suministro y administración de programas de salud pública | 1.7 | 2.2 | 1.4 | 2.7 | 2.8 | .. |
| Bienes y Servicios Conexos | 8.8 | 8.4 | 8.9 | 3.6 | 5.4 | 14.7 |
| <i>Bienes</i> | <i>1.7</i> | <i>3.3</i> | <i>0.8</i> | <i>0.6</i> | <i>2.3</i> | <i>1.1</i> |
| Materiales y suministros médicos diversos | 1.7 | 3.3 | 0.8 | 0.6 | 2.3 | 1.1 |
| <i>Servicios</i> | <i>7.1</i> | <i>5.1</i> | <i>8.1</i> | <i>3.0</i> | <i>3.1</i> | <i>13.6</i> |
| Comercio | 7.1 | 5.1 | 8.1 | 3.0 | 3.1 | 13.6 |
| Otras Industrias Relacionadas con la Salud | 13.8 | 16.2 | 12.6 | 22.0 | 40.7 | 2.1 |
| <i>Administración general de salud y seguros</i> | <i>10.0</i> | <i>12.0</i> | <i>9.0</i> | <i>15.3</i> | <i>34.9</i> | <i>1.9</i> |
| Gobierno general excepto seguridad social | 2.8 | 1.4 | 3.6 | 6.9 | 12.0 | ... |
| Fondos de seguridad social | 6.1 | 9.2 | 4.5 | 7.9 | 19.7 | 0.6 |
| Otros seguros privados | 1.1 | 1.4 | 0.9 | 0.5 | 3.2 | 1.3 |
| <i>Otras Industrias</i> | <i>3.8</i> | <i>4.2</i> | <i>3.6</i> | <i>6.7</i> | <i>5.8</i> | <i>0.2</i> |

Fuente: Elaboración propia con datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática: Principalmente del Sistema de Cuentas Nacionales de México, base 1993 y de los Censos Económicos 1999.

Referencias de documentos utilizados

1. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (1998). *Anuario Estadístico*. México: ISSSTE.
2. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (1999). *Estadísticas de Población Derechohabiente*. México: ISSSTE.
3. Instituto Mexicano del Seguro Social. (1998). *Anuario Estadístico de Servicios Médicos*. México: IMSS.
4. Instituto Mexicano del Seguro Social. (1999). *Memoria Estadística*. México: IMSS.
5. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1998). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares*. México: INEGI.
6. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1999 a). *Censos Económicos 1999*. México: INEGI.
7. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1999 b). *Indicadores Macroeconómicos del Sector Público*. México: INEGI.
8. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1999 c). *Sistema de Cuentas Nacionales de México: Gobiernos Estatales. Sección de Cuentas de Producción por Finalidad*. México: INEGI.
9. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2004). *Sistema de Cuentas Nacionales de México. Cuentas de Bienes y Servicios 1997-2002*. México: INEGI.
10. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (1999). *Cuenta de la Hacienda Pública Federal*. México: SHCP.
11. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2003). *Sistema Integral de Información*. México: SHCP-BANXICO-Secretaría de la Función Pública.
12. Secretaría de Salud. (1998). *Boletín de Información Estadística*. México: SSA.
13. Secretaría de Salud. (1999). *Anuario Estadístico*. México: SSA.
14. Secretaría de Salud. (2000). *Encuesta Nacional de Salud*. México: SSA.
15. Secretaría de Salud. (2003). *Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud*. México: SSA.

CONCLUSIONES

1. Como se sabe, la salud de la población es un componente básico del bienestar social y por tanto debe constituir una prioridad en todos los países. No obstante esto su seguimiento estadístico, hasta aproximadamente la primera mitad del siglo pasado, se circunscribía a la elaboración de indicadores físicos: número de hospitales, camas, pacientes atendidos, consultas realizadas, entre otros; así como los relacionados con los aspectos sociodemográficos, por ejemplo el relativo al nivel de esperanza de vida.
2. No es sino hasta la década de los setentas del siglo pasado cuando, a sugerencia de instituciones internacionales como la Organización Mundial de la Salud, entre otras, algunos países comenzaron en la medición monetaria del gasto en salud. Tiempo antes sólo se disponía de las recomendaciones expresadas por la Organización de las Naciones Unidas, la cual proponía a las naciones la elaboración de sus cuentas nacionales, en las que ya se contemplaba la cuantificación, aunque agregada, de los servicios médicos.
3. La situación prevaleciente a nivel mundial se replica también en México, donde hasta la década de los ochentas del siglo pasado las estadísticas sólo consideraban indicadores físicos y es a mediados de la década de los noventas cuando FUNSALUD presenta cálculos del gasto total en salud y para los sectores público y privado; y en términos de la contabilidad nacional la medición de las actividades médicas se ha presentado y continúan registrándose a nivel agregado.
4. Aunado a lo antes mencionado, las instituciones internacionales y nacionales elaboraban y aún siguen generando las estadísticas de salud de acuerdo a sus propios objetivos y necesidades, por lo que tales registros: se presentan de manera heterogénea, aislados o muy agregados; no permiten la identificación clara y detallada de los agentes económicos que participan en la producción y demanda de los bienes y servicios relacionados con la salud; la disponibilidad de información no contempla aún registro sobre la formación bruta de capital fijo (inversión física) que los entes económicos destinan para proporcionar bienes y servicios médicos al paciente; y sólo se dispone parcialmente de datos del gasto en salud por función, industria proveedora y fuente de financiación; todo lo cual trae como consecuencia no poder dimensionar la importancia económica que el sector salud tiene en la economía de un país, en particular en la de México.
5. Otro de los problemas que trae consigo el no disponer de datos integrados y armonizados, es que México y las instituciones públicas y privadas requieren de información estadística integrada sobre el sector salud, tanto desde el punto de vista de la oferta como de la demanda, registros que actualmente no están disponibles.
6. Este trabajo se realizó tomando en consideración las actuales recomendaciones internacionales, es decir lo dispuesto tanto en el Sistema de Cuentas de Salud que en el año 2000 difundió la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE), como en el Sistema de Cuentas Nacionales 1993 (SCN-1993), manual aprobado y difundido en ese año, entre otras organizaciones internacionales, por las Naciones Unidas, lo que de entrada, de implantarse en el país la Cuenta Satélite del país, permitirá la comparabilidad internacional, ya que sus resultados se

encuentran vinculados con los registros del Sistema de Cuentas Nacionales de México (SCNM), mismo que en su elaboración también adopta las recomendaciones del SCN-1993.

7. Así, tomando como base teórica los elementos citados, en este trabajo se aportan soluciones a los problemas descritos en los puntos tres a cinco de este apartado, desde el momento mismo en que:
 - Con la información disponible, fue factible elaborar cuentas de producción más detalladas que los datos difundidos en la estadística derivada actual sobre los servicios médicos.
 - Al disponer de cálculos de las cuentas de producción y sus componentes, fue posible determinar también tanto el Valor Agregado Bruto generado por el Sector Salud, como el número de ocupaciones remuneradas del mismo.
 - De igual forma, al estimar la producción se estuvo en condiciones de obtener la oferta de productos médicos y una vez identificados los demandantes de ellos también se determinó la demanda, logrando así el equilibrio entre oferta y demanda de bienes y servicios médicos. Vale señalar que los resultados obtenidos para la oferta y utilización de la salud son inéditos, puesto que actualmente el SCNM sólo presenta datos de esas variables a nivel agregado, es decir, en lo que denomina grandes divisiones de actividad económica.
 - También se logró documentar y cuantificar lo más detallada posible la Formación Bruta de Capital Fijo (inversión física), para los sectores público y privado y por tipo (construcciones e instalaciones y maquinaria y equipo), variable macroeconómica que tampoco existe en la estadística difundida.
 - Se determinaron los montos del gasto en salud a nivel total, por función, industria proveedora y fuente de financiación, registros que se presentan desglosados y que por lo mismo contemplan una apertura mayor a la difundida por la Secretaría de Salud (véase la información de los cuadros 2.16 al 2.18 del apéndice 1 y compárense con los datos de los cuadros 7.7 al 7.10.2 del anexo 1 del capítulo 7 de esta investigación).
8. Esta investigación demuestra que con la información disponible en México sobre la salud, es posible cubrir la mayor parte de las expectativas y recomendaciones que tanto la OCDE como la ONU, conjuntamente con otros organismos internacionales, plantean respectivamente en los manuales referidos en el punto seis de estas conclusiones.
9. En este trabajo se prueba razonablemente y como una verdad relativa que el actualizar los cálculos de las actividades económicas con un año base antiguo, como es la del SCNM que aún toma como referencia el año de 1993, puede no reflejar lo más cercano posible el acontecer del comportamiento de las mismas, toda vez que la investigación realizada dio pauta para señalar que en el SCNM existen registros subvaluados (producción de medicamentos y la demanda que de ellos hacen los hogares, y sobre el personal ocupado remunerado), o sobreestimados como es el caso de la rama 70: servicios médicos y los grupos o actividades que la integran (servicios básicos, laboratorios de análisis clínicos de radiología y radioscopia, servicios de asistencia social con y sin alojamiento y hospitales privados).
10. La elaboración de este trabajo permitió identificar con mayor exactitud y detalle los agentes económicos que participan en la producción de bienes y servicios médicos, así como los sectores

que demandan esos productos, lo que a su vez dio como resultado dimensionar con una precisión aceptable la contribución que el sector salud tuvo para 1998 en el Producto Interno Bruto del país, a precios básicos, que alcanzó el 4.4 por ciento, porcentaje mayor al dato conocido y publicado por el SCNMM en la rama 70: servicios médicos que fue de 3.1 por ciento.

11. Esta investigación contiene aportaciones estadísticas que pueden ser utilizadas para la toma de decisiones más eficientes y relevantes en materia de salud, puesto que se han generado cuentas desglosadas, como las de producción, o bien se han creado otras que no se presentan en los registros difundidos, tal como lo son los correspondientes a la formación bruta de capital fijo. Con todo, se puede concluir que los resultados del trabajo dan pauta a la ampliación en la disponibilidad de información en materia de salud.
12. Finalmente, habría que destacar que dadas las condiciones actuales y futuras que propicia un mundo globalizado y las necesidades de información detallada que requieren tanto el sector público como el privado sobre campos de estudio específicos, como lo es el del sector salud, hará que las autoridades de los países, más temprano que tarde, decidan apoyar la construcción de sistemas como el que aquí se presenta, de acuerdo a sus propias características.

RECOMENDACIONES

1. La conclusión de la Cuenta Satélite del Sector Salud de México (CSSSM), con resultados en valores corrientes para 1998, puede constituir el principio de un gran e importante proyecto, ya que al presentar las bases teóricas, metodológicas y prácticas de como clasificar, cuantificar, registrar e integrar la infinidad de transacciones económicas que realizan los agentes económicos relacionados con la salud y que proporcionan bienes o servicios médicos a la población mexicana, da pauta, entre otros importantes aspectos, al conocimiento de la estructura e importancia del sector salud en la economía del país.

Por lo antes mencionado, la principal recomendación sería que se analizara, discutiera y evaluara el contenido y resultados de la CSSSM a fin de considerar lo planteado en ella, con objeto de ser actualizada anualmente, adecuando y mejorando los cálculos macroeconómicos de acuerdo a la información disponible, incorporando paulatinamente registros y mediciones aún no contempladas como la valoración de las variables macroeconómicas en términos constantes o la presentación de las mismas con cobertura temporal menor al año, es decir de corte trimestral, e ir diseñando, en la medida de lo posible, las metodologías que así lo permitan.

Todo lo anterior con el propósito de generar información que sea de utilidad a usuarios nacionales o internacionales que van desde funcionarios que están en condiciones de tomar medidas de política económica en materia de salud, investigadores, o instituciones que también en el plano nacional o mundial están realizando estudios vinculados con la salud humana, en particular los que se encuentran estudiando y conformando investigaciones detalladas sobre la misma, es decir que han incursionado en el desarrollo de la Cuenta Satélite de la Salud.

2. En México se ha avanzado en ese sentido y, al interior del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI), tomando en cuenta la metodología aplicada y diseñando métodos propios para la actualización anual de los valores corrientes, se ha concluido la serie 1998-2002, utilizando para ello la información disponible, demostrándose así que en términos generales la propuesta planteada en el presente estudio es viable al obtener resultados consistentes, los cuales dicho sea de paso actualmente se encuentran en revisión con autoridades de la Secretaría de Salud (SSA), a efecto de confrontarlos con los datos estimados por ellas, al menos en la parte correspondiente al gasto por función, industria proveedora y fuente de financiación.

En ese sentido, lo recomendable sería agilizar la revisión, conciliar cifras (en los cálculos del sector público) y una vez que se pruebe que la metodología es aceptable, entonces generar el proyecto conjuntamente entre el INEGI y la SSA, con datos del año 2003 recopilados por los Censos Económicos aplicados en 2004, con objeto de disponer de información para un año más reciente a partir del cual se podría, de nueva cuenta, adoptar las recomendaciones enunciadas en el punto anterior, aprovechando también que posiblemente para 2003 se disponga de una Matriz de Insumo-Producto (MIP), y que a la vez sería el nuevo año base del Sistema de Cuentas Nacionales de México (SCNM), y así los registros de la CSSSM estarían estrechamente vinculados tanto a la MIP como con el SCNM.

3. Se precisa que las cuentas satélite no auditan los cálculos existentes, sino que más bien al ser estudios detallados e integrados, en los cuales se establece el equilibrio económico que existe entre la oferta y la demanda de bienes y servicios médicos, ofrece la posibilidad de revisar los datos publicados y cotejarlos con la información derivada de los estudios satélite, a fin de proponer la aplicación de criterios que permitan el mejoramiento de aquéllos.

Así, se recomendaría analizar los resultados obtenidos en la CSSSM y, a la luz de otros datos disponibles, adoptar los generados en ella con objeto de mejorar los propios cálculos del SCNM. En concreto, los estudios satélite al desprenderse del marco central del Sistema de Cuentas Nacionales 1993 (SCN-1993) y por ende al estar vinculados con los registros del SCNM, este último debería, previa constatación de cifras, aceptar las propuestas de mejora contenidas en la CSSSM, para así estar en condiciones de proporcionar información más cercana a la realidad y que frecuentemente es consultada por las autoridades en la toma de decisiones relacionadas con la salud.

4. Cuando en el capítulo 6 de este trabajo se aborda el tema sobre el tratamiento dado a la información básica recopilada, en particular a la del sector público, se hace notar que para 1998 los registros sobre gasto ejercido de las unidades económicas gubernamentales estaban ordenados de acuerdo a la denominada “Nueva Estructura Programática” (NEP), conforme a la cual los datos se presentaban, entre otras categorías, por función, subfunción, actividad institucional y unidad responsable, elementos todos ellos articulados y que al relacionarlos con el ordenamiento registrado en el “Clasificador por Objeto del Gasto”, permitieron y facilitaron la integración de resultados de los agentes económicos del gobierno que proporcionan servicios médicos.

Al paso de los años, la presentación del gasto ejercido se ha modificado, para así atender la perspectiva que tiene el gobierno sobre el control y evaluación tanto del gasto como de las unidades que lo ejercen, adquiriendo un matiz gerencial, lo que en buena medida dificulta el seguimiento de la información, dado que según percibo los programas se cambiaron sin haber efectuado o aclarado la correspondencia con los ordenamientos de las normas establecidas en la NEP.

En este contexto, de aceptarse la propuesta metodológica y práctica del presente estudio, y reconociendo que los esquemas satélite, al igual que los sistemas contables de los países, también permiten orientar la generación de la estadística básica o los registros administrativos, sería recomendable que en el ordenamiento de la información gubernamental también se tomarán en cuenta las necesidades que tienen otros usuarios, en este caso de los contadores nacionales, los cuales la utilizan como insumo para determinar indicadores macroeconómicos, necesarios éstos para conocer la evolución registrada en un sector prioritario como es el correspondiente a la salud.

APÉNDICES

NOTA IMPORTANTE: EL NÚMERO DE LOS CUADROS QUE SE INCLUYEN EN LOS APÉNDICES TIENE UNA CORRESPONDENCIA DIRECTA CON EL CAPÍTULO TRATADO.

| <u>Apéndice</u> | <u>Capítulo</u> |
|-----------------|-----------------|
| 1 | 2 |
| 2 | 5 |
| 3, 4 y 5 | 6 |

1. SITUACIÓN DE LA ESTADÍSTICA DE LA SALUD

ESPERANZA DE VIDA Y TASAS DE MORTALIDAD DE LOS PAÍSES POR
CATEGORÍAS DE DESARROLLO (1995-2000)

Cuadro 2.1

| Categoría de desarrollo ^{1/} | Población (millones en 1999) | Ingresos anuales medios por habitante (US\$) | Esperanza de vida al nacer (años) | Mortalidad de menores de 1 año (defunciones antes del primer año de vida por 1000 nacidos vivos) | Mortalidad de menores de 5 años (defunciones antes del quinto año de vida por 1000 nacidos vivos) |
|---------------------------------------|------------------------------|--|-----------------------------------|--|---|
| Países menos adelantados | 643 | 296 | 51 | 100 | 159 |
| Otros países de bajos ingresos | 1,777 | 538 | 59 | 80 | 120 |
| Países de ingresos medios-bajos | 2,094 | 1,200 | 70 | 35 | 39 |
| Países de ingresos medios-altos | 573 | 4,900 | 71 | 26 | 35 |
| Países de ingresos altos | 891 | 25,730 | 78 | 6 | 6 |

1/ Esta clasificación es la utilizada por el Comité de Asistencia para el Desarrollo de la OCDE. Establece cinco categorías: países menos adelantados, es decir los 38 países con menor grado de desarrollo según la clasificación utilizada por las Naciones Unidas (Afganistán, Angola y otros 36); otros países de bajos ingresos (aquellos que registran un ingreso anual medio por habitante inferior a 755 US\$ como son Armenia, Camerún, entre otros); en países de ingresos medios bajos se encuentran, entre otros: Abania y Bolivia; en países de ingresos medios altos la referencia cita sólo a Botswana, Gabón y Sudáfrica, aunque es de suponer que en este grupo está clasificado México; para el resto de naciones de esta última agrupación y de los países de ingresos altos la fuente no los menciona, aunque se supone son los que apoyan a los pueblos con menor grado de desarrollo.

Fuente: Comisión sobre Macroeconomía y Salud (CMS) de la Organización Mundial de la Salud. Macroeconomía y Salud: Invertir en salud en pro del Desarrollo Económico, cuadro 1, página 6.

TENDENCIAS OBSERVADAS EN MATERIA DE SALUD Y NUTRICIÓN

Cuadro 2.2

| Regiones y países | Porcentaje de niños afectados por: | | Porcentaje de niños que se alimentan sólo con leche materna, 1985-90 (de o hasta 3 meses de edad) ^a | Prevalencia de anemia en las mujeres embarazadas, décadas de 1970 y 1980 (porcentajes por debajo de la norma de hemoglobina) ^a | Consumo de tabaco por año (kilogramos per cápita entre la población adulta) | | |
|---|--|---|--|---|---|------|------|
| | Retraso en el crecimiento, 1980-90 (de entre 24 y 59 meses de edad) ^a | Emaciación, 1980-90 (de entre 12 y 23 meses de edad) ^a | | | 1974-76 | 1990 | 2000 |
| Africa al Sur del Sahara | 39 | 10 | 63 | 41 | .. | .. | .. |
| Burundi | 48 | 6 | 96 | 68 | .. | .. | .. |
| Nigeria | 43 | 9 | 61 | 43 | 0.4 | 0.4 | 0.3 |
| India | 65 | 27 | .. | 88 | 0.8 | 0.8 | 0.9 |
| China | 41 | 6 | .. | 25 | 1.6 | 2.6 | 2.9 |
| Otros países asiáticos e insulares | 53 | 11 | .. | 58 | 1.6 | 1.7 | 1.8 |
| Nepal | 69 | 14 | .. | 33 | .. | .. | .. |
| América Latina y el Caribe | 26 | 5 | 41 | 35 | 2.0 | 1.6 | 1.7 |
| Nicaragua | 22 | 0 | .. | .. | .. | .. | .. |
| Haití | 51 | 17 | .. | 64 | .. | .. | .. |
| Honduras | 34 | 2 | .. | .. | .. | .. | .. |
| Bolivia | 36 | 2 | 75 | 36 | .. | .. | .. |
| Guatemala | 57 | 13 | .. | .. | .. | .. | .. |
| República Dominicana | 19 | 1 | 42 | .. | 0.8 | 1.1 | 1.1 |
| Ecuador | 39 | 4 | 54 | 46 | .. | .. | .. |
| Perú | 37 | 2 | 58 | 53 | .. | .. | .. |
| El Salvador | 36 | 6 | .. | 14 | 1.2 | 0.9 | 0.9 |
| Colombia | 23 | 1 | 40 | 24 | 1.9 | 2.0 | 2.3 |
| Paraguay | 17 | 0 | .. | 63 | 1.9 | 0.9 | 0.9 |
| Chile | 10 | 1 | .. | 20 | 1.3 | 0.9 | 1.0 |
| Venezuela | 7 | 4 | .. | 29 | 1.6 | 1.5 | 1.7 |
| Argentina | .. | .. | .. | .. | 3.1 | 1.9 | 1.9 |
| Uruguay | 16 | .. | .. | .. | .. | .. | .. |
| Brasil | 29 | 6 | 34 | 34 | 2.1 | 1.8 | 1.9 |
| México | 22 | 65 | 44 | 41 | 1.4 | 1.0 | 1.1 |
| Puerto Rico | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. |
| Cuba | .. | 1 | .. | .. | 4.8 | 4.5 | 5.0 |
| Arco del Oriente Medio | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. |
| Yemen, República del | .. | 15 | 15 | .. | .. | .. | .. |
| Países europeos antes socialistas (PEAS) | .. | .. | .. | .. | .. | .. | .. |
| Rumania | .. | .. | .. | .. | 2.0 | 2.0 | 2.0 |
| Países con economía de mercado consolidada (PEMC) | .. | .. | .. | 15 | 3.2 | 2.4 | 2.0 |
| Estados Unidos | 2 | 2 | .. | 17 | 3.6 | 2.6 | 2.2 |
| PEAS Y PEMC | 4 | 3 | .. | 4 | 2.9 | 2.2 | 1.6 |
| Grupo en transición demográfica | 46 | 13 | 47 | 49 | 1.4 | 1.7 | 1.9 |
| Todo el mundo | 42 | 12 | .. | 42 | 1.7 | 1.9 | 1.9 |

a. Cada valor se refiere a un año en particular pero no especificado dentro del período señalado.

.. Significa dato no disponible.

Emaciación: Demacración, enflaquecimiento extremo, se presenta y es una enfermedad originada por una nutrición deficiente.

Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud. Cuadro A.6 páginas 210 y 211.

MORTALIDAD POR CAUSAS GENERALES E INCIDENCIA DE LA TUBERCULOSIS

Cuadro 2.3

| Regiones demográficas y países | Tasas de mortalidad según la principal causa de muerte, 1985-90 ^a (defunciones por cada 100,000 habitantes, uniformados por edad) | | | Tasa anual de incidencias de la tuberculosis, 1990 (por cada 100,000 habitantes) |
|---|---|-------------------------------|--------------|--|
| | Enfermedades transmisibles y derivadas de la maternidad y perinatales | Enfermedades no transmisibles | Traumatismos | |
| Africa al Sur del Sahara | .. | .. | .. | 220 |
| Burundi | .. | .. | .. | 367 |
| India | 470 | 761 | 97 | 220 |
| China | 117 | 696 | 88 | 166 |
| Otros países asiáticos e insulares | .. | .. | .. | 201 |
| Hong Kong | 71 | 354 | 28 | 140 |
| América Latina y el Caribe | 193 | 494 | 95 | 92 |
| Nicaragua | .. | .. | .. | 110 |
| Haití | .. | .. | .. | 333 |
| Honduras | .. | .. | .. | 133 |
| Bolivia | .. | .. | .. | 335 |
| Guatemala | 595 | 523 | 113 | 110 |
| República Dominicana | 206 | 443 | 88 | 110 |
| Ecuador | 210 | 448 | 119 | 166 |
| Perú | 327 | 392 | 53 | 250 |
| El Salvador | 202 | 385 | 201 | 110 |
| Colombia | .. | .. | .. | 67 |
| Paraguay | .. | .. | .. | 166 |
| Chile | 131 | 444 | 88 | 67 |
| Venezuela | 151 | 449 | 110 | 44 |
| Argentina | 107 | 530 | 59 | 50 |
| Uruguay | 98 | 519 | 67 | 15 |
| Brasil | .. | .. | .. | 56 |
| México | 168 | 490 | 102 | 110 |
| Puerto Rico | 78 | 447 | 59 | 8 |
| Cuba | 73 | 472 | 82 | 10 |
| Arco del Oriente Medio | 116 | 619 | 72 | 99 |
| Pakistán | .. | .. | .. | 150 |
| Países europeos antes socialistas (PEAS) | 52 | 658 | 94 | 52 |
| Lituania | 25 | 598 | 107 | 82 |
| Países con economía de mercado consolidada (PEMC) | 47 | 416 | 49 | 20 |
| Australia | 31 | 424 | 48 | 6 |
| Estados Unidos | 54 | 447 | 58 | 10 |
| Japón | 51 | 306 | 41 | 42 |
| PEAS Y PEMC | 49 | 488 | 63 | 29 |
| Grupo en transición demográfica | 253 | 692 | 94 | 173 |
| Todo el mundo | 187 | 626 | 84 | 142 |

a. Cada valor se refiere a un año en particular pero no especificado dentro del periodo señalado.

.. Significa dato no disponible.

Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud. Cuadro A.7 páginas 212 y 213.

SALUD: SITUACIÓN DE LOS PAÍSES MIEMBROS DE LA OCDE

Cuadro 2.4

| País | Índice de fertilidad total ¹ | | Mortalidad infantil por cada 1 000 infantes nacidos vivos < 1 años | | Esperanza de vida años | | | | | | | | | | | |
|----------------|---|------------------|--|-------------------|------------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| | | | | | Al nacer | | | | A los 40 años | | | | A los 60 años | | | |
| | | | | | Mujeres | | Hombres | | Mujeres | | Hombres | | Mujeres | | Hombres | |
| | 1987 | 1997 | 1987 | 1997 | 1987 | 1997 | 1987 | 1997 | 1987 | 1997 | 1987 | 1997 | 1987 | 1997 | 1987 | 1997 |
| Alemania | 1.4 | 1.4 | 8.3 | 4.8 | 78.7 | 80.3 | 72.2 | 74.1 | 40.1 | 41.4 | 34.4 | 35.9 | 22.0 | 23.1 | 17.5 | 18.8 |
| Australia | 1.9 | 1,8 ^a | 8.7 | 5.3 | 79.5 | 81.3 | 73.1 | 75.6 | 41.1 | 42.5 | 35.6 | 37.8 | 22.8 | 24.0 | 18.3 | 19.9 |
| Austria | 1.4 | 1.4 | 9.8 | 4.7 | 78.1 | 80.6 | 71.5 | 74.3 | 39.7 | 41.7 | 34.2 | 36.2 | 21.5 | 23.3 | 17.5 | 19.0 |
| Bélgica | 1.5 | 1.6 | 9.6 | 6,0 ^a | 78.2 | 80,2 ^a | 71.4 | 73,5 ^a | 40.1 | 42,2 ^a | 34.3 | 36,4 ^a | 22.0 | 24,0 ^a | 17.3 | 19,0 ^a |
| Canadá | 1.6 | 1,6 ^a | 7.3 | 6,0 ^a | 79.9 | 81.4 | 73.2 | 75.8 | 41.2 | 42,6 ^a | 35,5 ^j | 37,7 ^a | 23,2 ^j | 24,3 ^a | 18,4 ^j | 20,1 ^a |
| Corea | 1.6 | 1,6 ^a | 13.0 | 8,0 ^a | 74.1 | 77,4 ^c | 66.0 | 69,5 ^c | 37.1 | 39,2 ^c | 29.7 | 32,4 ^c | 19.6 | 21,0 ^c | 14.5 | 16,5 ^c |
| Dinamarca | 1.5 | 1.8 | 8.3 | 5,6 ^a | 77.6 | 78,0 ^a | 71.8 | 72,9 ^a | 39.1 | 39,2 ^a | 34.1 | 34,8 ^a | 21.7 | 21,5 ^a | 17.4 | 17,7 ^a |
| España | 1.5 | 1.2 | 8.9 | 5,5 ^a | 79,7 ^e | 82.0 | 73,3 ^e | 74.6 | 41,2 ^e | 43.3 | 35,8 ^e | 37.1 | 22,7 ^e | 24.6 | 18,7 ^e | 19.9 |
| Estados Unidos | 1.9 | 2.1 | 10.1 | 7,8 ^a | 78.3 | 79.4 | 71.4 | 73.6 | 40.2 | 40,7 ^a | 34.6 | 35,9 ^a | 22.5 | 22,9 ^a | 18.1 | 19,2 ^a |
| Finlandia | 1.6 | 1.8 | 6.2 | 3.9 | 78.7 | 80.5 | 70.7 | 73.4 | 40.0 | 41.6 | 33.1 | 35.4 | 21.7 | 23.2 | 16.7 | 18.6 |
| Francia | 1.8 | 1.7 | 7.8 | 4.8 | 80.3 | 82.3 | 72.0 | 74.6 | 41.8 | 43,3 ^a | 34.7 | 36,4 ^a | 23.7 | 25,0 ^a | 18.4 | 19,7 ^a |
| Grecia | 1.5 | 1.3 | 11.7 | 6.4 | 78.9 | 80.6 | 74.1 | 76.3 | 39,6 ^a | 41.8 | 35,6 ^e | 37.5 | 21,2 ^e | 23.1 | 18,2 ^e | 20.1 |
| Hungría | 1.8 | 1.4 | 17.0 | 9.9 | 73.7 | 75.1 | 65.7 | 66.4 | 36.1 | 36.8 | 29.4 | 29.0 | 18.9 | 19.7 | 14.8 | 15.0 |
| Irlanda | 2.3 | 1.9 | 7.4 | 6.2 | 76.7 | 78,5 ^a | 71.0 | 73,2 ^a | 38.1 | 39,8 ^c | 31.1 | 35,0 ^c | 20.1 | 21,5 ^c | 16.0 | 17,4 ^c |
| Islandia | 0.2 | 2.0 | 7.2 | 5.5 | 80.0 | 81.3 | 75.1 | 76.4 | 41.6 | 42.2 | 37.2 | 38.0 | 23.3 | 23.8 | 19.9 | 20.0 |
| Italia | 1.3 | 1.2 | 9.8 | 6,2 ^c | 79.0 | 81,3 ^a | 72.6 | 74,9 ^a | 40.5 | 42,0 ^b | 34.9 | 36,6 ^b | 22.1 | 23,5 ^b | 17.7 | 19,0 ^b |
| Japón | 1.7 | 1.4 | 5.0 | 3.7 | 81.4 | 83.8 | 75.6 | 77.2 | 42.5 | 44.8 | 37.4 | 38.6 | 24.0 | 26.1 | 19.9 | 20.9 |
| Luxemburgo | 1.4 | 1.7 | 9.3 | 4,9 ^a | 77.9 | 80,0 ^a | 70.6 | 73,0 ^a | 39.4 | 40,8 ^g | 33.2 | 35,0 ^g | 21.3 | 22,7 ^g | 16.4 | 17,8 ^g |
| México | 3.7 | 2,7 ^a | 23.0 | 16.4 | 73.2 | 76.7 | 66.9 | 70.4 | 38.3 | 40.1 | 33.8 | 35.5 | 21.3 | 22.6 | 18.3 | 19.1 |
| Noruega | 1.8 | 1.9 | 8.4 | 4,0 ^a | 79.6 | 81.0 | 72.8 | 75.4 | 41.0 | 42.0 | 35.1 | 37.2 | 22.8 | 23.6 | 18.0 | 19.4 |
| Nueva Zelanda | 2.0 | 2,0 ^a | 10.0 | 6.9 | 77.4 | 80.2 | 71.3 | 74.9 | 39.4 | 41.6 | 34.4 | 37.4 | 21.6 | 23.5 | 17.4 | 19.7 |
| Países Bajos | 1.6 | 1.5 | 7.6 | 5,7 ^a | 80.1 | 80.6 | 73.5 | 75.2 | 40.9 | 41.2 | 34.9 | 36.2 | 22.8 | 23.0 | 17.6 | 18.4 |
| Polonia | 2.2 | 1.5 | 19,1 ^d | 12,3 ^a | 75.2 | 76,8 ^a | 66.8 | 67,8 ^a | 37.4 | 38,3 ^c | 30.4 | 30,8 ^c | 19.8 | 20,5 ^c | 15.3 | 15,8 ^c |
| Portugal | 1.6 | 1.5 | 14.2 | 6.4 | 76.9 | 78.7 | 69.9 | 71.4 | 39.3 | 40.3 | 33.8 | 34.7 | 21.2 | 22.0 | 17.4 | 17.9 |
| Reino Unido | 1.8 | 1.7 | 9.1 | 5.9 | 77.9 | 79,5 ^a | 72.2 | 74,3 ^a | 39.4 | 40,6 ^a | 34.3 | 36,1 ^a | 21.4 | 22,4 ^a | 17.0 | 18,5 ^a |
| Rep. Checa | 1.9 | 1.2 | 12.0 | 5.9 | 75.1 | 77.5 | 67.9 | 70.5 | 36.7 | 38.7 | 30.5 | 32.6 | 18.9 | 20.7 | 14.7 | 16.4 |
| Suecia | 1.8 | 1.5 | 6.1 | 4,0 ^a | 80.2 | 81.8 | 74.2 | 76.7 | 41.4 | 42.7 | 36.1 | 38.1 | 23.1 | 24.2 | 18.7 | 20.1 |
| Suiza | 1.5 | 1.5 | 6.8 | 4,7 ^a | 80.5 | 81,9 ^a | 73.8 | 75,7 ^a | 42.0 | 43,1 ^a | 36.2 | 37,8 ^a | 23.5 | 24,6 ^a | 18.8 | 20,2 ^a |
| Turquía | 3.8 | 2,7 ^b | 68.4 | 38.2 | 68,1 ^f | 70.8 | 63,2 ^f | 66.2 | 34,8 ^e | 35,4 ^h | 31,2 ^e | 31,5 ^h | 17,6 ^e | 18,1 ^h | 15,5 ^e | 15,8 ^h |

Notas:

1. Número promedio de hijos por mujer entre 15 y 49 años

a. 1996. b. 1994. c. 1995. d. 1989. e. 1985. f. 1988. g. 1993. h. 1990 y j. 1986.

Fuente: OECD. Health Data 99, OCDE, París, 2000.

INDICADORES DE MORTALIDAD EN EL CONTINENTE AMERICANO

Cuadro 2.5

| País | Incidencias de sarampión | | tasa de incidencia de tuberculosis | | tasa de mortalidad materna | | tasa de mortalidad infantil | | tasa de mortalidad |
|------------------------------|--------------------------|-------------------|------------------------------------|-------------|----------------------------|-------------------------|-----------------------------|-------------|---------------------|
| | defunciones registradas | casos confirmados | (100,000 hab) 1997 | | (100,000 nv.) | | < 1 años (1,000 nv) | | < 5 años (1,000 nv) |
| | | | Total | BK+ | tasa | año | tasa | año | 1998 |
| Anguila | - | - | ... | ... | - | 1997 ^b | 35,5 ^b | 1997 | ... |
| Antigua y Barbuda | - | - | ... | ... | ... | | ... | | ... |
| Antillas Neerlandesas | ... | ... | ... | ... | ... | | 13,8 ^c | 1998 | 15.6 |
| Argentina | 58 | 9,469 | 34.6 | 14.9 | 38.0 | 1997 ^b | 18,4 ^b | 1997 | 24.6 |
| Aruba | ... | ... | ... | ... | ... | | ... | | ... |
| Bahamas | - | - | 30.9 | 19.8 | 63.0 | 1997 ^b | 12,1 ^b | 1997 | 17.6 |
| Barbados | - | - | 2.3 | 1.9 | ... | | 11,8 ^c | 1998 | 13.8 |
| Belice | - | - | 39.7 | 21.4 | 142.8 | 1997 ^b | 28,4 ^c | 1998 | 36.2 |
| Bermuda | - | - | ... | ... | ... | | ... | | ... |
| Bolivia | 1 | 1,004 | 126.7 | 83.1 | 390.0 | 1994 ^b | 73,0 ^b | 1998 | 85.4 |
| Brasil | ... | 2,135 | 51.1 | 26.7 | 44.4 | 1996 ^b | 37,5 ^b | 1996 | 47.2 |
| Canadá | ... | 12 | 6.2 | 1.5 | 5.5 | 1997 ^b | 5,5 ^b | 1997 | 7.0 |
| Chile | - | 4 | 26.5 | 10.4 | 22.3 | 1997 ^b | 10,0 ^b | 1997 | 14.8 |
| Colombia | - | 104 | 21.7 | 16.4 | 78.2 | 1994 ^b | 28,0 ^b | 1995 | 37.8 |
| Costa Rica | - | 20 | 17.7 | 16.2 | 15.6 | 1998 ^b | 12,6 ^b | 1998 | 14.6 |
| Cuba | - | - | 13.0 | 6.9 | 26.5 | 1998 ^b | 7,1 ^b | 1998 | 11.8 |
| Dominica | - | - | 8.5 | 7.0 | - | 1998 ^b | 14,5 ^b | 1998 | ... |
| Ecuador | - | - | 79.2 | 61.4 | 59.6 | 1997 ^b | 29,4 ^b | 1997 | 59.0 |
| El Salvador | - | - | 28.0 | 14.5 | 62.6 | 1998 ^b | 35,0 ^b | 1998 | 39.8 |
| Estados Unidos de América | ... | 89 | 7.3 | 2.5 | 8.4 | 1997 ^b | 7,3 ^b | 1997 | 8.8 |
| Granada | - | - | 4.3 | 2.2 | - | 1998 ^b | 19,5 ^b | 1998 | ... |
| Guadalupe | ... | 2 | ... | ... | ... | | 8,8 ^c | 1998 | 10.6 |
| Guatemala | - | 1 | 28.2 | 19.8 | 100.8 | 1998 ^b | 35,7 ^b | 1998 | 59.6 |
| Guayana Francesa | ... | ... | ... | ... | ... | | ... | | ... |
| Guyana | - | - | 48.1 | 12.4 | ... | | 56,6 ^c | 1998 | 76.0 |
| Haití | ... | 3 | 136.8 | 74.3 | 457.0 | 1991 ^b | 66,6 ^c | 1998 | 103.2 |
| Honduras | - | - | 67.4 | 26.4 | 147.0 | 1997 ^b | 36,0 ^b | 1995 | 48.0 |
| Islas Caimán | - | - | ... | ... | 19.3 | | 9,1 ^b | 1998 | ... |
| Islas Turcas y Caicos | - | - | ... | ... | ... | | ... | | ... |
| Islas Vírgenes (EUA) | ... | ... | ... | ... | ... | | 9 ^b | 1997 | ... |
| Islas Vírgenes (RU) | - | - | 15.0 | ... | - | 1998 ^b | 10,8 ^b | 1998 | ... |
| Jamaica | - | 1 | 4.7 | 2.8 | 110.0 | 1998 ^b | 21,6 ^c | 1998 | 26.4 |
| Martinica | ... | ... | ... | ... | ... | | 7,0 ^c | 1998 | 9.0 |
| México | - | - | 25.0 | 10.7 | 47.0 | 1997^b | 23,9^b | 1997 | 37.2 |
| Montserrat | - | - | ... | ... | ... | | ... | | ... |
| Nicaragua | - | - | 64.5 | 38.4 | 139.0 | 1997 ^b | 45,2 ^b | | 56.8 |
| Panamá | - | - | 39.2 | 21.7 | 60.0 | 1997 ^b | 17,2 ^b | 1997 | 27.2 |
| Paraguay | - | 70 | 39.2 | 17.6 | 101.8 | 1997 ^b | 40,0 ^b | 1997 | 47.4 |
| Perú | ... | 10 | 172.6 | 112.8 | 265.0 | 1996 ^b | 43,4 ^c | 1998 | 63.2 |
| Puerto Rico | ... | ... | 6.8 | 3.3 | ... | | 11,8 ^c | 1998 | 13.8 |
| República Dominicana | - | 10 | 69.2 | 33.1 | ... | | 33,2 ^c | 1998 | 45.0 |
| Saint Kitts y Nevis | - | - | ... | ... | ... | | ... | | ... |
| San Vicente y las Granadinas | - | - | ... | ... | - | 1998 ^b | 17,2 ^b | 1998 | ... |
| Santa Lucía | - | - | 10.3 | 7.5 | ... | | ... | | ... |
| Suriname | - | - | 16.2 | 6.2 | ... | | ... | | ... |
| Trinidad y Tobago | - | - | 21.1 | 4.0 | ... | | ... | | ... |
| Uruguay | - | 2 | 22.0 | 13.1 | ... | | ... | | ... |
| Venezuela | - | 4 | 26.3 | 14.2 | ... | | ... | | ... |

(a) valores 1992

(b) valores 1993

(c) valores 1995

(d) valores 1994

-: Significa magnitud cero

...: Indica dato no disponible

BK+: Positivo o báculo de Koch (tuberculosis).

Fuente: Elaboración propia con datos de la Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos, 1999.

INFRAESTRUCTURA Y SERVICIOS DE SALUD

Cuadro 2.6

| Regiones demográficas y países | Médicos por cada 1,000 habitantes, 1988-92 ^a | Coeficiente enfermeros-médicos, 1988-92 ^a | Camas de hospital por cada 1,000 habitantes, 1985-90 ^a | Porcentaje de niños vacunados, menores de 1 año de edad | |
|--|---|--|--|--|---|
| | | | | Tercera dosis de vacuna DPT, 1990-91 ^a | Contra el sarampión 1990-91 ^a |
| Africa al Sur del Sahara | 0.12 | 5.1 | 1.4 | 52 | 52 |
| Malawi | 0.02 | 2.8 | 1.6 | 81 | 78 |
| Angola | 0.07 | 18.4 | 1.2 | 26 | 39 |
| Somalia | 0.07 | 7.1 | 0.8 | 18 | 30 |
| India | 0.41 | 1.1 | 0.7 | 83 | 77 |
| China | 1.37 | 0.5 | 2.6 | 95 | 96 |
| Otros países asiáticos e insulares | 0.3 | 3 | 1.8 | 81 | 78 |
| Bangladesh | 0.15 | 0.8 | 0.3 | 87 | 83 |
| América Latina y el Caribe | 1.25 | 0.5 | 2.7 | 71 | 75 |
| Nicaragua | 0.80 | 0.5 | 1.8 | 71 | 54 |
| Haití | 0.14 | 0.8 | 0.8 | 41 | 31 |
| Honduras | 0.32 | 1.0 | 1.1 | 94 | 88 |
| Bolivia | 0.48 | 0.7 | 1.3 | 58 | 73 |
| Guatemala | 0.44 | 2.5 | 1.7 | 83 | 48 |
| República Dominicana | 1.08 | 0.7 | 2.0 | 47 | 69 |
| Ecuador | 1.04 | 0.3 | 1.7 | 89 | 54 |
| Perú | 1.03 | 0.9 | 1.5 | 71 | 59 |
| El Salvador | 0.64 | 1.5 | 1.5 | 80 | 53 |
| Colombia | 0.87 | 0.8 | 1.5 | 84 | 75 |
| Paraguay | 0.62 | 1.7 | 1.0 | 79 | 74 |
| Chile | 0.46 | 0.8 | 3.3 | 91 | 93 |
| Venezuela | 1.55 | 0.5 | 2.9 | 54 | 54 |
| Argentina | 2.99 | 0.2 | 4.8 | 84 | 99 |
| Uruguay | 2.90 | 0.2 | 4.8 | 88 | 82 |
| Brasil | 1.46 | 0.1 | 3.5 | 75 | 83 |
| México | 0.54 | 0.8 | 1.3 | 84 | 78 |
| Puerto Rico | 2.55 | .. | 4.0 | .. | .. |
| Cuba | 3.75 | 1.7 | 5.0 | 99 | 99 |
| Arco del Oriente Medio | 1.04 | 1.45 | 2.9 | 75 | 74 |
| Georgia | 5.92 | 2.2 | 11.1 | 65 | 74 |
| Países europeos antes socialistas (PEAS) | 4.07 | 2.2 | 11.4 | 77 | 88 |
| Hungría | 2.98 | 1.1 | 10.1 | 100 | 100 |
| Países con economía de mercado consolidada (PEMC) | 2.52 | 2.1 | 8.3 | 80 | 77 |
| Estados Unidos | 2.38 | 2.8 | 5.3 | 67 | 80 |
| Japón | 1.84 | 1.8 | 15.9 | 87 | 66 |
| PEAS Y PEMC | 3.09 | 2.1 | 9.3 | 79 | 80 |
| Grupo en transición demográfica | 0.78 | 0.9 | 2.0 | 80 | 79 |
| Todo el mundo | 1.34 | 1.4 | 3.8 | 80 | 79 |

Nota: Los totales y promedios regionales incluyen información pertinente correspondiente a países menos populosos, que se enumeran en el Cuadro A.10, a excepción del indicador "porcentaje de niños vacunados".

a: Cada valor se refiere a un año en particular pero no especificado dentro del período señalado.

DPT: Vacuna combinada que protege de la difteria, la tosferina y el tétanos. En muchos países en desarrollo, la vacunación completa frente a estas enfermedades exige administrar tres dosis de la vacuna. Estas se denominan DPT1, DPT2 y DPT3.

Fuente: Elaboración propia con datos del Banco Mundial. Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. Invertir en Salud. Cuadro A.8 páginas 214 y 215.

INDICADORES DE RECURSOS, ACCESO Y COBERTURA

Cuadro 2.7

| País | recursos humanos por 10,000 hab. | | | camas hospitalarias por 1,000 hab 1995 | cobertura de inmunización en niños menores de 1 año (%) 1998 | | | | uso de anticonceptivos (mujeres, todo método) (%) 1990-98 |
|------------------------------|----------------------------------|-----------------|----------------|--|--|-----|-----|-----------|---|
| | médicos 1997 | enfermeros 1997 | dentistas 1997 | | DPT | OPV | BCG | sarampión | |
| Anguila | 17.5 | 36.3 | 1.3 | ... | 99 | 99 | 99 | 96 | ... |
| Antigua y Barbuda | 11.5 | 32.2 | 2.2 | ... | 99 | 99 | ... | 99 | 53 |
| Antillas Neerlandesas | 14.0 | 29.4 | 3.3 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Argentina | 26.8 | 7.7 | 6.6 | 4.6 | 83 | 88 | 83 | 99 | 74 |
| Aruba | 12.8 | ... | 2.2 | 3.7 | ... | ... | ... | ... | ... |
| Bahamas | 16.3 | 23.4 | 2.9 | 3.6 | 89 | 88 | ... | 92 | 62 |
| Barbados | 13.7 | 51.2 | 1.9 | 7.4 | 93 | 93 | ... | 97 | 55 |
| Belice | 7.4 | 13.2 | 1.1 | 2.5 | 87 | 87 | 93 | 84 | 47 |
| Bermuda | 17.7 | 89.6 | 4.2 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Bolivia | 3.2 | 1.6 | 0.4 | 1.1 | 76 | 75 | 85 | 80 | 45 |
| Brasil | 12.7 | 4.1 | 8.5 | 3.5 | 94 | 96 | 99 | 96 | 77 |
| Canadá | 22.9 | 89.7 | 5.9 | 6.7 | 97 | ... | ... | 96 | 73 |
| Chile | 13.0 | 10.0 | 4.2 | 3.1 | 92 | 92 | 96 | 93 | 43 |
| Colombia | 9.3 | 4.3 | 5.7 | 1.1 | 70 | 72 | 82 | 75 | 72 |
| Costa Rica | 15.0 | 11.3 | 4.0 | 1.6 | 85 | 85 | 87 | 86 | 75 |
| Cuba | 56.8 | 73.7 | 8.9 | 5.5 | 99 | 97 | 99 | 99 | 82 |
| Dominica | 4.9 | 41.6 | 0.6 | 3.6 | 99 | 99 | 99 | 98 | 50 |
| Ecuador | 13.2 | 4.6 | 1.6 | 1.6 | 85 | 83 | 98 | 88 | 57 |
| El Salvador | 11.8 | 4.2 | 4.0 | 1.3 | 99 | 99 | 99 | 98 | 53 |
| Estados Unidos de América | 27.9 | 97.2 | 6.0 | 5.2 | 95 | 91 | ... | 91 | 71 |
| Granada | 8.1 | 19.5 | 1.1 | 5.5 | 97 | 95 | ... | 97 | 54 |
| Guadalupe | 13.8 | 29.9 | 3.1 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Guatemala | 9.6 | 3.3 | 1.6 | 0.7 | 89 | 91 | 88 | 81 | 31 |
| Guayana Francesa | 13.9 | 86.0 | 3.0 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Guyana | 1.8 | 8.4 | 0.4 | 3.1 | 90 | 90 | 92 | 93 | ... |
| Haití | 2.5 | 1.1 | 0.1 | 0.8 | 39 | 37 | 52 | 42 | 18 |
| Honduras | 8.3 | 2.6 | 1.7 | 0.7 | 96 | 96 | 96 | 97 | 50 |
| Islas Caimán | 21.5 | 53.0 | 3.9 | 2.2 | 93 | 93 | 91 | 94 | ... |
| Islas Turcas y Caicos | 7.3 | 19.3 | 0.7 | ... | 99 | 99 | 99 | 99 | ... |
| Islas Vírgenes (EUA) | 16.5 | 36.9 | ... | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| Islas Vírgenes (RU) | 11.5 | 33.0 | 2.0 | ... | 99 | 99 | 95 | 99 | ... |
| Jamaica | 14.0 | 6.5 | 0.9 | 2.1 | 85 | 85 | 87 | 85 | 65 |
| Martinica | 19.7 | 56.8 | 3.1 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| México | 15.6 | 10.8 | 1.0 | 1.2 | 96 | 96 | 99 | 96 | 53 |
| Montserrat | 1.8 | 29.1 | 0.9 | ... | 99 | 99 | 99 | 99 | ... |
| Nicaragua | 6.2 | 3.3 | 0.6 | 1.2 | 86 | 91 | 91 | 99 | 49 |
| Panamá | 12.1 | 10.8 | 2.6 | 2.2 | 98 | 99 | 99 | 95 | 58 |
| Paraguay | 4.9 | 1.2 | 0.7 | 1.5 | 84 | 84 | 83 | 78 | 51 |
| Perú | 10.3 | 6.7 | 1.1 | 1.8 | 98 | 96 | 96 | 93 | 64 |
| Puerto Rico | 7.5 | 42.5 | 2.5 | ... | ... | ... | ... | ... | ... |
| República Dominicana | 10.2 | 2.2 | 0.6 | 1.0 | 74 | 73 | 86 | 95 | 64 |
| Saint Kitts y Nevis | 11.7 | 49.8 | 2.0 | 6.4 | 98 | 98 | 99 | 99 | 41 |
| San Vicente y las Granadinas | 8.8 | 23.9 | 0.5 | ... | 99 | 99 | 99 | 99 | 58 |

DPT: Vacuna combinada que protege de la difteria, la tosferina y el tétanos. En muchos países en desarrollo, la vacunación completa frente a estas enfermedades exige administrar tres dosis de la vacuna. Estas se denominan DPT1, DPT2 y DPT3.

OPV: Vacuna antipoliomielítica oral.

BCG: Bacilo Calmette-Guérin, cepa especial de bacilos tuberculosos utilizada como vacuna antituberculosa.

Fuente: Elaboración propia con datos de la Organización Panamericana de la Salud. Indicadores básicos, 1999.

INDICADORES IMPORTANTES DE LAS CUENTAS DEL GASTO EN SALUD DE LOS ESTADOS MIEMBROS DE LA OMS; ESTIMACIONES PARA 1997^a

Cuadro 2.8

| Estado Miembro | GASTO EN SALUD (%) | | | | GASTO EN SALUD PER CÁPITA (US\$) | | |
|----------------------|----------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--|---------------------------------------|--|--|
| | Gasto total como % del PNB | Gasto público como % del gasto total | Gasto privado como % del gasto total | Gasto de la seguridad social como % del gasto en salud público | Gasto total al tipo de cambio oficial | Gasto total en dólares internacionales | Gasto público en dólares internacionales |
| Alemania | 10.5 | 77.5 | 22.5 | 76.6 | 2,713 | 2,365 | 1,832 |
| Argentina | 8.2 | 57.5 | 42.5 | 60.4 | 676 | 823 | 473 |
| Belice | 4.7 | 51.6 | 48.4 | ... | 176 | 212 | 109 |
| Bolivia | 5.8 | 59.1 | 41.0 | 57.3 | 59 | 153 | 90 |
| Canadá | 8.6 | 72.0 | 28.0 | 1.1 | 1,783 | 1,836 | 1,322 |
| Chile | 6.1 | 49.0 | 51.0 | 76.0 | 315 | 581 | 285 |
| Ecuador | 4.6 | 52.8 | 47.2 | 40.6 | 75 | 186 | 98 |
| El Salvador | 7.0 | 37.2 | 62.8 | 51.5 | 182 | 228 | 85 |
| Eslovenia | 9.4 | 80.8 | 19.2 | 87.0 | 857 | 996 | 805 |
| Estados Unidos | 13.7 | 44.1 | 55.9 | 42.1 | 4,187 | 3,724 | 1,643 |
| Finlandia | 7.6 | 73.7 | 26.3 | 19.6 | 1,789 | 1,539 | 1,134 |
| Francia | 9.8 | 76.9 | 23.1 | 96.7 | 2,369 | 2,125 | 1,634 |
| Grecia | 8.0 | 65.8 | 34.2 | 35.2 | 905 | 964 | 634 |
| Guatemala | 2.4 | 62.5 | 37.5 | 46.3 | 41 | 87 | 55 |
| Honduras | 7.5 | 36.0 | 64.0 | 25.5 | 59 | 156 | 56 |
| Hungría | 5.3 | 84.9 | 15.1 | 41.1 | 236 | 372 | 316 |
| Islandia | 7.9 | 83.8 | 16.2 | 31.2 | 2,149 | 1,757 | 1,473 |
| Israel | 8.2 | 75.0 | 25.0 | 33.7 | 1,385 | 1,402 | 1,051 |
| Japón | 7.1 | 80.2 | 19.9 | 84.7 | 2,373 | 1,759 | 1,410 |
| Lituania | 6.4 | 75.7 | 24.3 | 81.3 | 167 | 273 | 207 |
| Luxemburgo | 6.6 | 91.4 | 8.6 | 83.0 | 2,580 | 1,985 | 1,815 |
| Marruecos | 5.3 | 40.7 | 59.3 | 51.2 | 66 | 159 | 65 |
| México | 5.6 | 41.0 | 59.1 | 73.6 | 240 | 421 | 172 |
| Nicaragua | 8.0 | 53.3 | 46.7 | 20.0 | 35 | 150 | 50 |
| Panamá | 7.5 | 74.0 | 26.0 | 55.5 | 238 | 449 | 330 |
| Paraguay | 5.6 | 35.6 | 64.4 | 50.2 | 106 | 206 | 73 |
| República Checa | 7.6 | 92.3 | 7.7 | 82.4 | 391 | 640 | 591 |
| República Dominicana | 4.9 | 38.5 | 61.5 | 27.0 | 91 | 202 | 75 |
| Somalia | 1.5 | 71.4 | 28.6 | ... | 11 | 11 | 8 |
| Suiza | 10.1 | 69.3 | 30.7 | 77.9 | 3,564 | 2,644 | 1,833 |
| Tailandia | 5.7 | 33.0 | 67.0 | 11.3 | 133 | 327 | 108 |
| Turquía | 3.9 | 74.0 | 26.0 | 34.9 | 118 | 231 | 171 |
| Uruguay | 10.0 | 20.3 | 79.7 | 11.0 | 660 | 849 | 172 |
| Venezuela | 3.9 | 67.4 | 32.6 | 33.4 | 150 | 298 | 201 |

^a Las cifras en tipo ordinario indican que los datos están completos y son muy fiables^b El gasto directo en dólares internacionales no incluye el seguro de salud voluntario ni gastos de otro tipo.

... No hay datos o no corresponde.

Fuente: Elaboración propia con datos de la Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Cuadro 8, páginas 216-219.

**GASTO NACIONAL EN SALUD (GNS) COMO PORCENTAJE DEL PIB, PER CÁPITA
Y COMPOSICIÓN EN LOS PAÍSES DE LAS AMERICAS Y EL CARIBE; 1990**

Cuadro 2.9

| País | Gasto Nacional en Salud como % del PIB | GNS Per cápita en US\$ de Estados Unidos de Norteamérica, de 1989 | Composición del GNS: | | |
|------------------------------|--|--|----------------------|-----------------------|-----------------------|
| | | | GNS % | Gasto Público % | Gasto Privado % |
| Antigua | 5.9 | 344.0 | 100 | 66 | 34 |
| Argentina | 9.0 | 337.0 | 100 | 59 | 41 |
| Bahamas | 5.0 | 566.6 | 100 | 56 | 44 |
| Barbados | 5.8 | 347.7 | 100 | 66 | 34 |
| Belice | 5.0 | 99.7 | 100 | 53 | 47 |
| Bolivia | 4.5 | 39.0 | 100 | 32 | 68 |
| Brasil | 5.8 | 128.8 | 100 | 37 | 63 |
| Canadá | 9.1 | 1,945.0 | 100 | 58 | 42 |
| Colombia | 5.7 | 82.2 | 100 | 49 | 51 |
| Costa Rica | 9.2 | 155.8 | 100 | 76 | 24 |
| Chile | 6.2 | 155.5 | | | |
| Dominica | 6.2 | 133.0 | 100 | 70 | 30 |
| Ecuador | 6.3 | 78.6 | 100 | 40 | 60 |
| El Salvador | 5.0 | 52.8 | 100 | 26 | 74 |
| Estados Unidos | 13.7 | 2,763.0 | | | |
| Granada | 5.6 | 114.8 | 100 | 66 | 34 |
| Guatemala | 3.3 | 29.9 | 100 | 52 | 48 |
| Guyana | 5.9 | 29.2 | 100 | 71 | 29 |
| Haití | 3.4 | 8.8 | 100 | 39 | 61 |
| Honduras | 5.8 | 44.0 | 100 | 52 | 48 |
| Islas Caiman | 4.7 | 1,166.8 | 100 | 57 | 43 |
| Jamaica | 3.7 | 54.3 | 100 | 63 | 37 |
| México | 3.8 | 85.8 | 100 | 38 | 62 |
| Montserrat | 5.8 | 337.7 | 100 | 66 | 34 |
| Nicaragua | 5.0 | 26.9 | 100 | 74 | 26 |
| Panamá | 8.7 | 172.5 | 100 | 63 | 37 |
| Paraguay | 3.2 | 49.2 | 100 | 13 | 87 |
| Perú | 3.1 | 41.3 | 100 | 35 | 65 |
| República Dominicana | 4.8 | 32.4 | 100 | 31 | 69 |
| San Cristóbal & Nieves | 6.3 | 213.9 | 100 | 70 | 30 |
| San Vicente | 6.1 | 124.8 | 100 | 70 | 30 |
| Santa Lucía | 5.0 | 116.6 | 100 | 70 | 30 |
| Surinam | 4.1 | 133.3 | 100 | 47 | 53 |
| Trinidad & Tobago | 4.4 | 181.2 | 100 | 71 | 29 |
| Uruguay | 5.7 | 158.1 | 100 | 52 | 48 |
| Venezuela | 6.5 | 220.3 | 100 | 26 | 74 |
| Total Región * | 5.7 | 122.1 | | | |
| Composición % del GNS | -- | -- | 100 | 43 | 57 |

* Promedio ponderado regional estimado, excluyendo Canadá y Estados Unidos e Islas Caimán
Fuente: Elaborado por el Equipo Técnico del Área de Economía y Financiamiento de la Salud de la
Organización Panamericana de la Salud (OPS)

PRODUCTO INTERNO BRUTO POR ACTIVIDAD ECONÓMICA
POR PAÍS O ÁREA

Cuadro 2.10

| País | Año | Producto Interno Bruto (a precios corrientes) Millones | Agricultura, caza, silvicultura y pesca | Minería y canteras | Manufacturas | Construcción | Comercio, restaurantes y hoteles | Transporte, almacenamiento y comunicaciones | Otras actividades |
|---------------------|------|--|---|--------------------|--------------|--------------|----------------------------------|---|-------------------|
| | | | | | | | | | |
| Bulgaria..... | 1990 | 45 | 18 | 8 | 31 | 5 | 5 | 4 | 26 |
| | 1995 | 880 | 13 | 5 | 21 | 5 | 10 | 6 | 36 |
| | 1996 | 1,761 | 14 | 5 | 20 | 4 | 11 | 7 | 33 |
| | 1997 | 17,433 | 23 | 6 | 17 | 2 | 9 | 8 | 24 |
| | 1998 | 22,421 | 17 | 6 | 17 | 4 | 8 | 8 | 29 |
| | 1999 | 23,790 | 15 | 6 | 15 | 4 | 9 | 9 | 32 |
| | 2000 | 26,753 | 12 | 6 | 16 | 4 | 9 | 10 | 31 |
| | 2001 | 29,618 | 12 | 5 | 16 | 4 | 9 | 11 | 30 |
| Croacia..... | 1990 | 280 | 10 | 5 | 21 | 5 | 16 | 8 | 27 |
| | 1995 | 98,382 | 9 | 4 | 19 | 5 | 12 | 8 | 27 |
| | 1996 | 107,981 | 8 | 4 | 18 | 6 | 13 | 7 | 28 |
| | 1997 | 123,811 | 8 | 4 | 18 | 6 | 13 | 7 | 28 |
| | 1998 | 137,604 | 8 | 3 | 18 | 6 | 13 | 7 | 30 |
| | 1999 | 141,579 | 8 | 4 | 17 | 4 | 11 | 7 | 33 |
| | 2000 | 152,519 | 7 | 3 | 18 | 4 | 11 | 8 | 32 |
| | 2001 | 162,909 | 7 | 3 | 18 | 4 | 12 | 9 | 31 |
| República Checa.... | 1990 | 626,189 | 8 | 9 | 25 | 10 | 12 | 4 | 27 |
| | 1995 | 1,381,050 | 4 | 7 | 24 | 8 | 14 | 8 | 28 |
| | 1996 | 1,566,970 | 4 | 8 | 26 | 7 | 12 | 7 | 28 |
| | 1997 | 1,679,920 | 4 | 6 | 26 | 7 | 14 | 8 | 28 |
| | 1998 | 1,839,090 | 4 | 5 | 25 | 7 | 15 | 8 | 30 |
| | 1999 | 1,902,290 | 4 | 5 | 24 | 7 | 15 | 7 | 30 |
| | 2000 | 1,984,830 | 4 | 5 | 25 | 7 | 15 | 8 | 29 |
| | 2001 | 2,175,240 | 4 | 5 | 25 | 6 | 16 | 8 | 28 |
| Dinamarca..... | 1990 | 825,311 | 4 | 2 | 16 | 5 | 13 | 7 | 44 |
| | 1995 | 1,009,760 | 3 | 3 | 15 | 4 | 13 | 7 | 44 |
| | 1996 | 1,060,890 | 3 | 3 | 15 | 4 | 13 | 7 | 43 |
| | 1997 | 1,116,320 | 3 | 3 | 15 | 4 | 13 | 7 | 43 |
| | 1998 | 1,155,410 | 2 | 3 | 15 | 4 | 13 | 7 | 44 |
| | 1999 | 1,207,750 | 2 | 4 | 14 | 4 | 13 | 7 | 44 |
| | 2000 | 1,280,780 | 2 | 4 | 15 | 4 | 13 | 8 | 43 |
| | 2001 | 1,325,270 | 2 | 4 | 15 | 4 | 13 | 8 | 44 |
| Estonia..... | 1990 | 798 | 14 | 4 | 37 | 7 | 8 | 6 | 36 |
| | 1995 | 40,897 | 8 | 5 | 17 | 6 | 14 | 10 | 30 |
| | 1996 | 52,423 | 7 | 5 | 16 | 6 | 15 | 10 | 29 |
| | 1997 | 64,045 | 7 | 4 | 16 | 6 | 14 | 11 | 30 |
| | 1998 | 73,538 | 6 | 4 | 16 | 6 | 15 | 13 | 30 |
| | 1999 | 76,327 | 6 | 4 | 15 | 5 | 14 | 14 | 32 |
| | 2000 | 87,236 | 5 | 4 | 16 | 5 | 14 | 15 | 30 |
| | 2001 | 96,571 | 5 | 4 | 16 | 5 | 14 | 15 | 30 |

Fuente: Elaboración propia con datos de la Organización de las Naciones Unidas, División de Estadística. National Accounts Statistics: Analysis of Main Aggregates, 2001.

**VALOR AGREGADO BRUTO POR INDUSTRIAS (A PRECIOS CORRIENTES;
BILLONES DE EUROS**

Cuadro 2.11

| CONCEPTO | 1990 | 1991 | 1992 | 1993 | 1994 | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 |
|--|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| Agricultura, caza, silvicultura y pesca | 4.5 | 4.2 | 4.1 | 4.0 | 4.3 | 4.1 | 4.2 | 4.2 | 4.3 | 4.3 | 4.3 | 4.5 |
| Agricultura, caza y silvicultura | 4.5 | 4.2 | 4.1 | 4.0 | 4.3 | 4.1 | 4.2 | 4.2 | 4.3 | 4.3 | 4.3 | 4.5 |
| Pesca | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| Minería y canteras | 0.8 | 0.7 | 0.7 | 0.7 | 0.6 | 0.6 | 0.6 | 0.6 | 0.6 | 0.6 | 0.7 | 0.8 |
| Manufacturas | 27.6 | 29.1 | 29.4 | 28.8 | 30.1 | 32.3 | 32.8 | 34.3 | 36.2 | 37.5 | 40.4 | 41.3 |
| Electricidad, gas y agua | 3.6 | 3.8 | 4.1 | 4.4 | 4.4 | 4.6 | 4.8 | 4.5 | 4.7 | 4.8 | 4.4 | 4.2 |
| Construcción | 8.6 | 9.8 | 10.6 | 11.2 | 12.4 | 12.8 | 13.5 | 13.8 | 14.5 | 14.9 | 15.1 | 14.7 |
| Comercio; reparación de vehículos de motor, motocicletas y bienes para el hogar y personales; restaurantes y hoteles | 22.3 | 23.9 | 25.2 | 25.2 | 26.1 | 27.2 | 27.9 | 28.6 | 29.8 | 30.7 | 32.8 | 33.7 |
| Comercio; reparación de vehículos de motor, motocicletas y bienes para el hogar y personales | 17.5 | 18.6 | 19.4 | 19.2 | 19.9 | 20.9 | 21.4 | 22.0 | 22.8 | 23.3 | 24.9 | 25.1 |
| Restaurantes y hoteles | 4.8 | 5.3 | 5.7 | 6.0 | 6.1 | 6.4 | 6.5 | 6.6 | 7.0 | 7.3 | 7.9 | 8.6 |
| Transporte, almacenamiento y comunicaciones | 9.7 | 10.6 | 11.5 | 12.0 | 12.4 | 12.0 | 12.2 | 12.5 | 12.8 | 12.9 | 13.4 | 13.9 |
| Intermediación financiera; actividades inmobiliarias y de negocios | 22.8 | 24.8 | 27.3 | 29.4 | 31.2 | 33.8 | 35.7 | 37.9 | 39.8 | 40.9 | 44.6 | 47.0 |
| Intermediación financiera | 8.6 | 9.2 | 9.9 | 10.8 | 10.9 | 11.1 | 11.4 | 12.2 | 12.2 | 11.7 | 13.2 | 13.1 |
| Actividades inmobiliarias y de negocios | 14.3 | 15.6 | 17.4 | 18.5 | 20.3 | 22.7 | 24.3 | 25.7 | 27.6 | 29.1 | 31.4 | 33.8 |
| Administración pública y defensa y seguridad social | 8.0 | 8.7 | 9.4 | 10.1 | 10.8 | 11.0 | 11.2 | 11.4 | 11.7 | 12.2 | 12.5 | 12.8 |
| Educación; salud y trabajo social; otros servicios a la comunidad y personales | 17.4 | 18.9 | 20.5 | 22.0 | 23.2 | 24.6 | 25.2 | 23.9 | 24.7 | 24.9 | 26.1 | 27.0 |
| Educación | 7.1 | 7.5 | 7.9 | 8.4 | 8.6 | 8.8 | 9.0 | 9.1 | 9.4 | 9.7 | 10.1 | 10.4 |
| Salud y trabajo social | 6.3 | 6.9 | 7.7 | 8.4 | 9.2 | 9.5 | 9.9 | 8.2 | 8.7 | 8.5 | 9.0 | 9.5 |
| Otros servicios a la comunidad y personales | 4.1 | 4.4 | 4.8 | 5.2 | 5.4 | 6.2 | 6.4 | 6.6 | 6.7 | 6.7 | 7.0 | 7.1 |
| Hogares privados con empleo de personas | 0.3 | 0.3 | 0.3 | 0.3 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 0.4 | 0.5 | 0.5 |
| Igual: VALOR AGREGADO BRUTO, a precios básicos | 125.4 | 134.8 | 143.1 | 148.2 | 155.8 | 163.4 | 168.6 | 172.1 | 179.6 | 184.0 | 194.8 | 200.4 |
| Menos: Servicios de intermediación financiera medidos indirectamente (SIFMI) | 6.5 | 7.0 | 7.6 | 8.2 | 7.9 | 8.4 | 8.5 | 9.1 | 9.1 | 8.4 | 9.6 | 10.3 |
| Más: Impuestos menos subsidios sobre los productos | 14.7 | 15.4 | 16.3 | 17.0 | 17.6 | 17.2 | 17.9 | 19.5 | 20.0 | 21.5 | 21.8 | 21.8 |
| Más: Discrepancia estadística | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 | 0.0 |
| Igual: PRODUCTO INTERNO BRUTO | 133.6 | 143.2 | 151.8 | 156.9 | 165.4 | 172.3 | 178.0 | 182.5 | 190.6 | 197.2 | 207.0 | 211.9 |

Fuente: Elaboración propia con datos de la Organización de las Naciones Unidas. División de Estadística. National Accounts Statistics: Analysis of Main Aggregates, 2001, presentación con metodología del Sistema de Cuentas Nacionales 1993.

RECURSOS FÍSICOS, MATERIALES Y HUMANOS EN LAS INSTITUCIONES
QUE PROPORCIONAN SERVICIOS MÉDICOS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 2000

Cuadro 2.12

| R e c u r s o s | Gran Total | Sector Público | | | Sector Privado ^{3/} |
|--|----------------|----------------|--|---|------------------------------|
| | | Total | Población no Derechohabiente ^{1/} | Población Derechohabiente ^{2/} | |
| Unidades Médicas | | | | | |
| Total de Unidades | 19,107 | 19,107 | 15,239 | 3,868 | |
| Unidades de Consulta Externa | 18,110 | 18,110 | 14,725 | 3,385 | |
| Unidades Construidas | 15,593 | 15,593 | 12,850 | 2,743 | |
| Puestos Auxiliares en Fábricas | 528 | 528 | 0 | 528 | |
| Unidades Móviles | 1,989 | 1,989 | 1,875 | 114 | |
| Unidades de Hospitalización | 997 | 997 | 514 | 483 | |
| General | 818 | 818 | 405 | 413 | |
| De Especialidad | 179 | 179 | 109 | 70 | |
| Recursos Materiales | | | | | |
| Camas Censables | 107,708 | 77,144 | 34,958 | 42,186 | 30,564 |
| Camas No Censables | 66,606 | 60,045 | 40,319 | 19,726 | 6,561 |
| Incubadoras | 9,405 | 4,959 | 2,639 | 2,320 | 4,446 |
| Consultorios (Total) | 61,256 | 51,492 | 28,236 | 23,256 | 9,764 |
| Generales | 32,838 | 28,815 | 18,421 | 10,394 | 4,023 |
| Especializados | 18,749 | 13,008 | 5,909 | 7,099 | 5,741 |
| Otros Consultorios | 9,669 | 9,669 | 3,906 | 5,763 | |
| Laboratorios Análisis Clínicos | 2,581 | 1,818 | 1,011 | 807 | 763 |
| Patología | 647 | 418 | 138 | 282 | 229 |
| Peines de Laboratorio | 5,832 | 5,832 | 2,712 | 3,120 | |
| Gabinetes de Radiología | 3,048 | 2,020 | 770 | 1,250 | 1,028 |
| Equipos Rayos X | 3,486 | 3,486 | 1,262 | 2,224 | |
| Quirófanos | 6,584 | 2,760 | 1,259 | 1,501 | 3,824 |
| Salas de Expulsión | 9,465 | 6,945 | 6,179 | 766 | 2,520 |
| Bancos de Sangre | 386 | 240 | 122 | 118 | 146 |
| Unidades dentales | 364 | | | | 364 |
| Equipo de Alta Complejidad | | | | | |
| Scanners Tomografía axial comp. | 84 | 84 | 17 | 67 | |
| Unidades de imagen de resonancia magnética | 13 | 13 | 7 | 6 | |
| Equipos radioterapia | 94 | 94 | 49 | 45 | |
| Litotriptores | 5 | 5 | 2 | 3 | |
| Estaciones de hemodiálisis | 259 | 259 | 25 | 234 | |
| Equipos para mamografía | 92 | 92 | 33 | 59 | |
| Recursos Humanos | 684,833 | 583,913 | 231,070 | 352,843 | 100,920 |
| Personal Médico | 179,799 | 140,629 | 61,220 | 79,409 | 39,170 |
| - En contacto directo con el paciente | 158,099 | 119,512 | 56,327 | 63,185 | 38,587 |
| Médicos Generales | 45,512 | 37,619 | 15,286 | 22,333 | 7,893 |
| Médicos Especialistas | 73,313 | 44,852 | 16,561 | 28,291 | 28,461 |
| Gineco-Obstetras | 9,212 | 4,511 | 2,253 | 2,258 | 4,701 |
| Pediatras | 9,215 | 5,400 | 2,494 | 2,906 | 3,815 |
| Cirujanos | 7,693 | 3,341 | 2,267 | 1,074 | 4,352 |
| Internistas | 5,236 | 2,683 | 1,277 | 1,406 | 2,553 |
| Otros Especialistas | 41,957 | 28,917 | 8,270 | 20,647 | 13,040 |
| Residentes | 13,185 | 12,146 | 5,716 | 6,430 | 1,039 |
| Pasantes | 16,472 | 15,974 | 13,698 | 2,276 | 498 |
| Odontólogos | 9,617 | 8,921 | 5,066 | 3,855 | 696 |
| - En Otras Labores | 21,700 | 21,117 | 4,893 | 16,224 | 583 |
| Personal Paramédico | 260,166 | 227,096 | 88,072 | 139,024 | 33,070 |
| Enfermeras | 220,678 | 190,335 | 82,639 | 107,696 | 30,343 |
| Auxiliares | 71,420 | 59,922 | 29,540 | 30,382 | 11,498 |
| Generales | 76,013 | 61,831 | 33,488 | 28,343 | 14,182 |
| Especializadas | 27,837 | 25,681 | 4,646 | 21,035 | 2,156 |
| Otras | 43,932 | 42,901 | 14,965 | 27,936 | 1,031 |
| Pasantes | 1,476 | | | | 1,476 |
| Otro Personal Paramédico | 39,488 | 36,761 | 5,433 | 31,328 | 2,727 |
| Serv. Aux. de Diag. y Trat. | 40,406 | 36,388 | 16,104 | 20,284 | 4,018 |
| Personal Administrativo | 155,158 | 143,018 | 45,078 | 97,940 | 12,140 |
| Otro Personal | 49,304 | 36,782 | 20,596 | 16,186 | 12,522 |

1/ Incluye información de la SSA, IMSS Solidaridad, SSADF, Institutos Nacionales de Salud, Cruz Roja Mexicana, Universitarios y el Hospital del Niño Poblano.

2/ Incluye registros del IMSS, ISSSTE, PEMEX, SDN, SM, de los Estados y del Sistema de Transporte Colectivo (Metro)

3/ Datos del 2001

Fuente: Elaboración propia con datos de la SSA. Boletín Estadístico Anual del Sistema Nacional de Información en Salud.

SERVICIOS OTORGADOS POR INSTITUCIONES QUE PROPORCIONAN
SERVICIOS MÉDICOS
ESTADOS UNIDOS MEXICANOS 2001

Cuadro 2.13

| Tipo de Servicio | Gran Total | Sector Público | | | Sector Privado |
|--------------------------------|----------------|----------------|---|--|----------------|
| | | Total | Población no Derechohabiente ^{1/} | Población Derechohabiente ^{2/} | |
| Consulta Externa | 254,546 | 245,682 | 98,693 | 146,989 | 8,864 |
| General | 175,389 | 172,165 | 77,469 | 94,696 | 3,224 |
| 1a. Vez | 87,740 | 87,740 | 41,564 | 46,176 | |
| Subsecuente | 84,149 | 84,149 | 35,905 | 48,244 | |
| Especializada | 41,294 | 36,977 | 9,989 | 26,988 | 4,317 |
| 1a. Vez | 13,534 | 13,534 | 3,699 | 9,835 | |
| Subsecuente | 23,219 | 23,219 | 6,271 | 16,948 | |
| Gineco-Obstetricia | 6,073 | 5,009 | 1,766 | 3,243 | 1,064 |
| Pediatria | 5,196 | 4,147 | 1,515 | 2,632 | 1,049 |
| Cirugía | 3,477 | 3,066 | 1,178 | 1,888 | 411 |
| Medicina Interna | 3,994 | 3,553 | 1,183 | 2,370 | 441 |
| Otras Especialidades | 22,519 | 21,168 | 4,264 | 16,904 | 1,351 |
| De Urgencias | 25,258 | 24,291 | 6,015 | 18,276 | 967 |
| Odontológica | 12,495 | 12,248 | 5,220 | 7,028 | 247 |
| Medicina preventiva | 107 | | | | 107 |
| Hospitalización | | | | | |
| Egresos | 6,045 | 4,454 | 1,915 | 2,539 | 1,591 |
| Días Paciente | 19,321 | 19,321 | 8,070 | 11,251 | |
| Días Estancia | 13,189 | 9,738 | 7,280 | 2,458 | 3,451 |
| Interv. Quirúrgicas | 3,481 | 2,860 | 1,036 | 1,824 | 621 |
| Defunciones | 127 | 115 | 44 | 71 | 12 |
| Medicina Interna | | | | | |
| Egresos | 1,068 | 842 | 218 | 624 | 226 |
| Cirugía | | | | | |
| Egresos | 1,360 | 986 | 304 | 682 | 374 |
| Gineco-Obstetricia | | | | | |
| Egresos | 2,018 | 1,641 | 874 | 767 | 377 |
| Pediatria | | | | | |
| Egresos | 764 | 622 | 253 | 369 | 142 |
| Otras Especialidades | | | | | |
| Egresos | 749 | 279 | 266 | 13 | 470 |
| Servs. Aux. de Diag. | | | | | |
| Anatomía Patológica | | | | | |
| Estudios | 3,871 | 3,601 | 690 | 2,911 | 270 |
| Personas | 2,790 | 2,617 | 448 | 2,169 | 173 |
| Laboratorio Clínico | | | | | |
| Estudios | 192,244 | 185,656 | 51,003 | 134,653 | 6,588 |
| Personas | 40,047 | 37,909 | 9,990 | 27,919 | 2,138 |
| Radiología ^{3/} | | | | | |
| Estudios | 18,406 | 18,013 | 3,880 | 14,133 | 393 |
| Personas | 14,688 | 14,385 | 2,718 | 11,667 | 303 |
| Otros ^{4/} | | | | | |
| Estudios | 4,773 | 3,941 | 1,014 | 2,927 | 832 |
| Personas | 4,444 | 3,692 | 924 | 2,768 | 752 |
| Servs. Aux. de Trat. | | | | | |
| Fisioterapia | | | | | |
| Sesiones | 10,362 | 10,362 | 2,141 | 8,221 | |
| Personas | 1,595 | 1,595 | 135 | 1,460 | |
| Educación para la Salud | | | | | |
| Pláticas | 11,891 | 11,891 | 6,726 | 5,165 | |
| Asistentes | 134,990 | 134,990 | 113,705 | 21,285 | |

Nota: Las cifras están registradas en miles y representan el número de servicios o personas atendidas

1/ Incluye información de la SSA, IMSS Solidaridad, SSADF, de los Institutos Nacionales de Salud, Cruz Roja Mexicana y del Hospital del Niño Poblano. En egresos hospitalarios de otras especialidades se incluyen los de primer nivel.

2/ Incluye registros del IMSS, ISSSTE, PEMEX, SDN, SM, de los Estados y del Sistema de Transporte Colectivo (Metro)

3/ En el sector privado se refiere a Imaginología

4/ En el sector privado incluye electrodiagnóstico y ultrasonido

Fuente: Elaboración propia con datos de la SSA. Boletín Estadístico Anual del Sistema Nacional de Información en Salud.

Cuentas Nacionales de Salud. MÉXICO 1992-2000

Cuadro 2.14

| Concepto y Año | Gasto total en salud (millones de pesos) | | Gasto por persona (pesos) | | Gasto como % del PIB |
|----------------------|---|------------|------------------------------|------------|-------------------------|
| | corrientes | constantes | corrientes | constantes | |
| Gasto Público | | | | | |
| 1992 | 28,560 | 137,868 | 329 | 1,588 | 2.5% |
| 1993 | 31,968 | 138,244 | 359 | 1,552 | 2.5% |
| 1994 | 37,320 | 142,755 | 415 | 1,587 | 2.6% |
| 1995 | 43,762 | 129,411 | 480 | 1,419 | 2.4% |
| 1996 | 56,534 | 121,601 | 611 | 1,314 | 2.3% |
| 1997 | 73,998 | 126,638 | 777 | 1,330 | 2.3% |
| 1998 | 98,315 | 138,854 | 1,019 | 1,439 | 2.6% |
| 1999 | 117,322 | 139,042 | 1,187 | 1,407 | 2.6% |
| 2000 | 135,141 | 135,141 | 1,347 | 1,347 | 2.5% |
| Gasto Privado | | | | | |
| 1992 | 30,697 | 148,184 | 354 | 1,709 | 2.7% |
| 1993 | 41,629 | 180,022 | 471 | 2,037 | 3.3% |
| 1994 | 55,249 | 211,337 | 614 | 2,349 | 3.9% |
| 1995 | 57,176 | 169,078 | 627 | 1,854 | 3.1% |
| 1996 | 72,172 | 155,237 | 780 | 1,678 | 2.8% |
| 1997 | 94,323 | 161,421 | 991 | 1,696 | 2.9% |
| 1998 | 117,398 | 165,806 | 1,217 | 1,719 | 3.0% |
| 1999 | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2000 | --- | --- | --- | --- | --- |
| Total | | | | | |
| 1992 | 59,257 | 286,052 | 683 | 3,297 | 5.2% |
| 1993 | 73,597 | 318,266 | 830 | 3,589 | 5.8% |
| 1994 | 92,569 | 354,092 | 1,029 | 3,936 | 6.5% |
| 1995 | 100,938 | 298,489 | 1,107 | 3,273 | 5.5% |
| 1996 | 128,706 | 276,838 | 1,391 | 2,992 | 5.1% |
| 1997 | 168,321 | 288,059 | 1,768 | 3,026 | 5.2% |
| 1998 | 215,713 | 304,660 | 2,236 | 3,158 | 5.6% |
| 1999 | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2000 | --- | --- | --- | --- | --- |

Fuente: Cuentas Nacionales de Salud, 1992-1998. Fundación Mexicana para la Salud, 1999.

Nota: Las cifras fueron deflactadas a precios del año 2000. Las cifras de 1999 y 2000 las generó la SSA.

**PRESUPUESTO EJERCIDO POR CATEGORÍA PROGRAMÁTICA
(MILLONES DE PESOS)
NACIONAL 2000**

Cuadro 2.15

| Clave Subfunción y Actividad Institucional | CATEGORÍA PROGRAMÁTICA | Total | Población no Derechohabiente ^{1/} | Población Derechohabiente ^{2/} |
|---|--|----------------|---|--|
| | Presupuesto Total | 137,177 | 41,130 | 96,047 |
| RAMO 12 | Salud | 114,584 | 18,537 | 96,047 |
| 08 | Salud | 112,989 | 16,942 | 96,047 |
| 0800 | Subfunción de Servicios Compartidos | 18,815 | 2,550 | 16,265 |
| 27000101 | Diseñar políticas púb. y estrategias para implantación | 163 | 163 | 0 |
| 27000102 | Proporcionar asesoría, así como apoyo técnico y jurídico | 19 | 19 | 0 |
| 27000104 | Comunicar y difundir las actividades y compromisos del gobierno federal | 58 | 58 | 0 |
| 27000204 | Coordinar y promover las relaciones del país a nivel internacional | 111 | 111 | 0 |
| 27000209 | Promover, establecer y dar seguimiento a los convenios con las Ent. Fed. | 19 | 19 | 0 |
| 27000301 | Regular y supervisar a agentes económicos | 93 | 93 | 0 |
| 27000434 | Elaborar y establecer las bases de la información estadística nacional | 3 | 3 | 0 |
| 27000602 | Auditar a la gestión pública | 37 | 37 | 0 |
| 27000701 | Administrar recursos humanos, materiales y financieros | 16,889 | 624 | 16,265 |
| 27000702 | Administrar los rec. informáticos para el desarrollo de las act. sustantivas | 24 | 24 | 0 |
| 27000703 | Capacitar y formar servidores públicos | 778 | 778 | 0 |
| 27006419 | Proporcionar los servicios de salud (PAC) | 615 | 615 | 0 |
| 0801 | Servicios de Salud Pública | 2,608 | 2,608 | 0 |
| 27000205 | Realizar campañas de prevención y promoción | 1 | 1 | 0 |
| 27000306 | Llevar a cabo la regulación sanitaria | 196 | 196 | 0 |
| 27000429 | Realizar la vigilancia epidemiológica | 397 | 397 | 0 |
| 27000437 | Desarrollar y construir infraestructura básica | 3 | 3 | 0 |
| 27000701 | Administrar recursos humanos, materiales y financieros | 77 | 77 | 0 |
| 27000703 | Capacitar y formar servidores públicos | 30 | 30 | 0 |
| 27005419 | Proporcionar los servicios de salud (PROGRESA) | 1,480 | 1,480 | 0 |
| 27006419 | Proporcionar los servicios de salud (PAC) | 421 | 421 | 0 |
| 0802 | Atención Médica | 91,476 | 11,695 | 79,781 |
| 27000201 | Promover la aplicación de las políticas públicas sectoriales | 129 | 129 | 0 |
| 22700419 | Proporcionar los servicios de salud | 6 | 6 | 0 |
| 27000420 | Proporcionar atención médica | 81,466 | 9,086 | 72,380 |
| 27000437 | Desarrollar y construir infraestructura básica | 2,589 | 508 | 2,081 |
| 27000438 | Conservar y mantener la infraestructura básica | 3,534 | 230 | 3,304 |
| 27000505 | Producir bienes e insumos para sectores prioritarios | 97 | 97 | 0 |
| 27000701 | Administrar recursos humanos, materiales y financieros | 750 | 750 | 0 |
| 27000703 | Capacitar y formar servidores públicos | 2,281 | 386 | 1,895 |
| 27019433 | Llevar a cabo la investigación científica y tecnológica | 620 | 500 | 120 |
| 0803 | Producción de Bienes para la Salud | 89 | 89 | 0 |
| 27000505 | Producir bienes e insumos para sectores prioritarios | 89 | 89 | 0 |
| 09 | Seguridad Social | 258 | 258 | 0 |
| 0903 | Seguros | 258 | 258 | 0 |
| 27000707 | Pagar las aportaciones del Gobierno Federal | 214 | 214 | 0 |
| 27006707 | Pagar las aportaciones del Gobierno Federal (PAC) | 44 | 44 | 0 |
| 11 | Abasto y Asistencia Social | 1,336 | 1,336 | 0 |
| 27000102 | Proporcionar asesoría, así como apoyo técnico y jurídico | 16 | 16 | 0 |
| 27000104 | Comunicar y difundir las actividades y compromisos del gob. fed. | 14 | 14 | 0 |
| 27000201 | Promover la aplicación de políticas públicas sectoriales | 41 | 41 | 0 |
| 27000204 | Coordinar y promover las relaciones del país a nivel internacional | 4 | 4 | 0 |
| 27000421 | Proporcionar servicios de asistencia social y comunitarios | 1,021 | 1,021 | 0 |
| 27000602 | Auditar a la gestión pública | 15 | 15 | 0 |
| 27000701 | Administrar recursos humanos materiales y financieros | 220 | 220 | 0 |
| 27019412 | Atender a la población en casos de desastres naturales | 1 | 1 | 0 |
| RAMO 33 | Aportaciones Federales para Entidades Federativas y Municipios | 22,592 | 22,592 | 0 |
| 080227000419 | Proporcionar servicios de salud (descentralización) | 20,126 | 20,126 | 0 |
| 080227000437 | Desarrollar y construir infraestructura básica | 876 | 876 | 0 |
| 090327000707 | Pagar las aportaciones del Gobierno Federal | 1,589 | 1,589 | 0 |

1/ El presupuesto incluye el Ramo 12 y Ramo 33 de la SSA, el ISSDF e IMSS Solidaridad

2/ Incluye presupuesto de IMSS, ISSSTE y PEMEX

Fuente: Elaboración propia con datos de la SSA. Boletín Estadístico Anual del Sistema Nacional de Información en Salud.

GASTO CORRIENTE EN SALUD POR FUNCIÓN Y PROVEEDOR, 2001. (MILLONES DE PESOS)

Cuadro 2.16

| Función | Gasto Total | Rama de actividad proveedora de atención de la salud | | | | | | Otras Ind. | HP.9 Resto del Mundo |
|--|------------------|--|--|---|---|--|--|---|-------------------------|
| | | HP.1 Hospitales | HP.2 Establec de atención medicalizada y residencial | HP.3 Proveedores de atención ambulatoria | HP.4 Minoristas y otros proveedores de prod. médicos ^{3/} | HP.5 Suministro y administración de programas de salud pública ^{4/} | HP.6 Administración general de la salud y los seguros médicos | HP.7 Las demás ramas de actividad (resto de la economía) | |
| Atención hospitalaria ^{1/} | 141,730.3 | 141,730.3 | | | | | | | |
| Asistencia curativa y rehabilitación | | | | | | | | | |
| Atención de larga duración hospitalaria | | | | | | | | | |
| Servicios de hospitalización de día | | | | | | | | | |
| Asistencia curativa y rehabilitación | | | | | | | | | |
| Atención de larga duración hospitalaria | | | | | | | | | |
| Atención ambulatoria ^{2/} | 88,550.5 | | | 88,550.5 | | | | | |
| Asistencia curativa y rehabilitación ambulatoria | | | | | | | | | |
| Servicios médicos y de diagnóstico básicos | | | | | | | | | |
| Asistencia odontológica ambulatoria | | | | | | | | | |
| Los demás servicios de asistencia especializada | | | | | | | | | |
| Los demás servicios de asistencia ambulatoria | | | | | | | | | |
| Atención domiciliaria | | | | | | | | | |
| Asistencia curativa y rehabilitación | | | | | | | | | |
| Atención de larga duración hospitalaria | | | | | | | | | |
| Servicios auxiliares de atención de la salud | | | | | | | | | |
| Prod. Médicos dispensados a pacientes amb. | 98,216.5 | | | | 98,216.5 | | | | |
| Prod. farmacéuticos y otros prod. med. percederos | | | | | | | | | |
| Dispositivos terap. y otros prod. med. percederos | | | | | | | | | |
| Gasto Total en asistencia de salud individual** | 338,086.5 | 141,730.3 | | 88,550.5 | 98,216.5 | | 9,589.2 | | |
| Servicios de prevención y de salud pública | 9,418.5 | | | | | 9,418.5 | | | |
| Admón. De la salud y los seguros médicos | 29,037.1 | | | | | | 29,037.1 | | |
| Gasto Total en Salud | 376,542.1 | 141,730.3 | | 88,550.5 | 98,216.5 | 9,418.5 | 38,626.3 | | |

Fuente: Secretaría de Salud. Cuentas Nacionales de Salud, 2003.

Notas:

Toda la información incluye gasto público y privado. El Gasto privado se obtuvo del Sistema de Cuentas Nacionales de México, Cuenta de Bienes y Servicios 1995-2000

** El gasto total en asistencia de salud individual es la suma horizontal de proveedores

^{1/} Hospitales incluye \$105,684.9 de población asegurada y no asegurada y \$36,045.4 de gasto privado en servicios hospitalarios^{2/} Atención ambulatoria incluye \$6,786.0 de población no asegurada y \$81,764.5 de gasto privado^{3/} Incluye gasto privado en productos medicinales y farmacéuticos^{4/} Incluye el Instituto Nacional de Salud Pública, Centro Nacional de la Transfusión Sanguínea, Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA, Centros de Integración Juvenil, Coordinación de Vigilancia Epidemiológica, Instituto Nacional de la Senectud y unidades administrativas centrales con funciones de salud pública

GASTO CORRIENTE EN SALUD POR PROVEEDOR Y FUENTE DE FINANCIACIÓN, 2001. (MILLONES DE PESOS)

Cuadro 2.17

| Rama proveedora | Gasto Corriente Total de Salud | HF.1 Administración Pública | HF.1.1 Administración Pública (excl. Seguridad social) ^{1/} | HF.1.2 Admón. Seguridad social ^{2/} | HF.2 Sector Privado ^{3/} | HF.2.2 Empresas de seguros privadas | HF.2.3 Gasto directo privado de los hogares | HF.2.4 ISFLSH (exc. Seguros sociales médicos) | HF.2.5 Sociedades (excepto seguros médicos) | HF.3 Resto del Mundo |
|--|--------------------------------|-----------------------------|--|--|-----------------------------------|-------------------------------------|---|---|---|----------------------|
| Total | 376,542.1 | 171,143.5 | 51,882.1 | 119,261.4 | 205,398.6 | 9,589.2 | 195,809.4 | | | |
| Hospitales | 151,319.5 | 105,684.9 | 20,868.1 | 84,816.8 | 45,634.6 | 9,589.2 | 36,045.4 | | | |
| Establecimientos de atención medicalizada y residencial | | | | | | | | | | |
| Proveedores de atención sanitaria ambulatoria | 88,550.5 | 8,788.0 | 6,788.0 | | 81,764.5 | | 81,784.5 | | | |
| Consultorios médicos | | | | | | | | | | |
| Consultorios odontológicos | | | | | | | | | | |
| Consultorios de otros profesionales de salud | | | | | | | | | | |
| Centros de atención ambulatoria | 88,550.5 | 8,788.0 | 6,788.0 | | 81,764.5 | | 81,784.5 | | | |
| Laboratorios médicos y de diagnóstico | | | | | | | | | | |
| Proveedores de atención domiciliaria | | | | | | | | | | |
| Demás proveedores de atención ambulatoria | | | | | | | | | | |
| Minoristas y otros proveedores de productos médicos | 98,216.5 | 20,217.0 | 2,776.0 | 17,441.0 | 77,999.5 | | 77,999.5 | | | |
| Farmacias | 20,217.0 | 20,217.0 | 2,776.0 | 17,441.0 | | | | | | |
| Demás formas de venta | 77,999.5 | | | | 77,999.5 | | 77,999.5 | | | |
| Suministros y administración de programas de salud pública | 9,418.5 | 9,418.5 | 9,418.5 | | | | | | | |
| Administración general de la salud y de seguros | 29,037.1 | 29,037.1 | 12,033.5 | 17,003.6 | | | | | | |
| Administración Pública (excepto seguridad social) | 12,033.5 | 12,033.5 | 12,033.5 | | | | | | | |
| Administración de seguridad social | 17,003.6 | 17,003.6 | | 17,003.6 | | | | | | |
| Otros seguros sociales | | | | | | | | | | |
| Otros seguros (privados) | | | | | | | | | | |
| Demás proveedores de administración de la salud | | | | | | | | | | |
| Las demás ramas de actividad (resto de la economía) | | | | | | | | | | |
| Entidades proveedoras de servicios de medicina del trabajo | | | | | | | | | | |
| Hogares como proveedores de atención domiciliaria | | | | | | | | | | |
| Las demás ramas de act. como prod. secundarios de atención de la salud | | | | | | | | | | |
| Resto del Mundo | | | | | | | | | | |

Fuente: Secretaría de Salud, Cuentas Nacionales de Salud, 2003.

GASTO CORRIENTE EN SALUD POR FUNCIÓN Y FUENTE DE FINANCIACIÓN, 2001. (MILLONES DE PESOS)

Cuadro 2.18

| Función | Gasto Total | HF.1 Administración Pública | HF.1.1 Administración Pública (excl. Seguridad social) | HF.1.2 Admón seguridad social | HF.2 Sector Privado | HF.2.1 Seguridad Social Privada | HF.2.2 Empresas de seguros privados | HF.2.3 Gasto directo privado de los hogares | HF.2.4 ISFLSH (exc. seguros sociales médicos) | HF.2.5 Sociedades (excepto seguros médicos) | HF.3 Resto del Mundo |
|--|------------------|-----------------------------------|--|--|---------------------------|--|--|--|---|---|----------------------------|
| Gasto corriente en atención de la salud | 376,542.1 | 171,143.5 | 51,882.1 | 119,261.4 | 205,398.6 | | 9,589.2 | 195,808.9 | | | |
| Servicios de atención de la salud | 145,464.0 | 27,654.1 | 27,654.1 | | 117,809.9 | | 9,589.2 | 117,809.4 | | | |
| Servicios hospitalarios | 56,913.5 | 20,868.1 | 20,868.1 | | 36,045.4 | | | 36,045.4 | | | |
| Hospitalización de día | | | | | | | | | | | |
| Servicios ambulatorios | 88,550.5 | 6,786.0 | 6,786.0 | | 81,764.5 | | | 81,764.5 | | | |
| Servicios domiciliarios | | | | | | | | | | | |
| Servicios auxiliares de atención a la salud | | | | | | | | | | | |
| Prod. médicos dispensados a pacientes ambulatorios | 98,216.5 | 20,217.0 | 2,776.0 | 17,441.0 | 77,999.5 | | | 77,999.5 | | | |
| Prod. farmacéuticos y otros prod. med. perec. | 98,216.5 | 20,217.0 | 2,776.0 | 17,441.0 | 77,999.5 | | | 77,999.5 | | | |
| Dispositivos terap. y otros prod. med. perec. | | | | | | | | | | | |
| Bienes/servicios atención de salud individual | 243,680.5 | 84,816.8 | | 84,816.8 | | | | | | | |
| Servicios de prevención y salud pública | 9,418.5 | 9,418.5 | 9,418.5 | | | | | | | | |
| Administración de la salud y seguros médicos | 29,037.1 | 29,037.1 | 12,033.5 | 17,003.6 | | | | | | | |

Fuente: Secretaría de Salud, Cuentas Nacionales de Salud, 2003

VALOR AGREGADO BRUTO EN VALORES BÁSICOS, POR RAMA DE ACTIVIDAD ECONÓMICA
En millones de pesos a precios corrientes

Cuadro 2.19

| RAMA | CONCEPTO | 1998 | 1999 | 2000 |
|------|--|------------------|------------------|------------------|
| | TOTAL | 3,517,782 | 4,205,704 | 4,982,567 |
| | GRAN DIVISION 9: SERVICIOS COMUNALES, SOCIALES Y PERSONALES | 798,639 | 997,197 | 1,216,549 |
| 68 | Servicios Profesionales | 193,758 | 249,134 | 316,006 |
| 69 | Servicios de Educación | 196,374 | 241,642 | 287,196 |
| 70 | Servicios Médicos | 109,986 | 137,112 | 161,268 |
| 71 | Servicios de Esparcimiento | 34,692 | 43,167 | 51,266 |
| 72 | Otros Servicios | 140,108 | 171,244 | 201,541 |
| 73 | Administración Pública y Defensa | 123,721 | 154,898 | 199,272 |

Fuente: INEGI. Elaboración propia con datos del Sistema de Cuentas Nacionales de México.
Cuentas de Bienes y Servicios. 1997-2002. Tomo I, páginas 112 y 113

VALOR AGREGADO BRUTO EN VALORES BÁSICOS, POR GRUPO DE ACTIVIDAD ECONÓMICA
En millones de pesos a precios corrientes

Cuadro 2.20

| CONCEPTO | 1998 | 1999 | 2000 |
|---|----------------|----------------|----------------|
| Rama 70: Servicios médicos | 109,985 | 137,110 | 161,267 |
| Grupo 700: Servicios básicos | 100,929 | 125,647 | 147,915 |
| Grupo 701: Laboratorios de análisis clínicos, de radiología y radioscopia | 1,505 | 1,902 | 2,328 |
| Grupo 702: Servicios de asistencia social con y sin alojamiento | 7,551 | 9,561 | 11,024 |

Fuente: INEGI. Sistema de Cuentas Nacionales de México. Cuentas de Bienes y Servicios, 1997-2002. Tomo I, página 194

CUENTA DE PRODUCCIÓN DEL SECTOR PÚBLICO POR ACTIVIDAD ECONÓMICA,
A PRECIOS BÁSICOS
AÑO 1998

Cuadro 2.21

| CONCEPTO | VALOR BRUTO DE PRODUCCIÓN | CONSUMO INTERMEDIO | VALOR AGREGADO BRUTO | REMUNERACIÓN DE ASALARIADOS | IMPUESTOS SOBRE LA PRODUCCIÓN | SUBSIDIOS A LA PRODUCCIÓN | EXCEDENTE BRUTO DE EXPLOTACIÓN |
|--|---------------------------|--------------------|----------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------|--------------------------------|
| En millones de pesos corrientes | | | | | | | |
| TOTAL | 700,631 | 210,777 | 489,850 | 376,385 | 6,456 | (3,940) | 111,961 |
| GOBIERNO GENERAL | 399,956 | 84,133 | 315,820 | 310,057 | 1,185 | -- | 4,600 |
| Servicios de Educación | 151,416 | 9,670 | 141,745 | 141,185 | 64 | -- | 496 |
| Enseñanza Básica | 99,474 | 2,799 | 96,675 | 96,674 | -- | -- | -- |
| Enseñanza Media y Superior | 46,369 | 5,206 | 41,162 | 40,896 | 35 | -- | 232 |
| Educación Media Terminal | 2,344 | 604 | 1,740 | 1,510 | 6 | -- | 224 |
| Escuelas Diversas | 3,229 | 1,061 | 2,168 | 2,105 | 23 | -- | 40 |
| Servicios Médicos | 72,808 | 22,452 | 50,355 | 49,974 | 158 | -- | 223 |
| - Hospitales, Sanatorios, Clínicas, Maternidades y Bancos de Sangre | 42,798 | 12,396 | 30,401 | 30,128 | 107 | -- | 166 |
| - Consultorios Médicos y Dentales, incluso Servicios de Enfermería y Obstetricia | 23,801 | 7,423 | 16,378 | 16,321 | 32 | -- | 25 |
| - Asistencia Social con alojamiento | 95 | 21 | 74 | 62 | 2 | -- | 10 |
| - Asistencia Social sin alojamiento | 6,114 | 2,612 | 3,502 | 3,463 | 17 | -- | 22 |
| Administración Pública y Defensa | 175,732 | 52,011 | 123,720 | 118,898 | 943 | -- | 3,881 |
| - Administración Pública en General | 46,621 | 17,060 | 29,560 | 29,181 | 274 | -- | 106 |
| - Actividades de Servicios Sanitarios, Educativos, Culturales y Otros Servicios Sociales | 20,355 | 6,952 | 13,403 | 13,206 | 84 | -- | 113 |
| - Regulación y Fomento de las Actividades Económicas | 31,764 | 10,378 | 21,386 | 20,974 | 183 | -- | 229 |
| - Prestación de Servicios a la Comunidad | 59,152 | 13,651 | 45,501 | 45,223 | 262 | -- | 17 |
| - Seguridad Social | 17,840 | 3,970 | 13,870 | 10,314 | 140 | -- | 3,416 |
| EMPRESAS PÚBLICAS | 300,675 | 126,644 | 174,030 | 66,328 | 4,291 | (3,940) | 107,351 |
| 1. Agropecuario, Silvicultura y Pesca | 1,218 | 590 | 629 | 591 | 3 | -- | 35 |
| 2. Minería | 773 | 317 | 456 | 211 | 7 | -- | 238 |
| 3. Industria Manufacturera | 7,546 | 5,814 | 1,932 | 1,479 | 13 | -- | 441 |
| 4. Construcción | -- | -- | -- | -- | -- | -- | -- |
| 5. Electricidad, Gas y Agua | 71,347 | 33,866 | 37,480 | 17,700 | 1,861 | -- | 17,919 |
| 6. Comercio, Restaurantes y Hoteles | 3,907 | 1,402 | 2,505 | 2,126 | 73 | (2,739) | 3,045 |
| 7. Transporte, Almacenamiento y Comunicaciones | 26,221 | 10,676 | 15,545 | 13,365 | 165 | (1,201) | 3,216 |
| 8. Servicios Financieros, Seguros y Bienes Inmuebles | 56,966 | 3,802 | 53,164 | 6,988 | 214 | -- | 45,961 |
| 9. Servicios Comunes, Sociales y Personales | 15,578 | 2,845 | 12,732 | 8,202 | 908 | -- | 3,622 |
| Industria Petrolera | 117,119 | 67,532 | 49,587 | 15,666 | 1,047 | -- | 32,874 |

Fuente: INEGI, SCNM. Indicadores Macroeconómicos del Sector Público 1997-2002

CUENTAS DE BIENES Y SERVICIOS
PRODUCCIÓN POR FINALIDADES 1/
TOTAL DE ENTIDADES FEDERATIVAS 2/

Cuadro 2.22

| Rama | Grupo o Sgpo. | DENOMINACIÓN | 1998 | 1999 | 2000 |
|------|---------------|---|---------------------------------|----------------|----------------|
| | | | En millones de pesos corrientes | | |
| | | TOTAL | 177,735 | 222,175 | 267,811 |
| 73 | | Administración Pública y Defensa | 49,353 | 60,965 | 72,766 |
| | 7301 | Administración Pública en General | 21,435 | 26,203 | 31,875 |
| | 7302 | Regulación de las Actividades de los Organismos que Prestan Servicios Sanitarios, Educativos y Culturales | 6,650 | 8,204 | 9,717 |
| | 7303 | Regulación y Fomento de las Actividades Económicas | 9,186 | 10,077 | 12,125 |
| | 7311 | Prestaciones de Servicios a la comunidad | 12,082 | 16,481 | 19,049 |
| 69 | | Servicios de Educación | 108,595 | 136,443 | 165,427 |
| | 690 | Servicios de Enseñanza Básica | 88,576 | 111,647 | 135,055 |
| | 691 | Servicios de Enseñanza Media y Superior | 20,019 | 24,796 | 30,372 |
| 70 | | Servicios Médicos | 19,787 | 24,767 | 29,618 |
| | 700 | Hospitales, Sanatorios, Clínicas, Maternidades y Bancos de Sangre | 10,419 | 12,901 | 15,434 |
| | 701 | Consultorios Médicos y Dentales, incluso Servicios de Enfermería y Obstetricia | 6,509 | 8,019 | 9,430 |
| | 702 | Asistencia Social sin Alojamiento | 2,859 | 3,847 | 4,754 |

NOTA: En el año 1993 se descentralizaron los servicios educativos, en 1997 los servicios médicos y en 1998 el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia, del gobierno federal a los estatales, manifestándose por ello cambios significativos en el nivel del gasto y en su estructura.

1/ La producción del gobierno expresada aquí en valores básicos es equivalente al gasto de consumo final del gobierno y comprende la producción de los Servicios de Administración Pública y Defensa incluidos en la Rama 73, más los servicios de Educación y Médicos prestados por el Gobierno, que junto con los que proporcionan las empresas privadas, están incluidas en las Ramas 69 y 70 del codificador por actividad del SCNM.

2/ El total de entidades federativas incluye al Gobierno del Distrito Federal

Fuente: INEGI. SCNM. Gobiernos Estatales. Cuentas de Producción, por Finalidad 1996-2001

CONSUMO DE LOS HOGARES Y DE LAS INSTITUCIONES PRIVADAS
SIN FINES DE LUCRO. GASTO TOTAL EN EL MERCADO INTERIOR,
CLASIFICADO SEGÚN SU OBJETO
EN MILLONES DE PESOS CORRIENTES

Cuadro 2.23

| CONCEPTO | 1998 | 1999 | 2000 |
|---|---------|---------|---------|
| 5. Sanidad | 106,795 | 128,563 | 155,526 |
| 1. Productos medicinales y farmacéuticos | 40,053 | 47,731 | 59,205 |
| 2. Servicios médicos y paramédicos no hospitalarios | 48,986 | 56,949 | 67,662 |
| 3. Servicios hospitalarios | 17,756 | 23,883 | 28,659 |

Fuente: INEGI. Sistema de Cuentas Nacionales de México. Cuentas de Bienes y Servicios, 1997-2002. Tomo I, página 70

CONSUMO DE LOS HOGARES Y DE LAS INSTITUCIONES PRIVADAS
SIN FINES DE LUCRO. GASTO TOTAL EN EL MERCADO INTERIOR, DE ORIGEN NACIONAL,
CLASIFICADO SEGÚN SU OBJETO
EN MILLONES DE PESOS CORRIENTES

Cuadro 2.23.1

| CONCEPTO | 1998 | 1999 | 2000 |
|---|---------|---------|---------|
| 5. Sanidad | 101,512 | 122,277 | 147,593 |
| 1. Productos medicinales y farmacéuticos | 34,770 | 41,445 | 51,272 |
| 2. Servicios médicos y paramédicos no hospitalarios | 48,986 | 56,949 | 67,662 |
| 3. Servicios hospitalarios | 17,756 | 23,883 | 28,659 |

Fuente: INEGI. Sistema de Cuentas Nacionales de México. Cuentas de Bienes y Servicios, 1997-2002. Tomo I, página 73

CONSUMO DE LOS HOGARES Y DE LAS INSTITUCIONES PRIVADAS
SIN FINES DE LUCRO. GASTO TOTAL EN EL MERCADO INTERIOR, DE ORIGEN IMPORTADO,
CLASIFICADO SEGÚN SU OBJETO
EN MILLONES DE PESOS CORRIENTES

Cuadro 2.23.2

| CONCEPTO | 1998 | 1999 | 2000 |
|---|--------|-------|-------|
| 5. Sanidad | 52,823 | 6,287 | 7,933 |
| 1. Productos medicinales y farmacéuticos | 52,823 | 6,287 | 7,933 |
| 2. Servicios médicos y paramédicos no hospitalarios | -- | -- | -- |
| 3. Servicios hospitalarios | -- | -- | -- |

Fuente: INEGI. Sistema de Cuentas Nacionales de México. Cuentas de Bienes y Servicios, 1997-2002. Tomo I, página 76

**2. CUADROS SUSCEPTIBLES DE
ELABORAR PARA LA CSSSM**

| Concepto | OFERTA | | | OFERTA Y UTILIZACIÓN | Demanda Intermedia Sociedades no Financieras | DEMANDA FINAL | | | | |
|--|--|------------------------------|---|----------------------------|---|---------------------|---------------------|----------------|--|------------------------------|
| | Producción bruta a precios productor | Importa- ciones C.I.F. | Margen de comercio y distribución | | | Sector Público | | Sector Privado | | Exporta- ciones F.O.B. |
| | | | | | | Gobierno General | Seguridad Social | Hogares | Instituciones sin fines de lucro que sirven a los hogares | |
| Bienes y Servicios Característicos | | | | | | | | | | |
| Bienes | | | | | | | | | | |
| Medicamentos | | | | | | | | | | |
| Lentes y otros productos ópticos | | | | | | | | | | |
| Equipo y aparatos ortopédicos | | | | | | | | | | |
| Servicios | | | | | | | | | | |
| Hospitales | | | | | | | | | | |
| Generales | | | | | | | | | | |
| Salud mental y adicciones | | | | | | | | | | |
| Especialidades | | | | | | | | | | |
| Atención medicalizada y residencial | | | | | | | | | | |
| Atención ambulatoria | | | | | | | | | | |
| Consultorios médicos | | | | | | | | | | |
| Consultorios dentales | | | | | | | | | | |
| Otros consultorios | | | | | | | | | | |
| Centros de atención ambulatoria | | | | | | | | | | |
| Planificación familiar | | | | | | | | | | |
| Salud mental y adicciones | | | | | | | | | | |
| Clinicas de cirugía ambulatoria | | | | | | | | | | |
| Clinicas de especialidades | | | | | | | | | | |
| Otros centros integrados de atención | | | | | | | | | | |
| Atención domiciliaria | | | | | | | | | | |
| Laboratorio médico y de diagnóstico | | | | | | | | | | |
| Otros proveedores de atención ambulatoria | | | | | | | | | | |
| Servicios de ambulancia | | | | | | | | | | |
| Bancos de sangre y órganos | | | | | | | | | | |
| Suministro y administración de programas de salud pública | | | | | | | | | | |
| Bienes y Servicios Conexos | | | | | | | | | | |
| Bienes | | | | | | | | | | |
| Materiales y suministros médicos diversos | | | | | | | | | | |
| Otras Industrias relacionadas con la salud | | | | | | | | | | |
| Administración general de salud y seguros | | | | | | | | | | |
| Gobierno general excepto seguridad social | | | | | | | | | | |
| Fondos de seguridad social | | | | | | | | | | |
| Otros seguros privados | | | | | | | | | | |
| Otras Industrias | | | | | | | | | | |

Fuente: Elaboración propia con referencia del Sistema de Cuentas Nacionales de México, base 1993.

| CONCEPTO | Total | Característicos | | | | | | Otras Industrias Sanitarias | | |
|--|-------|--|------------|--|---------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|---|---|------------------|
| | | Bienes | | Servicios | | | | Suministro y administración de programas de salud pública | Administración general de salud y seguros | Otras Industrias |
| | | Medicamentos y otros artículos médicos | Hospitales | Residencias para asistencia social y para el cuidado de la salud | Servicios médicos de consulta externa | Laboratorio médico y de diagnóstico | Servicios de enfermería a domicilio | | | |
| VALOR BRUTO DE PRODUCCIÓN (precios básicos) | | | | | | | | | | |
| Bienes y Servicios Característicos | | | | | | | | | | |
| Bienes y Servicios Conexos | | | | | | | | | | |
| Otras Industrias relacionadas con la salud | | | | | | | | | | |
| CONSUMO INTERMEDIO (precios comprador) | | | | | | | | | | |
| VALOR AGREGADO BRUTO (precios básicos) | | | | | | | | | | |
| Remuneración de asalariados | | | | | | | | | | |
| Impuestos sobre la producción netos de subsidios | | | | | | | | | | |
| Excedente Bruto de Explotación | | | | | | | | | | |

Estructura Porcentual

| | |
|--|--|
| VALOR BRUTO DE PRODUCCIÓN (precios básicos) | |
| CONSUMO INTERMEDIO (precios comprador) | |
| VALOR AGREGADO BRUTO (precios básicos) | |
| Remuneración de asalariados | |
| Impuestos sobre la producción netos de subsidios | |
| Excedente Bruto de Explotación | |

| CONCEPTO | Formación Bruta de Capital Fijo | Construcciones e Instalaciones | Maquinarias y Equipo | | | | |
|--|---------------------------------|--------------------------------|----------------------|----------------------|-------------------|---------------------|----------------|
| | | | Subtotal | Equipo de Transporte | Equipo de Cómputo | Mobiliario y Equipo | Equipo Técnico |
| TOTAL | | | | | | | |
| Bienes y Servicios Característicos | | | | | | | |
| <i>Bienes</i> | | | | | | | |
| Medicamentos | | | | | | | |
| Lentes y otros productos ópticos | | | | | | | |
| Equipo y aparatos ortopédicos | | | | | | | |
| <i>Servicios</i> | | | | | | | |
| Hospitales | | | | | | | |
| Generales | | | | | | | |
| Salud mental y adicciones | | | | | | | |
| Especialidades | | | | | | | |
| Atención medicalizada y residencial | | | | | | | |
| Atención ambulatoria | | | | | | | |
| Consultorios médicos | | | | | | | |
| Consultorios dentales | | | | | | | |
| Otros consultorios | | | | | | | |
| Centros de atención ambulatoria | | | | | | | |
| Planificación familiar | | | | | | | |
| Salud mental y adicciones | | | | | | | |
| Clinicas de cirugía ambulatoria | | | | | | | |
| Clinicas de especialidades | | | | | | | |
| Otros centros integrados de atención | | | | | | | |
| Atención domiciliaria | | | | | | | |
| Laboratorio médico y de diagnóstico | | | | | | | |
| Otros proveedores de atención ambulatoria | | | | | | | |
| Servicios de ambulancia | | | | | | | |
| Bancos de sangre y órganos | | | | | | | |
| Suministro y administración de programas de salud pública | | | | | | | |
| Bienes y Servicios Conexos | | | | | | | |
| <i>Bienes</i> | | | | | | | |
| Materiales y suministros médicos | | | | | | | |
| Otras Industrias relacionadas con la salud | | | | | | | |
| Administración general de salud y seguros | | | | | | | |
| social | | | | | | | |
| Fondos de seguridad social | | | | | | | |
| Otros seguros privados | | | | | | | |
| Otras Industrias | | | | | | | |

| CONCEPTO | Número de ocupaciones remuneradas | | |
|--|-----------------------------------|---------------|-------|
| | Médicos y paramédicos | Otros empleos | Total |
| TOTAL | | | |
| Bienes y Servicios Característicos | | | |
| <i>Bienes</i> | | | |
| Medicamentos | | | |
| Lentes y otros productos ópticos | | | |
| Equipo y aparatos ortopédicos | | | |
| <i>Servicios</i> | | | |
| Hospitales | | | |
| Generales | | | |
| Salud mental y adicciones | | | |
| Especialidades | | | |
| Atención medicalizada y residencial | | | |
| Atención ambulatoria | | | |
| Consultorios médicos | | | |
| Consultorios dentales | | | |
| Otros consultorios | | | |
| Centros de atención ambulatoria | | | |
| Planificación familiar | | | |
| Salud mental y adicciones | | | |
| Clínicas de cirugía ambulatoria | | | |
| Clínicas de especialidades | | | |
| Otros centros integrados de atención | | | |
| Atención domiciliaria | | | |
| Laboratorio médico y de diagnóstico | | | |
| Otros proveedores de atención ambulatoria | | | |
| Servicios de ambulancia | | | |
| Bancos de sangre y órganos | | | |
| Suministro y administración de programas de salud pública | | | |
| Bienes y Servicios Conexos | | | |
| <i>Bienes</i> | | | |
| Materiales y suministros médicos diversos | | | |
| Otras Industrias relacionadas con la salud | | | |
| Administración general de salud y seguros | | | |
| Gobierno general excepto seguridad social | | | |
| Fondos de seguridad social | | | |
| Otros seguros privados | | | |
| Otras Industrias | | | |

Fuente: Elaboración propia con referencia del Sistema de Cuentas Nacionales de México, base 1993 y del Sistema de Cuentas de Salud de la OCDE.

| FUNCIÓN | Gasto Total en Salud | Industria Proveedora | | | | | | | |
|---|----------------------|----------------------|-------------------------------------|----------------------|----------------------|---|--|------------------|-----------------|
| | | Hospitales | Atención medicalizada y residencial | Atención ambulatoria | Servicios auxiliares | Suministro y Administración de Programas de Salud Pública | Administración General de la Salud y Seguros | Otras Industrias | Resto del Mundo |
| <i>Atención hospitalaria</i> | | | | | | | | | |
| Asistencia curativa y rehabilitación | | | | | | | | | |
| Atención de larga duración | | | | | | | | | |
| <i>Atención medicalizada y residencial</i> | | | | | | | | | |
| Asistencia curativa y rehabilitación | | | | | | | | | |
| <i>Atención ambulatoria</i> | | | | | | | | | |
| Asistencia curativa y rehabilitación ambulatoria | | | | | | | | | |
| Servicios médicos y de diagnóstico básicos | | | | | | | | | |
| Asistencia dental | | | | | | | | | |
| Atención médica especializada | | | | | | | | | |
| Los demás servicios de asistencia ambulatoria | | | | | | | | | |
| <i>Servicios auxiliares de atención de la salud</i> | | | | | | | | | |
| <i>Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios</i> | | | | | | | | | |
| Productos farmacéuticos y otros medicamentos no duraderos | | | | | | | | | |
| Aparatos terapéuticos y otros productos duraderos | | | | | | | | | |
| GASTO TOTAL EN ASISTENCIA DE LA SALUD INDIVIDUAL | | | | | | | | | |
| PRODUCTOS REQUERIDOS POR ACTIVIDADES MÉDICAS | | | | | | | | | |
| SERVICIOS DE PREVENCIÓN Y DE SALUD PÚBLICA | | | | | | | | | |
| ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD Y SEGUROS | | | | | | | | | |
| OTRAS INDUSTRIAS RELACIONADAS CON LA SALUD | | | | | | | | | |
| RESTO DEL MUNDO | | | | | | | | | |
| Gasto Total en Salud | | | | | | | | | |

Fuente: Elaboración propia en base al Sistema de Cuentas de Salud de la OCDE.

GASTO EN SALUD POR INDUSTRIA PROVEEDORA Y FUENTE DE FINANCIACIÓN

Cuadro 5.7

| BIENES Y SERVICIOS DE ATENCIÓN DE LA SALUD POR INDUSTRIA PROVEEDORA | Gasto Total en Salud | FUENTE DE FINANCIACIÓN | | | | | | RESTO DEL MUNDO |
|---|----------------------|------------------------|------------------|--------------------------|---------------------|---------|---|-----------------|
| | | SECTOR PÚBLICO | | SECTOR PRIVADO | | | | |
| | | Gobierno General | Seguridad Social | Seguridad Social Privada | Otro Seguro Privado | Hogares | Instituciones sin Fines de Lucro que sirven a los Hogares | |
| Hospitales | | | | | | | | |
| Atención medicalizada y residencial | | | | | | | | |
| Servicios de atención ambulatoria | | | | | | | | |
| Consultorios médicos | | | | | | | | |
| Consultorios dentales | | | | | | | | |
| Otros consultorios para el cuidado de la salud | | | | | | | | |
| Centros de atención ambulatoria | | | | | | | | |
| Laboratorio médico y de diagnóstico | | | | | | | | |
| Atención domiciliaria | | | | | | | | |
| Demás proveedores de atención ambulatoria | | | | | | | | |
| Medicamentos y otros artículos médicos | | | | | | | | |
| Medicamentos | | | | | | | | |
| Lentes y otros productos ópticos | | | | | | | | |
| Equipo y aparatos ortopédicos | | | | | | | | |
| Otros productos | | | | | | | | |
| Suministro y administración de programas de salud pública | | | | | | | | |
| Administración general de la salud y seguros | | | | | | | | |
| Gobierno general excepto seguridad social | | | | | | | | |
| Fondos de seguridad social | | | | | | | | |
| Otros seguros privados | | | | | | | | |
| Otras industrias relacionadas con la salud | | | | | | | | |
| Resto del Mundo | | | | | | | | |
| Gasto Total en Salud | | | | | | | | |

Fuente: Elaboración propia en base al Sistema de Cuentas de Salud de la OCDE.

GASTO EN SALUD POR FUNCIÓN Y FUENTE DE FINANCIACIÓN

Cuadro 5.8

| FUNCIÓN DE ASISTENCIA | Gasto Total en Salud | Fuente de Financiación | | | | | | | | |
|--|----------------------|------------------------|------------------|----------------|--------------------------|---------------------|---------|---|---------------------------|-----------------|
| | | Sector Público | | Sector Privado | | | | | | Resto del Mundo |
| | | Gobierno General | Seguridad Social | Sector Privado | Seguridad Social Privada | Otro Seguro Privado | Hogares | Instituciones sin Fines de Lucro que sirven a los Hogares | Sociedades No Financieras | |
| <i>Atención médica a pacientes internos</i> Atención médica curativa y de rehabilitación Hospitales Generales Hospitales de especialidades Residencias de asistencia para el cuidado de la salud Servicios médicos a pacientes internos y atención ambulatoria a largo plazo Hospitales Generales Hospitales de especialidades Residencias de asistencia social para el cuidado de la salud Otros proveedores <i>Atención médica ambulatoria</i> Curativa y de rehabilitación Hospitales Consultorios médicos Consultorios dentales Otros consultorios para el cuidado de la salud Centros de atención a pacientes ambulatorios Otros proveedores Atención domiciliaria <i>Servicios auxiliares</i> <i>Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios</i> Productos farmacéuticos y otros medicamentos perecederos Medicamentos prescritos Medicamentos no prescritos y de venta libre Otros medicamentos perecederos Aparatos terapéuticos y otros productos duraderos Lentes y otros productos ópticos Aparatos ortopédicos y otras prótesis Otros aparatos durables BIENES Y SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN DE LA SALUD INDIVIDUAL PRODUCTOS REQUERIDOS POR ACTIVIDADES MÉDICAS SERVICIOS PREVENTIVOS Y DE SALUD PÚBLICA ADMINISTRACIÓN DE LA SALUD Y SEGUROS OTRAS INDUSTRIAS RELACIONADAS CON LA SALUD | | | | | | | | | | |
| Gasto Total en Salud | | | | | | | | | | |

Fuente: Elaboración propia en base al Sistema de Cuentas de Salud de la OCDE.

GASTO TOTAL EN SALUD, INCLUYENDO FUNCIONES RELACIONADAS

Cuadro 5.9

| FUNCIÓN | Gasto Total en Salud | Sector Público Gobierno General (excluye Seguridad Social) | Sector Privado | Seguridad Social Privada | Otro Seguro Privado | Hogares | Instituciones sin Fines de Lucro que sirven a los Hogares | Sociedades No Financieras | Resto del Mundo |
|--|----------------------|---|----------------|--------------------------|---------------------|---------|---|---------------------------|-----------------|
| Atención médica curativa y de rehabilitación Servicios de atención de larga duración Servicios auxiliares de atención de la salud Productos médicos dispensados a pacientes ambulatorios Productos farmacéuticos y otros medicamentos perecederos Aparatos terapéuticos y otros productos duraderos Bienes y servicios para la atención de la salud individual Servicios preventivos y de salud pública Administración de la salud y seguros Gasto Corriente Total en Salud Formación Bruta de Capital Fijo Gasto Total en Salud <i>Partidas de memorándum: funciones relacionadas con la salud</i> Formación del personal sanitario Investigación y desarrollo en salud Control de alimentos y del agua potable Salud ambiental Administración y suministro de servicios sociales en especie a personas con enfermedades o discapacitadas Administración y suministro de prestaciones en especie relacionadas con la salud | | | | | | | | | |
| Gasto Total en Salud | | | | | | | | | |

Fuente: Elaboración propia en base al Sistema de Cuentas de Salud de la OCDE.

MATRIZ DE TRANSFERENCIAS EN ASISTENCIA DE LA SALUD

Cuadro 5.10

| Usos | | | | | | | | | | TRANSACCIONES Y SALDOS CONTABLES | Recursos | | | | | | | | | | | | |
|-------|-----------------|----------------|---|---------|------------------|-------------------------------|----------------------------|--------------------------|------------------------|----------------------------------|--|---------------------------|------------------------|--------------------------|----------------------------|-------------------------------|------------------|---------|---|----------------|-----------------|-------|--|
| TOTAL | Resto del Mundo | Economía TOTAL | Instituciones Sin Fines de Lucro que Sirven a los Hogares | Hogares | Gobierno central | Gobiernos estatal y municipal | Fondos de seguridad social | Seguridad social privada | Sociedades Financieras | | Sociedades No Financieras | Sociedades No Financieras | Sociedades Financieras | Seguridad social privada | Fondos de seguridad social | Gobiernos estatal y municipal | Gobierno central | Hogares | Instituciones Sin Fines de Lucro que Sirven a los Hogares | Economía TOTAL | Resto del Mundo | TOTAL | |
| | | | | | | | | | | | Total D31 + D51 + D61 + D62 + D63 + D7 | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | D. 31 Subsidios a los productos | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | D. 51 Impuestos sobre el ingreso | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | D. 61 Contribuciones sociales | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | D.611 Contribuciones sociales efectivas | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | D.6111 Contribuciones sociales de los empleadores | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | D.6112 Contribuciones sociales de los asalariados | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | D.6113 Contribuciones sociales de los autónomos y de las personas desempleadas | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | D.612 Contribuciones sociales imputadas | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | D.62 Prestaciones sociales distintas de las transferencias sociales en especie | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | D.621 Prestaciones de la seguridad social en dinero | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | D.622 Prestaciones sociales privadas basadas en fondos especiales | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | D.623 Prestaciones sociales para los asalariados no basadas en fondos especiales | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | D.624 Prestaciones de asistencia social en dinero | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | D.63 Transferencias sociales en especie | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | D.631 Prestaciones sociales en especie | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | D.6311 Reembolsos por prestaciones de la seguridad social | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | D.6312 Otras prestaciones de la seguridad social en especie | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | D.6313 Prestaciones de asistencia social en especie | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | D.632 Transferencias de bienes y servicios individuales no de mercado | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | D.7 Otras transferencias corrientes | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | D.71 Primas netas de seguros | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | D.72 Indemnizaciones de seguros | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | D.73 Transferencias corrientes dentro del gobierno general | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | D.74 Cooperación Internacional corriente | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | D.75 Transferencias corrientes diversas | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | B. 1 Saldo neto de transferencias sanitarias específicas | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | B. 1 Saldo neto de transferencias sanitarias específicas | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | P.4 Consumo final efectivo | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | P.41 Consumo individual efectivo | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | P.42 Consumo colectivo efectivo | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | B.2 Financiamiento neto de asistencia sanitaria, diferente de los recursos propios | | | | | | | | | | | | |

Fuente: Elaboración propia en base al Sistema de Cuentas de Salud de la OCDE.

GASTO INDIVIDUAL EN SALUD POR CATEGORÍAS PRINCIPALES DE LA CIE*

Cuadro 5.11

| CATEGORÍA DE ENFERMEDAD | Asistencia Sanitaria Individual Total | Atención Hospitalaria | Hospitalización de día | Atención ambulatoria | Servicios a domicilio | Servicios Auxiliares | Productos Médicos dispensados a pacientes ambulatorios | Productos farmacéuticos y otros medicamentos perecederos | Aparatos terapéuticos y otros productos duraderos |
|---|---------------------------------------|-----------------------|------------------------|----------------------|-----------------------|----------------------|--|--|---|
| Enfermedades infecciosas y parasitarias | | | | | | | | | |
| Neoplasias | | | | | | | | | |
| Enfermedades endocrinas y metabólicas | | | | | | | | | |
| Enfermedades de la sangre | | | | | | | | | |
| Transtornos mentales | | | | | | | | | |
| Enfermedades del sistema nervioso | | | | | | | | | |
| Enfermedades del aparato circulatorio | | | | | | | | | |
| Enfermedades del aparato respiratorio | | | | | | | | | |
| Enfermedades del aparato digestivo | | | | | | | | | |
| Enfermedades del aparato genitourinario | | | | | | | | | |
| Complicaciones del embarazo/parto | | | | | | | | | |
| Enfermedades de la piel y tejido subcutáneo | | | | | | | | | |
| Enfermedades del sistema osteomioarticular y tejido conectivo | | | | | | | | | |
| Anomalías congénitas | | | | | | | | | |
| Ciertas enfermedades del período perinatal | | | | | | | | | |
| Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos | | | | | | | | | |
| Traumatismos y envenenamiento | | | | | | | | | |
| Todas las demás categorías | | | | | | | | | |
| Gasto personal total en salud | | | | | | | | | |

* Clasificación Internacional de Enfermedades

Fuente: Elaboración propia en base al Sistema de Cuentas de Salud de la OCDE.

GASTO EN SALUD INDIVIDUAL POR EDAD Y GÉNERO

Cuadro 5.12

| GÉNERO | RANGO DE EDAD | | | | | | |
|--|---------------|------|-------|-------|-------|-------|-----------|
| | 0-4 | 5-14 | 15-44 | 45-64 | 65-74 | 75-84 | MÁS DE 85 |
| Hombres | | | | | | | |
| <i>Servicios</i> | | | | | | | |
| Hospitalarios | | | | | | | |
| Hospitalización de día | | | | | | | |
| Ambulatorios | | | | | | | |
| Domiciliaria | | | | | | | |
| Auxiliares | | | | | | | |
| <i>Bienes</i> | | | | | | | |
| Productos farmacéuticos y otros medicamentos percederos | | | | | | | |
| Aparatos terapéuticos y otros productos duraderos | | | | | | | |
| Bienes y servicios de salud individual | | | | | | | |
| Mujeres | | | | | | | |
| <i>Servicios</i> | | | | | | | |
| Hospitalarios | | | | | | | |
| Hospitalización de día | | | | | | | |
| Ambulatorios | | | | | | | |
| Domiciliaria | | | | | | | |
| Auxiliares | | | | | | | |
| <i>Bienes</i> | | | | | | | |
| Productos farmacéuticos y otros medicamentos percederos | | | | | | | |
| Aparatos terapéuticos y otros productos duraderos | | | | | | | |
| Bienes y servicios de salud individual | | | | | | | |
| Gasto total en bienes y servicios de salud individual | | | | | | | |

Fuente: Elaboración propia en base al Sistema de Cuentas de Salud de la OCDE.

**3. CODIFICADOR DE BIENES Y SERVICIOS
RELACIONADOS CON LA SALUD HUMANA,
SEGÚN LA CLASIFICACIÓN CENTRAL DE
PRODUCTOS (CCP), VERSIÓN 1**

Codificador de Bienes y Servicios relacionados con la Salud Humana, según la Clasificación Central de Productos (CCP), Versión 1.

Cuadro 6.1

| GRUPO | CLASE | SUBCLASE | ARTÍCULO | PRODUCTO |
|-------|-------|----------|----------|---|
| 019P | 0193P | 01930P | | Plantas y partes de plantas del tipo utilizado principalmente en perfumería, en farmacia o como insecticidas o fungicidas o para fines análogos |
| | | | 01930-1T | Plantas y partes de plantas del tipo utilizado principalmente en farmacias |
| 321P | 3219P | 32193P | | Papel higiénico, pañuelos, toallas, servilletas, pañales para lactantes y adultos, tampones higiénicos y artículos análogos higiénicos para el hogar o los hospitales; y prendas de vestir, de pasta de papel, papel, guata de celulosa o redes de fibras de celulosa |
| | | | 32193-1T | Papel higiénico para los hospitales |
| | | | 32193-2T | Pañuelos desechables para los hospitales |
| | | | 32193-3T | Toallas sanitarias para los hospitales |
| | | | 32193-4T | Servilletas para los hospitales |
| | | | 32193-5T | Pañales para lactantes y adultos para los hospitales |
| | | | 32193-6T | Prendas de vestir para los hospitales |
| | | | 32193-7T | Guata de celulosa para los hospitales |
| | | | 32193-8T | Redes de fibras de celulosa para los hospitales |
| 342P | 3421P | 34210P | | Hidrógeno, nitrógeno, oxígeno, anhídrido carbónico y gases raros; compuestos oxigenados inorgánicos de elementos no metálicos n.c.o.p. |
| | | | 34210-1T | Oxígeno con fines medicinales |
| | 3425P | 34250P | | Sales de ácidos oximetálicos o peroximetálicos; metales preciosos en forma coloidal y sus compuestos; otros productos químicos inorgánicos n.c.o.p.; aire comprimido; amalgamas |
| | | | 34250-1T | Aire comprimido |
| 345P | 3457P | 34570P | | Glicerina |
| | | | 34570-1T | Glicerina para uso médico |
| 352T | 3521T | 35210T | | Ácido salicílico y sus sales y ésteres |
| | 3522T | 35220T | | Lisina y sus ésteres y sales de estos compuestos; ácido glutámico y sus sales; sales e hidróxidos de amonio cuaternario; lecitinas y otros fosfoaminolípidos; amidas acíclicas y sus derivados y sales de estos compuestos; amidas cíclicas (excepto ureinas) y sus derivados y sales de estos compuestos |
| | 3523T | 35230T | | Lactonas n.c.o.p., compuestos heterocíclicos que sólo contengan heteroátomos de nitrógeno, con un anillo de pirazol no fusionado, un anillo de pirimidina, un anillo de piperazina, un anillo de triazina no fusionado o un sistema de anillos de fenotiazina sin otro tipo de fusión; ácidos nucleicos y sus sales; hidantoína y sus derivados; sulfonamidas |
| | 3524T | 35240T | | Azúcares químicamente puros n.c.o.p.; éteres y ésteres de azúcares y sus sales n.c.o.p. |
| | 3525T | 35250T | | Provitaminas, vitaminas y hormonas; glucósidos y alcaloides vegetales y sus sales, éteres, ésteres y otros derivados; antibióticos |

| GRUPO | CLASE | SUBCLASE | ARTÍCULO | PRODUCTO |
|-------|-------|----------|----------|---|
| | 3526T | 35260T | | Medicamentos para uso terapéutico o profiláctico |
| | 3529T | 35290T | | Otros productos o artículos farmacéuticos para uso médico o quirúrgico |
| 354P | 3544P | 35440P | | Pastas para modelar; "ceras para dentistas" o "compuestos para impresiones dentales"; otros preparados para uso odontológico a base de yeso; preparados, cargas y granadas para extintores de incendios; medios de cultivo preparados para el desarrollo de microorganismos; reactivos compuestos para diagnóstico o laboratorio n.c.o.p. |
| | | | 35440-1T | Ceras o pastas para dentistas o compuestos para impresiones dentales |
| | | | 35440-2T | Otros preparados para uso odontológico a base de yeso |
| | | | 35440-3T | Reactivos compuestos para diagnóstico o laboratorio |
| 371P | 3719P | 37195T | | Artículos de vidrio para laboratorio, higiene y farmacia; ampollas de vidrio |
| 372P | 3729P | 37291P | | Artículos de laboratorio o para uso químico u otros usos técnicos, de materiales cerámicos; abrevaderos, pilas y recipientes análogos, para usos agrícolas, de materiales cerámicos; cántaros, jarras y artículos análogos del tipo utilizado para el transporte o envase de mercancías, de materiales cerámicos |
| | | | 37291-1T | Artículos de laboratorio para uso médico |
| 481P | 4811T | 48110T | | Aparatos basados en el uso de rayos X o de radiaciones alfa, beta o gamma |
| | 4812P | 48120P | | Aparatos eléctricos de diagnóstico y aparatos de rayos ultravioletas o infrarrojos utilizados en medicina, cirugía, odontología o veterinaria |
| | | | 48120-1T | Aparatos eléctricos de diagnóstico y aparatos de rayos ultravioleta o infrarrojos utilizados en medicina, cirugía y odontología |
| | 4813T | 48130T | | Otros instrumentos y aparatos de odontología (excepto jeringuillas, agujas y artículos análogos) |
| | 4814T | 48140T | | Esterilizadores médicos, quirúrgicos o de laboratorio |
| | 4815P | 48150P | | Otros instrumentos y aparatos utilizados en medicina, cirugía o veterinaria (incluso jeringuillas, agujas, catéteres, cánulas, instrumentos y aparatos de oftalmología n.c.o.p. y aparatos electromédicos n.c.o.p.) |
| | | | 48150-1T | Otros instrumentos y aparatos utilizados en medicina y cirugía (incluso jeringuillas, agujas, catéteres, cánulas, instrumentos y aparatos de oftalmología n.c.o.p. y aparatos electromédicos n.c.o.p.) |
| | 4816T | 48160T | | Aparatos de mecanoterapia; aparatos de masaje; aparatos de psicotecnia; aparatos de ozonoterapia, oxigenoterapia, aerosolterapia, respiración artificial u otros aparatos respiratorios terapéuticos; otros aparatos respiratorios y máscaras de gas (excepto máscaras protectoras que no tengan partes mecánicas ni filtros reemplazables) |

| GRUPO | CLASE | SUBCLASE | ARTÍCULO | PRODUCTO |
|-------|-------|----------|----------|---|
| | 4817T | 48170T | | Aparatos ortopédicos; tablillas y otros aparatos y artículos para fracturas; partes artificiales del cuerpo; audífonos y otros aparatos que se llevan o implantan en el cuerpo para compensar un defecto o una incapacidad |
| | 4818P | 48180P | | Mobiliario de medicina, odontología, cirugía o veterinaria; sillones de peluquería y asientos similares con movimientos de rotación, inclinación y elevación |
| | | | 48180-1T | Mobiliario para medicina o cirugía |
| | | | 48180-2T | Mobiliario para odontología |
| 482P | 4825P | 48251P | | Hidrómetros e instrumentos flotantes análogos, termómetros, pirómetros, barómetros, higrómetros y psicrómetros |
| | | | 48251-1T | Termómetro clínico |
| | | 48253P | | Instrumentos y aparatos para análisis físicos o químicos, para medir o comprobar la viscosidad, la porosidad, la dilatación, la tensión superficial, etc., o para medir o verificar cantidades de calor, sonido o luz |
| | | | 48253-1T | Instrumentos y aparatos para análisis físicos o químicos, para medir o comprobar la viscosidad, la porosidad, la dilatación, la tensión superficial, etcétera |
| | 4826P | 48261P | | Microscopios (excepto microscopios ópticos) y difractógrafos |
| | | | 48261-1T | Microscopios utilizados en centros hospitalarios, de optometría, etcétera |
| | 4828P | 48281P | | Partes, piezas y accesorios para los productos de las subclases 48211, 48212, 48232 y 48233, 48241 a 48245, 48251 a 48253 y 48262; micrótomos; partes, piezas y accesorios n.c.o.p. para máquinas, instrumentos, artículos y aparatos de óptica, fotografía, cinematografía, medición, verificación, precisión, medicina o cirugía |
| | | | 48281-1T | Partes, piezas y accesorios para artículos y aparatos de óptica |
| | | | 48281-2T | Partes, piezas y accesorios para artículos y aparatos de cirugía y medicina |
| | | 48282P | | Partes, piezas y accesorios para los microscopios |
| | | | 48282-1T | Partes, piezas y accesorios para microscopios utilizados en hospitales, clínicas y en cirugía |
| 483P | 4831P | 48311P | | Fibras ópticas y haces de fibras ópticas cables de fibras ópticas (excepto los compuestos de fibras en vainas aislantes separadas); hojas y placas de material polarizador; lentes, prismas, espejos y otros artículos de óptica (excepto de vidrio no trabajado ópticamente), montados o sin montar, con exclusión de cámaras, proyectores y ampliadoras y reductoras fotográficas |
| | | | 48311-1T | Lentes, prismas, espejos y otros artículos de óptica |
| | | 48312T | | Gafas, antiparras y artículos análogos correctores, protectores o de otro tipo |
| | | 48313T | | Monturas y armaduras para gafas correctoras, antiparras y artículos análogos |

| GRUPO | CLASE | SUBCLASE | ARTICULO | PRODUCTO |
|-------|-------|----------|----------|--|
| | | 48315P | | Dispositivos de cristal líquido n.c.o.p.; aparatos de rayos láser, excepto diodos de rayos láser; otros aparatos e instrumentos de óptica n.c.o.p. |
| | | | 48315-1T | Aparatos de rayos láser para medicina y oftalmología |
| | | | 48315-2T | Otros aparatos e instrumentos de óptica, incluye reparación |
| | 4835P | 48351P | | Partes, piezas y accesorios para los productos de la subclase 48315 |
| | | | 48351-1T | Partes, piezas y accesorios para los aparatos de rayos láser |
| | | | 48351-2T | Partes, piezas y accesorios para los instrumentos de óptica |
| | | 48352T | | Partes y piezas de monturas y armaduras para gafas correctoras, antiparras y artículos análogos |
| 491P | 4911P | 49119P | | Vehículos automotores para usos especiales, n.c.o.p. |
| | | | 49119-1T | Ambulancias |
| 496P | 4962P | 49621P | | Helicópteros |
| | | | 49621-1T | Helicópteros para el traslado de enfermos y accidentados |
| 499P | 4992P | 49922T | | Sillones de ruedas para inválidos |
| | 4994P | 49942P | | Partes, piezas y accesorios de bicicletas y otros velocípedos sin motor y de sillones de ruedas para inválidos |
| | | | 49942-1T | Partes, piezas y accesorios de sillones de ruedas para inválidos |
| 532P | 5326P | 53263 | | Construcciones de instalaciones químicas y afines |
| | | | 53263-1T | Instalaciones de fabricación de productos farmacéuticos |
| 541P | 5412P | 54129P | | Servicios generales de construcción de otros edificios no residenciales |
| | | | 54129-1T | Servicios de construcción de edificios relacionados con la salud, como hospitales y sanatorios |
| | 5464P | 54640P | | Servicios de instalación de aparatos de gas |
| | | | 54640-1T | Servicios de instalación para el suministro de oxígeno en los hospitales |
| 612P | 6127P | 61273T | | Servicios comerciales al por mayor prestados a comisión o por contrato, de productos farmacéuticos y médicos |
| | | 61274T | | Servicios comerciales al por mayor prestados a comisión o por contrato, de instrumentos y dispositivos para cirugía y ortopedia |
| 621P | 6217T | 62174T | | Servicios comerciales al por menor de instrumentos y dispositivos para cirugía y ortopedia en tiendas no especializadas |
| 622P | 6227T | 62273T | | Servicios comerciales al por menor de productos farmacéuticos y médicos en tiendas especializadas |
| | | 62274T | | Servicios comerciales al por menor de instrumentos y dispositivos para cirugía y ortopedia en tiendas especializadas |
| 623P | 6237T | 62373T | | Servicios comerciales al por menor de productos farmacéuticos y médicos por pedido postal |

| GRUPO | CLASE | SUBCLASE | ARTÍCULO | PRODUCTO |
|-------|-------|----------|----------|---|
| | | 62374T | | Servicios comerciales al por menor de instrumentos y dispositivos para cirugía y ortopedia por pedido postal |
| 624P | 6247T | 62473T | | Otros servicios comerciales al por menor de productos farmacéuticos y médicos sin intervención de tiendas de venta |
| | | 62474T | | Otros servicios comerciales al por menor de instrumentos y dispositivos para cirugía y ortopedia sin intervención de tiendas de venta |
| 625P | 6257T | 62573T | | Servicios comerciales al por menor de productos farmacéuticos y médicos a comisión o por contrato |
| | | 62574T | | Servicios comerciales al por menor de instrumentos y dispositivos para cirugía y ortopedia a comisión o por contrato |
| 711P | 7110P | 71100P | | Servicios de intermediación financiera, con excepción de servicios bancarios de inversión, servicios de seguros y servicios de pensiones |
| | | | 71100-1T | Servicios de arrendamiento financiero con opción de compra |
| 713P | 7132T | 71320T | | Servicios de seguros de enfermedad y de accidentes |
| | | | 71320-1T | Servicios de concertación de pólizas de seguros que proporcionan protección en caso de gastos médicos y de hospital que no estén cubiertos por programas oficiales y, generalmente, otros gastos de atención médica como medicamentos prescritos, aparatos médicos, ambulancia, servicios privados de enfermera, etcétera |
| | | | 71320-2T | Servicios de concertación de pólizas de seguro que proporcionen protección por gastos dentales |
| | | | 71320-3T | Servicios de concertación de pólizas de seguro que proporcionen protección por gastos médicos efectuados cuando el asegurado esté viajando fuera de una zona geográfica determinada |
| | | | 71320-4T | Servicios de concertación de pólizas de seguro que proporcionen pagos periódicos cuando el asegurado no pueda trabajar como resultado de una discapacidad debida a enfermedad o lesión |
| 714P | 7142P | 71420T | | Servicios de reaseguro de accidentes y de enfermedad |
| | | | 71420-1T | Servicios de reaseguro de accidentes y de enfermedad |
| 732P | 7329P | 73290P | | Servicios de arrendamiento con o sin opción de compra de otros artículos n.c.o.p. |
| | | | 73290-1T | Servicios de alquiler, arrendamiento con o sin opción de compra u otros servicios de alquiler relativos a equipo médico (muletas) y equipo paramédico |
| 811P | 8115T | 81150P | | Servicios de investigación y desarrollo experimental en ciencias médicas y farmacia |
| | | | 81151-1T | Servicios de investigación y desarrollo experimental relacionados con el tratamiento de enfermedades, la higiene preventiva, la farmacia, etcétera |
| 812P | 8121P | 81210P | | Servicios de investigación y desarrollo experimental en ciencias culturales, sociología y psicología |
| | | | 81210-1T | Servicios de investigación y desarrollo experimental en psicología |

| GRUPO | CLASE | SUBCLASE | ARTÍCULO | PRODUCTO |
|-------|-------|----------|----------|---|
| 835P | 8356P | 83561P | | Servicios de ensayo y análisis de composición y pureza |
| | | | 83561-1T | Servicios de ensayo y análisis en esferas científicas afines como la microbiología, bioquímica, bacteriología, etcétera |
| 838P | 8381P | 83814P | | Servicios especializados de fotografía |
| | | | 83814-1T | Fotografía médica y biológica |
| 851P | 8512P | 85124P | | Servicios de suministro de personal médico |
| | | | 85124-1T | Servicios de suministro de médicos |
| | | | 85124-2T | Servicios de suministro de enfermeras |
| | | | 85124-3T | Servicios de suministro de otro personal auxiliar de asistencia médica |
| | | | 85124-4T | Servicios de otro tipo de trabajadores que laboran en clínicas y hospitales sin una relación de dependencia |
| 911P | 9112P | 91122T | | Servicios administrativos de salud |
| | | | 91122-1T | Servicios públicos administrativos relativos a toda clase de servicios de salud |
| | | | 91122-2T | Servicios de gestión, funcionamiento, inspección y apoyo para clínicas y hospitales generales, de medicina especial y de odontología, así como servicios de enfermería y para convalecientes prestados a domicilio |
| | | | 91122-3T | Servicios de administración, gestión, funcionamiento y apoyo para la salud pública, tales como bancos de sangre, servicios de detección de enfermedades, servicios de prevención, programas de control de calidad de medicamentos, servicios de control demográfico, etc. Estos servicios los proporcionan frecuentemente equipos especializados de profesionales médicos a título individual sin relación con médicos particulares, clínicas ni hospitales |
| 913P | 9131T | 91310P | | Servicios administrativos relacionados con las prestaciones de enfermedad, maternidad o invalidez temporal |
| | | | 91310-1T | Servicios administrativos y operacionales de la seguridad social que entrañen prestaciones para compensar la reducción de ingresos debida a enfermedad y maternidad |
| 923P | 9231P | 92310P | | Servicios de enseñanza técnica y profesional postsecundaria |
| | | | 92310-1T | Servicios de enseñanza técnica, relacionados con la salud |
| | 9239P | 92390P | | Otros servicios de enseñanza universitaria y superior |
| | | | 92390-1T | Servicios de enseñanza superior, relacionados con la salud |
| 931T | 9311T | 93110T | | Servicios de hospital |
| | | | 93110-1T | Servicios médicos prestados principalmente a pacientes internos bajo la supervisión de médicos, destinados a curar, reactivar y/o mantener la salud del paciente |
| | | | 93110-2T | Servicios ginecológicos y obstétricos prestados principalmente a pacientes internos bajo la supervisión de médicos, con miras a curar, reactivar y/o mantener la salud del paciente |
| | | | 93110-3T | Servicios de rehabilitación prestados principalmente a pacientes internos bajo la supervisión de médicos, con miras a curar, reactivar y/o mantener la salud del paciente |

| GRUPO | CLASE | SUBCLASE | ARTÍCULO | PRODUCTO |
|-------|-------|----------|----------|---|
| | | | 93110-4T | Servicios psiquiátricos prestados principalmente a pacientes internos bajo la supervisión de médicos, con miras a curar, reactivar y/o mantener la salud del paciente. también comprenden los servicios médicos, farmacéuticos y paramédicos, de enfermería, laboratorio y técnicos; incluidos los de radiología y de anestesia; etcétera |
| | | | 93110-5T | Servicios de hospitales militares |
| | | | 93110-6T | Servicios de hospitales penitenciarios |
| | 9312T | 93121T | | Servicios médicos generales |
| | | | 93121-1T | Servicios que consisten en la prevención, diagnóstico y tratamiento por doctores de enfermedades físicas y/o mentales de naturaleza general |
| | | | 93121-2T | Reconocimientos físicos, etcétera Estos servicios no se limitan a condiciones, enfermedades o partes de la anatomía humana específicas o determinadas. Se pueden prestar en consultorios de medicina general y también en clínicas ambulatorias, clínicas adscritas a empresas, escuelas, etcétera |
| | | 93122T | | Servicios médicos especializados |
| | | | 93122-1T | Servicios de consulta en pediatría, ginecología-obstetricia, neurología y psiquiatría, y diversos servicios médicos |
| | | | 93122-2T | Servicios de tratamiento en clínicas ambulatorias, como diálisis, quimioterapia, terapia de insulina, tratamientos de inhalación, tratamiento con rayos X, etcétera |
| | | | 93122-3T | Exploración funcional e interpretación de imágenes médicas (fotogramas de rayos X, electrocardiogramas, endoscopías, etcétera) |
| | | 93123P | | Servicios dentales |
| | | | 93123-1T | Servicios dentales, de diagnóstico y de ortodoncia, como por ejemplo el tratamiento de dientes protrusivos, mandíbulas que no encajan, dientes demasiado largos, etc., incluida la cirugía dental incluso cuando se presta a pacientes internos en hospitales |
| | 9319T | 93191P | | Servicios de partos y servicios conexos, servicios de enfermería, servicios fisioterapéuticos y paramédicos |
| | | | 93191-1T | Servicios de supervisión durante el embarazo, el parto, después de éste y control de la natalidad |
| | | | 93191-3T | Servicios en la esfera de la enfermería (en régimen externo), asesoramiento y prevención de enfermedades prestados a pacientes a domicilio, y cuidados proporcionados en el campo de la maternidad, higiene infantil, etcétera |
| | | | 93191-4T | Servicios fisioterapéuticos y paramédicos suministrados en las esferas de fisioterapia, ergoterapia, terapia ocupacional, logoterapia, homeopatía, acupuntura, nutrición, etc. Estos servicios los prestan personas autorizadas distintas de los médicos |
| | | 93192P | | Servicios de ambulancia |
| | | | 93192-1T | Servicios que incluyen el transporte de pacientes por ambulancia, con o sin equipo de reactivación o personal médico |
| | | 93193P | | Servicios de instituciones residenciales de salud distintos de los servicios de hospital |

| GRUPO | CLASE | SUBCLASE | ARTÍCULO | PRODUCTO |
|-------|-------|----------|----------|--|
| | | | 93193-1T | Servicios combinados de alojamiento y médicos que se prestan sin la supervisión de un médico de la institución |
| | | 93199P | | Otros servicios de salud humana n.c.o.p. |
| | | | 93199-1T | Servicios prestados por laboratorios médicos |
| | | | 93199-2T | Servicios proporcionados por bancos de sangre, esperma y órganos de trasplante |
| | | | 93199-3T | Servicios de pruebas odontológicas |
| | | | 93199-4T | Servicios de pruebas y análisis médicos |
| | | | 93199-5T | Otros servicios de salud humana n.c.o.p. |

La **P** añadida al código indica que sólo una parte corresponde a un bien o servicio relacionado con la salud humana.

La **T** adicionada al código señala que en la Cuenta Satélite del Sector Salud deberá registrarse el valor total del bien o servicio en cuestión.

**4. MÉXICO: CLASIFICACIÓN DE
ACTIVIDADES Y PRODUCTOS
RELACIONADOS CON LA
SALUD HUMANA**

México:
Clasificación de Actividades y Productos relacionados con la Salud Humana 1/

Cuadro 6.2

| CA/CO/OIS | ACTIVIDAD Y PRODUCTOS | CICS-PS 2/ | CIIU (Rev. 3) 3/ División o Clase | SCIAN 4/ Sector Clase | SCNM 5/ Rama o Subgrupo | CMAP 6/ Sector Clase |
|-----------|---|------------|---|-----------------------------|-------------------------------|----------------------------|
| | AGRICULTURA, GANADERIA, CAZA Y SILVICULTURA | | 01 | | 01 | |
| OIS | Plantas y partes de plantas del tipo utilizado principalmente en farmacias | | 0111 | | 0106 | |
| | MANUFACTURAS | | 21-35 | 31-33 | 26-59 | 3 |
| CA | Papel higiénico para los hospitales | | 2109 | 322299 | 3123 | 341032 |
| CA | Pañuelos desechables para los hospitales | | 2109 | 322299 | 3123 | 341032 |
| CA | Toallas sanitarias para los hospitales | | 2109 | 322299 | 3123 | 341032 |
| CA | Servilletas para los hospitales | | 2109 | 322299 | 3123 | 341032 |
| CO | Prendas de vestir para los hospitales | | 2109 | 322291 | 2631 | 341032 |
| CA | Guata de celulosa para los hospitales | | 2423 | 314993 | 2611 | 321253 |
| CA | Redes de fibras de celulosa para los hospitales | | 2109 | 339112 | 2611 | 321255 |
| CA | Oxígeno con fines medicinales | | 2411 | 325120 | 3511 | 351211 |
| CA | Glicerina para uso médico | | 2424 | 325190 | 3911 | 352214 |
| CA | Ácido salicílico y sus sales y ésteres | | 2423 | 325412 | 3801 | 352100 |
| CA | Lisina y sus ésteres y sales de estos compuestos; ácido glutámico y sus sales; sales e hidróxidos de amonio cuaternario; lecitinas y otros fosfoaminolípidos; amidas acíclicas y sus derivados y sales de estos compuestos; amidas cíclicas (excepto ureínas) y sus derivados y sales de estos compuestos | | 2423 | 325412 | 3801 | 352100 |
| CA | Lactonas n.c.o.p., compuestos heterocíclicos que sólo contengan heteroátomos de nitrógeno, con un anillo de pirazol no fusionado, un anillo de pirimidina, un anillo de piperazina, un anillo de triazina no fusionado o un sistema de anillos de fenotiazina sin otro tipo de fusión; ácidos nucleicos y sus sales; hidantoína y sus derivados; sulfonamidas | | 2423 | 325412 | 3801 | 352100 |
| CO | Azúcares químicamente puros n.c.o.p.; éteres y ésteres de azúcares y sus sales n.c.o.p. | | 2423 | 325412 | 3801 | 352100 |
| CA | Provitaminas, vitaminas y hormonas; glucósidos y alcaloides vegetales y sus sales, éteres, ésteres y otros derivados; antibióticos | | 2423 | 325412 | 3801 | 352100 |
| CA | Medicamentos para uso terapéutico o profiláctico | | 2423 | 325412 | 3801 | 352100 |
| CA | Otros productos o artículos farmacéuticos para uso médico o quirúrgico | | 2423 | 325412 | 3801 | 352100 |
| CA | Ceras o pastas para dentistas o compuestos para impresiones dentales | | 2429 | 339111 | 5903 | 385013 |
| CO | Artículos de vidrio para laboratorio, higiene y farmacia; ampollas de vidrio | | 2610 | 327216 | 4311 | 362043 |
| CO | Artículos de laboratorio para uso médico | | 2691 | 339111 | 5903 | 385011 |
| CO | Instrumentos y aparatos electrónicos de odontología (excepto jeringuillas, agujas y artículos análogos) | | 3311 | 334519 | 5903 | 383241 |
| CO | Otros instrumentos y aparatos utilizados en medicina y cirugía (incluso jeringuillas, agujas, catéteres, cánulas, instrumentos y aparatos de oftalmología n.c.o.p. y aparatos electromédicos n.c.o.p.) | | 3311 | 339112-3 | 5903 | 385011 |
| CA | Aparatos ortopédicos; tabilllas y otros aparatos y artículos para fracturas; partes artificiales del cuerpo; audífonos y otros aparatos que se llevan o implantan en el cuerpo para compensar un defecto o una incapacidad | | 3311 | 339111 | 5903 | 385011 |
| CA | Termómetro clínico | | 3312 | 334519 | 5901 | 385029 |
| CA | Partes, piezas y accesorios para artículos y aparatos de óptica | | 3312 | 334519 | 5901 | 385029 |
| CA | Partes, piezas y accesorios para artículos y aparatos de cirugía y medicina | | 3312 | 334519 | 5903 | 383241 |
| CA | Lentes, prismas, espejos y otros artículos de óptica | | 3320 | 339113 | 5904 | 385012 |

| CA/CO/OIS | ACTIVIDAD Y PRODUCTOS | CICS-PS ^{2/} | CIIU (Rev. 3) ^{3/} División o Clase | SCIAN ^{4/} Sector Clase | SCNM ^{5/} Rama o Subgrupo | CMAP ^{6/} Sector Clase |
|-----------|--|-----------------------|--|--|--|---------------------------------------|
| CA | Gafas, antiparras y artículos análogos correctores, protectores o de otro tipo | | 3320 | 339113 | 5904 | 385012 |
| CA | Monturas y armaduras para gafas correctoras, antiparras y artículos análogos | | 3320 | 339113 | 5904 | 385012 |
| CA | Otros aparatos e instrumentos de óptica, incluye reparación | | 3320/3312 | 334519 | 5901 | 385024 |
| CA | Partes y piezas de monturas y armaduras para gafas correctoras, antiparras y artículos análogos | | 3320 | 339113 | 5904 | 385012 |
| CA | Sillas de rueda para inválidos | | 3592 | 339111 | 5821 | 385011 |
| CA | Partes, piezas y accesorios de sillas de rueda para inválidos | | 3592 | 339111 | 5821 | 385011 |
| | | | | | | |
| | COMERCIO | | 51-52 | 43-46 | 62-68 | 6 |
| | | | | | | |
| CO | Comercio al por mayor a comisión o por contrato, de productos farmacéuticos y médicos | | 5110 | 437111 | 6842 | 975011 |
| CO | Comercio al por mayor a comisión o por contrato, de instrumentos y dispositivos para cirugía y ortopedia | | 5110 | 437111 | 6842 | 975011 |
| CO | Comercio al por menor de instrumentos y dispositivos para cirugía y ortopedia en tiendas no especializadas | HP.4.4 | 5231 | 464122 | 6201 | 623042 |
| CO | Comercio al por menor de productos farmacéuticos y médicos en tiendas especializadas | HP.4.1 | 5231 | 462210 | 6201 | 624011 |
| CO | Comercio al por menor de instrumentos y dispositivos para cirugía y ortopedia en tiendas especializadas | HP.4.4 | 5231 | 462210 | 6201 | 624011 |
| CO | Comercio al por menor de productos farmacéuticos y médicos por pedido postal | HP.4.9 | 5251 | 469210 | 6201 | 975023 |
| CO | Comercio al por menor de instrumentos y dispositivos para cirugía y ortopedia por pedido postal | HP.4.9 | 5251 | 469210 | 6201 | 975023 |
| CO | Comercio al por menor de productos farmacéuticos y médicos sin intervención de tiendas de venta | HP.4.9 | 5259 | 469119 | 6201 | 975029 |
| CO | Comercio al por menor de instrumentos y dispositivos para cirugía y ortopedia sin intervención de tiendas de venta | HP.4.9 | 5259 | 469119 | 6201 | 975029 |
| CO | Comercio al por menor de productos farmacéuticos y médicos a comisión o por contrato | HP.4.9 | 5259 | 469111 | 6201 | 975021 |
| CO | Comercio al por menor de instrumentos y dispositivos para cirugía y ortopedia a comisión o por contrato | HP.4.9 | 5259 | 469111 | 6201 | 975021 |
| | | | | | | |
| | SERVICIOS FINANCIEROS | | 65-66 | 52 | 66 | 8 |
| | | | | | | |
| OIS | Concertación de pólizas de seguros que proporcionan protección en caso de gastos médicos y de hospital que no estén cubiertos por programas oficiales y, generalmente, otros gastos de atención médica como medicamentos prescritos, aparatos médicos, ambulancia, servicios privados de enfermera, etcétera | HP.6.4 | 6603 | 524120 | 6611 | 813023 |
| OIS | Concertación de pólizas de seguro que proporcionen protección por gastos dentales | HP.6.4 | 6603 | 524120 | 6611 | 813023 |
| OIS | Concertación de pólizas de seguro que proporcionen protección por gastos médicos efectuados cuando el asegurado esté viajando fuera de una zona geográfica determinada | HP.6.4 | 6603 | 524120 | 6611 | 813023 |
| OIS | Concertación de pólizas de seguro que proporcionen pagos periódicos cuando el asegurado no pueda trabajar como resultado de una discapacidad debida a enfermedad o lesión | HP.6.4 | 6603 | 524120 | 6611 | 813023 |
| OIS | Reaseguro de accidentes y enfermedades | HP.6.4 | 6603 | 524120 | 6611 | 813023 |
| | | | | | | |
| | OTROS SERVICIOS | | 71-85 | 53-62 | 67-72 | 8-9 |
| | | | | | | |
| CA | Servicios de alquiler, arrendamiento con o sin opción de compra u otros servicios de alquiler relativos a equipo médico (muletas) y equipo paramédico | | 7130 | 532299 | 6741 | 831229 |

| CA/CO/OIS | ACTIVIDAD Y PRODUCTOS | CICS-PS ^{2/} | CIU (Rev. 3) ^{3/} División o Clase | SCIÁN ^{4/} Sector Clase | SCNM ^{5/} Rama o Subgrupo | CMAP ^{6/} Sector Clase |
|-----------|---|-----------------------|---|--|--|---------------------------------------|
| OIS | Servicios de investigación y desarrollo experimental relacionados con el tratamiento de enfermedades, la higiene preventiva, la farmacia, etcétera ^{7/} | HC.R.3 | 7310 | 541711-2 | | 922112 922212 |
| OIS | Servicios de investigación y desarrollo experimental en psicología ^{7/} | HC.R.3 | 7320 | 541721 541722 | | 922113 922213 |
| OIS | Servicios de ensayo y análisis en esferas científicas afines como la microbiología, bioquímica, bacteriología, etcétera ^{7/} | HC.R.3 | 7310 | 541711-2 | | 922112 |
| CO | Fotografía médica y biológica | | 7494 | 541920 | 7221 | 952014 |
| OIS | Servicios de suministro de médicos | | 7491 | 561310-30 | 6844 | 951041-3 |
| OIS | Servicios de suministro de enfermeras | | 8519 | 621610 | 6844 | 923162 |
| OIS | Servicios de suministro de otro personal auxiliar de asistencia médica | | 8519 | 621610 | 6844 | 923162 |
| | ADMINISTRACIÓN | | 75 | 93 | 73 | 9 |
| OIS | Servicios públicos administrativos relativos a toda clase de servicios de salud | HP.5 | 7512 | 931610-30 | 7302 | 910051-3 |
| OIS | Servicios de gestión, funcionamiento, inspección y apoyo para clínicas y hospitales generales, de medicina especial y de odontología, así como servicios de enfermería y para convalecientes prestados a domicilio | HP.6.1 | 7512 | 931610-30 | 7302 | 910051-3 |
| OIS | Servicios de administración, gestión, funcionamiento y apoyo para la salud pública, tales como bancos de sangre, servicios de detección de enfermedades, servicios de prevención, programas de control de calidad de medicamentos, servicios de control demográfico, etc. Estos servicios los proporcionan frecuentemente equipos especializados de profesionales médicos a título individual sin relación con médicos particulares, clínicas ni hospitales | HP.6.1 | 7512 | 931610-30 | 7302 | 910051-3 |
| OIS | Servicios administrativos y operacionales de la seguridad social que entrañen prestaciones para compensar la reducción de ingresos debida a enfermedad y maternidad | HP.6.1 | 7530 | 931610 | 7321 | 910051 |
| | SERVICIOS EDUCATIVOS | | 80 | 61 | 69 | 9 |
| OIS | Servicios de enseñanza técnica, relacionados con la salud | | 8022 | 611151-2 | 6921 | 921142 921242 921184 921284 |
| OIS | Servicios de enseñanza superior, relacionados con la salud | | 8030 | 611311-2 | 6912 | 921171 921271 |
| | SERVICIOS MÉDICOS | | 33-85 | 62 | 70 | 9 |
| CA | Servicios médicos prestados principalmente a pacientes internos bajo la supervisión de médicos, destinados a curar, reactivar y/o mantener la salud del paciente | HP.1.1 | 8511 | 622111-2 | 7001 | 923211 |
| CA | Servicios ginecológicos y obstétricos prestados principalmente a pacientes internos bajo la supervisión de médicos, con miras a curar, reactivar y/o mantener la salud del paciente | HP.1.1 | 8511 | 622311-2 | 7001 | 923213 |
| CA | Servicios de rehabilitación prestados principalmente a pacientes internos bajo la supervisión de médicos, con miras a curar, reactivar y/o mantener la salud del paciente | HP.1.1 | 8511 | 622111-2 | 7001 | 923211 |

| CA/CO/OIS | ACTIVIDAD Y PRODUCTOS | CICS-PS ^{2/} | CIU (Rev. 3) ^{3/} División o Clase | SCIAN ^{4/} Sector Clase | SCNM ^{5/} Rama o Subgrupo | CMAP ^{6/} Sector Clase |
|-----------|---|-----------------------|---|--|--|--|
| CA | Servicios psiquiátricos prestados principalmente a pacientes internos bajo la supervisión de médicos, con miras a curar, reactivar y/o mantener la salud del paciente. También comprenden los servicios médicos, farmacéuticos y paramédicos, de enfermería, laboratorio y técnicos, incluidos los de radiología y de anestesia, etcétera | HP.1.2 | 8511 | 622211-2 | 7001 | 923212 |
| CA | Servicios de hospitales militares | HP.1.1 | 8511 | 622112 622212 622312 | 7001 | 923211 |
| CA | Servicios de hospitales penitenciarios | HP.1.1 | 8511 | 622112 | 7001 | 923211 |
| CA | Servicios que consisten en la prevención, diagnóstico y tratamiento por doctores de enfermedades físicas y/o mentales de naturaleza general | HP.3.3 | 8512 | 621421-2 | 7002 | 923172 923272 |
| CA | Reconocimientos físicos, etc. Estos servicios no se limitan a condiciones, enfermedades o partes de la anatomía humana específicas o determinadas. Se pueden prestar en consultorios de medicina general y también en clínicas ambulatorias, clínicas adscritas a empresas, escuelas, etcétera | HP3.4.3 | 8512 | 621111-2 | 7002 | 923121 923221 |
| CA | Reconocimientos físicos, etc. Estos servicios no se limitan a condiciones, enfermedades o partes de la anatomía humana específicas o determinadas. Se pueden prestar en consultorios de medicina general y también en clínicas ambulatorias, clínicas adscritas a empresas, escuelas, etcétera | HP3.4.3 | 8512 | 621111-2 | 7002 | 923121 923221 |
| CA | Servicios de consulta en pediatría, ginecología-obstetricia, neurología y psiquiatría, y diversos servicios médicos | HP.3.1 | 8512 | 621113-4 621320 621331-2 | 7002 | 923131/52/ 55 923231/52 |
| CA | Servicios de tratamiento en clínicas ambulatorias, como diálisis, quimioterapia, terapia de insulina, tratamientos de inhalación, tratamiento con rayos X, etcétera | HP.3.4.4 | 8512 | 621491-2 | 7002 | 923179 923279 |
| CA | Exploración funcional e interpretación de imágenes médicas (fotogramas de rayos X, electrocardiogramas, endoscopías, etcétera) | HP.3.1 | 8512 | 621511-2 | 7002 | 923161 923261 |
| CA | Servicios dentales, de diagnóstico y de ortodoncia, como por ejemplo el tratamiento de dientes protrusivos, mandíbulas que no encajan, dientes demasiado largos, etc., incluida la cirugía dental incluso cuando se presta a pacientes internos en hospitales | HP.3.2 | 8512 | 621211-2 | 7002 | 923141 923241 |
| CA | Servicios de supervisión durante el embarazo, el parto, después de éste y control de la natalidad | HP.3.4.1 | 8532 | 621411-2 | 7002 7022 | 923171 |
| CA | Servicios en la esfera de la enfermería (en régimen externo), asesoramiento y prevención de enfermedades prestados a pacientes a domicilio, y cuidados proporcionados en el campo de la maternidad, higiene infantil, etcétera | HP.2.1 | 8519 | 621610 | 7002 | 923162 |
| CA | Servicios fisioterapéuticos y paramédicos suministrados en la esfera de la fisioterapia, ergoterapia, terapia ocupacional, logoterapia, homeopatía, acupuntura, nutrición, etc. Estos servicios los prestan personas autorizadas distintas de los médicos | HP.3.3 | 8519 | 621113-4 621311-2 621391-2 621341-2 621398-9 | 7002 | 923133/51/ 53/54/59 923251/53/ 54/59 |
| CA | Servicios que incluyen el transporte de pacientes en ambulancia, con o sin equipo de reactivación o personal médico | HP.3.9.1 | 8519 | 621910 | 7002 | 923163 |
| CA | Servicios combinados de alojamiento y médicos que se prestan sin la supervisión de un médico de la institución | HP.2.9 | 8519 | 623111-2 623211-2 623221-2 623311-2 623991-2 | 7021 | 924111/21/ 22/31/32/39 924211/21/ 22/31/32/39 |
| CA | Servicios prestados por laboratorios médicos | HP.3.5 | 8519 | 621511-2 | 7011 | 923161 923261 |
| CA | Servicios proporcionados por bancos de sangre, esperma y órganos de trasplante | HP.3.9.2 | 8519 | 621991-2 | 7011 | 923169 923269 |

| CA/CO/OIS | ACTIVIDAD Y PRODUCTOS | CICS-PS ^{2/} | CIIU (Rev. 3) ^{3/} División o Clase | SCIAN ^{4/} Sector Clase | SCNM ^{5/} Rama o Subgrupo | CMAP ^{6/} Sector Clase |
|-----------|--|-----------------------|--|--|--|---------------------------------------|
| CA | Servicios de pruebas odontológicas | HP.3.4.5 | 3311 | 339111 | 7011 | 923164 |
| CA | Servicios de pruebas y análisis médicos | HP.3.5 | 8519 | 621511-2 | 7011 | 923161 923261 |
| CA | Otros servicios de salud humana n.c.o.p. | HP.3.4.5 | 8519 | 621491-2 | 7002 | 923179 923279 |

^{1/} La clasificación tiene carácter preliminar y será modificada de acuerdo a la disponibilidad de información.

^{2/} CICS-PS. Clasificación Internacional para las Cuentas de Salud. Proveedores de Salud (ICHA-HP, por sus siglas en inglés).

^{3/} CIIU. Clasificación Internacional Industrial Uniforme de todas las Actividades Económicas.

^{4/} Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte; 1997.

^{5/} Codificador del Sistema de Cuentas Nacionales de México, base 1993.

^{6/} Clasificación Mexicana de Actividades y Productos, 1999.

^{7/} En este caso la CICS-PS no los registra; sin embargo si se presentan en la clasificación funcional (HC) como actividades relacionadas con la salud y es como aquí se anotan.

HC Refiere los cuidados de la salud por función

HP Empleado por la OCDE para identificar a la industria proveedora de servicios de salud

C A. Significa bienes y servicios característicos

C O. Considera bienes y servicio conexos

O I S. Representa otras industrias sanitarias, que pueden ser productoras de mercado o no de mercado

guión (-) significa "hasta"

diagonal (/) Indica "y"

n.c.o.p. no considerados en otra parte

**5. INVENTARIO ESTADÍSTICO DEL
SECTOR SALUD**

INVENTARIO ESTADÍSTICO DEL SECTOR SALUD

Cuadro 6.3.1 inicia

FUENTE: SECRETARÍA DE SALUD (SSA)

| <i>NOMBRE DE LA ESTADÍSTICA</i> | <i>COBERTURA GEOGRÁFICA</i> | <i>FRECUENCIA DE ELABORACIÓN</i> | <i>ANTIGÜEDAD</i> | <i>FORMA DE CAPTACIÓN</i> | <i>UNIDAD DE OBSERVACIÓN</i> | <i>DISPONIBILIDAD</i> | <i>ACCESIBILIDAD</i> | <i>FORMA DE OBTENCIÓN</i> | <i>CONTENIDO</i> |
|---|-----------------------------|---|-------------------|--|---|-----------------------------------|-----------------------------------|---------------------------|---|
| Análisis de actividades del programa de planificación familiar | Nacional, Estatal | Trimestral de 1983 a 1989 y Semestral de 1992 a 1995 | 1983 | Formularios del Programa de Planificación Familiar | Usuarías del servicio de planificación familiar | 1983 a 1995 | Cuadernillo disponible al público | Fotocopia | Contiene información de las usuarias nuevas y activas por tipo de método anticonceptivo, metas, logros y porcentaje de cumplimiento y porcentaje de cobertura de mujeres en edad fértil, consultas de primera vez y subsecuente por componente institucional y comunitario. |
| Análisis de las actividades desarrolladas en las comunidades rurales de la estrategia de extensión de cobertura | Nacional, Estatal | Irregular: Semestral (1990 y 1991), Anual (1992-2000) | 1987 | Registros administrativos | Comunidades rurales | 1990, 1991 y periodo 1996 al 2000 | Publicación disponible al público | Fotocopia | Informe de los servicios básicos de salud que se otorgan en las comunidades rurales de menos de 2,500 habitantes. Con datos sobre consultas y atención del programa de planificación familiar, atención al embarazo, parto y puerperio, así como de atención al menor de 5 años en cuanto a inmunizaciones y enfermedades diarreicas agudas |
| Anuario Estadístico de Accidentes y Lesiones | Nacional, Estatal | Única | 1991 | Registros administrativos | Unidades hospitalarias | 1991 | Publicación disponible al público | Fotocopia | Presenta información referente a población, egresos hospitalarios, morbilidad hospitalaria, accidentes, defunciones y riesgos de trabajo |
| Anuario Estadístico: Secretaría de Salud y Servicios de Salud en los Estados. | Nacional, Estatal | Anual | 1984 | Registros administrativos | Unidades médicas de la SSA, así como institutos y hospitales bajo su coordinación | 1984 al 2001 | Publicación disponible al público | Fotocopia | Cobertura de atención por grupos de edad (casos nuevos de enfermedades, egresos y defunciones hospitalarias según causa y sexo), unidades médicas (por tipo, recursos materiales en las unidades de consulta externa, hospitalización general y especializada), recursos humanos en unidades con igual apertura: recursos físicos, materiales y humanos en organismos descentralizados a institutos nacionales, presupuesto ejercido: por programa, subprograma, capítulo y concepto según Clasificación Económica del Gasto, por unidad administrativa, programas sustantivos y administrativos. Servicios otorgados (pacientes atendidos, consulta externa por programa y grupos de edad; aplicación de biológicos, servicios auxiliares de diagnóstico, eventos de capacitación y desarrollo; aplicación de vacunas, partos atendidos, consultas y atenciones de planificación familiar, detecciones de enfermedades crónico degenerativas). |
| Atlas de la salud | Nacional, Estatal | Dos únicos trabajos | 1973 | Registros administrativos | Unidades hospitalarias | 1930-1970 y 1940-1990 | Publicación disponible al público | Fotocopia | Dispone de cuadros estadísticos y gráficos, estructuras porcentuales, tasas de mortalidad y porcentaje de defunciones por grupos de edad, principales causas de defunción y tasas de mortalidad. Ofrece los temas: medio físico, demografía, mortalidad, morbilidad, nutrición, economía, educación, vivienda y recursos para la salud. La sección de demografía dispone de datos estadísticos de natalidad, mortalidad, inmigrantes, emigrantes, crecimiento de la población, nupcialidad, fecundidad, nacimientos, población rural y esperanza de vida. En recursos para la salud se tienen datos de unidades institucionales, recursos humanos, medicina preventiva, recursos materiales, laboratorios y económicos |

FUENTE: SECRETARÍA DE SALUD (SSA)

| NOMBRE DE LA ESTADÍSTICA | COBERTURA GEOGRÁFICA | FRECUENCIA DE ELABORACIÓN | ANTIGÜEDAD | FORMA DE CAPTACIÓN | UNIDAD DE OBSERVACIÓN | DISPONIBILIDAD | ACCESIBILIDAD | FORMA DE OBTENCIÓN | CONTENIDO |
|---|-------------------------------|---------------------------|------------|---|--|------------------------|-----------------------------------|--|---|
| Boletín de Información Estadística | Nacional, Estatal y municipal | Anual | 1970 | Registros administrativos | Instituciones públicas del Sistema Nacional de Salud | 1984 a 2001 | Publicación disponible al público | Fotocopia (1984-1999). Formato electrónico (2000 y 2001) | <p>Información estadística en tres tomos: Agrupa registros de Instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud. El tomo I (Recursos y Servicios) comprende: 1. Población que recibe servicios de salud 2. Presupuesto ejercido por programa y subprograma 3. Recursos físicos y materiales, tales como unidades médicas, camas censables y no censables, incubadoras, consultorios, laboratorios, gabinetes de radiología, quirófanos, salas de expulsión y bancos de sangre. 4. Recursos humanos. 5. Servicios médicos relativos a consultas externas, hospitalización, medicina, educación para la salud, planificación familiar (usuarios, consultas y métodos anticonceptivos empleados) 6. Servicios de diagnóstico y rehabilitación 7. Asistencia Social 8. Servicios médicos otorgados por instituciones Bancarias 9. Principales indicadores obtenidos. El tomo II (Daños a la Salud), presenta las causas más frecuentes de atención hospitalaria y las afecciones que provocan los mayores niveles de mortalidad en dicho ámbito. Incluye variables básicas como causa (de notificación, morbilidad y mortalidad), edad, sexo y días de estancia. La estructura capitular en un primer apartado ofrece la información referente al número de casos de notificación obligatoria, reportados al sistema de vigilancia epidemiológica; un segundo capítulo se refiere a la morbilidad hospitalaria, medida a través del número de egresos hospitalarios según causa; el tercer y último apartado se refiere a la mortalidad hospitalaria, obtenida mediante las hojas de egresos emitidas por cada institución. El tomo III (Programas Sustantivos), son los servicios otorgados por la SSA y su vinculación con los recursos humanos o materiales. Incluye datos seccionales de Unidades Médicas dependientes de los Servicios Estatales de Salud, no adscritos a ninguna institución del Sistema Nacional de Salud, (Hospitales Civiles y Universitarios). El capítulo I, muestra la información referente a coberturas institucionales; los capítulos II, III y IV recursos financieros, materiales y humanos, respectivamente; los capítulos V y VI la prestación de servicios; el capítulo VII presenta registros sobre infraestructura de las unidades médicas privadas; el VIII los indicadores calculados a partir de la información presentada y el IX es un glosario. Información verbal señala la aparición próxima del tomo cuatro se esta serie, para el año 2003, con el nombre de recursos financieros.</p> |
| Boletín de paludismo y otras enfermedades transmitidas por vector | Nacional, Estatal | Único | 1994 | Hojas de registro de unidades hospitalarias | Usuarios de Unidades Hospitalarias | Cobertura: 1986 a 1994 | Cuadernillo disponible al público | Fotocopia | <p>Situación epidemiológica del paludismo, dengue, leishmaniasis, oncocercosis y enfermedad de Chagas; Incluye la tendencia de la morbilidad, comparación de medidas mensuales, casos acumulados, localidades positivas y muestras de sangre examinadas. También considera reseñas de investigación sobre este tipo de padecimientos</p> |

INVENTARIO ESTADÍSTICO DEL SECTOR SALUD

Cuadro 6.3.1 continúa

FUENTE: SECRETARÍA DE SALUD (SSA)

| NOMBRE DE LA ESTADÍSTICA | COBERTURA GEOGRÁFICA | FRECUENCIA DE ELABORACIÓN | ANTIGÜEDAD | FORMA DE CAPTACIÓN | UNIDAD DE OBSERVACIÓN | DISPONIBILIDAD | ACCESIBILIDAD | FORMA DE OBTENCIÓN | CONTENIDO |
|--|---|---|---|---|--|---|-----------------------------------|--------------------|---|
| Boletín de poliomielitis y otras enfermedades prevenibles por vacunación | Nacional, Estatal | Inició quincenal, a partir de 1989 es Bimestral | 1989 | Registros administrativos del Programa de Vacunación Universal | Población usuaria | 1986 a 1991 (causa baja, su información se traslado al boletín de Epidemiología) | Cuadernillo disponible al público | Fotocopia | Situación epidemiológica de la poliomielitis, sarampión, difteria, tosferina, tétanos y tuberculosis. Incluye gráficas que permiten apreciar el comportamiento de estas enfermedades, así como un breve análisis interpretativo de las peculiaridades detectadas en cada registro. También se exponen consideraciones técnicas en casos específicos de brotes aislados con el fin de reforzar la vigilancia epidemiológica de estos padecimientos. |
| Boletín de Vigilancia Sanitaria | Local: relativo al Laboratorio de salud pública | Irregular | 1989 | Registros administrativos | Muestras representativas de productos | Sólo se publicaron números para 1989:(1-4) 1990:(5) (Publicaciones posteriores han sido Canceladas) | Cuadernillo disponible al público | Fotocopia | Integra información sobre evaluación de riesgos físico-químicos en alimentos, actividades del Laboratorio Nacional de Salud Pública; control de medicamentos, control de productos biológicos, laboratorio de toxicología y vigilancia epidemiológica e incluye notas y resúmenes de interés sanitario. |
| Boletín Mensual de Epidemiología. | Nacional, Estatal | Mensual y luego semanal | 1986 | Registros administrativos | Población usuaria | Publicada mensualmente 1986 a 1993, con doce números para cada año; de 1995 a 2002 es semanal. | Cuadernillo disponible al público | Fotocopia | Presenta el número de casos nuevos de enfermedades reportadas. Este compendio presenta las enfermedades de notificación obligatoria, su perfil epidemiológico, vigilancia epidemiológica y perspectivas. |
| Boletín mensual de vigilancia epidemiológica del cólera en México. | Nacional, Estatal e Internacional | Mensual | 1991 | Registros administrativos de unidades médicas del Sistema Nacional de Salud | Centros Regionales de Información Epidemiológica | 1991 (1-16), 1992 (1-12), 1993 (1-13), 1994 (1-3); publicaciones posteriores suspendidas | Folleto disponible al público | Fotocopia | Datos de morbilidad y mortalidad por cólera: contiene el registro de casos acumulados, la distribución de los mismos y las defunciones ocurridas. Muestra el comportamiento epidemiológico de la enfermedad incluyendo su incidencia en algunos países de América y una breve reseña sobre estudios e investigaciones en la materia. |
| Breviario estadístico. | Nacional, Estatal | Único | 1991 | Registros administrativos | Unidades hospitalarias | 1991 y 1994 | Publicación disponible al público | Fotocopia | Documento conformado de tres capítulos que proporciona información básica disponible en las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud. La información de este documento se estructura en: Recursos para la Salud; Prestación de Servicios y Morbilidad Hospitalaria, por institución y serie histórica. El capítulo de Recursos para la Salud está constituido por las unidades médicas de consulta externa y hospitalización, personal médico, paramédico, número de camas, consultorios, laboratorios, gabinetes de radiología, quirófanos y salas de expulsión. El segundo capítulo, desglosa los apartados de consulta externa, servicios de hospitalización, servicios auxiliares de diagnóstico y tratamiento, Inmunizaciones y atenciones de planificación familiar. El tercer capítulo presenta las veinte principales causas de egreso hospitalario por institución. |
| Compendio Estadístico de la Mortalidad. | Nacional, Estatal | Irregular | En 1994 apareció por vez primera y reaparece hasta 2001 | Registros administrativos de Unidades Hospitalarias | Unidades hospitalarias | 1994 y 2001 | Publicación disponible al público | Fotocopia | Presenta un análisis de la mortalidad por accidentes, según sexo, grupo de edad, año de registro, sitio de ocurrencia. Muestra la distribución porcentual de las defunciones por accidentes por grupo de edad, sexo, derechohabiente y sitio del deceso. Tiene un Anexo con causas de morbilidad y mortalidad según clasificación internacional de enfermedades. |

INVENTARIO ESTADÍSTICO DEL SECTOR SALUD

Cuadro 6.3.1 continúa

| | | | | | | | | | |
|---|--------------------|--|------|---------------------------|---|---|---|-----------|---|
| Compendio Histórico Estadísticas Vitales. | Nacional, Estatal | Irregular (Únicamente Se elaboraron dos números) | 1990 | Registros administrativos | Unidades hospitalarias | 1990 con cobertura 1921-1990 y 1993 período 1893-1993. | Publicación y engargolado disponible al público | Fotocopia | Presenta datos demográficos y de salud generados en México desde finales del siglo XIX hasta 1993; contando con las transformaciones sociodemográficas ocurridas durante los últimos cien años, que han dado lugar a una transición epidemiológica particular. Los capítulos que ofrece se refieren a: 1. Población, 2. Natalidad, 3. Defunciones, 4. Mortalidad, 5. Morbilidad, 6. Factores sociales, 7. Esperanza de vida, 8. Crecimiento de la población, 9. Matrimonios y divorcios, 10. Certificación de la defunción. |
| Cuadernos de evaluación | Nacional, Estatal | Irregular | 1994 | Unidades hospitalarias | Personas | Cobertura 1989-1993 y documento 2001 con otro nombre | Cuadernillo disponible al público | Fotocopia | Incluye indicadores sobre las características de la población, recursos humanos y materiales para el cuidado de la salud, atención médica de primer nivel, hospitalización, control y vigilancia epidemiológica, programas de apoyo y daños a la salud. El documento se constituye por un conjunto de 32 cuadernillos; uno para cada entidad federativa que permite la comparabilidad de los valores respecto al nivel nacional. Siendo una publicación irregular ha cambiado de nombre, denominándose en su último número Salud México 2001. |
| Defunciones por lista mexicana. | Nacional, Estatal | Anual | 1999 | Registros administrativos | Personas | Cobertura 1979- 1999 y 2000; (2001 incluido en el Boletín de Información Estadística Vol. II) | Publicación disponible al público | Fotocopia | La información de defunciones se presenta según la Clasificación Internacional de Enfermedades; los datos se registran por sexo y grupos de edad. |
| El Perfil de Salud México 1995 | Nacional y estatal | Anual | 1995 | Registros administrativos | Unidades hospitalarias | 1995 a 2000, (2001 en proceso de publicación) | Publicación disponible al público | Fotocopia | Proporciona información de mortalidad, morbilidad, pirámide poblacional y cobertura de vacunación. Ofrece un perfil de la situación de la salud y la atención médica por parte del Sistema Nacional de Salud. El documento se encuentra dividido en cuatro capítulos: 1. Indicadores demográficos y epidemiológicos, 2. Programas y acciones, 3. Recursos e infraestructura, 4. Hacia la Reforma del Sistema Nacional de Salud. |
| Encuesta Nacional de Adicciones | Nacional | Irregular, se ha publicado en tres ocasiones | 1988 | Cuestionarios | Usuarios de drogas detectados en hospitales de zonas urbanas del país | 1988, 1993 y 1998 | Publicación disponible al público | Fotocopia | Esta encuesta permite conocer los patrones y niveles de uso de las sustancias adictivas (tabaco, alcohol y drogas), la distribución por grupos de edad, el grado de conocimiento que tiene la población sobre el tema de las adicciones y la disponibilidad percibida de estas sustancias por la población en general. Los resultados de la encuesta forman tres tomos: Tabaco, Drogas y Alcohol. En cada uno, además de los temas señalados se muestra la distribución demográfica de los consumidores y los factores de riesgo asociados al consumo de cada una de las sustancias. |
| Encuesta Nacional de Salud II: estudio cualitativo sobre los determinantes y modalidades de la utilización de los servicios de salud. | Nacional | Cuatrenal | 1993 | Cuestionarios | Servicios de unidades hospitalarias | 1993, 1997, 2001 (próximo a publicarse) | Publicación disponible al público | Fotocopia | El documento contiene los siguientes capítulos: 1. Características sociodemográficas de la población encuestada 2. Características de las necesidades de salud 3. Determinantes de la utilización de servicios de salud 4. Utilización de servicios de programas específicos 5. Aspectos generales del proceso de la búsqueda y obtención de atención 6. Utilización de servicios según condición de aseguramiento: cobertura institucional reportada 7. Relación entre los componentes de la accesibilidad y la utilización de servicios de salud 8. Satisfacción del usuario con la calidad de la atención 9. Gastos de bolsillo en la utilización de servicios ambulatorios de salud 10. Uso de servicios hospitalarios. |

INVENTARIO ESTADÍSTICO DEL SECTOR SALUD

Cuadro 6.3.1 continúa

FUENTE: SECRETARÍA DE SALUD (SSA)

| NOMBRE DE LA ESTADÍSTICA | COBERTURA GEOGRÁFICA | FRECUENCIA DE ELABORACIÓN | ANTIGÜEDAD | FORMA DE CAPTACIÓN | UNIDAD DE OBSERVACIÓN | DISPONIBILIDAD | ACCESIBILIDAD | FORMA DE OBTENCIÓN | CONTENIDO |
|---|-------------------------------|---------------------------|------------|--|--|---|-----------------------------------|--------------------|---|
| Epidemiología del Abuso de Drogas en la República Mexicana. Panorama Comparativo con los Estados Unidos de América. | Internacional | Única | 1992 | Registros administrativos de unidades hospitalarias | Usuarios de drogas | 1992 | Publicación disponible al público | Fotocopia | Características de la fármaco dependencia en México, la cual se presenta en todas las regiones y clases sociales, en diferentes grupos de edad y en ambos sexos; las principales drogas de consumo, excluyendo alcohol y tabaco, son marihuana, inhalables, cocaína y drogas de uso médico. Presente una comparación de la magnitud, forma y perspectivas del fenómeno en México y en los Estados Unidos. |
| Epidemiología | Nacional, Estatal | Semanal | 1995 | Registros administrativos | Población usuaria | 1995 a 2002 | Cuadernillo disponible al público | Fotocopia | El informe presenta el número de casos nuevos de enfermedades de notificación obligatoria e inmediata reportados en el país y número de defunciones ocurridas por éstas, agrupadas por sexo y grupos de edad. Paralelamente informa sobre los casos de notificación semanal correspondiente a dos semanas previas a la fecha del reporte. Se incluyen notificaciones por personal no médico, en localidades rurales sin servicios formales de salud, separando el número de casos por grupos de edad y sexo. |
| Estadísticas de Defunciones. | Nacional, Estatal | Anual | 1979 | Registros administrativos | Personas | Cobertura 1979- 1999 y 2000; publicaciones posteriores se incluyen en el Boletín de Información Estadística Vol. II | Publicación disponible al público | Fotocopia | Número de defunciones según variables básicas por: entidad federativa, sexo, causa de defunción, estado civil, escolaridad, etcétera. |
| Estadísticas Vitales | Nacional, Estatal y Municipal | Anual | 1985 | Registros administrativos | Unidades médicas | 1985-2001 | Publicación disponible al público | Fotocopia | Proporciona información bajo los siguientes conceptos: Introducción Nota metodológica. 1) Población: densidad, estructura y distribución. 2) Nacimientos: casos registrados, tasas de natalidad y de fecundidad a índice de masculinidad. 3) Matrimonios: registrados, distribución porcentual y nupcialidad. 4) Divorcios: registrados, por tipo y causa. 5) Defunciones generales: por grupos de edad y sexo, mortalidad general e infantil y esperanza de vida. 6) Defunciones fatales, volumen y tasa de mortalidad. |
| Estudio sobre la situación de la salud de la mujer usuaria de los servicios de salud en México. | Nacional, Estatal | Única | 1994 | Cuestionarios | Población femenina usuaria de los servicios de salud | 1994 | Publicación disponible al público | Fotocopia | Son resultados de la investigación realizada en una muestra de mujeres que laboran o son usuarias de los Servicios Coordinados, Institutos o Secretarías de Salud en los Estados, dependientes de la SSA, en relación el tipo de servicio que utiliza, los principales riesgos a los cuales se hallan expuestas, los factores que atenúan o amplifican los riesgos y la actitud consciente de la mujer en la búsqueda de atención médica, independiente de su calidad de derechohabiente o de población abierta. |
| Evaluación del Programa de Atención Materno Infantil. | Nacional, Estatal | Irregular | 1991 | Registros estadísticos del Programa de Atención Materno Infantil | Madres usuarias de unidades médicas | Sólo dos publicaciones 1991, 1992 | Publicación disponible al público | Fotocopia | Presenta nueve capítulos: los primeros cuatro corresponden a las líneas estratégicas con sus programas de acción: Mejoramiento de la Calidad de la Atención dentro de los Servicios Institucionales, de la Calidad de la Atención por Parteras Tradicionales, del Estado Nutricional de Madres y Niños, y Fortalecimiento de las Medidas de Prevención de Riesgos a la Salud, a través de la Participación Comunitaria. El capítulo cinco se refiere a los programas de apoyo, el seis analiza la atención del embarazo, parto y puerperio. El siete comprende un análisis sucinto de la mortalidad materna y perinatal. El ocho contiene una descripción de acciones relevantes, relativas a supervisión, coordinación, capacitación y presupuestación y el nueve son las conclusiones y recomendaciones. Cada capítulo es acompañado por cuadros y gráficas con datos estadísticos. |

FUENTE: SECRETARÍA DE SALUD (SSA)

| NOMBRE DE LA ENTADÍSTICA | COBERTURA GEOGRÁFICA | FRECUENCIA DE ELABORACIÓN | ANTIGÜEDAD | FORMA DE CAPTACIÓN | UNIDAD DE OBSERVACIÓN | DISPONIBILIDAD | ACCESIBILIDAD | FORMA DE OBTENCIÓN | CONTENIDO |
|---|------------------------------|---------------------------|------------|---|---|--|--|----------------------------|---|
| Información Básica en Salud (Publicación del Estado de Michoacán) | Estatal, Municipal | Única | 1990 | Registros administrativos | Unidades hospitalarias | 1990 | Publicación disponible al público | Fotocopia | La información contenida en este documento comprende los siguientes conceptos, todos relativos al Estado de Michoacán: Directorio, datos demográficos, crecimiento 1995-1990, gráfica de población 1900-1990, datos geográficos y económicos, población según escolaridad 1983, proyección de población 1980-1990; población por grupo y sexo 1990, pirámide de población, población por municipio y Jurisdicción sanitaria 1989, 1992; disponibilidad de viviendas 1990, población según tamaño de localidades 1990, coberturas de servicios de salud por el Sistema Estatal de Salud 1990, unidades médicas, capacidad física instalada y recursos humanos 1990, unidades médicas por institución y Jurisdicción sanitaria, 1989; principales causas de enfermedades transmisibles, 1989 y principales causas de mortalidad 1988. |
| Información Epidemiológica de Morbilidad. | Nacional, Estatal | Anual | 1989 | Registros administrativos | Usuarios de unidades hospitalarias | 1995- 2001 | Publicación disponible al público | Fotocopia y Disco compacto | Casos nuevos de enfermedades reportadas por grupos de edad y fuente de notificación, en datos absolutos y porcentuales. Incluye la incidencia de enfermedades de notificación obligatoria, seleccionadas según mes de ocurrencia. |
| Información Histórica de los Programas: Ampliación de Cobertura y Educación, Salud y Alimentación. | Nacional, Estatal, Municipal | Única | 2000 | Registros estadísticos de los Programas de Ampliación y Cobertura | Población usuaria del Programa Progresá | 1998-2000 | Publicación disponible al público | Fotocopia | Proporciona Información general, mediante mapas y cuadros estadísticos, sobre los programas: Ampliación de Cobertura y Educación, Salud y Alimentación (PROGRESA). Presenta el grado de marginación por municipio, las familias beneficiadas usuarias de los servicios de Progresá y las dosis de suplemento alimenticio otorgadas; también ofrece datos de población cubierta, presupuesto ejercido y obra, recursos humanos y la infraestructura disponible del programa. |
| Información sobre Establecimientos Privados de Salud | Nacional Estatal | Anual | 1991 | Registros administrativos | Unidades médicas privadas | Publicación independiente hasta 1993, de 1994 a 2000 se incluye en Boletín de Información Estadística Vol. 1 | Publicación disponible al público | Fotocopia | Clasificación del número de camas disponibles, recursos humanos, recursos materiales y una relación de los principales servicios otorgados por los establecimientos. Hasta 1993 esta publicación se llamó Unidades Médicas Privadas, Recursos Físicos, Materiales y Humanos; del año 1994 al 2000 se incluye en la publicación de la SSA denominada "Boletín de Información Estadística". |
| Informe de Seguimiento y Evaluación del Programa Nacional de Acción México y la Cumbre Mundial a favor de la Infancia | Nacional | Irregular | 1991 | Registros administrativos | Unidades hospitalarias | 1991-2000 | Publicación disponible al público | Fotocopia | Indicadores de salud de los Programas: Nacional de Planificación Familiar, Salud Materno Infantil, Condición Nutricional del niño y la madre, Prevención y Control de Enfermedades Prevenibles por Vacunación y otros programas. |
| La situación de la salud por entidad federativa. | Nacional, Estatal | Anual | 1991 | Cuestionarios internos de unidades Hospitalarias | Usuarios | 1987 hasta 1999 (2000 se incluye en el Anuario Estadístico) | Publicación disponible al público | Fotocopia | Cubre un panorama general de aspectos relevantes de la salud y un comparativo de indicadores estatales y nacionales. La estructura capitular del documento se basa en la presentación de cifras sobre aspectos sociodemográficos, capacidad instalada, recursos materiales, humanos y servicios otorgados por el sector público, además de información presupuestal. Asimismo, incorpora datos de los daños a la salud, en especial sobre casos de nuevas enfermedades y principales causas de defunción por grupos de edad. |
| Lista básica (sobre defunciones) | Nacional, Estatal | Anual | 1980 | Registros administrativos | Unidades hospitalarias | 1980 a 2001 | Listados de computadora disponible al público | Fotocopia | Registra información de defunciones generales, grupos de edad y sexo, causas que motivan el deceso (por tipo de enfermedad, diabetes, obesidad, aborto, paludismo, etc.). |
| Lista detallada (sobre defunciones) | Nacional, Estatal | Anual | 1980 | Registros administrativos | Unidades hospitalarias | 1980 al 2000 | Listados de computadora disponibles al público | Fotocopia | Ofrece información de defunciones y causas que motivan el deceso, considerados por tipo de enfermedad, edad, sexo y residencia habitual. |

FUENTE: SECRETARÍA DE SALUD (SSA)

| NOMBRE DE LA ESTADÍSTICA | COBERTURA GEOGRÁFICA | FRECUENCIA DE ELABORACIÓN | ANTIGÜEDAD | FORMA DE CAPTACIÓN | UNIDAD DE OBSERVACIÓN | DISPONIBILIDAD | ACCESIBILIDAD | FORMA DE OBTENCIÓN | CONTENIDO |
|---|-------------------------------|---------------------------|------------|---|-----------------------------|--|---|--------------------|---|
| Mortalidad. | Nacional, Estatal y municipal | Anual | 1984 | Cuestionarios aplicados en agencias del Ministerio Público y del registro civil | Certificados de defunción | 1984 al 2001 | Publicación disponible al público | Fotocopia | El documento presenta: volumen, tasa y distribución por edad, sexo, certificación y ubicación geográfica de las defunciones, en 5 capítulos: I. Niveles generales de la mortalidad; volumen, tasa, distribución por sexo, certificación y ubicación geográfica de las defunciones. II. Mortalidad por causa: volumen y comportamiento de las defunciones, subdividiéndose en a) Veinte principales causas de defunción y b) Causas seleccionadas de defunción. III. Años potenciales de vida perdidos; se contemplan las 10 principales causas de muerte en el país, estableciendo los años de vida perdidos, edad promedio de muerte y distribución porcentual. IV. Mortalidad por municipio defunciones generales e infantiles, desagregadas por sexo y lugar de residencia V. Mortalidad fetal: volumen, causas y características de la madre |
| Principales causas de defunción por entidad federativa y grupos de edad y sexo. | Nacional, Estatal | Irregular (Dos números) | 1990 | Registros administrativos | Unidades hospitalarias | 1990 y 1991 independientes, 1992-2000 se incluye en Anuario Estadístico de la SSA) | Publicación disponible al público | Fotocopia | Presenta las 20 principales causas de mortalidad, por grupos de edad y sexo: 1.- Enfermedades del corazón 2.- Tumores malignos 3.- Accidentes 4.- Diabetes mellitus 5.- Afecciones originadas en el período perinatal 6.- Enfermedades cerebro vasculares 7.- Neumonía e Influenza 8.- Infecciones intestinales 9.- Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado 10.- Homicidios y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona 11.- Deficiencias de la nutrición 12.- Bronquitis crónica, enfisema y asma 13.- Nefritis, síndrome nefrótico y nefrosis 14.- Anomalías congénitas 15.- Tuberculosis pulmonar 16.- Anemias 17.- Úlcera gástrica y duodenal 18.- Septicemia 19.- Síndrome de dependencia del alcohol 20.- Infecciones respiratorias. A partir de 1992 tal información se incluye en el Anuario Estadístico de la SSA. |
| Registro Nacional de Cáncer. | Local (Ciudad de México) | Irregular (tres números) | 1987 | Registros administrativos en unidades hospitalarias del D.F. | Personas Enfermas de cáncer | 1993, 1997 y 1999 | Publicación disponible al público | Fotocopia | El registro de cáncer es un sistema de información epidemiológico diseñado para conocer frecuencias y distribución de diversas neoplasias malignas. Todos los casos con diagnóstico confirmado a través de un estudio histológico o hematológico. La publicación muestra el número de casos nuevos de cáncer por sexo y edad, destacando aquellos de mayor frecuencia, como son: cáncer cervicouterino, de mama, linfoma, próstata y estómago. |
| Salud: México 2001. | Nacional, Estatal | Anual | 2002 | Registros administrativos | Unidades hospitalarias | 2002 | Formato electrónico disponible al público | Internet | Este documento está dividido en dos capítulos. En el capítulo I –La Salud y el Sistema de Atención– presenta 43 indicadores, divididos en los siguientes rubros: I) condiciones de salud (nivel y distribución), II) factores predisponentes (hogares con acceso a agua potable y servicios sanitarios); III) calidad; IV) protección financiera; V) inversión en salud; VI) disponibilidad y accesibilidad de recursos y servicios (nivel y distribución), y VII) eficiencia. El capítulo II –Los Mejores Desempeños– se dedica a destacar el desempeño de ciertas unidades, instituciones o entidades federativas en dos grandes rubros: atención médica y salud pública, a través del seguimiento de 65 indicadores elaborados por la Secretaría de Salud y sus delegaciones estatales. Mediante dichos indicadores fue posible identificar aquellas unidades, instituciones o estados que tuvieron mejores desempeños o resultados en términos de trato al usuario, arbitraje médico, prevención y control de enfermedades, prevención y control de riesgos ambientales, prevención y control de adicciones, e investigación en salud. Esta publicación tiene como antecedente los llamados Cuadernos de Evaluación que fue una publicación irregular aparecida únicamente en 2002. |

FUENTE: INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE)

| NOMBRE DE LA ESTADÍSTICA | COBERTURA GEOGRÁFICA | FRECUENCIA DE ELABORACIÓN | ANTIGÜEDAD | FORMA DE CAPTACIÓN | UNIDAD DE OBSERVACIÓN | DISPONIBILIDAD | ACCESIBILIDAD | FORMA DE OBTENCIÓN | CONTENIDO |
|--|-------------------------------|---------------------------|------------|--|--------------------------------------|---|-----------------------------------|--------------------|---|
| Anuario de Información Epidemiológica | Nacional | Anual | 1983 | Reporte de nuevas enfermedades y certificados de defunción | Población derechohabiente del ISSSTE | De 1983 a 2000; (2001 está en proceso de elaboración, lleva un año de retraso y será publicado en disco compacto) | Publicación disponible al público | Oficio | El informe se refiere al número de casos nuevos de enfermedades de notificación obligatoria e inmediata reportados en el país, así como al número de defunciones ocurridas por este tipo de causas y su agrupamiento por sexo y grupos de edad. |
| Anuario Estadístico (Tres Tomos) | Nacional, Estatal y Municipal | Anual | 1965 | Registros administrativos de unidades médicas | Población derechohabiente | 1987, 1989, 1990, 1991, 1998 y 1999 (Restricción presupuestaria para publicar 2000 y 2001 aún no se elabora) | Publicación disponible al público | Fotocopia y oficio | Tomo I: Contiene estadísticas de población, pensiones, Fovissste, prestamos, tiendas, multifamiliares, personal del ISSSTE, resumen de servicios médicos, estancia temporal y medicina preventiva. El tomo II presenta morbilidad hospitalaria, las diez principales causas de egresos hospitalarios distribuidos por sexo, tipo de diagnóstico y días de estancias según servicio médico proporcionado, también muestra los egresos hospitalarios por organismo público y mortalidad hospitalaria. El tomo III contiene estadísticas de población amparada por grupos de edad, sexo y tipo de derechohabiente, cobertura, prestación de servicios, recursos humanos, materiales y financieros, presenta resúmenes de los servicios médicos por consulta externa y servicios proporcionados. |
| Estadísticas de Población Derechohabiente | Nacional, Estatal | Anual | 1986 | Cuestionarios de la Encuesta Nacional de Derechohabientes | Población derechohabiente | 1987, 1988, 1989, 2000 y 2001 (aún no publicado pero disponible) | Publicación disponible al público | Fotocopia | El propósito fundamental es constituirse en un instrumento confiable de consulta para las autoridades, empleados, derechohabientes y público interesado en la seguridad social. Bajo este contexto, una de las publicaciones con mayor demanda es la serie estadística de población derechohabiente. Presenta datos estadísticos del número de trabajadores afiliados y sus dependientes, reconociendo la importancia de los registros de la población a pensionados, datos que resultan de capital importancia para la toma de decisiones. La información contenida se divide en población amparada por año, trabajadores por tipo de cotización y total de pensionistas, trabajadores por tipo de nombramiento, población amparada, trabajadores por organismo según tipo de nombramiento, población por unidad médica y zona pagadora de pensionistas. |
| Sistema de Afiliación Vigencia y Cobranza. | Estatal | Anual | 1990 | Registros administrativos | Población registrada | De 1990 a | Publicación disponible al público | Fotocopia | Integra datos de servidores públicos y sus familiares por entidad federativa y en el extranjero, según dependencia, entidad y organismo descentralizado. La información se desglosa por sexo y grupo de edad. |

INVENTARIO ESTADÍSTICO DEL SECTOR SALUD

Cuadro 6.3.3 inicia

FUENTE: INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)

| NOMBRE DE LA ESTADÍSTICA | COBERTURA GEOGRÁFICA | FRECUENCIA DE ELABORACIÓN | ANTIGÜEDAD | FORMA DE CAPTACIÓN | UNIDAD DE OBSERVACIÓN | DISPONIBILIDAD | ACCESIBILIDAD | FORMA DE OBTENCIÓN | CONTENIDO |
|---|----------------------|---------------------------|------------|---|---------------------------|--|-----------------------------------|---------------------|--|
| Anuario Estadístico de Servicios Médicos. | Nacional, Estatal | Anual | 1970 | Registros administrativos | Población derechohabiente | 1970-2000, (2000 con errores de impresión, 2001 por retrasos de información, sin fecha de publicación) | Publicación disponible al público | Fotocopia | El documento se divide en dos partes. Seguridad Social y Labores desarrolladas por el programa IMSS-solidañadas, consideradas en 15 capítulos: I. Población, personal, recursos físicos, materiales y servicios otorgados por delegación, II. Morbilidad y Mortalidad, III. Actividades médico preventivas, IV. Principales actividades del Programa de Planificación Familiar, V. Servicios de Salud en el Trabajo, VI. Actividades de educación médica, VII. Población, recursos humanos, físicos, materiales y servicios otorgados, VIII. Recursos humanos, IX. Unidades médicas, X. Recursos físicos y materiales, XI. Servicios médicos, XII. Acciones de medicina preventiva, XIII. Actividades de planificación familiar, XIV. Fomento para la salud, XV. Abreviaturas empleadas para la identificación de las unidades médicas de primer, segundo y tercer nivel |
| Atlas epidemiológico | Estatal | Única | 1993 | Registros administrativos | Población derechohabiente | 1985-1990 | Publicación disponible al público | Fotocopia | Describe la situación y la tendencia de la salud de los derechohabientes y los servicios del IMSS. Los apartados son: Presentación, Introducción, I) Ámbito geográfico: organización de servicios médicos institucionales, el proceso de regionalización II) Ámbito demográfico: 1. Generalidades, 2. Población total y composición, población de asegurados permanentes por edad, ámbito y actividad económica, III) Morbilidad: 1. Generalidades, 2 morbilidad según demanda de atención interna y externa 3. Comentarios, IV) Morbilidad por enfermedades transmisibles. 1. Enfermedades infecciosas intestinales, 2. Parasitosis intestinal, 3. Enfermedades de transmisión sexual, 4. Lepra, 5. Tuberculosis, 6. Paludismo, 7. SIDA en población derechohabiente del IMSS, V) Morbilidad por enfermedades crónicas: 1. Diabetes mellitus e hipertensión arterial, 2. Cáncer cervico uterino y mamario, VI) Mortalidad por edad, sexo, enfermedades específicas, mortalidad materna, entre otros |
| Atlas Estadístico de la Salud | Nacional, Estatal | Única | 1990 | Registros administrativos | Unidades hospitalarias | 1990 | Publicación disponible al público | Fotocopia | Se presenta una serie de 52 mapas cartográficos organizados en cinco capítulos. En ellos se ilustran un gran número de variables (mortalidad, morbilidad, enfermedades, recursos materiales y humanos). El propósito es ofrecer un panorama en el que se aprecien los patrones regionales que caracterizan la distribución espacial de las condiciones de salud de la población; un apéndice metodológico con un glosario detallado de las definiciones así como la descripción de las fuentes de datos utilizadas y los procedimientos seguidos para la elaboración de los indicadores y las estimaciones demográficas. |
| Boletín Epidemiológico Anual. | Nacional, Estatal | Anual | 1990 | Registros administrativos de las unidades delegacionales del IMSS | Población derechohabiente | 1991-2000, (2001 en proceso de publicación pero hay información disponible si se requiere) | Publicación disponible al público | Fotocopia, préstamo | Contiene información de enfermedades transmisibles y algunas no transmisibles en la población dependiente del IMSS. Los datos abarcan cifras referentes a la morbilidad por padecimientos transmisibles y no transmisibles según frecuencia en solidanohabientes y casos notificados de padecimientos transmisibles y no transmisibles según grupos de edad. El documento se divide en: I. Información específica en población derechohabiente II. Información específica en población solidanohabiente. Información verbal señala que próximamente los productos serán difundidos únicamente a través de Internet. |

INVENTARIO ESTADÍSTICO DEL SECTOR SALUD

Cuadro 6.3.3 concluye

FUENTE: INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)

| NOMBRE DE LA ESTADÍSTICA | COBERTURA GEOGRÁFICA | FRECUENCIA DE ELABORACIÓN | ANTIGÜEDAD | FORMA DE CAPTACIÓN | UNIDAD DE OBSERVACIÓN | DISPONIBILIDAD | ACCESIBILIDAD | FORMA DE OBTENCIÓN | CONTENIDO |
|--|----------------------|---------------------------|------------|---|---------------------------|---|-----------------------------------|------------------------------------|---|
| Boletín Estadístico Anual de Mortalidad | Nacional, Estatal | Anual | 1976 | Registros administrativos de las unidades delegacionales del IMSS | Población derechohabiente | 1987-1999; 2000 en proceso de elaboración y 2001 sin fecha de término | Publicación disponible al público | Fotocopia | El boletín contiene información sobre los diversos aspectos, según recomendaciones internacionales, en los cuales se debe analizar la mortalidad. Los capítulos del documento se presentan de la siguiente manera: I. Información general sobre mortalidad II. Mortalidad por edad, sexo y causa III. Mortalidad por delegaciones IV. Mortalidad materna y perinatal V. Información de situaciones prioritarias VI. Cuadros complementarios VII. Análisis comentado. |
| Boletín estadístico anual de medicina preventiva. | Nacional, Estatal | Anual | 1968 | Registros administrativos | Población derechohabiente | 1979, 1991a 1994, 1995 a 1999. (después cancelado) | Publicación disponible al público | Fotocopia | Son gráficos y cuadros estadísticos de actividades realizadas en medicina preventiva como dosis de vacunas aplicadas, detección de padecimientos, cuadros comparativos de medicina preventiva, tratamiento del paludismo, educación para la salud, las actividades del programa IMSS-Solidaridad con datos de dosis aplicadas de vacunación, odontología, tratamientos diversos y detecciones de enfermedades. Contiene ocho capítulos: I. Seguridad y solidaridad social II. Seguridad social III. Solidaridad social IV. Olas nacionales y fases ampliadas de vacunación V. Información complementaria VI. Brigadas VII. Paludismo y dengue. |
| Boletín Motivos de Consulta. | Nacional, Estatal | Irregular | 1982 | Registros administrativos de las unidades delegacionales del IMSS | Población derechohabiente | Únicamente 1982, 1983 y 1984. (después cancelado) | Publicación disponible al público | Fotocopia | Presenta las cifras absolutas y relativas de las principales enfermedades que afectan a la población derechohabiente y que son causa de demanda de consulta médica en los servicios de medicina familiar y de especialidades |
| Estructura (Piramides) de Población adscrita a médico familiar | Nacional, Estatal | Irregular | 1982 | Cuestionarios censales | Población derechohabiente | 1982-2001 | Publicación disponible al público | Fotocopia | El documento está integrado por cuadros de valores numéricos porcentuales y gráficos con dieciocho grupos de edad. Incluye una agregación delegacional de grupos enfocados a programas de salud. Esta publicación señala que su información proviene de Censos aplicados a unidades hospitalarias, pero no ofrece datos absolutos, únicamente presenta la información con datos relativos. |
| Indices de Demanda de Servicios Médicos | Nacional, Estatal | Anual | 1972 | Registros administrativos | Población derechohabiente | 1981-1999 (2000 en proceso de elaboración, 2001 | Publicación disponible al público | Fotocopia | Incluye información e indicadores de servicios médicos otorgados; acciones de medicina preventiva; medicina del trabajo; planificación familiar; enseñanza e investigación. Se establecen fórmulas de cálculo de los indicadores y su utilidad. |
| Memoria Estadística. | Nacional, Estatal | Anual | 1972 | Registros administrativos | Población derechohabiente | 1990-2001 | Publicación disponible al público | Fotocopia y 2001 en disco compacto | Presenta información estadística de recursos, servicios y acciones del IMSS distribuidos en 13 capítulos: 1) Resumen nacional, 2) Recursos físicos y materiales, 3) Recursos humanos, 4) Población adscrita, 5) Servicios ambulatorios, 6) Servicios de hospitalización, 7) Servicios auxiliares de diagnóstico, 8) Servicios complementarios, 9) Actividades de medicina preventiva: productos biológicos, hidratación oral en niños menores de 5 años, odontología preventiva, educación para la salud y tratamientos familiares, 10) Estado nutricional, 11) Actividades sobre salud reproductiva y materno infantil: atención prenatal, partos, nacimientos, nacidos vivos, defunciones maternas, defunciones perinatales y abortos, 12) Actividades de acción comunitaria: población universo de trabajo, integración y organización social, saneamiento básico, vivienda, ayuda alimentaria, fauna nociva y transmisora, asistentes rurales de salud activos, metas programáticas, 13) Programa de educación, salud y alimentación (Progesa). |

INVENTARIO ESTADÍSTICO DEL SECTOR SALUD

Cuadro 6.3.4

FUENTE: INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS-SOLIDARIDAD)

| NOMBRE DE LA ESTADÍSTICA | COBERTURA GEOGRÁFICA | FRECUENCIA DE ELABORACIÓN | | FORMA DE CAPTACIÓN | UNIDAD DE OBSERVACIÓN | DISPONIBILIDAD | ACCESIBILIDAD | FORMA DE OBTENCIÓN | CONTENIDO |
|--|----------------------|---------------------------|------------|---|-------------------------------------|--|-----------------------------------|--------------------|--|
| | | | ANTIGÜEDAD | | | | | | |
| Anuario de Morbilidad | Nacional, Estatal | Anual | 1995 | Registros administrativos | Población registrada en el programa | Cobertura 1990-1996 y publicaciones de 1997 a 2000 | Publicación disponible al público | Fotocopia | El documento refiere el análisis de morbilidad por enfermedades transmisibles y no transmisibles, según grupos de edad y por semana epidemiológica |
| Anuario Estadístico de Intervenciones Quirúrgicas | Estatal | Anual | 1995 | Registros administrativos | Población registrada en el programa | 1995 - 1997 | Disponible al público | Fotocopia | Incluye datos relativos a las intervenciones quirúrgicas realizadas en las unidades de segundo nivel del Programa IMSS-Solidaridad, según tipo de operación, grupos de edad y causas de la intervención quirúrgica. |
| Anuario Estadístico de Morbilidad Hospitalaria | Nacional, Estatal | Anual | 1997 | Registros internos de Hospitales rurales en el programa | Población registrada en el programa | 1998, 1999 (restricción presupuestaria para publicar 2000) | Disponible al público | Fotocopia | Incluye Información nacional y por delegación de las principales causas de morbilidad según sexo, estancia y grupos de edad, así como datos complementarios sobre población adscrita del ámbito de responsabilidad del Programa IMSS-Solidaridad |
| Anuario Estadístico de Mortalidad. | Nacional, Estatal | Anual | 1997 | Registros internos de Hospitales rurales en el programa | Derechohabientes | 1983-2000 | Disponible al público | Fotocopia | Contiene datos de mortalidad según sus causas principales (diabetes, cirrosis, infarto y otros) por grupos de edad y sexo. Presenta información de mortalidad infantil, preescolar y escolar por causa de deceso. Incluye también registros de mortalidad materna e indicadores básicos de mortalidad hospitalaria |
| Boletín de Vigilancia Epidemiológica | Nacional, Estatal | Mensual | 1997 | Reportes internos de unidades médicas | Población registrada en el programa | 1997 - 2002 | Disponible al público | Fotocopia | Se presentan los casos nuevos de enfermedades de transmisión sexual, las asociadas a la salud reproductiva y maltrato infantil, así como aquellas las por vacunación y nuevos casos de cólera |
| Sistema de Información Básica en Salud para Población Abierta (SISPA). | Estatal | Mensual | 1978 | Reportes internos de unidades médicas | Población registrada en el programa | Impresa de 1985 a 1996; De 1997 al 2002, medio electrónico | Disponible al público | Oficio | Presenta información estadística sobre población y servicios otorgados, así como de la aplicación del PROGRESA en el ámbito de operación del Programa IMSS-Oportunidad (Actualmente el término Solidaridad no se utiliza para este sistema de información en particular). |

INVENTARIO ESTADÍSTICO DEL SECTOR SALUD

Cuadro 6.3.5

FUENTE: INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA, GEOGRAFÍA E INFORMÁTICA (INEGI)

| NOMBRE DE LA ESTADÍSTICA | COBERTURA GEOGRÁFICA | FRECUENCIA DE ELABORACIÓN | ANTIGÜEDAD | FORMA DE CAPTACIÓN | UNIDAD DE OBSERVACIÓN | DISPONIBILIDAD | ACCESIBILIDAD | FORMA DE OBTENCIÓN | CONTENIDO |
|---|-------------------------------|---------------------------|------------|--|---|--------------------------------------|-----------------------------------|----------------------------|--|
| Agenda Estadística de los Estados Unidos Mexicanos | Nacional | Anual | 1967 | Registros administrativos de Instituciones del Sistema Nacional de Salud | Población usuaria y derechohabiente de los servicios de salud | 1998, 2000, 2001 | Publicación disponible al público | Venta, préstamo e Internet | Se compone de información básica sobre aspectos geográficos, sociodemográficos y económicos; en cuanto al tema de salud, incluye datos de la población derechohabiente, personal médico, recursos materiales y unidades médicas de instituciones como el IMSS, ISSSTE, SEDENA, Secretaría de Marina, SSA, IMSS-Solidaridad y DDF. También muestra datos de consulta externa e indicadores seleccionados del sistema de salud, causas de morbilidad, discapacidad y SIDA. |
| Anuario de estadísticas por entidad federativa | Nacional y estatal | Anual | 1999 | Registros administrativos | Unidades hospitalarias | 2002 Cobertura: 1995, 1999 y 2000 | Publicación disponible al público | Venta, Préstamo | Dispone de información de salud y seguridad social según la demanda del tipo de servicio de salud requerido y por institución a la que se recurre. Ofrece datos del tipo de consulta, planificación familiar, número de intervenciones quirúrgicas, número de unidades médicas del Sistema Nacional de Salud, recursos materiales, recursos humanos, personal médico y consultas externas. Tiene también cifras para establecimientos médicos particulares donde señala el número de médicos por especialidad, recursos materiales y consultas externas otorgadas. |
| Anuario Estadístico de los Estados Unidos Mexicanos | Nacional, Estatal y Municipal | Anual | 1893 | Registros administrativos | En la sección de salud: Hogares y unidades médicas | 1983 - 1998, 1999, 2000 y 2001 | Publicación disponible al público | Internet | La información contenida en esta publicación se refiere a medio físico, urbanización y vivienda, educación, ciencia y tecnología, cultura, recreación y deporte, salud y seguridad social, seguridad, orden público y fuerzas armadas, empleo, salarios, agricultura, ganadería, silvicultura, pesca, industria, comercio interior, turismo, transportes, comunicaciones, indicadores financieros y monetarios, sector público, sector externo, gobernación y relaciones exteriores. La sección de salud ofrece información de población derechohabiente; unidades médicas, hospitalarias y de consulta externa; camas censables, recursos materiales, personal médico, planificación familiar, recursos materiales, prestaciones sociales, indicadores hospitalarios, gasto público federal en salud, prestaciones sociales y económicas. |
| Anuario Estadístico del Comercio Exterior de los Estados Unidos Mexicanos | Nacional | Anual | 1941 | Registros aduanales de la SHCP | Fracciones arancelarias (entradas y salidas de mercancías) | Edición 1993 a 2002 (Cobertura 2000) | Publicación disponible al público | Venta, préstamo e Internet | Ofrece información anual por fracción arancelaria y países, del volumen y valor de las importaciones y exportaciones, en miles de pesos y en miles de dólares. Incluye los movimientos de las entradas y salidas de las mercancías que participan en el proceso maquilador, así como cuadros resumen que facilitan la consulta sobre aspectos relevantes del comercio exterior. El anuario se compone de dos partes: en la primera presenta las exportaciones de México por secciones, capítulos y fracción arancelaria. En la segunda, presenta las importaciones de México por sección capítulo y fracciones de la tarifa arancelaria. Las importaciones se asignan al país comprador y la importaciones al país de origen tomando como base lo consignado en la factura comercial correspondiente. Las cifras relativas a cantidades atienden a las declaradas por los exportadores e importadores en los pedimentos aduanales. Respecto a salud se pueden considerar múltiples fracciones arancelarias que ingresan al país como pueden ser algodón, instrumentos quirúrgicos, materiales de químicos, metálicos, prendas de vestir, etcétera. |

BIBLIOGRAFÍA

1. Balboa, Manuel (1984). *Cuentas Nacionales I. Antecedentes y bases teóricas del Sistema de Naciones Unidas*. (Serie de Lecturas IV). México: INEGI.
2. Banco Interamericano de Desarrollo. (2002). *Sistema de Cuentas de Salud*. Washington: Banco Interamericano de Desarrollo.
3. Banco Mundial. (1994). Informe sobre el Desarrollo Mundial 1993. *Invertir en Salud*. Washington: Banco Mundial.
4. Banco Mundial. (2004). *Historia del Banco Mundial en México*. <http://bancomundial.org/queeshistoria.htm>
5. Beltrán, Lucas (1976). *Historia de las doctrinas económicas (3ª ed.)*. Barcelona: TEIDE
6. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. 139ª edición (2002), México: Porrúa.
7. Fundación Mexicana para la Salud. (1994). *Cuentas Nacionales de Salud y el Financiamiento de los Servicios*. México: FUNSALUD.
8. Fundación Mexicana para la Salud. (1997). *El Sistema de Cuentas Nacionales de Salud en México*. México: FUNSALUD.
9. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (1998). *Anuario Estadístico*. México: ISSSTE.
10. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. (1999). *Estadísticas de Población Derechohabiente*. México: ISSSTE.
11. Instituto Mexicano del Seguro Social. (1998). *Anuario Estadístico de Servicios Médicos*. México: IMSS.
12. Instituto Mexicano del Seguro Social. (1999). *Memoria Estadística*. México: IMSS.
13. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1997). *Sistema de Clasificación Industrial de América del Norte*. México: INEGI.
14. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1999). *Clasificación Mexicana de Actividades y Productos*. México: INEGI.
15. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (2004 a) *Sistema de Cuentas Nacionales de México. Cuentas de Bienes y Servicios 1997-2002*. México: INEGI.
16. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1997). *Conociendo las Estadísticas de México (COESME)*. México: INEGI.

17. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1998). *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares*. México: INEGI.
18. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (1999 a). *Censos Económicos 1999*. México: INEGI.
19. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2000). *Estadísticas Históricas de México (Tomo I)*. México: INEGI.
20. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2001). *Historia de las Cuentas Nacionales de México 1938-2000*. México: INEGI.
21. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2001). *Servicios Médicos en Establecimientos Particulares*. México: INEGI.
22. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2004 b). *Indicadores Macroeconómicos del Sector Público 1997-2002*. México: INEGI.
23. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. (2004 c). SCNM. *Gobiernos Estatales. Cuentas de Producción por Finalidad 1997-2002*. México: INEGI.
24. Morales, Manuel. (2000). *Causalidad y Economía Descriptiva, un modelo para la explicación y registro de los hechos económicos en la contabilidad nacional*. México: Tesis de Maestría en Economía, Facultad de Economía, UNAM.
25. Organización de las Naciones Unidas, et al. (1993). *Sistema de Cuentas Nacionales 1993 (SCN-1993)*. Nueva York: Naciones Unidas.
26. Organización de las Naciones Unidas. (1953). *Sistema de Cuentas Nacionales* (3ª ed.). Nueva York: Naciones Unidas.
27. Organización de las Naciones Unidas. (1970). *Sistema de Cuentas Nacionales*. Nueva York: Naciones Unidas.
28. Organización de las Naciones Unidas. (1987). *Conceptos y Métodos para la integración de las Estadísticas Sociales y Económicas sobre la Salud, la Educación y la Vivienda*. Nueva York: Naciones Unidas.
29. Organización de las Naciones Unidas. (1990). *Clasificación Internacional Industrial Uniforme de todas las Actividades Económicas (revisión 3)*. Nueva York: Naciones Unidas.
30. Organización de las Naciones Unidas. (2001). *Clasificación Central de Productos (versión I)*. Nueva York: Naciones Unidas.
31. Organización de las Naciones Unidas. División de Estadística. (2001). *National Accounts Statistics: Analysis of Main Aggregates*. Nueva York: ONU.
32. Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la Salud en el Mundo 2001, *Salud Mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*. Ginebra: OMS.

33. Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. *Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Ginebra: OMS.
34. Organización Mundial de la Salud. (2002). Informe sobre la Salud en el Mundo 2002, “*Reducir los riesgos y promover una vida sana*”. Ginebra: OMS.
35. Organización Mundial de la Salud. (2003). Documentos básicos (44ª edición). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. Ginebra: OMS.
36. Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Macroeconomía y Salud. (2001). *Invertir en salud en pro del Desarrollo Económico*. Ginebra: OMS.
37. Organización Panamericana de la Salud (1990). *Gasto Nacional en Salud como porcentaje del PIB*. Washington: OPS.
38. Organización Panamericana de la Salud. (1998). OPS-OMS-Partnerships for Health Reform. Informe técnico No. 21. *Cuentas Nacionales de Salud: Resúmenes de Ocho Estudios Nacionales en Latinoamérica y el Caribe*. Washington: OPS.
39. Organización Panamericana de la Salud. (1999). Programa Especial de Análisis en Salud. *Situación de la Salud en las Américas. Indicadores Básicos*. Washington: OPS.
40. Organización Panamericana de la Salud. (1999). *Indicadores básicos*. Washington: OPS.
41. Organización Panamericana de la Salud. (1999). *Reforma en Marcha*. http://www.americas.health_sector_reform.org/spanish/nlsep99spa/pdf
42. Organización Panamericana de la Salud. (2004). *Acerca de la OPS*. <http://www.paho.org/spanish/dbi/ecp/historia.htm>
43. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (1999). Health Data 99. París: OCDE.
44. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2000). *Sistema de Cuentas de Salud* (versión 1.0). París: OECD.
45. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. (2002). *Sistema de Cuentas de la Salud*. Edición en idioma español. Washington, DC: OCDE- Banco Interamericano de Desarrollo.
46. Ortiz, Federico. (2000). *Hospitales*. México: McGraw-Hill Interamericana.
47. Roll, Eric (1975). *Historia de las Doctrinas Económicas* (2ª ed. en español). México: Fondo de Cultura Económica.
48. Secretaría de Gobernación. (2003). Diario Oficial de la Federación (15 de mayo de 2003). *Ley General de Salud*. México: SEGOB.

49. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (1998). *Nueva Estructura Programática*. México: SHCP.
50. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (1999). *Cuenta de la Hacienda Pública Federal*. México: SHCP.
51. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2000). *Clasificador por Objeto del Gasto*. México: SHCP.
52. Secretaría de Hacienda y Crédito Público. (2003). *Sistema Integral de Información*. México: SHCP-BANXICO-Secretaría de la Función Pública.
53. Secretaría de la Presidencia. (1983). *Plan Nacional de Desarrollo*. México: Secretaría de la Presidencia.
54. Secretaría de Salud. (1984). *Programa Nacional de Salud 1984-1988*. México: SSA.
55. Secretaría de Salud. (1998). *Boletín de Información Estadística*. México: SSA.
56. Secretaría de Salud. (1999). *Anuario Estadístico*. México: SSA.
57. Secretaría de Salud. (2000). *Encuesta Nacional de Salud*. México: SSA.
58. Secretaría de Salud. (2001). *Cuentas Nacionales de Salud, 1992-1998*. México: SSA.
59. Secretaría de Salud. (2002). *Boletín Estadístico Anual del Sistema Nacional de Información en Salud*. México: SSA.
60. Secretaría de Salud. (2002). *Boletín Estadístico Anual del Sistema Nacional de Información en Salud*. México: SSA.
61. Secretaría de Salud. (2003). *Sistema de Cuentas Nacionales y Estatales de Salud*. México: SSA.
62. Secretaría de Salud. (28-05-2003). *Cuentas Nacionales de Salud*.
http://www.salud.gob.mx/apps/htdocs/sicuentas/publicaciones/matrices_OCDE1999_2001.xls
63. Studenski, Paul. (1984). *Cuentas Nacionales 1. Antecedentes y bases teóricas del Sistema de Naciones Unidas*. (Serie de Lecturas IV). México: INEGI.
64. Suárez R., et al. (1994). *Gasto Nacional y Financiamiento del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe: Desafíos para la Década de los Noventa*. Washington: OPS.